

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑.ชื่อผลงาน : การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย /

๒.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓.ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑.ความรู้เรื่อง โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นกระบวนการอักเสบของถุงลมปอดทำให้เนื้อปอดแข็งและมีหนองในถุงลมปอด สาเหตุการเกิดโรค:จากเชื้อโรคหรือสารเคมีเข้าไปทำให้ปอดอักเสบ การติดต่อ:ทางเดินหายใจ การสำลัก การแพร่กระจายไปตามกระแสเลือด อาการและการแสดง: มักเกิดขึ้นทันทีทันใด ด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น (อาจจับไข้ตลอดเวลา) หายใจหอบเหนื่อย ระยะแรกอาจมีไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ต่อมาจะมีเสมหะข้นขึ้นเป็นสีเหลือง สีเขียว สีสนิมเหล็กหรือมีเลือดปน อาจมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้าหรือไอแรงๆ การวินิจฉัย: ชักประวัติ สอบถามอาการ และตรวจร่างกาย ร่วมกับการฟังปอด เอกซเรย์ปอด และตรวจเพิ่มทางห้องปฏิบัติการ ตรวจวัดออกซิเจนในเลือด ตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะและเลือดเพื่อหาชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค โรคแทรกซ้อน : การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบได้ซึ่งจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เกิดจากเมื่อร่างกายติดเชื้อและเข้าสู่ร่างกาย เชื้อโรคจะสร้างสารพิษ (Toxin)ส่งผลให้มีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพ หลอดเลือดเกิดการขยายตัวสูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน มีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated Intravascular coagulation : DIC) ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือดขัดขวางระบบไหลเวียนเลือดอวัยวะต่างๆทำงานผิดปกติ รวมถึงการทำงานของหัวใจด้วย ตามมาด้วยภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุด หลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้า จึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น พยาธิกำเนิดและพยาธิวิทยาของ septic shock อาการทางคลินิก การประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลรักษา septic shock

ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ รายต่อปี เสียชีวิตประมาณ ๔๕,๐๐๐ รายต่อปี โดยอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ เท่ากับ ๓๒.๙๒ ๓๒.๖๘ ๓๒.๔๗ ต่อแสนประชากร พบอัตราการตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ ๑๕๖.๘ และ ๑๑๘ ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๔) ซึ่งอุบัติการณ์เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญเพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ ที่กระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าหมายไว้ (๒๕๖๔) คืออัตราเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด ต่อน้อยกว่าร้อยละ ๒๘ และอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่นบุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้การดูแลผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด มีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการประเมิน ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detect) การรายงานแพทย์ไม่ทันเวลา รวมทั้งปัญหาระบบการดูแลต่อเนื่อง ในเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะ ภายใน ๑ ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้า จึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น (จิตยา วาระนั้น,๒๕๖๒;ประกาศิต เทนสิทธิ์และคณะ,๒๕๖๓;Amland & Hahn-Cover,๒๐๑๖)

เป็นภาวะวิกฤต และฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและ การทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การ เสียชีวิตในที่สุด โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ๑ ใน ๕ ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วไป ในปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ความชุกของ sepsis ประมาณ ๗๕-๑๕๐ รายต่อแสนประชากร

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน</p>
<p>๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p>
<p>จากสถิติของโรงพยาบาลพุดมิ่งสาทร ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบผู้ป่วยปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยจำนวน ๙๘๐,๑๓๖๔,๒๒๔๒ ราย ตามลำดับ พบผู้ข้อมูลการเสียชีวิต ของผู้ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบจำนวน ๓,๕,๑๓ ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน ๑๐๐, ๙๑, ๑๒๑ราย ตามลำดับ พบผู้ข้อมูลการเสียชีวิต ของผู้ป่วยจากภาวะ Septic shock ๔,๖,๙ ราย ตามลำดับ ซึ่งโรคติดเชื้อที่อาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ น้ำดีอักเสบ เป็นต้น</p> <p>๒.กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของปอด โครงสร้างและหน้าที่ของปอด เป็นอวัยวะในระบบทางเดินหายใจ ที่วางอยู่ในทรวงอก มีสองข้างรูปร่างคล้ายกรวย มีปลายหรือยอดชี้ขึ้นไปข้างบน มีลักษณะเป็นเนื้อหยุ่นๆ สีชมพู และไปสวมพอดีกับช่องเปิดแคบๆของทรวงอก ช่องเปิดแคบ ๆ นี้ประกอบขึ้นด้วย ซีโครงบนของกระดูกสันอกและกระดูกสันหลัง ฐานของปอดแต่ละข้าง จะใหญ่และวางแนบสนิทกับกระดูกซี่โครง ระหว่างปอด ๒ ข้างจะพบว่ามีหัวใจอยู่ ปอดข้างขวาจะโตกว่าข้างซ้าย ลักษณะภายในของปอดประกอบด้วยหลอดเลือดเล็กๆ หลอดเลือด และส่วนที่ทำหน้าที่หายใจจริงๆคือ ถุงลม ซึ่งทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดกับออกซิเจนในอากาศที่ผิววนอกของปอดหุ้มด้วยเยื่อหุ้มปอดบางๆ นำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกาย และในขณะเดียวกันปอดจะขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ร่างกายไม่ต้องการ ออกมาที่ลมหายใจ ปกติเนื้อปอดจะเป็นอวัยวะที่ปราศจากเชื้อโรค เมื่อมีเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมอื่นๆ เข้าไปถึงเนื้อปอดจะส่งผลให้เนื้อปอดมีการอักเสบและมีการบวมเกิดขึ้น ในคนที่มีสุขภาพดีร่างกายจะมีระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรคที่ดีจะช่วยขจัดเชื้อโรคและของเสียในทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนในคนที่มึระบบภูมิคุ้มกันลดลง ถ้าปอดมีการติดเชื้อจะเกิดปอดอักเสบได้ง่ายขึ้นและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้</p> <p>๒.พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบแบ่งเป็น ๓ ระยะ</p> <p>๒.๑ ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็วร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัว มีเม็ดเลือดแดง ไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาในแคบที่เรีย ระยะนี้กินเวลา ๒๔-๔๘ ชั่วโมงหลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด</p> <p>๒.๒ ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่ามีเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลม เป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยที่อผนังถุงลมปอด ขยายตัวมากขึ้นทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดง ในถุงลมมากขึ้นเพื่อกินเชื้อโรค ระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization) เนื่องจากมีหนอง (exudate) ถุงลมปอดจะหดตัวเล็กลงระยะนี้กินเวลา ๓-๕ วัน จากผนังถุงลมบวม มีหนองในถุงลม ทำให้การระบายอากาศในปอดไม่เพียงพอ หลอดลมหดตัว อุดกั้นทางเดินอากาศ ทำให้ PO₂ในถุงลมลดลง เลือดดำที่เข้าสู่ปอดในส่วนอักเสบและมีการระบายอากาศน้อย กลับเข้าสู่หัวใจซีกซ้ายโดยไม่มีออกซิเจน ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายขาดออกซิเจน</p> <p>๒.๓.ระยะปอดฟื้นตัว (stage of Resolution) เมื่อร่างกายต้านทานโรคไว้ได้ เม็ดเลือดขาวทำลายเชื้อโรคในถุงลมได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบริน เม็ดเลือดขาวและหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะสีสนิมเหล็กเพราะมีเลือดค้างอยู่ เนื้อปอดมักกลับคืนสภาพปกติได้ การอักเสบหายไปหรือมีพังผืดแทน ระยะฟื้นตัวเด็ก ๕ วันผู้ใหญ่ ๒ สัปดาห์ไม่ควรเกิน ๖ สัปดาห์ ถ้าเกินต้องนึกถึงโรคอื่น เช่น มะเร็งปอด ถ้าเชื่อมีความรุนแรงจะช็อกจากการติดเชื้อได้</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.การใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการดูแลรักษาอาการเริ่มแรกเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะและไอน้ำอย่างเพียงพอ ให้ออกซิเจน ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรได้รับการรักษาโดยการให้สูดดมออกซิเจนเพื่อแก้ไขภาวะ Hypoxia ที่เกิดขึ้น โดยการให้ออกซิเจนทาง Nasal Catheter, Face Mask หรือ Oxygen HHFNC น้ำเนื่องจากผู้ป่วยเสียน้ำ ออกไปทางการหายใจและผิวหนังมากกว่า ปกติจึงไม่ควรให้ทดแทนโดยให้ดื่มน้ำ สูดดมละอองน้ำ (Aerosol)หรือให้น้ำเข้าทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ในขณะที่เดียวกันต้องดูแลสมดุลย์ อิเล็กโทรลลิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติด้วยอาหารในระยะแรกควรเลือกให้อาหารอ่อนๆ เพราะผู้ป่วยมัก มีอาการเบื่ออาหารมาก ในรายที่มีโรคแทรก หรือมีภาวะขาดอาหารร่วมด้วย อาจให้อาหารที่มีโปรตีนและแคลลอรี่สูงควบคู่ไปกับการให้วิตามิน ทดแทนให้เพียงพอ ยาแก้ไอ ยาขับเสมหะจะช่วยทำให้เสมหะระบายออกได้สะดวกและรวดเร็วแต่ในรายที่มีอาการไอรุนแรงมาก หรือไอมากจนนอนไม่หลับ อาจให้ยาระงับไอพวก Codeins Phosphate ในขนาด ๑๕-๓๐ มิลลิกรัม ทุก ๔-๖ ชั่วโมง ได้เป็นครั้งคราวเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ยาแก้ปวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมี Pleuritic Chest Pain เกิดขึ้นซึ่งอาจไปขัดขวางการหายใจหรือไอรายที่เจ็บไม่มากอาจใช้ยาระงับปวดเช่น แอสไพริน Paracetamol ได้เป็นครั้งคราวในรายที่มีอาการเจ็บปวดรุนแรงมากอาจใช้ Codeine Phosphate หรือ Morphine ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ คอติโคสเตียรอยด์ จะใช้เฉพาะในรายที่มี Septic Shock เกิดขึ้นเท่านั้น การให้ยาปฏิชีวนะ ในรายที่มีการอักเสบติดเชื้อเนื่องจากแบคทีเรีย หรือเกิดการติดเชื้อซ้ำในระยะหลัง ยาปฏิชีวนะที่ใช้พวกเพนนิซิลิน อิริโทมัยซิน

๔.การวางแผนการจำหน่าย และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้องและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วย เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนจากการรักษาโรค โดยในกระบวนการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาล ถึงบ้านเป็นกระบวนการสำคัญได้วางแผนการจำหน่ายเน้นย้ำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว และเนื่องจากผู้ป่วยเคยเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี จึงให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยตรวจสุขภาพประจำปี ปฏิบัติตนในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

๕.ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา เป็นการศึกษาถึงสรรพคุณและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษา

กรณีศึกษาที่ ๑ Ceftriazone ๒ gm , Azithromycin (๒๕๐), Thiamine ๑๐๐mg v, Omeprazole ๔๐ mg v Paracetamal (๕๐๐), Bromhexine (๕), NAC, Loratadine (๑๐),ยาแก้ไอมะขามป้อม จิบแก้ไอ ,Hydrocortisone ๑๐๐ mg , Levophed (๔:๒๕๐) ,Hydrocortisone ๒๐๐ mg ,Lasix ๔๐ mg , E.KCL ๓๐ ml po, lactulose ๓๐ ml po ,Prednisolone (๕) po, Tramadol (๕๐) po, Lorazepam ๐.๕ po ,Tranxene ๕ po,T๑๐ po,Fortum ๒ gm v

กรณีศึกษาที่ ๒ Levophed (๔:๒๕๐) v rate ๕ml/hr. titrate เพิ่ม ลด ทีละ ๓ ml /hr q ๑๕ min keep MAP ≥ ๖๕ ,Hydrocortisone ๑๐๐ mg v then ๒๐๐ mg v drip in ๒๔ hr, E.KCL ๓๐ ml po, Losec ๔๐ mg v OD,levofloxacin ๑.๕ po,Etham (๔๐๐) po, Rifampicin (๔๐๐) po ,vit B.co po ,Paracetamal (๕๐๐) po,NACpo ,Domperidone po, Antacid ๑ ชต. po

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน</p>
<p>๓.ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p>
<p>๓.๒.แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ</p> <p>๑.แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม</p> <p>ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้กำหนดค่านิยมของสุขภาพว่า หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดยปัญญาหมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าเท่าทันและเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความซื่อ ความมีประโยชน์ และความมีโทษ นำไปสู่ความมีจิตอันดีงาม การประเมินสุขภาพเป็นทักษะพื้นฐานทางคลินิกที่มีความสำคัญมาก ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม : เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล</p> <p>๒.การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ เป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ บนพื้นฐาน การใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น สู่มาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล</p> <p>๓.กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)</p> <p>แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัยที่จะทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วยพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก</p> <p>กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัวทางกายภาพ และจิตสังคม</p> <p>๔.ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy s Adaptation Theory)</p> <p>กระบวนการที่ค้นหลักเกี่ยวกับทฤษฎี : กระบวนการที่ค้นทางการพยาบาลเกี่ยวกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาล ตามแนวคิดของรอย บุคคล เป็นสิ่งมีชีวิต มีระบบการปรับตัวเป็นองค์รวม เป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การปรับตัวกระทำเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ ภาวะสุขภาพ เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการมีสุขภาพดี หมายถึงบุคคลมีการปรับตัวได้ดี ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสิ่งเร้ากับระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล สิ่งแวดล้อม หมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอก มีผลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งรอยได้เรียก สิ่งแวดล้อมว่าเป็น สิ่งเร้า ๓ ประเภท สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม สิ่งเร้าแฝง การพยาบาล เป็นการช่วยเหลือกับ บุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมของบุคคลและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุ เพื่อมีภาวะสุขภาพและคุณภาพที่ดี</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญขึ้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

โครงเรื่องโดยย่อ

กรณีศึกษาที่ ๑ ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๔ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ มาด้วยอาการ ไข้ หนาวสั่น อ่อนเพลีย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล ๑ ชั่วโมง อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอแห้งๆ หนาวสั่น ไม่มีมีน้ำมูก รับประทานอาหารได้น้อย ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร ได้ยากลับมารับประทานที่บ้าน อาการไม่ทุเลา :๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น ไอแห้งๆ มีอาการไอถี่ขึ้น หายใจเหนื่อยหอบ ญาติจึงพามาโรงพยาบาลพินุลมังสาหารอีกครั้ง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: มีประวัติ F๕๑ : Sleep disorder สูบบุหรี่ ๘-๑๐ มวน/วัน ดื่มสุรา ๑-๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ๓-๕ แก้วต่อครั้ง ปฏิเสธแพ้ยา ปฏิเสธผ่าตัด ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคปอด ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรม เข้ารับการรักษาเมื่อ วันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๓๐น.แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน (ER) โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หนาวอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย ๔๑.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๓๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๒ มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง หนาวสั่น อ่อนเพลีย ไอแห้งๆ ถี่ขึ้น ชีพจรเบาเร็ว คลำได้ชัดเจน ผู้ป่วยรับประทานยาลดไข้ พาราเซตามอล ๒ เม็ดก่อนมาโรงพยาบาล(๑๓.๓๐น.) ให้การพยาบาลเช็ดตัวลดไข้และประเมินอาการและสัญญาณชีพซ้ำทุก ๑๕ นาที เมื่อเวลา๑๔.๔๕แพทย์ตรวจเยี่ยมประเมินอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจร่างกาย อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ ๑๐๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๘๑/๔๓ มิลลิเมตรปรอท หัวใจ: S๑,S๒ ปกติ no murmur Lung: equal BS, Clear BL, Abdominal : Soft, not tender, no guarding Ext.: no Rash EKG ๑๒ lead: Sinus tachycardia ๑๐๔ bpm แพทย์ให้เจาะเลือดส่งตรวจ BUN, Cr, Electrolyte with CO๒, UA, Hemo C/Sx๒ ขวด ,Blood Gas (vein) ,CXR,EKG, เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Retained catheter สวนปัสสาวะคาสาย Monitor NIBP ผลเลือดVBG :PH=๗.๔๓๑,pO๒=๒๒.๐.Glu=๑๔๙ Lactate=๔.๖, pCO๒=๓๖.๕,HCO๓ ๒๓.๗, Gram stain : gram Positive Coci in Pair: few ,Gram Negative Bacilli, Rare WBC : ๕-๑๐ HPF ๑๕.๓๐น. CXR: infiltration RLL CBC: Hct. ๓๘.๙% Wbc ๑๕๓๖๐ Neutrophil ๙๒ Lymph ๖ BUN ๑๗.๓ Cr. ๑.๔๒ eGFR ๕๑.๘๒ UA: WBC ๕-๑๐ Rbc ๒๐-๓๐ Epi.๐-๑, LFT:TP๖.๙,Alb ๓.๕,Glob ๓.๔,TB ๐.๖๖,DB ๐.๓๑,IB ๐.๓๕,SGOT ๕๑,SGPT ๔๔, ATK: Neg, Elyte:Na ๑๓๐,K ๓.๖,Cl ๙๒,CO๒= ๒๑ ,DTX ๑๔๑ mg% ,SpO๒=๙๔-๙๕% การวินิจฉัยโรค pneumonia RLL, UTI, septic shock, UD:sleep disorder การดูแลรักษา On O๒ Mask c Bag ๑๐ LPM,๐.๙%NSS ๑๐๐๐ml iv load ๒๐๐๐ ml then ๑๐๐ml/hr.๓ ขวด,Ceftriaxone ๒ gm iv at ๑๕.๑๕น.(ภายใน๑ชั่วโมง) then ๒ gm iv OD,Beradual๒:๒ ๑NB q ๑๕ m x ๓dose then q ๖ hr. ความดันโลหิต ๘๐/๕๐-๘๗/๕๔Hg เวลา๑๖.๔๕ น.ประเมินอาการและสัญญาณชีพซ้ำ BT ๓๘.๗ °C,PR ๑๑๐/m RR ๒๘/m BP ๙๕/๖๔ mmHg,DTX ๙๗mg% แพทย์ให้ stat Azithromycin (๒๕๐) ๒ tab po. NSS iv load ครบ ๒๐๐๐ml then ๑๐๐ml/hr เวลา ๑๗.๓๐ วัต BP ๘๘/๔๔ mmHg.PR ๑๑๒/m, RR ๒๘/m.หนาวสั่น อ่อนเพลีย แพทย์เวร consult อายุรแพทย์ On Levophed ๔:๒๕๐ iv ๕ml/hr. ๑๘.๐๐น.วัตBP ๗๕/๔๑ mmHg PR ๑๑๔/m RR ๓๐/m,SpO๒=๙๙% ปรับเพิ่ม levophed ๔:๒๕๐ iv ๑๕ ml/hr. เวลา๑๘.๑๕น BP๗๖/๓๙ mmHg เพิ่ม rate Levophed ๔:๒๕๐ iv drip ๒๐ ml/hr.เวลา ๑๙.๑๐น.BT ๓๘.๘°C PR ๑๐๔/m RR๒๔/m BP ๘๒/๔๗ mmHg SpO๒ ๙๙% เพิ่ม rate Levophed ๔:๒๕๐ iv drip ๒๕ml/hr

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)
<p>๔.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน</p> <p>โครงการโดยย่อ (ต่อ)</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใช้สูงหนาวสั่น ไอถี่ขึ้นมีเสมหะติดคอ อ่อนเพลีย Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย มีคำสั่งการรักษาต่อเนื่อง ให้รับประทานอาหารธรรมดาอย่างง่าย เผื่อระวังสังเกตอาการและอาการแสดง ประเมินสัญญาณชีพ,I/O ml/เวร keep urine $\geq 100\text{ml}/\leq 4\text{ hr.}$ ประเมิน SOS score q ๑ hr. if < 4 then q $\leq 4\text{ hr.}$ monitor DTX premeal & hs. q ๖ hr. Azithromycin (๒๕๐) ๒x๑ po.ac๕ day Thiamine ๑๐๐mg iv q ๘ hr.๓ day Omeprazole ๔๐mg q ๑๒ hr. Paracetamol (๕๐๐) ๑ tab po prn q ๔-๖hr.for fever Bromhexine (๕) ๑ tab po.pc, NAC (๕) ๑ tab po.pc Loratadine (๑๐) ๑ tab po.pc,ยาแก้ไอมะขามป้อม จิบเวลาไอ ก่อนส่งผู้ป่วยปรับ rate Levophed ๔:๒๕๐ iv drip ๒๘ml/hr keep MAP ≥ 65 HR≤ 150 ส่งผู้ป่วยด้วยรถนอน ถึงหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (semi-ICU) ๒๐.๐๐น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หายใจหอบตื้น ๒๘ /m, on O๒ cannula ๓ LPM, on Levophed ๔:๒๕๐ iv ๒๘ ml/hr ,on ๐.๙%NSS iv drip ๑๐๐ ml/hr, Retained foley cath urine ๑๐๐ ml เหลืองเข้ม BT ๔๐.๒°C, PR ๑๑๐/m,RR ๒๘/m,BP๗๙/๔๕mmHg, MAP๕๘,เพิ่ม rate Levophed ๔:๒๕๐ iv ๓๑ml/hr,on hydrocortisone ๒๐๐mg iv drip in ๒๔ hr,on ๐.๙% NSS iv drip ๑๐๐ml/hr at ๒๒.๐๐น.BT๓๘.๓°C,PR๘๔/m,RR๒๔/m,BP๘๕/๕๑,MAP ๖๓ ให้การพยาบาลเช็ดตัวลดไข้ ยาลดไข้ ๑ เม็ด on O๒ mask c bag ๑๐ LPM, Levophed ๔:๒๕๐ iv ๓๗ ml/hr ฟันยา ๑NB นอนศีรษะสูง SpO๒ ๙๗% keep RR< 30/m รายงานผล VBG:PH ๗.๔๓๑,Pco๒ ๓๐.๓,HCO๓ ๑๙.๗,lactate ๑.๔๐ แพทย์ให้สังเกตอาการต่อ ๒๓.๐๐ น.BP๘๙/๕๓ MAP=๖๕,PR๖๖/m, RR๒๔/m , Levophed ๔:๒๕๐ iv ๔๐ ml/hr I/O=๑๒๘๔ml/๖๐๐ml ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หายใจหอบตื้น ๒๔-๒๘/m,SpO๒=๙๗% ๒๕/๙/๖๖(๒๔-๘) อาการผู้ป่วยเริ่มคงที่หอบลดลง ไม่มีไข้ ไอต่างๆ นอนพักได้บ้าง RR ๒๐-๒๒/m,PR ๕๔-๖๒/m, BP๘๓/๕๐-๙๓/๕๘ MAP ๖๓-๗๒ Levophed ๔:๒๕๐ iv ๔๓-๕๐ ml/hr DTX ๑๔๕-๒๔๐mg% I/O=๑๕๖๘ml/๑๙๐๐ml ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาล มีการประเมินอาการและสัญญาณชีพทุก ๑ ชั่วโมง ปรับเพิ่มลด Levophed ๔:๒๕๐ keep MAP≥ 65 การเผื่อระวังภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนแนวทางการดูแลรักษา เป้าหมาย เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis ให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น พบว่าผู้ป่วย อยู่กลุ่มเสี่ยงสูง และเจ็บป่วยฉุกเฉิน จึงมุ่งเน้นการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ให้พ้นภาวะวิกฤต ได้รับการดูแลรักษา จำนวน ๑๐ วัน ได้คัดกรอง เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง และมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประเมินสัญญาณชีพ การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ การแลกเปลี่ยนอากาศและความอึดตัวของออกซิเจน ประเมิน tissue perfusion เจาะเลือดดู lactate level ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก และควบคุมระดับน้ำตาล ๘๐-๒๐๐ mg%(๑๔๑) มีการช่วยเหลือเบื้องต้น อย่างรวดเร็ว หลังให้การวินิจฉัย ให้สารน้ำเพียงพอ ๒๐๐๐ml ภายใน ๓ ชม. การบริหารยา ATB ภายใน ๑ ชม.เป็น Ceftri ๒ g v OD สำหรับการติดเชื้อที่ปอดหลังได้รับการวินิจฉัย และเก็บเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ จากข้อมูลสนับสนุน ใช้สูง ๔๐.๑ Wbc ๑๕๓๑๐ N ๙๒ BP ๘๘/๔๔ mmHg HR ๑๓๐,lactate ๔.๖ บ่งชี้ว่าเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ปัสสาวะเหลืองเข้ม ออก ๑๐๐ ml ประเมินซ้ำ ใช้ลดลงT๓๗.๗ HR ๑๐๔ RR ๒๒ BP ๙๑/๔๓ และได้เริ่มให้ยา Levophed เพิ่มความดัน และ Hydrocortisone รักษาการอักเสบของเนื้อเยื่อ ภาวะแทรกซ้อน พบวันที่ ๒-๓ ระหว่างรักษา นอนไม่หลับ มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง(DTX ๒๑๔-๒๔๐ mg% ได้ RI ๔ u sc มีภาวะ volume Overload พบวันที่ ๔ ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนไม่เพียงพอ SPO๒ ๙๓ % ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HHHFNC และยา Lasix ขับน้ำ</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)

โครงเรื่องโดยย่อ (ต่อ)

มีภาวะ Persistent UTI พบวันที่ ๕ :ได้ Ceftri ๒ gm v OD dayที่ ๖ ตรวจ UA พบ Wbc ๑๐-๒๐, Rbc ๕๐-๑๐๐ ปรับ ATB เป็น Fortum ๒ gm v q ๘ hr Hypo K (๒.๕๔-๓.๒๕) พบวันที่ ๑,๖,๗ ได้ E.KCL ๓๐ ml po x ๗ dose insomnia อาการนอนไม่หลับ ได้ปรับยาเพิ่ม Lora(๐.๕)๑XPRN.Tranxene(๕)๑X๒PC, T๑๐X๒PC

ผลการรักษา ใช้เวลารักษานาน ๑๐ วัน เป็น case RE-admit ใน ๒๔ hr การคัดกรอง อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน มีภาวะวิกฤต ให้การดูแลที่ ER มีการตรวจวินิจฉัย ใช้ SOS score q SOFA ≥ 2 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้ได้รับสารน้ำเพียงพอ ๒๐๐๐ml ภายใน ๒ hr ได้รับยา ATB ภายใน ๑ hr หลังการวินิจฉัย และส่งตรวจเพาะหาเชื้อ ได้รับ O๒ Mask ๑๐ LPM SPO๒ ๙๖% MAP ๖๑ ก่อน admit BP ๘๘/๔๔ MAP ๕๔ RR ๓๐ ได้ยาเพิ่มความดัน : Levophed ๔:๒๕๐ ๕mm/hr tritate เพิ่ม ลด ทีละ ๓ ml /hr (Max ๗๐) ๒๐ml BP ๗๓/๓๙ MAP ๔๙ admit เพิ่ม ๒๕ ml/hr BP ๘๒/๔๗และยาHydrocortisone v drip in ๒๔ หลังadmit ปรับ Rate Levophed สูงสุด ในวันที่ ๒ ของการรักษา ๕๐ ml/hr และ Off วันที่ ๕ อาการดีขึ้น BP ๙๐/๖๐-๑๑๐/๗๐ MAP>๖๕ เริ่ม On HHHFNC ในวันที่ ๔ จากภาวะ volume Overload อาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก และหยุด ในวันที่ ๘ ไม่มีไข้ ไม่หอบ ปรับHydrocortisone IV เป็นชนิดกิน ในวันที่ ๙ ของการรักษาจำหน่ายกลับบ้าน วันที่ ๐๓/๑๐/๖๖ นัดพบแพทย์ ๑๐/๑๐/๖๖ ประเมินอาการ ภาวะติดเชื้อที่ปอด และวางแผนการจำหน่ายก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองได้ เดินเองได้เอง มีกรรขามารับและดูแลต่อที่บ้าน แนะนำการรับประทานอาหารย่อยง่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเดินหลังรับประทานอาหาร ดื่มน้ำสะอาด การรับประทานยาต่อเนื่อง ลดหรืองดพฤติกรรมสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เพราะส่งผลต่อโรคที่เจ็บป่วย และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ มีไข้ ไอมากขึ้นมีเสมหะเหนียว ตัว ตาเหลือง เจ็บหน้าอก เจ็บชายโครง เป็นต้น และการมาพบแพทย์ตามนัดมี HM : Cefdivair (๑๐๐) ๑x๓ po pc x ๗ วัน : Prednisolone (๕) ๒x๒ po pc # ๘ : Tramadol (๕๐) ๑ tab po prn q ๘ hr for pain#๑๐ :ยาเดิม : Lora (๑) ๑xhs,Tranxene (๕)๑x๒ pc: Lora(๐.๕) ๑tab Sleeple: T๑๐ ๑x๒ pcและ F/U ๑๐/๑๐/๖๖ เพื่อ ประเมินติดตามการติดเชื้อที่ปอดและกระแสเลือด (CXR CBC UA BUN Cr E'lyte)

กรณีศึกษาที่ ๒ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๖ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ มาด้วยอาการ ไอ หายใจหอบเหนื่อยอ่อนเพลีย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล ๔ ชั่วโมง ๓๐ นาที case TB Lung มาตรวจตามนัด อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

๑ เดือน ก่อนมามีประวัติ TB Lung รับประทานยาต่อเนื่อง เบื่ออาหาร มาตามนัด ๔ ชั่วโมง ๓๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ไอมีเสมหะ หายใจหอบ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีไข้ ไม่อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ปฏิเสธแพ้ยา ปฏิเสธผ่าตัด ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการดื่มสุรา ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคปอด ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรม เข้ารับการรักษาเมื่อ วันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๐ น.แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน (ER)โรงพยาบาล พิบูลมังสาหาร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอ หายใจหอบเหนื่อยเพลีย อ่อนหมิวร่างกาย ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๓๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๘๑/๔๒ mmHg เวลา๑๐.๔๕น. SpO๒=๑๐๐%RA DTX ๑๑๔mg% on O๒ Mask c Bag ๑๐ LPM on ๐.๙%NNS iv load ๕๐๐ ml ประเมินซ้ำ ๑๑.๑๕น.BP๘๐/๕๐ mmHg PR ๗๒/m RR ๒๘/m แพทย์ประเมินอาการ(๑๑.๕๕น.) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนหมิวกาย ๓๗.๑ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ ๗๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๓๐ ครั้ง/นาที BP ๘๐/๔๐ mmHg Load ๐.๙%NSS ๕๐๐ ml (๑๐๐๐ml)

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)

ตรวจร่างกาย หัวใจ: S๑,S๒ ปกติ no murmur Lung: crepitation BL Abdominal : Soft, not tender, no guarding Ext.: no Rash EKG ๑๒ lead: Sinus rhythm ,Inverted T Wave (V๕) แพทย์ให้เจาะเลือดส่งตรวจ CBC,BUN, Cr, Electrolyte with CO๒, Blood Gas (vein),LFT, Hemo C/Sx๒ ขวด,CXR : infiltration perihilar both lung, consult อายุรแพทย์ : on levophed ดูแลสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และติดตามอุณหภูมิกาย เพื่อประเมินชนิดของการติดเชื้อ Retained catheter สวนปัสสาวะคาสาย Monitor NIBP ผลเลือด VBG:PH=๗.๔,pO๒=๔๖.๐.pCO๒=๓๖ ,HCO๓=๒๔.๗, Lactate=๑.๙, CBC: Hct. ๒๖.๙% Wbc ๔๒๗๐ Neutrophil ๗๑ Lymp ๒๒ BUN ๑๗.๒ Cr. ๑.๙๗ (๑.๔๒) eGFR ๒๔.๐๗ LFT:TP๖.๙,Alb ๓.๔,Glob ๓.๕,TB ๐.๘๓,DB ๐.๖๓,IB ๐.๒๐,SGOT ๔๙,SGPT ๒๕, Elyte:Na ๑๒๘,K ๓.๑,Cl ๙๓,CO๒= ๒๓ ,DTX ๑๐๖ mg% ,SpO๒=๙๙% การวินิจฉัยโรค pneumonia ,TB lung , septic shock, CXR : Infiltration LLL, Rt perihilar infiltration การดูแลรักษา On O๒ Mask c Bag ๑๐ LPM,๐.๙%NSS ๑๐๐๐ml iv load ๒๕๐๐ ml then ๑๐๐๐ml/hr Levophed ๔:๒๕๐ iv drip ๕ ml/hr.keep MAP ≥๖๕ เวลา ๑๒.๔๕น. ATB รอประเมินไข้ และติดตาม CBC ซ้ำ เวลา ๑๔.๔ น.ประเมิน BT ๓๗.๑°C,PR ๗๐/m,RR ๒๒/m,BP ๙๐/๕๒mmHg Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง มีคำสั่ง การรักษาต่อเนื่อง ให้รับประอาหารธรรมดาเรื่อยๆ ฝ้าระวังสังเกตอาการและอาการแสดง ประเมินสัญญาณชีพ,I/O ml/ เวน monitor DTX premeal & hs. Keep ๘๐-๒๐๐mg% E.KCl ๓๐ ml po. ๒ dose q ๓ hr Triter cortisol =๔๐.๙๘ ,Hydrocortisol ๑๐๐ mg v stat then ๒๐๐mg iv drip in ๒๔ hr.Order continue Med: Losec ๔๐ mg v OD,Levofloxacin ๑.๕ tab po.hs Etambutal(๔๐๐) ๒ tab po hs,Rifampicin(๔๐๐) ๑ tab po hs Paracetamol (๕๐๐) ๑ tab po prn q ๔-๖hr.for fever Bromhexine (๕) ๑ tab po.pc, NAC (๕) ๑ tab po.pc Vit.Bco. ๑tab po OD, NAC ๑tab po tid pc ถึงหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (semi-ICU) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง BT ๓๖.๘°C,PR ๗๒/m,RR ๒๔/m,BP ๙๕/๕๗mmHg เวลา ๑๕.๒๐น.นอนศรีษะสูง Isolate on Levophed ๔:๒๕๐ iv drip ๕ ml/hr titrate เพิ่ม ลดทีละ ๓ ml .keep MAP ≥๖๕ , Hydrocortisol ๒๐๐mg iv drip in ๒๔ hr แนวทางการดูแลรักษา พัก รักษาตัวในรพ. ๗ วัน ไม่ได้รักษาด้วย ATB จาก อาการแสดง และผลตรวจเลือด WBC ๔๒๗๐ L ๒๒ ไม่มีไข้ จึงต้องประเมิน ฝ้าระวังสังเกตไข้และอาการแสดง และเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อต่อ และ ระดับ lactat : ๑.๙ ยังวิกฤตไม่รุนแรง มีภาวะ Hypovolemic shock และได้รับสารน้ำเพียงพอ ๒๕๐๐ ml ภายใน ๓ ชม. BP ๙๐/๕๒ mmHg MAP ๖๑ SPO๒ ๙๘% และได้รับยา Levophed เพิ่มความดัน ร่วมกับ Hydrocortisone รักษาการอักเสบของเนื้อเยื่อ และยา Anti-TB หลัง ประเมินค่าการทำงานของตับแล้ว ส่วน ATB รอประเมินไข้ ภาวะแทรกซ้อน Hypo K (K ๓.๑,๓.๒๙) พบวันแรกและวันที่ ๕ ได้รับ EKCL ๓๐ ml po x ๓ dose ml po q ๓ hr ผลการรักษา ใช้เวลารักษานาน ๗ วัน เป็น case Old TB หลังกินยา ๑ เดือน มาตามนัด ได้รับ การคัดกรอง ภาวะเสี่ยง ดูแลที่ห้องฉุกเฉิน มีภาวะวิกฤต ติดเชื้อที่ปอดเข้าสู่ภาวะช็อก หลังมีการ เจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ ผลเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อทั้งสองขวด Sputum Culture :E.coli Numerous และวินิจฉัยซ้ำ ได้รับ สารน้ำ ๒๕๐๐ ml ภายใน ๒ hr โดยไม่มีข้อห้าม การเริ่ม ATB ใน case นี้ยังต้องรอผลการส่งตรวจ และอาการแสดงที่ ชัดเจน CBC : WBC ๓๗๙๐,N ๗๕,L๑๙ BT๓๖.๗°C-๓๗.๗°C แพทย์ยังไม่เริ่ม ATB ๑๑/๑๐/๖๖ เวลา ๐๖.๐๐ น.BT ๓๘.๐°C,PR ๗๔/m,RR ๒๒/m, BP๑๒๐/๘๐notify แพทย์ให้ประเมินซ้ำอีก ๒ ชั่วโมง BT๓๗.๓°C,PR ๗๖/m,RR ๒๒/m,BP ๑๐๐/๗๐ mmHg อาการแสดง ยังไม่มีไข้ ได้รับยา Anti TB หลังตรวจดูค่าการทำงานของตับ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)

ในระดับที่ปลอดภัยก่อน BP๙๐/๕๒ MAP ๖๑ ,Cr ๑.๔๒ เป็น ๑.๙๗ ,K ๓.๑ consult Med ให้ยา Levophed Rate ๓-๘ ml/hr และ Off ได้วันที่ ๔ BP ๑๑๐/๗๐ MAP ๘๓ ไม่ใช่ ไม่หอบ Hydrocortisone off วันที่ ๕ และ EKCL ๓๐ ml po for Hypo K ในวันแรก และวันที่ ๕ อาการดีขึ้น กินได้ มีไข้ ๓๘ C x ๑ peak วัดซ้ำ ๓๗.๔ C ในวันที่ ๗ รับประทานอาหาร และยา TB ได้ เพื่อปรับยา

จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ ๑๑/๑๐/๖๖ นัดพบแพทย์ที่ TB Clinic ๑๘/๑๐/๖๖ ประเมินอาการ ภาวะติดเชื้อที่ปอด และการทำงานของตับเพื่อปรับยา Anti-TB วางแผนการจำหน่ายก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองได้ เดินเองได้ยังอ่อนเพลียเล็กน้อย มีหลานสาวมารับและดูแลต่อที่บ้าน แนะนำการรับประทานอาหารอย่างง่าย การพักผ่อน การลุกยืน เดิน นั่งก่อนและหลังรับประทานอาหาร ดื่มน้ำสะอาด การรับประทานยาTB ต่อเนื่อง และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ มีไข้ ไอมากขึ้นมีเสมหะเหนียว ตัว ตาเหลือง เจ็บหน้าอก เจ็บชายโครง เป็นต้น และการมาพบแพทย์ตามนัด

ยากลับบ้าน -Domperidone ๑x๓ po ac, Para(๕๐๐) ๑ tab po prn q ๔-๖ hr Losec ๑x๑ po ac,ORS ผสมน้ำ จิบบ่อยๆ,levofloxacin ๑.๕ tab po hs,Etham (๔๐๐) ๒ tab po hs,Rifampicin (๔๐๐) ๑ tab po hs,vit B.co ๑ tab po pc, NAC ๑ tab po tid pc

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๑.กำหนดหัวข้อและประเด็นที่สนใจ เลือก Case เพื่อทำการศึกษา ๒ ราย
- ๒.รวบรวมข้อมูลประวัติของกรณีศึกษา ทบทวนข้อมูลจากตำราวารสารงานที่เกี่ยวข้อง
- ๓.ศึกษาปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยและตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วย การรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ๔.นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาวิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
- ๕.ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ
- ๖.สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย
- ๗.เผยแพร่ผลงาน โดยนำเสนอวิชาการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
- ๘.จัดทำผลงาน จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

เป้าหมายของงาน

- ๑.เพื่อให้หน่วยงานและทีมบุคลากรพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และสาเหตุของการเกิดโรค เพื่อช่วยในการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ใช้เป็นเอกสารวิชาการเผยแพร่
- ๒.เพื่อให้ทีมบุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยรูปแบบหน้าที่หรือแบบแผนสุขภาพมาประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่ม ขณะนอนพัก และหลังจำหน่ายและวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ให้ถูกต้อง ปลอดภัย
- ๓.เพื่อ ลดอัตราการตายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะการเจ็บป่วย

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๕.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑.ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (pneumonia) และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (sepsis) ที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ปี พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๖๖

ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี พ.ศ.	ปี พ.ศ.	ปี พ.ศ.
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
		จำนวน	จำนวน	จำนวน
ผู้ป่วย pneumonia ที่นอนโรงพยาบาล	-	๑๓๖๔	๒๒๔๒	๑๒๔๕
ผู้ป่วย pneumonia ที่เสียชีวิต	-	๕	๑๓	๑๙
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย pneumonia	≤๒๕%	๐.๓๗	๐.๕๘	๑.๕๓
ผู้ป่วย sepsis ที่นอนโรงพยาบาล	-	๙๑	๑๒๑	๑๗๔
ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย sepsis	-	๖	๙	๑๖
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย sepsis	<๓๐%	๖.๕๙	๗.๔๔	๙.๒๐

๕.๒.ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จากข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบและผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพบว่าแนวโน้มอัตราการตายเพิ่มขึ้น ถึงว่าจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งผู้ป่วยปอดอักเสบและผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปี ๒๕๖๖เพิ่มขึ้น บางรายเป็นผู้สูงอายุและขอกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งทีมที่ดูแลจะต้องหาโอกาสพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดระบบการดูแล Home ward มีทีมดูแลร่วมกันทุกสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนาการ แพทย์แผนไทย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแผนการดูแลร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาล ชุมชน มีการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เชิงคุณภาพ

๑.ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ได้รับการประเมิน วินิจฉัยถูกต้อง รวดเร็ว

๒.ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ได้รับการดูแลรักษาตาม CNPG โดยเฉพาะ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง และสารน้ำให้เพียงพอ

๓.อัตราการตายผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง

๔.อัตราทรุดลงส่งต่อของผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑.นำผลการศึกษามากำหนดแนวทางประกอบการจัดทำคู่มือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและนำมาปรับใช้ในหน่วยงาน

๒.เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ให้กับพยาบาล พยาบาลจบใหม่ นักศึกษา ผู้มาศึกษาดูงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

๓.เป็นแนวทางในการติดตามนิเทศทางคลินิก ในการนำกระบวนการพยาบาลพยาบาลมาดูแลผู้ป่วย ในระยะต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอด และภาวะช็อกอื่นๆ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๗.ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เป็นกลุ่มโรคที่มีอาการเฉียบพลัน เข้าสู่ภาวะวิกฤต ถ้ารักษาไม่ทัน ท่วงทีหรือรักษาไม่ถูกต้องอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เป็นอันตราย จนถึงแก่ชีวิตได้ เพราะฉะนั้น เมื่อมีอาการ หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะและมีไข้สูง ต้องรีบมาพบแพทย์เพื่อตรวจอาการหาการรักษาได้ทันท่วงทีที่จะปลอดภัย

๒.การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก(Sepsis) ตามแนวทาง EGDT(early goal directed therapy) เป็นฐานความรู้ใหม่ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ซึ่งทีมพยาบาลยังไม่คุ้นเคยและเข้าใจไม่ตรงกันอาจทำให้การดูแลผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพสูงสุด และควรมีการปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ

๓ ผู้ป่วยรายนี้มีความดันโลหิตต่ำจากการติดเชื้อ (Septic Shock) ถ้าเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย (vital organ) ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตับ ที่อาจได้รับอันตรายจากภาวะการขาด O₂ ไปเลี้ยงได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังและติดตามเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด

๔. การเฝ้าระวังและติดตามเพื่อแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำจากการติดเชื้อ ตาม EGDT ควรใส่ central venous catheter และ arterial catheter เพื่อการติดตามพลศาสตร์การไหลเวียนเลือด (Hemodynamic) ซึ่งการทำหัตถการดังกล่าวต้องอาศัยประสบการณ์ ความชำนาญของแพทย์และพยาบาล รวมถึงความพร้อมของเครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งกรณีศึกษาทั้งสองรายแพทย์อายุรกรรมได้ประเมินผู้ป่วยแล้วอาการผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษามีอาการทางคลินิกดีขึ้น จึงไม่ได้ใส่ central venous catheter

๕. ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ญาติจะเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ดังนั้นพยาบาลควรให้การประคับประคองด้านจิตใจแก่ญาติ มีการสื่อสารและให้ข้อมูลเป็นระยะ

๘.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑.การสอบถามข้อมูลแก่ผู้ป่วยระยะแรกทำได้ยากเพราะผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อยอยู่และเป็นผู้สูงอายุต้องสอบถามจากญาติและบางทีข้อมูลไม่ต่อเนื่องเพราะญาติผลัดกันเฝ้า

๒.การสืบค้นข้อมูลทางวิชาการในห้องสมุดของโรงพยาบาล เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ยังมีน้อย ต้องไปหาดำรงจากที่อื่นเช่นวิทยาลัยพยาบาลและศูนย์แพทย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และค้นหาทางอินเทอร์เน็ต ทำให้เกิดความล่าช้าและได้ข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม

๓.บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤต ฉุกเฉิน ระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย เพราะแต่ละระยะสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการประเมินภาวะ pneumonia รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis อย่างชำนาญ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย แต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ถ้าเป็นจะต้องมีการเพิ่มพูนทักษะในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ

๙.ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น ๆ จนเกิดความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

๑.มีการพัฒนาสมรรถนะผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ให้มีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ในการปฏิบัติการพยาบาล การนิเทศทางคลินิก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ติดตามประเมินอย่างสม่ำเสมอ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙.ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

ด้านบริหาร (ต่อ)

๒.ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการสื่อสาร ให้ข้อมูล การมีส่วนร่วม สนับสนุนให้มีการพัฒนา สร้างนวัตกรรม พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ให้ทันกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง

๓.พัฒนาเครือข่ายการดูแล มีการประสานขอความร่วมมือ การสื่อสารการส่งต่อข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และชุมชน เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

๔.จัดเตรียมอาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องให้ออกซิเจนชนิด HHHFNC เครื่องช่วยหายใจ เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้า ให้เพียงพอ พร้อมใช้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และเครื่องใช้ เพื่อเอื้อต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายขณะรับการรักษา

ด้านบริการ ทีมพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูวิชาการอย่างสม่ำเสมอ ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านสุขศึกษาจัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบเพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุและการป้องกัน ไม่ให้เกิดโรค การดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ตาม EGDT ต้องอาศัยความเหมาะสม ถูกต้อง รวดเร็ว มีการทำงานเป็นทีม ทั้งแพทย์ พยาบาล รวมทั้งสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมที่มีความสำคัญ เนื่องจากต้องดูแล ผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตต่ำเป็นระยะเวลานาน อันจะส่งผลต่อหลายระบบ เช่น ระบบประสาท ภาวะไตวายเฉียบพลัน การหายใจล้มเหลว และตับอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น ตลอดจนเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่จะตามมา เช่น การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน และควรติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ

ด้านวิชาการ การดูแลผู้ป่วยควรเพิ่มศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ชุมชน ตลอดจนรพ.สต.เพื่อให้มีความสามารถในการประเมินช่วยเหลือและ ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทันท่วงที

๑.ควรมีการพัฒนาเชิงคลินิก ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยใช้รูปแบบการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)

๒.ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

๓.ควรมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและเป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- นำเสนอผลงานเรื่อง:การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต ปี ๒๕๖๗ (Change and Challenges in the Next Normal) ระหว่างวัน ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ โดยมูลนิธิเครือข่ายพยาบาลชุมชนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เครือข่ายวิชาชีพพยาบาล สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ (CNO-R) ชมรมผู้บริหารการพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

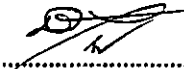
๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางปิยะนันท์ อุ่นกาย สักส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางปิยะนันท์ อุ่นกาย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

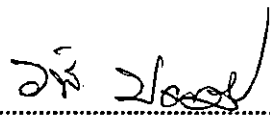
วันที่ ๙ / ๓.๓ / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางปิยะนันท์ อุ่นกาย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาววิชัย บุตรศรี)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) ๙ / ๓.๓ / ๒๕๖๓

(ลงชื่อ) 

(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) ๑๐ / ๓.๓ / ๒๕๖๓

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง พัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผสมอากาศอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula: HFNC)

๒.หลักการและเหตุผล

ภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory Failure) เป็นภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เป็นภาวะที่มีสาเหตุจากการเป็นโรคต่างๆ ทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อาการและการแสดงที่พบคือ ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) แสดงถึงเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและต้องการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันที่

การรักษาที่สำคัญคือ การรักษาด้วยการให้ออกซิเจน (Oxygen therapy) แบ่งเป็น ๒ ชนิดคือ ชนิดแรกคือ เป็นการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลต่ำ (low flow oxygen device) ได้แก่การให้ออกซิเจนเข้าทางสายยางคู่เข้าจมูก (nasal cannula) การให้ออกซิเจนทางหน้ากาก (simple face mask) การให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดมีถุง (partial rebreathing mask) และการให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดไม่มีถุง (non rebreathing mask) ชนิดที่สอง เป็นการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราไหลสูง (high flow oxygen device) เช่นการให้ออกซิเจนชนิดหน้ากากหรือฝากรอบ ซึ่งเป็นระบบที่สามารถควบคุมความเข้มข้นของออกซิเจนได้ (venturi mask) และการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (high flow nasal cannula : HFNC)

การรักษาด้วยการให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula:HFNC)เป็นระบบการบริหารออกซิเจนแบบใหม่ด้วยอัตราการไหลสูงผ่าน nasal cannula มีการพัฒนามากขึ้นและได้รับความนิยม มีการใช้ในผู้ป่วยทั้งกลุ่มทารกแรกเกิด เด็ก และในผู้ใหญ่ เพื่อรักษาผู้ป่วยที่เป็น acute exacerbation ช่วงระยะฟื้นตัวและ chronic respiratory failure การใช้ HFNC เป็นการให้ออกซิเจนทาง nasal cannula ที่มีอัตราการไหลสูง โดยการใช้เครื่องผสมอากาศ และออกซิเจน เครื่องทำความชื้นและความร้อน แล้วให้อากาศไหลผ่านวงจรที่ถูกปรับอุณหภูมิให้สูงขึ้นไปยัง nasal cannula สามารถปรับความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศที่หายใจเข้าได้ ตั้งแต่ร้อยละ ๒๑ ถึงร้อยละ ๑๐๐ และปรับอัตราการไหลของอากาศได้สูงถึง ๖๐ ลิตรต่อนาที และควบคุมระดับความเข้มข้นของออกซิเจน (fraction of inspired oxygen : FiO₂) ให้คงที่ตั้งแต่ ๐.๒๑-๑.๐ เนื่องจากไม่มีอากาศจากภายนอกมาเจือจาง และระบบดังกล่าวยังมีการให้ความชื้น รวมถึงควบคุมอุณหภูมิของอากาศด้วย การรักษาด้วยออกซิเจนวิธีนี้ เป็นการรักษาแบบประคับประคองที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างรอการฟื้นตัวจากโรคหรือภาวะที่เป็นเหตุ เพื่อช่วยให้การนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย (oxygenation) ดีขึ้น ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยภาวะหลังถอดท่อช่วยหายใจ (post extubation period) เสี่ยงต่อการใส่ท่อหายใจซ้ำลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ HFNC ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว Roca และคณะ (๒๐๑๐) ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันชนิดออกซิเจนในเลือดต่ำ (acute hypoxemic respiratory failure) ที่ประเทศสเปน จำนวน ๒๐ ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวแบบสู่มขามกลุ่มระหว่าง HFNC กับ oxygen face mask ซึ่งมีระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation : SpO₂) น้อยกว่าร้อยละ ๙๖ ขณะที่ได้รับ FiO₂ตั้งแต่ ๐.๕ ขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่าการใช้ HFNC ช่วยลดอาการเหนื่อย ลดอัตราการหายใจ ลดงานของการหายใจ (work of breathing : WOB) ชีพจรระดับSpO₂ดีขึ้น

แบบการเสนอข้อเสนอนโยบายการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

และผู้ป่วยรู้สึกสบายกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดด้วยออกซิเจนด้วยวิธีปกติ (standard oxygen therapy) Frat และคณะ (๒๐๑๕) ศึกษาผู้ป่วย acute hypoxemic respiratory failure จำนวน ๓๑๐ ราย โดยศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มแบ่งกลุ่มขนาดใหญ่ (FLORALI study) เปรียบเทียบการใช้ HFNC, standard oxygen therapy และการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (non invasive ventilation : NIV) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับ HFNC มีอัตราการตายในหอผู้ป่วยวิกฤติรวมที่ ๕๐ วัน น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ standard oxygen therapy และ NIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ (intubation rate) ไม่แตกต่างกัน กลุ่มที่ได้รับ HFNC ที่มีค่าความดันย่อยออกซิเจนในเลือด (partial pressure of arterial oxygen : PaO_๒) PaO_๒/ FiO_๒ ต่ำกว่า ๒๐๐ พบว่ากลุ่มที่ได้รับ HFNC มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ น้อยกว่าอีก ๒ กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยหลังถอดเครื่องช่วยหายใจมักพบว่ามีการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งการรักษาด้วยออกซิเจนตามการรักษาปกติ (conventional oxygen therapy) อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้มีอาการเหนื่อยหรือมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำลง การใช้ HFNC จึงอาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ๓

Hernandez และคณะ (๒๐๑๖) ศึกษาผู้ป่วยที่ถอดท่อช่วยหายใจและมีความเสี่ยงต่ำต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (reintubation) จำนวน ๕๒๗ โดยศึกษาเปรียบเทียบ HFNC กับ conventional oxygen therapy ผลการวิจัยพบว่าอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำและการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวหลังถอดเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มที่ได้รับ HFNC ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ๔

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า HFNC ช่วยลดอาการเหนื่อย ลดอัตราการหายใจ ลดงานของการหายใจ ลดอัตราการตาย และลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจภายหลังผู้ป่วยถอดเครื่องช่วยหายใจ

สำหรับประเทศไทยพบการศึกษาของ นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย และคณะ (๒๐๑๕) ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะพร่องออกซิเจนที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน ๕๐ ราย โดยศึกษาแบบสุ่มเชิงเปรียบเทียบ HFNC กับ conventional oxygen therapy ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุของ hypoxemia และ dyspnea พบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure : CHF) อาการกำเริบของโรคหอบหืด (asthma exacerbation) อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) และโรคปอดบวม (pneumonia) ผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC อาการหายใจลำบาก (dyspnea) ดีขึ้นและมีความสุขสบายสูงกว่า conventional oxygen therapy อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่ม HFNC ต่ำกว่ากลุ่ม conventional oxygen therapy อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ๕

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร เริ่มมีการนำ HHHFNC มาใช้กับผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วย covid-๑๙ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องแปลกใหม่สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้น พยาบาลผู้ดูแลยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน ตลอดจนการขาดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน จึงอาจส่งผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula:HFNC) จะต้องมีการเรียนรู้ (PDCA)อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางวางแผนในการดูแลรักษาเชิงคลินิก ในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวหรือภาวะพร่องออกซิเจนในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจต่างๆ เช่น โรคปอดอักเสบ โรคหลอดเลือดฝอยอักเสบ โรคหอบหืด โรคคroup เป็นต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง มีมาตรฐาน ซึ่งจะให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

ถึงแม้ว่าจะมีการนำมาใช้แพร่หลายมากขึ้น และต้องใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วน อาจทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มนี้น้อย จึงได้เสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงานขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้มีความชำนาญสำคัญในการช่วยเหลือดูแล เฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน วางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยด้วย เครื่อง HFNC เป็นอุปกรณ์ให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงแบบใหม่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ดังนั้นแนวคิดการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผสมอากาศอัตรา ไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula: HFNC) จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลและควบคุมการทำงานของ เครื่อง HFNC ลดความเสี่ยงของภาวะการหายใจล้มเหลวที่นำไปสู่การใส่ท่อช่วยหายใจลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใช้เครื่อง HFNC สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียน ดูแลและรักษาสมดุลของน้ำ ตลอดจนเพิ่มความสามารถและศักยภาพทางการพยาบาลในการประเมิน การสังเกต การตรวจร่างกาย และการ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งสามารถวินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการ ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมา ปรับใช้ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ให้มีมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกันให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเท คโนลยี ช่วยทำให้อลดความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ให้เกิดความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วยและตัวผู้ดูแล

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากนโยบายการปฏิรูปและแผนการพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถมอง ทหารปฏิบัติที่ดีที่สุดทางด้านพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย การจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้มี ประสิทธิภาพมากที่สุด การดูแลการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกันของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด และการมุ่งเน้นเรื่อง ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ รวมถึงการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างคุ้มค่ามากที่สุด พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาทักษะหรือ ความสามารถ ซึ่งได้แก่ ทักษะเพื่อพัฒนาตน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ เริ่มตั้งแต่การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง ปฏิบัติหน้าที่อย่างมืออาชีพ มีความคิดสร้างสรรค์ คิดนอกกรอบ สามารถใช้ความรู้ในการดูแล รักษาพยาบาล กล้าที่จะรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนการทำงานอย่างเป็นระบบ คิดเป็นระบบ ทำ พุด และรายงานอย่างเป็นระบบทักษะการทำงานร่วมกับคนอื่น คือ ความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความสามารถในการประสานงานที่รวดเร็ว แม่นยำและถูกต้องทักษะการดูแลที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย คู่ขนานไปกับการ พัฒนาคุณภาพในการทำงาน รู้จักใช้ข้อมูลทางวิชาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลทางด้านวิจัย และนำมาบูรณาการ กับการทำงาน ทั้งนี้โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติการพยาบาลทำให้สถานบริการทางสุขภาพทั้งภาครัฐ และ เอกชนมีการแข่งขันการบริการสุขภาพประชาชน และใส่ใจกับการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลให้บรรลุเกณฑ์ มาตรฐานสากล เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จัดระบบบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำและมีคุณภาพสูง รวมทั้งการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการให้บริการที่สร้างความประทับใจแก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ที่จะนำมาซึ่งความสำเร็จในทุก ด้าน ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางด้านสุขภาพให้มีขีดความสามารถสูง รวมทั้งการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมบริการให้บริการที่สร้างความประทับใจแก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

แบบการเสนอข้อเสนอนโยบายการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ที่จะนำมาซึ่งความสำเร็จในทุกด้าน ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางด้านสุขภาพให้มีขีดความสามารถสูง เพื่อนำองค์กรสู่มาตรฐานสากล การดูแลผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยก็ควรได้รับการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ตามศักยภาพของครอบครัว บทบาทพยาบาลในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นอีกหนึ่งบุคคล ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการนำความรู้เกี่ยวกับการพยาบาล ไปใช้ในการประเมินความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย มีความเข้าใจ และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย มีทักษะในการสังเกตและเฝ้าต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะได้รับกิจกรรมการรักษายาพยาบาล

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิจุลมังสาหาร เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทุกกลุ่ม ประเภทอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่พบมได้บ่อยคือ โรคในระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะ ปอดอักเสบ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และยังเป็นกลุ่มโรคที่มีอัตราการส่งต่อที่พบบ่อยในหน่วยงาน จากข้อมูลสถิติโรค ของงานพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิจุลมังสาหาร ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖พบว่ามียุ่จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษา ๑,๓๖๔ ๒,๒๔๒ ๑,๒๔๕ ราย และมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เข้ารับการรักษา ๙๑ ,๑๒๑,๕๓ ราย ตามลำดับ

ปัจจุบันมีการนำระบบออกซิเจนอัตราไหลสูงทางจมูก (high flow nasal cannula: HFNC) ซึ่งเป็นการช่วยหายใจแบบ non-invasive มาใช้ในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านระบบหายใจ ทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม แผนกฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยเด็กทั่วไปเพิ่มมากขึ้น กลไกการทำงานของ HFNC ประกอบ ด้วยระบบก๊าซออกซิเจนและอากาศที่ใหด้ด้วยอัตราการไหลสูง พร้อมเครื่องผลิตความอุ่นชื้น ทำให้มีก๊าซไหลผ่านทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้นเพียงพอต่อความต้องการการหายใจของผู้ป่วย เนื่องจากมีความเข้มข้นของออกซิเจนที่คงที่ สามารถปรับอัตราไหลของก๊าซ และความเข้มข้นของออกซิเจนได้ตามสภาวะความพร้อมออกซิเจน และตามความต้องการของผู้ป่วย สามารถเพิ่มอัตราการไหลของก๊าซได้สูง ขดเซยปริมาตรการสูญเปล่าบริเวณ nasopharynx และลดความต้านทานของทางเดินหายใจในขณะที่ผู้ป่วย หายใจเข้า ช่วยเพิ่มแรงดันถ่างขยายไปที่ปอด เกิดแรงดันบวกในทางเดินหายใจ ขณะหายใจเข้า/ออก ทำให้ถุงลมยังคงสภาพโดยไม่แฟบ มีผลช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและระบายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในปอดและเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว นอกจากนี้การให้ก๊าซที่มีความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสม จะช่วยทำให้เสมหะละลายและถูกขับออกได้ดีขึ้น ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ถอนการใช้เครื่องช่วยหายใจ (weaning of mechanical ventilator) และลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผสมอากาศอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula: HFNC) ใช้แนวคิดทฤษฎีของมาสโลว์ (Abraham Maslow) ที่กล่าวถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ทั้งความต้องการ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค อากาศ น้ำดื่ม การพักผ่อน ความต้องการความปลอดภัยและมั่นคง ร่วมกับการนำกระบวนการพยาบาล มาเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

การดำเนินงาน: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผสมอากาศอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula: HFNC)

ด้านการประเมิน วินิจฉัย และ Investigation

๑. กำหนด Early warning signs เพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยร่วมกับทีมนำทางคลินิก
๒. จัดโซนในการดูแลผู้ป่วยให้ใกล้ Nurse station เพื่อให้มองเห็นและเข้าถึงผู้ป่วยได้ง่าย
๓. ประเมินอาการโดยมีแนวทางในการรักษาอาการตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงสิ้นสุดกระบวนการรักษา

ด้านการดูแลรักษา

๑. จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HHHFNC ที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบจากผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ เป็นต้น
๒. กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังและติดตามอาการในระยะต่างๆ ของการใช้เครื่อง HFNC
๓. มีแบบติดตามอาการสัญญาณชีพ ค่าออกซิเจนในเลือด โดยออกแบบเป็นกราฟหรือตาราง เพื่อง่ายต่อการบันทึกและการสื่อสารในทีมสุขภาพ
๔. นำเกณฑ์ Early warning sign มาใช้เพื่อเฝ้าระวังภาวะหายใจล้มเหลวขณะใช้เครื่อง HFNC ในการรักษาผู้เชี่ยวชาญกว่า รวมทั้งการ wean off ในการหยุดใช้เครื่อง
๕. ประเมินข้อบ่งชี้ ข้อห้าม ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการปรับตั้งและดูแลเครื่อง อุปกรณ์ HHFC

ด้านเจ้าหน้าที่และบุคลากร

๑. จัดอบรมเรื่องโรคระบบทางเดินหายใจและUpdate แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนมีอัตราอากาศอัตราไหลสูงทางจมูก (HFNC) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๒. จัดทำแบบทดสอบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง HFNC อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๓. ให้ความรู้และให้ข้อมูลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยทำเอกสารแผ่นพับคำแนะนำต่างๆ มีการเฝ้าระวังโดยแพทย์และพยาบาล มีการให้คำแนะนำเริ่มตั้งแต่แรกเริ่ม ระหว่างนอนโรงพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

แนวทางการปฏิบัติวิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม กุมารเวชกรรม ที่มีภาวะหายใจลำบากหรือภาวะพร่องออกซิเจน เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิบูลฉิมสาร โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC จำนวน ๓๐ คน ในระหว่างวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ในเวลาก่อนหน้านี้นี้ที่ยังไม่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๖-๓๑ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๖)

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

เกณฑ์คัดตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยผู้ใหญ่ ผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ ๑ เดือนขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (respiratory tract infection ได้แก่ ปอดอักเสบ (pneumonia) หลอดลมอักเสบ (bronchitis) หลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis) โรคหืด (asthma) และกลุ่มอาการครูป (croup) และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)

ขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น ๒ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC โดยมีขั้นตอน การดำเนินการดังนี้

๑.๑ วิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นถึงปัญหาและอุปสรรค การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC โดยสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพถึงกระบวนการพยาบาล แนวทางการดูแลและแนวปฏิบัติที่ใช้ในหอผู้ป่วย

๑.๒ กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC สำหรับงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

๑.๓ สืบค้นงานวิจัย ตำราวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HFNC) ทำการวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงานให้ออกมาอยู่ในรูปขององค์ความรู้ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลรักษาด้วย HFNC ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร และพิจารณาความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยผู้เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยงานช่วยประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๑.๔ นำผลการศึกษาในข้อ ๑.๓ มาปรับปรุงแนวปฏิบัติอีกครั้ง โดยอายุรแพทย์ กุมารแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะสาขาแต่ละสาขา และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน โดยนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงแนวปฏิบัติในประเด็นที่ยังไม่สมบูรณ์

๑.๖ ก่อนการดำเนินการในระยะที่ ๒ เพื่อให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ได้มีการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคน โดยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ หลักการ ข้อบ่งชี้ ข้อควรระวังหรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC รวมถึงฝึกทักษะก่อนใช้เครื่องในการเตรียมผู้ป่วย และการประกอบอุปกรณ์เครื่อง HFNC การเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยขณะได้รับ HFNC และ การประเมินก่อนการหยุดเครื่องเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ระยะที่ ๒ ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ภาวะการหายใจล้มเหลวที่ได้รับ HFNC ที่พัฒนาขึ้นฉบับสมบูรณ์ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน ๓๐ คน ที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ในระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ และศึกษาผลลัพธ์ สรุปผลการดำเนินงาน รับฟังข้อเสนอแนะ นำผลงานที่ได้มาใช้กับผู้ป่วยและมีการติดตามประเมินเป็นระยะจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงาน แพทย์ผู้ดูแล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และผู้รับบริการ จัดทำเอกสารเผยแพร่แก่หน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผสมอากาศอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula: HFNC) ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพเป็นมาตรฐานทิศทางเดียวกัน

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผสมอากาศอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula: HFNC) ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะการหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ HFNC พยาบาลสมรรถนะในการพยาบาลมากยิ่งขึ้น

๒. พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่อง HFNC ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนให้การพยาบาลที่มีมาตรฐาน

๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่อง HFNC ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลงขณะได้รับการพยาบาลด้วยอุปกรณ์ที่มีมาตรฐาน

๔. ผู้ป่วยหรือญาติมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาด้วยเครื่อง HFNC มากขึ้น จากการได้ให้ความรู้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวขณะให้การดูแลรักษา และการพยาบาลที่ได้รับ

๕. ลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยและไม่พบอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ

๖. เป็นแนวทางพัฒนา เพิ่มพูนความรู้ ทักษะและแนวคิดใหม่ๆเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยเครื่อง HFNC อย่างต่อเนื่อง เป็นหน่วยงานแห่งการเรียนรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC

๗. สามารถถ่ายทอด เผยแพร่ ความรู้ทางวิชาการ แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล และผู้สนใจศึกษาทั่วไป

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่อง HFNC เช่น มีแผลกดทับบริเวณที่ใส่ ภาวะลมรั่วในปอด (air leak syndrome) ท้องอืด <๕%

๒. อัตราการทรุดลง ใส่ท่อช่วยหายใจหลังใช้เครื่อง HFNC <๑%

๓. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเครื่อง HFNC ๐ ราย

๔. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษาด้วยเครื่อง HFNC >๘๐%

ลงชื่อ

(นางปิยะนันท์ อุ่นกาย)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ พ.ค. / ม.ค. / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
<p>๑.เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ”</p> <p>“ The development of a prevention and postponements knee osteoarthritis model in the elderly by a village health volunteers, Napho Subdistrict PhibunMangsahan District, Ubon Ratchathani Province”</p> <p>๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ – ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๗</p> <p>๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน</p> <p>ความรู้ ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานการป้องกันและชะลอข้อโรคเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐาน และครอบคลุมความต้องการการดูแลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยศึกษาสภาพปัญหาในการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมากำหนดรูปแบบการดูแลเพื่อให้ทีมการดูแลมีกรอบแนวคิดในการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยต้องมีความรู้ดังต่อไปนี้</p> <p>๓.๑. ความรู้</p> <p>๓.๑.๑ ผู้สูงอายุ</p> <p>๑) ความหมายผู้สูงอายุ</p> <p>๒) แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ</p> <p>๒.๑) การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ</p> <p>๒.๒) สถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุ</p> <p>๒.๓) ปฏิญญาผู้สูงอายุ</p> <p>๒.๔) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ</p> <p>๓.๑.๒ แนวคิดเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๑) ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๒) ชนิดของโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๓) ปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อม</p>

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
<p>๕) ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๖) การประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๗) การป้องกันและชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๘) เกณฑ์การประเมินโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๓.๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคข้ออักเสบ</p> <p>๑) ความหมาย</p> <p>๒) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องข้ออักเสบ</p> <p>๓.๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคข้ออักเสบ</p> <p>๑) ความหมาย</p> <p>๒) ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้โรคข้ออักเสบ</p> <p>๓.๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๑) งานวิจัยที่เป็นการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาได้</p> <p>๒) งานวิจัยที่สนับสนุนการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมด้านโปรแกรม</p> <p>๓.๒.๖ ๓หมอ หมอคนที่๑ หมายถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมอคนที่๒หมายถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหมอคนที่๓คือแพทย์</p> <p>จากการที่ได้รับมอบหมายให้เป็นคณะกรรมการการดูแลผู้สูงอายุไว้รอยต่อร่วมกับเครือข่ายคป.สอ.พิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ.๒๕๖๕-ปัจจุบัน ได้ใช้ความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคและเฉพาะทางโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งในการปฏิบัติงานได้ใช้กระบวนการทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ดังนี้</p> <p>๑. การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วย ข้อมูลตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาปัญหา</p> <p>๒. วินิจฉัยทางการพยาบาล รวบรวมปัญหาสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง</p> <p>๓. การวางแผนทางการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม วางแผนกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนรายบุคคล รายกลุ่มตามปัญหาที่ยุงยากซับซ้อน</p>

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. การปฏิบัติการพยาบาล การนำแผนกิจกรรมทางการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติ

๕. มีการประเมินผลทางการพยาบาล

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑. ประเภท/รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา(Research and Development: R&D) โดยเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) และเชิงปริมาณ(Quantitative data)มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ๑).ศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล และปัญหาเกี่ยวกับการตอบสนองนโยบาย “ผู้สูงวัย เคลื่อนไหวดี ไม่มีล้ม”โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ๒).เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีการวิจัยแบ่งเป็น๔ระยะคือ ระยะที่๑ Analysis ศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูลและปัญหาเกี่ยวกับความต้องการในการตอบสนองนโยบาย”ผู้สูงวัย เคลื่อนไหวดี ไม่มีล้ม” ที่มีตัวชี้วัดเป็นร้อยละของประชากรสูงอายุมิพทุติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระยะที่๒ Development การพัฒนารูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ระยะที่๓ Implementation ดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และระยะที่๔ Evaluation ประเมิน ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ ระยะที่๑ และ ระยะที่๒ เป็นการดำเนินงานตามงานประจำ ระยะเวลาดำเนินการ ๑ กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖(ระยะเวลา ๓ เดือน)ยื่นรบทการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖ระยะเวลา๒เดือน (ได้ECวันที่๒๒พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖) ส่วนระยะที่ ๓ และ ๔ ดำเนินงานหลังการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัย เกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ระยะดำเนินการ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ ๒๕๖๖-๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ ๒๕๖๗

๔.๒.ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งพิจารณาจากจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง พบว่าปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๖.๘ และปี ต่อมา พ.ศ. ๒๕๖๔ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๙.๖ ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๕) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีลักษณะของร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมถอยตามทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) (Thomas, et al., ๑๙๘๒) เชื่อว่ากระบวนการเสื่อมถอยอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่ละน้อย จาก การใช้งานหรือ ความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานเป็นเวลานานย่อมเสื่อมได้ และถ้าใช้งานมากย่อม เสื่อมง่ายและเร็วขึ้น ได้แก่ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ไต ตับ กระเพาะอาหาร ผิวหนัง กระดูก ข้อต่อต่าง ๆ และฟัน โดยเฉพาะข้อต่อต่าง ๆ พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น ตามวัย ซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้ที่กำลังเข้าสู่ วัยผู้สูงอายุและเป็นไปอย่างต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไป ไม่สามารถ กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้าน ร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ โดยผู้สูงอายุจะต้อง เผชิญกับ ความปวด ข้อเข่าฝืด เคลื่อนไหวลำบาก อาการ

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

เหล่านี้จะทวีความรุนแรงมากขึ้น หากไม่ได้รับการ รักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความพิการได้ (สุวรรณี สร้อยสงค์และ คณะ, ๒๕๖๒) รวมทั้ง ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า และเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง แม้ว่าโรค ข้อเข่าเสื่อมจะมีกระบวนการเกิดแบบอย่างต่อเนื่อง (ฉัตรสุตา กานกายันต์และคณะ, ๒๕๖๓) โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเกิดการเสื่อมของเนื้อเยื่อรอบข้อและการแคบของช่องระหว่างข้อเข่า เนื่องจาก การสูญเสียกระดูกอ่อนของข้อเข่า พยาธิสภาพของโรคดำเนินไปอย่างช้า เพิ่มความรุนแรงของ โรคตามเวลาที่ผ่านไป อุบัติการณ์ข้อเข่าเสื่อมในโลก พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบอัตราส่วน เพศ หญิงต่อเพศชาย คือ ๑.๖๙ ต่อ ๑.๓๙ พบรวมทั้งหมด ร้อยละ ๒๒.๙ หรือคิดเป็นจำนวน ๖๕๔.๑ รายต่อประชากร ล้านคน หรือ ๒๐๓ รายต่อประชากรหมื่นคน (Cui, et al., ๒๐๒๐)

ส่วนประเทศไทย พบรายงานในเขตภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบอุบัติการณ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ ๓๐.๘๘ % (แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ และคณะ ๒๕๖๓) และภาคใต้พบรายงานอุบัติการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๕๗.๓๓ (สมเกียรติยศ วรเดช และ คณะ ๒๕๖๓) โดยกลไกการเกิดข้อเข่าเสื่อม เกิดจากคอลลาเจนและโปรตีโอไกลแคน (Proteoglycan) ที่เป็น ส่วนประกอบของกระดูกอ่อนจะถูกทำลายจนสึกกร่อนและหลุดออกมาอยู่ในน้ำไขข้อ กระดูกอ่อน (Cartilage) จะมีขนาดบางลง ผิวขรุขระ มีการงอกของกระดูกขึ้นมาที่เรียกว่ากระดูกงอก (Osteophytes) เมื่อมีการอักเสบ เยื่อหุ้มข้อก็จะสร้างน้ำหล่อเลี้ยงข้อเพิ่มขึ้น ทำให้ข้อเข่ามีขนาดใหญ่ เอ็นรอบข้อจะมีขนาด ใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อจะลีบลง กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายและหลั่งสารกระตุ้นการอักเสบต่าง ๆ ทำให้ เกิดอาการปวดและอักเสบ (Bard, ๒๐๒๒) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ อายุที่มากขึ้น

และจากการสำรวจปัญหาผู้สูงอายุ ตามนโยบาย ผู้สูงวัย เคลื่อนไหวดี ไม่มีล้ม ทั้ง๑๔ ตำบลได้แก่ ตำบลกุดขมภู ตำบลดอนจิก ตำบลทรายมูล ตำบลโนนกลาง ตำบลโนนกาหลง ตำบลโพธิ์ศรี ตำบลโพธิ์ไทร ตำบลระเว ตำบลไรใต้ ตำบลหนองบัวฮี ตำบลบ้านเขม ตำบลอ่างศิลา ตำบลพิบูลและตำบลนาโพธิ์ ซึ่งเป็นความดูแลของคลินิกผู้สูงอายุงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกร่วมกับเครือข่ายคป.สอ.พิบูลมังสาหารพบว่าจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น

พบว่า ในปี พ.ศ .๒๕๖๓-๒๕๖๖ มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๘,๓๗๔ คน,๑๘,๖๙๖คน,๑๘๖๕๔คน ,๒๑,๘๘๑คน ตามลำดับในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารในปีพ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๔ พบ ร้อยละ๑๐.๓๙(๖๙๐ราย),๑๒.๖๘(๓,๙๕๒ ราย), ๑๐.๗๓(๑,๒๗๐ราย),และ๑๑.๗๗(๓,๒๙๑ราย)ตามลำดับโดยวิเคราะห์ในปี๒๕๖๕-๒๕๖๖ มีอัตราการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น จึงทำให้แลเห็นผลที่จะทำงานวิจัยในครั้งนี้

๔.๓ วัตถุประสงค์การวิจัย

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล และปัญหาเกี่ยวกับการตอบสนองนโยบาย “ผู้สูงวัย เคลื่อนไหวดี ไม่มีล้ม” ที่มีตัวชี้วัดเป็นร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในพื้นที่อำเภอ พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
<p>๔.๓.๒ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี ๓.๖.๓ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมใน ผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๔.๔ การออกแบบระเบียบวิธีวิจัย</p> <p>การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนางานที่ทำอยู่ประจำให้เป็นวิจัย (Routine to Research: RtoR) เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น และใช้รูปแบบการดำเนินการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) (ศิริประภา สีทราพานิช และคณะ, ๒๕๖๕) โดยเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative data) ประกอบด้วย ด้วย ๔ ระยะ คือ</p> <p>ระยะที่ ๑ Research: R๑; Analysis ศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล และปัญหาเกี่ยวกับความต้องการในการตอบสนองนโยบาย “ผู้สูงอายุ เคลื่อนไหวดี ไม่มีล้ม” ที่มีตัวชี้วัดเป็นร้อยละของประชากรสูงอายุมิ พกติดกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>ระยะที่ ๒ Development: D๑; Design and Development การพัฒนารูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>ระยะที่ ๓ Research: R๒; Implementation ดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อ เข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>ระยะที่ ๔ Development: D๒; Evaluation ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการ ป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๔.๕ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>๔.๕.๑ ประชากรศึกษา</p> <p>๑) ประชากรในระยะที่ ๑</p> <p>๑.๑) บุคลากรสาธารณสุขในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงสามพัน ได้แก่ คลินิกผู้สูงอายุ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๘ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๕ คน แพทย์แผนไทย ๒ คน และนักกายภาพบำบัด ๑ คน รวมทั้งหมด จำนวน ๑๗ คน ๑.๒) อสม. ในเขตพื้นที่อำเภอบึงสามพัน ทั้งหมด ๔๘๐ คน</p> <p>๒) ระยะที่ ๒ เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์อำเภอบึงสามพัน ทั้งหมด ๓,๖๐๕ คน</p> <p>๓) ระยะที่ ๓ และ ๔ เป็น</p> <p>๓.๑) อสม. ในเขตพื้นที่ อำเภอบึงสามพัน ทั้งหมด ๔๘๐ คน</p> <p>๓.๒) ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลนาโพธิ์อำเภอบึงสามพัน ทั้งหมด ๓,๖๐๕ คน</p>

<p>แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)</p> <p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)</p> <p>๔.๕.๒ กลุ่มตัวอย่าง</p> <p>๑) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระยะที่ ๑ ประกอบด้วย</p> <p>๑.๑) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน ๘ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๕ คน แพทย์แผนไทย ๒ คน และนักกายภาพบำบัด ๑ คน รวมทั้งหมด จำนวน ๑๗ คน</p> <p>๑.๑.๑) Inclusion criteria: เป็นพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นัก กายภาพบำบัด และ แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร ตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป</p> <p>๑.๑.๒) Exclusion criteria: ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย</p> <p>๑.๑.๓) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเจาะจง (Purposive Sampling)</p> <p>๑.๑.๔) การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้ตารางประมาณค่าสัดส่วน ประชากรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, ๑๙๗๐) คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับ ประชากรที่มีขนาดเล็กไม่ถึง ๒๐ คน จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน ๘ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๕ คน แพทย์แผนไทย ๒ คน และนัก กายภาพบำบัด ๑ คน รวมทั้งหมด จำนวน ๑๗ คน</p> <p>๑.๒) อสม. คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง อสม.เป็น ประธาน อสม. รอง ประธาน อสม. อสม. ที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) หรือ ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ใน เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร แห่งละ ๒ คน จำนวน ๕ หน่วยสถานบริการ รวมทั้งหมด ๑๐ คน</p> <p>๒) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระยะที่ ๒ ประกอบด้วย อสม. ในอำเภอพิบูลมังสาหาร จำนวน ๔๘๐คน</p> <p>๒.๑) Inclusion criteria: เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๒.๒) Exclusion criteria: อสม. ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย</p> <p>๒.๓) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเจาะจง (Purposive Sampling) ๒.๔) จำนวนขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้วิธีการคำนวณสัดส่วนร้อยละ ๒๐-๒๕ (บุญชม ศรีสะอาด, ๒๕๖๐) และใช้สัดส่วนร้อยละ ๒๕ โดย อสม. มีจำนวน ๔๘๐ คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้</p> $\text{สูตร } n = N \times 25 / 100$ $n = 480 \times 25 / 100$ $n = 120 \text{ คน}$ <p>๓) ระยะที่ ๓-๔ ประกอบด้วย</p> <p>๓.๑) อสม. จำนวน ๑๒๐ คน ตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกและการคำนวณในระยะที่ ๒</p> <p>๓.๒) ผู้สูงอายุ จำนวน ๙๐๒ คน</p>
--

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
<p>๓.๒.๑) Inclusion criteria: เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยและรับบริการทางสุขภาพในเขต พื้นที่ตำบลนาโพธิ์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๑) มีอายุระหว่าง ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>๒) เพศชายและหญิง</p> <p>๓) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เข้าใจการสื่อสารภาษาไทย ทั้งการฟังและการพูด</p> <p>๔) มีคะแนนแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) เท่ากับ ๓๐ คะแนนขึ้นไป</p> <p>๓.๒.๒) Exclusion criteria: ผู้สูงอายุที่ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย</p> <p>๓.๒.๓) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเจาะจง (Purposive Sampling)</p> <p>๓.๒.๔) จำนวนขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้วิธีการคำนวณสัดส่วนร้อยละ ๒๐-๒๕ (บุญชม ศรีสะอาด, ๒๕๖๐) และใช้สัดส่วนร้อยละ ๒๕ โดยผู้สูงอายุมีจำนวน ๓,๖๐๕ คน จะได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้</p> $\text{สูตร } n = N \times ๒๕ / ๑๐๐$ $n = ๓,๖๐๕ \times ๒๕ / ๑๐๐$ $n = ๙๐๒ \text{ คน}$ <p>แต่ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบสนองโครงการสามหม้อ หม้อคนที่ ๑ หรือ อสม. ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๑ คน แบบใกล้บ้านใกล้ใจ จึงใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด เป็น ๑ เท่าของ อสม. จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน ๑๒๐ คน</p> <p>๔.๒ ขอบเขตของการวิจัย</p> <p>ขอบเขตที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย</p> <p>๔.๒.๑ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) (ศิริประภา สิริธำพานิช และคณะ, ๒๕๖๕) ประกอบด้วย ๔ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ Research: R๑; Analysis ระยะที่ ๒ Development: D๑; Design and Development ดำเนินงานตาม PDCA (Deming Cycle) (Deming, ๑๙๘๖) ระยะที่ ๓ Research: R๒; Implementation และระยะที่ ๔ Development: D๒; Evaluation โดย เก็บข้อมูลวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative data)</p> <p>๔.๒.๒ พื้นที่ในการวิจัยคือ พื้นที่เขต ตำบลนาโพธิ์อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๔.๒.๓ กลุ่มตัวอย่าง</p> <p>๑) ระยะที่ ๑ เป็น</p> <p>๑.๑) บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ได้แก่คลินิกผู้สูงอายุ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๘ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๕ คน นักกายภาพบำบัด ๑ คน และ แพทย์แผนไทย ๒ คน รวมทั้งหมด จำนวน ๑๗ คน</p>

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
<p>๒) อสม. ในพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร จำนวน ๑๒๐ คน ๓) ระยะที่ ๓-๔ เป็น ผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก จำนวน ๑๒๐ คน</p> <p>๓) ดำเนินการในช่วง วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ รวมระยะเวลา ๓เดือน</p> <p>๔) ข้อมูลอัตราผู้สูงอายุมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีคะแนน Oxford knee score รวมได้ต่ำกว่า ๓๐ คะแนน เปรียบเทียบกับอัตราผู้สูงอายุมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม คะแนน Oxford knee score รวมได้ต่ำกว่า ๓๐ คะแนน ของช่วงวันที่ ๑-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ก่อนเริ่มทำการวิจัย</p> <p>๔.๗ นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา</p> <p>๔.๗.๑ ผู้สูงอายุหมายถึง ประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีคะแนนแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) เท่ากับ ๓๐ คะแนนขึ้นไป</p> <p>๔.๗.๒ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพิบูลมังสาหาร ที่ผ่านการอบรมความรู้การ ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม โดย อสม. ๑ คน ต่อ ผู้สูงอายุ ๑ คน</p> <p>๔.๗.๓ การพัฒนาระบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง กระบวนการดำเนินงาน ที่ประกอบด้วย ๑) การพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม ๒) อสม. ๑ คน จับคู่กับผู้สูงอายุ จำนวน ๑ คน โดย อสม. ทำหน้าที่ ๒.๑) อสม.ประเมินคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ๒.๒) แจกโปสเตอร์การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ติดตามผนังบ้าน ๒.๓) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ๒.๔) ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการทำกายบริหาร ๒.๕) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนท่าทาง ในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ๒.๖) ให้ความรู้เกี่ยวกับเมนูอาหารและการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม ๒.๗) ให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและลดน้ำหนัก เพื่อให้ค่า BMI อยู่ในช่วง ๑๘.๕-๒๔.๙๐ กิโลกรัม/ตารางเมตรและ ๒.๘) ดูแลและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ถ้าพบปัญหาปรึกษาเข้ามาที่กลุ่ม Line Open chat) เปิดระบบการสื่อสารกับกับ อสม. แบบ Line Open chat เพื่อติดตาม ๔) ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเดือนละ ๑ ครั้ง</p> <p>๔.๗.๔ ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง องค์ความรู้และความเข้าใจของ อสม. และผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม วัดความรู้โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม โดยวัดใน อสม. ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ และวัดในผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันและชะลอโรค ข้อเข่าเสื่อมโดย อสม.</p>

<p>แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)</p>
<p>๔.๗.๕ การรับรู้อาการโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง กระบวนการคิด โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ได้รับผนวกกับประสบการณ์เดิม เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงโรคข้อเข่าเสื่อม วัดการรับรู้อาการ โดยใช้ แบบประเมินการรับรู้อาการโรคข้อเข่าเสื่อม โดยวัดในผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันและ ชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมโดย อสม.</p> <p>๔.๗.๖ พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การแสดงออกของผู้สูงอายุในลักษณะการกระทำต่าง ๆ ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเอง เพื่อการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ๑) การออกกำลังกาย และการทำกายบริหาร ๒) การปรับเปลี่ยนท่าทางในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ๓) การ รับประทานอาหารและการประกอบอาหาร และ ๔) การควบคุมลดน้ำหนัก ตามสถานการณ์ สภาวะ แวดล้อม โดยแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และเจตคติ โดยวัดในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมโดย อสม.</p> <p>๔.๗.๗ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มี ต่อ อสม. และบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติการระบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม วัดและ ประเมินผลความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพ โดยวัดในผู้สูงอายุหลังการใช้ระบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมโดย อสม.</p> <p>ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย</p> <p>ระยะที่ ๑ Research: R๑; Analysis ศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล และปัญหาเกี่ยวกับความต้องการในการตอบสนองนโยบาย “ผู้สูงวัย เคลื่อนไหวดี ไม่มีล้ม” ที่มีตัวชี้วัด เป็นร้อยละของประชากรสูงอายุมิมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ประชุมกลุ่มร่วมเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด และหมอคนที่ ๑ หรือ อสม. ๒) ส่งโครงร่างขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ๓) ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย <p>ระยะที่ 2 Development: D1; Design and Development พัฒนารูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ชั้น Plan ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑) ติดต่อประสานงาน อสม. เพื่อเข้ารับการพัฒนาศักยภาพเพื่อตอบสนองนโยบาย “ผู้สูงวัย เคลื่อนไหวดี ไม่มีล้ม” ๑.๒) กำหนดหัวข้อการให้ความรู้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้แก่ ๑) โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ๒) การออกกำลังกายและการทำกายบริหาร ๓) การปรับเปลี่ยนท่าทางในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ๔) การรับประทานอาหารและการประกอบอาหาร และ 5) การควบคุมและลดน้ำหนัก ๑.๓) สร้างแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อ Pre-Post test สำหรับ อสม. และผู้สูงอายุ

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

- ๑.๔) สร้างแบบประเมินการรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ
- ๑.๕) สร้างแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ
- ๑.๖) สร้างแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อระบบการป้องกันและชะลอโรค ข้อเข่าเสื่อมและ อสม.
- ๑.๗) สร้าง Line open chat สำหรับทีมผู้วิจัยร่วมกับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย แลนิกกายภาพบำบัด
- ๑.๘) สร้างโปสเตอร์เกี่ยวกับ
- ๑.๘.๑) โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
- ๑.๘.๒) การออกกำลังกายและการทำกายบริหาร
- ๑.๘.๓) การปรับเปลี่ยนท่าทางในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
- ๑.๘.๔) การรับประทานอาหารและการประกอบอาหาร
- ๑.๘.๕) การควบคุมและลดน้ำหนัก
- ๑.๙) กำหนดขั้นตอนและกิจกรรมในรูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
- ๒) ชั้น Do ได้แก่
- ๒.๑) ประเมินความรู้ Pre-test อสม. ด้วยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
- ๒.๒) ดำเนินการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข เนื้อหาสาระในการอบรม ประกอบด้วย ๑) โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ๒) การออกกำลังกายและการทำกายบริหาร ๓) การปรับเปลี่ยนท่าทางในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ๔) การรับประทานอาหารและการประกอบอาหาร และ ๕) การควบคุมลดน้ำหนัก
- ๓) ชั้น Check ได้แก่
- ๓.๑) ประเมินความรู้ Post-test อสม. ด้วยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
- ๓.๒) ทำการประชุมประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.
- ๓.๓) หากคุณภาพเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่
- ๓.๓.๑) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ
- ๓.๓.๒) แบบประเมินการรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ
- ๓.๓.๓) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ
- ๓.๓.๔) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อระบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมและ อสม.

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓.๓.๕) รูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๔) ชั้น Act ได้แก่

๔.๑) นำข้อมูลจากการ Post-test อสม. มาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการให้ อสม. ไปดูแล ส่งเสริม ป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ แบบ อสม. ๑ คน ต่อผู้สูงอายุ ๑ คน

๔.๒) ปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือและแบบประเมินต่าง ๆ ตามคำชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
ระยะที่ ๓ Research: R๒; Implementation ระยะดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีขั้นตอนและกิจกรรม ได้แก่

๑) อสม. เตรียมโปสเตอร์เกี่ยวกับ โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายและการทำกายบริหาร การปรับเปลี่ยนท่าทางในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การประกอบอาหาร และการควบคุมและลดน้ำหนัก

๒) อสม. เข้าร่วม Line open chat กับผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายบำบัด และแพทย์แผนไทย

๓) ประสานผู้นำชุมชนให้มีการประกาศเสียงตามสาย เพื่อให้ผู้สูงอายุรับทราบการเข้าไปด้วยส่งเสริม ป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

๔) อสม. ประเมินคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)

๔.๑) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน Oxford Knee Score ต่ำกว่า ๓๐ คะแนน อสม. ส่งรายชื่อเข้า Line open chat เพื่อปรึกษาศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อ เพื่อเข้ารับการรักษา เอกซเรย์ข้อเข่า และประเมินอาการของโรค

๔.๒) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน Oxford Knee Score เท่ากับ ๓๐ คะแนนขึ้นไป ให้อยู่ในความดูแล ส่งเสริม ป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม แบบ อสม.๑คน ต่อผู้สูงอายุ ๑ คน

๕) อสม. ให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินการรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม

๖) อสม. ให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ โดยใช้โปสเตอร์เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายและการทำกายบริหาร การปรับเปลี่ยนท่าทางในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การประกอบอาหาร และการควบคุมและลดน้ำหนัก

๗) อสม. มอบโปสเตอร์เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุ โดยติดไว้ที่ฝาผนังบ้าน

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๘) อสม. มอบแบบประเมินคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (สำหรับผู้สูงอายุ) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองเป็นระยะ ถ้าผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองมีอาการ ๒ ข้อ ให้ประสานไปยัง อสม. ที่ดูแลตนเองเพื่อประเมิน Oxford Knee Score ซ้ำ เพื่อส่งเข้าระบบการดูแลตาม ข้อ ๔.๑)

๙) อสม. ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ ทุก ๒ สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม

๑๐) เมื่อ อสม. ปฏิบัติครบ 3 เดือน มีการประเมิน Oxford Knee Score เพื่อส่งเข้าระบบการดูแลตาม ข้อ ๔.๑)

ระยะที่ ๔ Development: D๒; Evaluation

ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่

๑) ทำการ Post-test ผู้สูงอายุ ด้วยแบบประเมินการรับรู้อาการและอาการแสดงของโรค ข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม

๒) ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ดูแลต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ

๓) ทหารัตราผู้สูงอายุมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีคะแนน Oxford knee score รวมได้ต่ำกว่า ๓๐ คะแนน เปรียบเทียบกับอัตราผู้สูงอายุมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม คะแนน Oxford knee score รวมได้ต่ำกว่า ๓๐ คะแนน ของช่วง ๑ เดือน (วันที่ ๑-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖) ก่อนเริ่มทำการวิจัย

๔) ประชุมกลุ่มกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัดและตัวแทน อสม. เพื่อสรุปผลโครงการและเตรียมพัฒนาระบบใหม่ให้ดีขึ้นกว่าเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

๑) คำนวณความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป

๒) คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ คะแนนการรับรู้ คะแนนพฤติกรรมปฏิบัติกิจกรรมต่อข้อเข่า ของโรคข้อเข่าเสื่อม และคะแนนความพอใจ

๓) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนรับรู้ และคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติกิจกรรมต่อข้อเข่าของโรคข้อเข่า ใช้สถิติคู่ (Paired t-test)

๔) เปรียบเทียบความแตกต่างอัตราผู้สูงอายุมีคะแนน Oxford knee score เท่ากับ ๓๐ คะแนนขึ้นไปในช่วงเวลา ๑ เดือน ก่อนเริ่มใช้ระบบกับหลังใช้ระบบ โดยใช้สถิติมี ๒ กลุ่ม (Independent t-test)

เป้าหมายของงาน

เมื่อสิ้นสุดโครงการ เป้าหมายของงาน คือ เกิดรูปแบบการป้องกันและชะลอข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในเครือข่าย คปสอ.พิบูลมังสาหาร เป้าหมายของงานวิจัย

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
<p>๑) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล และปัญหาเกี่ยวกับการตอบสนองนโยบาย “ผู้สูงวัย เคลื่อนไหวดี ไม่มีล้ม” ที่มีตัวชี้วัดเป็นร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๒) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๓) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)</p> <p>๕.๑) ผลการวิจัย อยู่ในช่วงดำเนินการ (ช่วงเดือน ๒๓ พฤศจิกายน-๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗)</p> <p>๕.๒) สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล จะดำเนินการในเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม ๒๕๖๗</p> <p>๖. การนำไปใช้ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ/ผลกระทบ</p> <p>๖.๑) การนำไปใช้ประโยชน์</p> <p>๖.๑.๑) ด้านผู้รับบริการ(ผู้สูงอายุ)</p> <p>๑) ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและรับรู้อาการเตือนของโรค</p> <p>๒) ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้งานข้อเข่าให้เหมาะสม เพื่อป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๓) ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคระยะที่๓ และ ๔ ได้รับการรักษาอย่างเป็นระบบ</p> <p>๔) สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุและเพื่อนบ้านใกล้เคียง มีความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมและรับรู้อาการเตือนของโรค สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้งานข้อเข่าให้เหมาะสม เพื่อป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๖.๑.๒) ด้านผู้ให้บริการ(เจ้าหน้าที่)</p> <p>๑) เครือข่ายบริการสุขภาพเป็นทีมงานที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะ อสม. เป็นต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๒) เครือข่ายบริการสุขภาพมีศักยภาพเพิ่มขึ้น ได้รับความไว้วางใจจากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม และประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. สามารถเป็นนักจัดการสุขภาพได้</p> <p>๓) ลดภาระหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม ระยะที่ ๔ ที่ไม่สามารถทำงานจนได้กลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียง</p> <p>๖.๑.๓) ด้านองค์กร</p> <p>๑) สนองตอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒) หน่วยบริการทุกระดับมีการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่โรคข้อเข่าเสื่อม ระยะที่๓ และ ๔ ลดลง</p>

<p>แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)</p> <p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)</p> <p>๓) หน่วยงานระดับตติยภูมิให้การผ่าตัดโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้ลดภาระงานเชิงระบบ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล</p> <p>๔) หน่วยงานระดับปฐมภูมิมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>๖.๒) ผลกระทบ</p> <p>๖.๒.๑) ผลกระทบที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและการชดเชย</p> <p>๑) ความเสี่ยงด้านจิตใจ ไม่พบ</p> <p>๒) ความเสี่ยงด้านร่างกาย ไม่พบ</p> <p>๓) ความเสี่ยงต่อการสูญเสียเวลา โอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นการปฏิบัติงานตามหน้าที่ประจำ แต่ทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และได้ทำงานที่ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ได้รับบริการจาก อสม. แบบใกล้บ้านใกล้ใจ อสม. ๑ คนต่อผู้สูงอายุ ๑ คน โดยรอรับบริการที่บ้านไม่ต้องรีบไปรับบริการที่โรงพยาบาล ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่เสียเวลา</p> <p>๖.๒.๒) ผู้วิจัยวางแผนที่จะป้องกันผลแทรกซ้อนและการดูแลรักษากรณีเกิดผลแทรกซ้อนอย่างไร</p> <p>๑) ด้านจิตใจ ไม่มี</p> <p>๒) ด้านร่างกาย ไม่มี</p> <p>๓) การสูญเสียเวลา หรือโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม ไม่มี</p> <p>๔) ใครเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกรณีเกิดผลแทรกซ้อน ผู้วิจัยคาดว่า การศึกษาครั้งนี้ไม่น่าจะมีผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนใดๆ เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นวิจัยที่เป็นการพัฒนางานที่ทำเป็นประจำเป็นปกติ ให้มีคุณภาพมากขึ้น</p> <p>๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ</p> <p>การนำรูปแบบการดูแลการป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุนี้ ลงสู่การปฏิบัติต้องได้รับความเห็นชอบจากทีมผู้ดูแลทั้ง แพทย์ และพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำให้การดูแลในแต่ละองค์ประกอบครอบคลุม เกิดความต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และต้องวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อให้เกิดการยอมรับในการปฏิบัติ</p> <p>๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ</p> <p>๑) ด้านผู้รับบริการ(ผู้สูงอายุ)</p> <p>ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว จะต้องใช้ความรู้และการสื่อสารที่ยากมากในการลงเยี่ยมและตอบแบบสอบถามต้องที่บ้านใกล้เรือนเคียงมาช่วยดูแล</p> <p>๒) ด้านผู้วิจัย</p> <p>พบอุปสรรคในการดำเนินการเกี่ยวกับระยะเวลาในการขอจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากการส่งโครงร่างขอเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างระยะที่๓ ของผู้วิจัยเป็น</p>

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

การส่งในช่วงที่ยังไม่พิจารณา จึงต้องการดำเนินงานเป็นเวลา ๒ เดือน ทำให้การเก็บข้อมูลในการวิจัยระยะที่ ๓ ล่าช้า แต่ก็ดำเนินการไปได้ด้วยดี

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑) ด้านบริหาร นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลนำเข้าเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้อาการและอาการแสดง และพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อข้อเข่า เพื่อให้ผู้บริหารรับทราบ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้ สอดคล้องกับปัญหา

๙.๒) ด้านบริการ ควรดำรงรูปแบบและกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไป

๙.๓) ด้านวิจัยหรือวิชาการ

๙.๓.๑). ควรทำวิจัยรูปแบบนี้ต่อไป แต่เปลี่ยนอื่นๆ เช่น การ Inclusion กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน Oxford knee score ต่ำกว่า ๓๐ คะแนน ค่า BMI และความยาวเส้นรอบเอว

๙.๓.๒) ควรทำวิจัยรูปแบบ Action Research (Participation) ที่ไม่ต้องมีข้อจำกัดในส่วนของคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้สูงอายุ และ อสม. ทุกคนในเขตรับผิดชอบ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD) คลินิกบริการตรวจโรคทั่วไป และมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งรูปแบบการวิจัยนี้ควรถูกนำไปใช้การดำเนินงานตามโครงการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลในประเด็นอื่นๆต่อไป

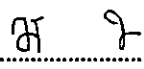
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

รอดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม ๒๕๖๗ โดยการตีพิมพ์ในวารสาร วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| ๑) นางวารุณี พุ่มจันทร์ | สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๕ |
| ๒) นพ.สรณ์ศิริ นาคสุริยันต์ | สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐ |
| ๓) นางสาวอรทัย ลาภหนูน | สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๕ |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางวารุณี พุ่มจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวารุณี พุ่มจันทร์	ว. ๖
นพ.สรณศิริ นาคสุริยันต์	สรณศิริ ๒๙๑๙๖๖๖๖๖๖๖๖
นางสาวอรทัย ลาภหนู	อรทัย

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ว. ๖

(นางสาววัชรี บุตรศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

วันที่ ๒๕ / ๑๑ / ๒๕๖๖

(ลงชื่อ) น.ค.

(นายทนง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

วันที่ ๑๐ / ๑๑ / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (๒๕๔๖). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖.

<http://law.m-society.go.th/law๒๐๑๖/law/view/๕๔>

กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย. (๒๕๖๔). ข้อเสื่อม เข้าเสื่อม (Osteoarthritis). <https://haamor.com>

แจ่มจันทร์ เทศสิงห์, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, ชัยวัฒน์ อ่อนโรตง, และ สาคร อินโทโล่. (๒๕๖๓). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, ๑๐(๑), ๘๐-๙๐.

ฉัตรสุดา กานกายันต์, อภิรดี เจริญนุกูล, และ วิทยา วาโย. (๒๕๖๓). การชะลอการเกิดข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ. รามาริบัติพยาบาลสาร, ๒๖(๑), ๕-๑๗.

ฉัตรสุดา กานกายันต์, สุภาพ อารีเอื้อ, พิชญ์ประอร ยังเจริญ, และ วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. (๒๕๖๕). การประยุกต์ใช้โปรแกรมพหุวิธีสำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน : การศึกษาเปรียบเทียบผู้ที่มีอาการระดับเล็กน้อยและปานกลาง. วารสารพยาบาลตำรวจ, ๑๔(๑), ๑๐๕-๑๖.

ชมพูนุท พรหมภักดี. (๒๕๕๖). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. ใน บทความวิชาการ. หน้า ๑-๒, ๑๘. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

ชวิศ เมธาบุตร. (๒๕๖๕). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ ๙, ๑๖(๓), ๙๖๙-๙๗๕.

ณรงฤทธิ์ กิตติกริน. (๒๕๖๔). ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน พื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๒ สามเสนนอก สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วารสารกรมการแพทย์, ๔๖(๔), ๕๒-๖๔.

เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. (๒๕๖๒). ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย. <http://ms.src.ku.ac.th>.

นงพะงา ศิวานวัฒน์. (๒๕๖๕). โครงการพัฒนาการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๕. <https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=project/view&id=๕๙๑๙>

บุญชม ศรีสะอาด. (๒๕๖๐). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

พรเทพ ตั้งกาญจนาเวฬุกุล. (๒๕๖๕). สรุโศล แผ่นพื้นรองเท้าอัจฉริยะสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2561). ผู้สูงอายุ (Older person). <https://haamor.com>

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- รังสิยา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, และ วราภรณ์ บุญเชียง. (2558). การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อ
 เข้าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *พยาบาลสาร*, 42(3), 170-181.
- ลิลลี่ ชัยสมพงษ์. (2564). *ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ*. [https:// www.dop.go.th/th/know/15/415](https://www.dop.go.th/th/know/15/415).
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2556). รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
 ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550-2554). กรุงเทพมหานคร:
 วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการ
 พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ศิริประภา สิทธิพานิช, จิราภรณ์ ขอสุข, กาญจนา ไชยมาตร และ มาตี ชันสัมฤทธิ์. (2565). ประสิทธิภาพของการ
 พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัวอำเภอ. *ยโสธรเวชสาร*,
 24(2),36-48.
- ศุภฤทธิ เสงคราวิทย์. (2560). การป้องกันและชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุวัยต้น ในจังหวัดนครปฐม.
วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(1), 105-10.
- สกลสุภา อภิชาตบุญโชค. (2565). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผังความคิดและเพื่อนช่วยเพื่อนต่อ
 ความรู้และทักษะการวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการของหลายอวัยวะทำหน้าที่ผิดปกติ ใน
 นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 8(6) , 373-86.
- สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, ณัฐสิทธิ์สองเมือง, และ วนิตา สุขรัตน์. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มี
 ความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่าย
 วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1). 227-39.
- สิริวรรณ ธรรมคงทอง, ปาจารย์ อับดุลลาగాซิม, และ นิภา มหารัชพงศ์. (2562). ผลของโปรแกรมออกกำลังกาย
 ด้วยแผ่นยางยืด ต่อความสามารถใช้งานข้อต่อของขาและการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่า
 เสื่อม. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(ออนไลน์), 51-66.
- สุวรรณีย์ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เฟื่องทอง, และ ผุสดี สระทอง. (2562). การพยาบาลผู้สูงอายุ
 โรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(2), 197-209.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2563). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม
 ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัย
 อุบลราชธานี*, 3(1), 25-36.
- ฤดี วงษ์น้อม. (2565). การป้องกันและชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย. [http://
 203.155.220.238/csc/attachments/article/159/doctor631202.pdf](http://203.155.220.238/csc/attachments/article/159/doctor631202.pdf)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: ปรีณบาย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2559). การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผน โดย
 ใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score). [http://61.19.145.141/
 archives/archivesImages/imgarchives/2228_448978915.pdf](http://61.19.145.141/archives/archivesImages/imgarchives/2228_448978915.pdf)

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สำเร็จ แหียงกระโทก. (2563). นพ. สำเร็จ แหียงกระโทก กัับการขับเคลื่อนนโยบายหมอ 3 คน. <https://hrdo.ujt.ac.th/>
- อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทย: ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 10(2), 46-58.
- Ali, A.A., Al-Attar A.R., Refaat, NA. A., & Samy, A. (2021). Pathophysiology of osteoarthritis and Current Treatment. *Zagazig Veterinary Journal*, 49(2), 13-26.
- Bard, S. (2022). *What is the pathophysiology of osteoarthritis?*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/pathophysiology-of-osteoarthritis>
- Best, J.W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.
- Bloom BS. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Cui, A., Li, H., Wang, D., Zhong, J., Chen, Y., & Lu, H. (2020). Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *E Clinical Medicine*, 29-30, 100587. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7704420/pdf/main.pdf>
- Dawson, J., Fitzpatrick, R., Murray, D., & Carr, A. (1998). Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 80-B(1), 63-9.
- Fusch, P., Fusch, G.E., & Ness, L.R. (2018). Denzin's Paradigm Shift: Revisiting Triangulation in Qualitative Research. *Journal of Social Change*, 10, 19-32.
- Hsu, H. & Siwiec, R.M. (2022). *Knee Osteoarthritis*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507884/>
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30 607-610.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Pereira, D., Ramos, E., & Branco, J. (2015). Osteoarthritis. *Acta Medica Portuguesa*, 8(1), 99-106.

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในคลินิกบริการ โรงพยาบาล
พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งพิจารณาจากจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง พบว่าปีพ.ศ. ๒๕๓๗ ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๖.๘ และปีต่อมา พ.ศ. ๒๕๖๔ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๙.๖ ของประชากรทั้งประเทศ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๕) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีลักษณะร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมถอยตามทฤษฎีความเสื่อมโทรม(Wear and Tear Theory) (Thomas, et al., ๑๙๘๒) เชื่อว่ากระบวนการเสื่อมถอยอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่ละน้อย จากการใช้งานหรือความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานเป็นเวลานานย่อมเสื่อมได้ และถ้าใช้งานมากย่อมเสื่อมง่ายและเร็วขึ้นได้แก่อวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น ไต ตับ ตา ผิวหนัง กระดูก และข้อต่อต่างๆ โดยเฉพาะข้อต่อต่างๆ ที่ใช้ในการเคลื่อนไหวจะเสื่อมมากขึ้นตามวัย ซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้ที่กำลังเข้าสู่ผู้สูงอายุ และเป็นไปอย่างต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไป ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ โดยผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการเคลื่อนไหวลำบาก จากโรคข้อต่างๆ โดยเฉพาะข้อเข่าเสื่อม อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้

และตามประกาศ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ลงสู่การนำนโยบาย ผู้สูงอายุ เคลื่อนไหวดี ไม่มีล้ม มาลงปฏิบัติ ที่มีตัวชี้วัดเป็นร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์(นงพะงา ศิวานวิวัฒน์, ๒๕๖๕)

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของ การบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การพลัดตกหกล้มมีตั้งแต่การล้มบนพื้นระดับเดียวกัน จากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ถูกผู้อื่นชนหรือดัน หรือการล้มจากระดับหนึ่งไปสู่ระดับหนึ่ง เช่น จากการปีน ตกจากที่สูง ตกบันได รวมถึงการตกหรือล้มที่เกี่ยวข้องกับเก้าอี้เตี้ย รถเข็น เฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มใน ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ประมาณ ๓๙๑,๐๐๐ คน และเพิ่มขึ้นเป็น ๔๒๔,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (เฉลี่ยวันละ ๑,๑๖๐ คน) (๑,๒) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตกว่า ๑,๐๐๐ คน หรือเฉลี่ยวันละ ๓ คน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงกว่า ๓ เท่า^(๓) ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ประกอบกับปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) โดยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๑๐ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในระยะ ๑๐ ปี มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง ๒,๕๐๐,๐๐๐ คน และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ ๒๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘^(๔,๕) จึงนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความเสื่อมตามวัย ทำให้มีปัญหาระบบการเคลื่อนไหวและการบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

จากข้อมูลการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปีพ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ พบว่า ความชุกของการพลัดตกหกล้ม เป็นร้อยละ ๑๘.๕ โดยเพศหญิงมีการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย ๑.๕ เท่า ซึ่งเพศหญิง ร้อยละ ๕๕ หกล้มในที่บ้านและบริเวณ รั้วบ้าน เช่น ห้องนอน ห้องครัว และห้องน้ำ เป็นต้น ในขณะที่เพศชายร้อยละ ๖๐ หกล้มบริเวณนอกบ้าน ขณะเดินทาง และในสถานที่ทำงาน เช่น ถนนในซอยและถนนใหญ่ ซ้ำมสะพาน จักรยานหรือมอเตอร์ไซด์ล้ม บันไดล้ม ไร่ นา ฟาร์มเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น นอกจากนี้ การบาดเจ็บภายหลังการพลัดตกหกล้ม มีตั้งแต่อาการเล็กน้อย เช่น อาการฟกช้ำ แผลถลอก กระดูกหัก จนถึงขั้นรุนแรง และ

เสียชีวิตได้^(๖,๗) และพบว่าค่าใช้จ่ายของระบบบริการในผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และ สังคมทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ในเขตพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร พบว่ามีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มดังนี้ โดยในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) เกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มที่มารับบริการในโรงพยาบาล จำนวน ๖๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๖ , ๘๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๖ และ ๑๐๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๗ ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงจากความพิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการรักษาและนอนโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้น จึงได้เกิดการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในคลินิกบริการ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีการสำรวจข้อมูลประชากร ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป) ๑๘,๖๙๖ คน ๑๘,๖๕๔ คน และ ๒๑,๘๘๑ คน โดยพบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มจำนวน ๖๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๖ , ๘๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๖ และ ๑๐๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๗ ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีตั้งแต่อาการเล็กน้อย เช่น อาการฟกช้ำ แผลถลอก จนถึงขั้นรุนแรงกระดูกสะโพกหัก โดยในปี ๒๕๖๖ พบอุบัติการณ์ที่รุนแรงจำนวน ๒ ราย คือ Head injury และ Hip fracture ซึ่งทั้ง ๒ ราย ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อรับการรักษาต่อ ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ระยะเวลาในการรักษายาวนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น เป็นภาระของผู้ดูแลและชุมชน จากข้อมูลและปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จึงมีการคิดหาแนวทางปฏิบัติหรือกระบวนการที่ชัดเจนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

๓.๒ แนวความคิด

แนวคิดที่นำมาประกอบการสร้างระบบครั้งนี้ ได้แก่

ผู้เสนอผลงานแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในคลินิกบริการ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร นับว่าเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการ จึงใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการ CQI (Continuous Quality Improvement) ของอาร์โนลด์และคณะ (Arnold et al, ๒๐๑๘) เป็นวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า Plan-Do-Study-Act cycles เป็นแนวคิดการพัฒนากระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน-ปฏิบัติ-ศึกษาผลการปฏิบัติ-ยอมรับที่จะปฏิบัติตาม ดังต่อไปนี้

๑) Plan คือ

๑. ศึกษาค้นคว้าเอกสารและทบทวนสถิติที่เกี่ยวข้องกับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ
๒. ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ และเว็บไซต์/เพจต่างๆที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับ ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ
๓. ประชุม วางแผน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ประจำคลินิก พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เกษัชกร
๔. กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องพัฒนา กำหนดระบบและขั้นตอนในการปฏิบัติ พร้อมออกแบบวิธีวัดและประเมินผล

๒) Do คือ การปฏิบัติตามแผนหรือระบบและขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ที่เข้ามา
รับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ และมีการติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระหว่างการปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการ
ดำเนินงานขั้นต่อไป

๓) Study คือ การทบทวนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องว่ามีการปฏิบัติงานเป็นไปตามระบบการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เข้ามาใช้บริการ ศึกษาผลกระทบต่างๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหา

๔) Act คือ การนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานในขั้น Study ที่พบว่ามีปัญหาหรือ
อุปสรรคมาปรับปรุงแก้ไข ขั้นตอนและแนวปฏิบัติต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบการปฏิบัติในระบบการการดูแล
ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น หรือเมื่อปฏิบัติตามระบบแล้วผู้สูงอายุได้รับ
การดูแลอย่างมีคุณภาพมากขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. สามารถใช้เป็นแนวทางในพัฒนาและสนับสนุน การจัดรูปแบบ กิจกรรมการป้องกันการพลัดตก
หกล้มในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่อไป

๒. ผลการดำเนินการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสามารถนำไปขยายผลต่อใน
เครือข่ายหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆได้

๓. อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลลดลง

๔. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเผยแพร่ผลงานไปสู่ผู้ใช้งานที่เกี่ยวข้องผ่านการ ตีพิมพ์
และเผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีการใช้รูปแบบการคัดกรองความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในคลินิก
บริการภายในโรงพยาบาลที่ชัดเจน

๒. ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาใน
คลินิกผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ ๑๐๐

๓. จำนวนการเกิดพลัดตกหกล้มลดลง

๔. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ น้อยกว่าร้อยละ ๕

๕. อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็น ๐

(ลงชื่อ) น. จ.

(นางวารุณี พุ่มจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด SK (Streptokinase) ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕ -วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑.ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด Streptokinase ได้แก่ ความหมาย อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรคและการให้การรักษา Streptokinase

๓.๒.มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด Streptokinase

๓.๓.แนวคิดวงล้อของเดมมิ่ง (Deming Cycle) Dr.William Edwards Deming ได้พัฒนางจร PDCA นำมาพัฒนาปรับใช้ในการควบคุมคุณภาพ เป็นการกำหนดขั้นตอนการทำงานเพื่อสร้าง ระบบการผลิตให้สินค้ามีคุณภาพดี การให้บริการดี ใช้ได้ทุกๆสาขาวิชาชีพ ก่อให้เกิดการ ปรับปรุงด้วยการป้องกันไม่ให้เกิดของเสียซ้ำซ้อน พร้อมยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของ PDCA และวงจรเดมมิ่ง เป็นแนวความคิดในการแก้ปัญหา และการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง กระบวนการแก้ปัญหาประกอบด้วย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การตรวจสอบผล การปฏิบัติ การนำไปปฏิบัติและกำหนดเป็นมาตรฐาน (อุทัย บุญประเสริฐ, ๒๕๔๕)

๓.๔ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline) หมายถึง เป็นการ ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานที่ได้มาจากกระบวนการสร้างอย่างเป็นระบบสำหรับ ช่วยผู้ปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำอย่างรอบคอบอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้นๆ (วรรณภา ศรีธีธรรมา, ๒๕๔๘)

๓.๕แนวคิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นทีม (Care Management Team) เป็นกระบวนการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมตามกลุ่มโรคผู้ป่วยโดยทีมผู้เกี่ยวข้องในการ ประเมินวางแผน และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้ มีผู้จัดการการดูแลเป็นผู้ติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ประสานการดูแลรักษาพยาบาล ให้เป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาล และตอบสนองความต้องการสูงสุดแก่ผู้ป่วย เริ่มต้น โดยพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงและทีมงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ผู้รักษาต้องมีส่วนร่วมในการ กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแล (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, ๒๕๔๙)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

เค้าโครงเรื่องโดยย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: STEMI) เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับต้นๆ จากข้อมูลสถิติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๕ มีประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิต ถึงร้อยละ ๑๒ จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน ๒๐,๗๔๖ ราย อัตราตาย ๒๑.๘ ต่อแสนประชากรอัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง ๑.๕๗ : ๑ กลุ่มที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีเป็นกลุ่มที่มีอัตราตายสูงที่สุดที่ ๑๔๔.๔ ต่อประชากรแสนคน (อภิชาติ, ๒๕๕๓) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรือ อุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น ๒ ชนิด โดยแยกจาก ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electro cardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ ๑๐๐ และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI) และ Unstable angina (ณรงค์กร, ๒๕๖๒) วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษา ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือการทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตันโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นการรักษาที่มีประโยชน์ สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ โดยเวลา ที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน ๓๐ นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วย เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล โรงพยาบาล พิชุลมังสาหาร เป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๕๐ เตียง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ๑ ใน ๑๐ อันดับโรคให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน Acute coronary syndrome (ACS) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา streptokinase ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ จากสถิติการให้บริการตั้งแต่ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด ๓๐ ราย, ๒๖ ราย, ๒๗ ราย จำนวนผู้ป่วยที่ได้ยา SK ๑๓ ราย, ๑๓ ราย, ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๓๓, ๕๐.๐๐, ๓๓.๓๓ จำนวนผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต ๐ ราย, ๒ ราย, ๑ ราย จำนวนผู้ป่วย STEMI ได้ SK แล้ว เสียชีวิตรวม ๐ ราย ดังนั้นการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พยาบาลจึงเป็น ส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการประเมิน ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็วกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial infarction) เป็นความผิดปกติ ที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายเสียหาย จากการที่เลือด และออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไม่เพียงพอ การประเมิน การวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มาก ระบบการส่งต่อและการประสานงานภายในโรงพยาบาล มีส่วนสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน การเกิดโรคซ้ำ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาดังกรณีศึกษา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

เค้าโครงเรื่องโดยย่อ(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑: ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๘๑ ปี มาด้วย: อาการเจ็บแน่นกลางอก มือเท้าชา ก่อนมาโรงพยาบาล ๓ ชั่วโมง โรคประจำตัว: HT ขาดยา ๒ ปี เข้ารับการรักษา: เมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๕๔น. แรกรับที่ ER รพ.พิบูลมังสาหาร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ: อุณหภูมิร่างกาย ๓๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๘๔/๘๘ มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยบ่นเจ็บกลางหน้าอก ให้คะแนนความปวด ๘ คะแนน ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์พบ ST-elevate ที่ V๑-V๓, AVR Anterior wall Trop-T ๘๖ ng/L แพทย์วินิจฉัยโรค Acute myocardial infraction (Anterior wall STEMI) ให้อา : ISOSOBIDE DINITRATE (ISDN ๕ mg)๑tab SL ทันที, ASA (๓๐๐mg)๑tab รับประทานทันที Plavix(๗๕mg) ๔tab รับประทานทันที ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ ml IV drip ๘๐ cc/hr. และ Consult CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้อาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) : Streptokinase ๑.๕MU+๕%D/W ๑๐๐ ml IV drip in ๑ hr. with Infusion pump วินิจฉัยโรค: Acute STEMI (Anterior wall) REFER fast tracks to CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา ๑๒.๒๕น. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญในเรื่อง การเฝ้าระวังภาวะวิกฤติการบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด (Streptokinase) การดูแลด้านจิตใจ ความวิตกกังวล รวมถึงการดูแลส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ป่วย ได้รับการทำ Double vessel disease (DVD) ทำ Balloon เมื่อ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ พบเป็น TVD (Triple Vessel Disease) และมี Heavey Calcifile ++ และ ทำ Echo heart พบ LV mild enlargement ,Hypokinase of mild to distal anterior Wall fair LVEF=๔๘ % รวมระยะเวลาเข้า การรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก(CCU)โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ๕ วัน นัดติดตามตามอาการ : ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ อาการทั่วไปปกติ ใช้ชีวิตได้ปกติ ยาที่ใช้ต่อเนื่อง Plavix(๗๕) ๑ tab oral OD *๑ปี , และASA (๘๑) ๑ tab oral OD long life,Metroproal ¼ tabo OD,Simvas(๒๐) ๑tab o hs

กรณีศึกษาที่ ๒ : ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๖๕ ปี มาด้วยอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอกก่อนมา ๔ ชั่วโมง โรงพยาบาล มีประวัติสูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวน ปฏิเสธโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๑.๐๒ น. แรกรับที่ ER รพ.พิบูลมังสาหาร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีความดันโลหิต ๑๘๘/๗๕ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๕๒ ครั้ง/นาทีการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาทีอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๒ องศาเซลเซียสผู้ป่วยบ่นเจ็บกลางหน้าอกให้คะแนนความปวดระดับ ๑๐ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์พบSTelevateที่ V๑-V๕ no elevate V๗-V๙ reciprocal STD II, III,QVF & Trop-T ๘๐ ng/L แพทย์วินิจฉัยโรค Acute myocardial infraction (Anterior wall STEMI) ให้อา : ISOSOBIDE DINITRATE(ISDN ๕ mg)๑tab SL ทันที, ASA (๓๐๐mg)๑tab รับประทานทันทีPlavix(๗๕mg)๔tab รับประทานทันที Consult CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้อาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) : Streptokinase ๑.๕MU+๕%D/W ๑๐๐ ml IV drip in ๑ hr. with Infusion pump ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS๑๐๐๐ccIV drip ระหว่างให้อาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยบ่นแน่นท้องคลื่นไส้ อาเจียน ๒ ครั้ง ความดันโลหิต๘๐/๕๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร๖๔ครั้ง/นาทีการหายใจ ๒๔ครั้ง/นาที O๒ saturation ๙๒% รายงานแพทย์พิจารณาให้ลด Streptokinase ๑.๕n+๕%d/w ๑๐๐ ml IV drip ๘๐cc/hrs with infusionpump ,plasil ๑๐ mg iv stat,Load nss๑๐๐๐ml iv ๓๐๐ccin ๑๕ min,On ๐๒ canular ๓lpm ติดตามสัญญาณชีพซ้ำความดันโลหิต๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร๖๔ครั้ง/นาที

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

เค้าโครงเรื่องโดยย่อ(ต่อ)

การหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที O๒ saturation ๙๙% วินิจฉัยโรค Acute myocardial infraction (Anteriorwall STEMI) with cardiogenic shock REFER รพ.สพส. เวลา ๑๓.๓๐น. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญในเรื่อง การเฝ้าระวังภาวะวิกฤติการบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด (Streptokinase) การดูแลด้านจิตใจ ความวิตกกังวล รวมถึงการดูแลส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ป่วย ได้รับการ Double vessel disease (DVD) ทำ Balloon เส้นแรกเมื่อ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ระยะเวลาเข้าการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ๒ วัน จำหน่าย :วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ นัดติดตามตามอาการ ๑ เดือน วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ อาการทั่วไปปกติ ตรวจอัตราหัวใจ LVEF ๖๐% . ได้รับยาต่อเนื่อง Plavix(๗๕) ๑ tab oral OD , และASA (๘๑) ๑ tab oral OD long Omprazole (๒๐) ๑ cap ac OD , Atorvastatin (๔๐) ๑ tab oral hs. Senakort ๒ tab oral hs. Lorazepain (๐.๕) tab hs.

๑ taขั้นตอนในการดำเนินงาน

๑. กำหนดหัวข้อและประเด็นที่สนใจ
๒. ศึกษาเอกสาร หนังสือ คู่มือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๓. ศึกษาผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติ พร้อมทั้งตรวจประเมินผู้ป่วย
๔. ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะเพื่อหาแนวทางแก้ไข
๕. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการพยาบาล

เป้าหมายของงาน

๑.เพื่อให้หน่วยงานและทีมบุคลากรพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและสาเหตุของการเกิดโรค

๒.เพื่อให้ทีมบุคลากรพยาบาลมีการประเมินสภาพอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ารับการพยาบาลมีการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและครอบคลุมเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือการพยาบาลผู้ป่วยที่โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Acute Myocardialinfarction : ชนิดSTEMI

๓.ลดอัตราและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง และปลอดภัยในการดำเนินชีวิตได้

๕.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ : ผลการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardialinfarction: ชนิดSTEMI) ที่เข้ารับการรักษานในงานการพยาบาล ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
ผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษา		๓๐ ราย	๒๖ราย	๒๗ราย
จำนวนการเข้าถึงยาSK	-	๑๓ ราย	๑๓ ราย	๙ ราย
อัตราการตาย AMI เสียชีวิตขณะส่งต่อ	๐	๐	๐	๐
อัตราการปฏิบัติตามCPG ในผู้ป่วยAMI	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
อัตราการวินิจฉัยAMIถูกต้อง	๑๐๐ %	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%

๓. แบบแปลนสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI)ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่ในการด้านการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการเรียนรู้พัฒนางานต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติให้มากที่สุด
เชิงคุณภาพ

๑.ผู้ป่วย Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI)ได้รับการประเมินคัดกรองและวินิจฉัยถูกต้อง

๒.ผู้ป่วย Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI)ได้รับการดูแลรักษาตาม CNPG

๓.อัตราการตาย Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI)ลดลง

๔.อัตราการส่งต่อ Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI) ๑๐๐%

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑.เป็นแนวทางประกอบการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI)

๒.เป็นแนวทางการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI)ของพยาบาลทุกระดับและนักศึกษาและผู้ที่มาศึกษาดูงาน

๓. สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้เกิดการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้บริการ

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วย Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI)เป็นกลุ่มโรคที่เกิดอาการเฉียบพลันหากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาได้รวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตและได้รับการรักษาที่ถูกต้อง แต่จะพบว่าในกรณีศึกษาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและเริ่มต้นการรักษาค่อนข้างจะรวดเร็ว แต่ด้วยมีปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดโรคคือการสูบบุหรี่และการขาดยาโรคประจำตัวจึงทำให้ภาวะคุกคามของโรคค่อนข้างรุนแรงและส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาที่ซับซ้อนขึ้นและการจัดการผู้มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีจำนวนมาก พยาบาลผู้คัดกรองจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วย Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI) ตลอดจนการอ่าน EKG เบื้องต้นและให้การพยาบาลในระหว่างการรักษาตั้งแต่ระยะก่อนการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase ระยะขณะให้ยาและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) จึงมีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการดูแลได้ตลอด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมิน วินิจฉัยและรายงานแพทย์เมื่อเกิดภาวะวิกฤตกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ได้ตามมาตรฐานและลดอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตลอดจนการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Double vessel disease (DVD) ทำ Balloon อย่างทันท่วงทีจะสามารถทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจผู้ป่วยกลับมาทำงานได้ปกติเมื่อหลังได้รับการรักษาดีกว่านั้นยังสามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตปกติในสังคมได้

๒. การใช้เครื่องมือที่มีความยุ่งยากสลับซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย เช่น ยาที่มีความเสี่ยงสูง เครื่องช่วยหายใจ เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เครื่องบันทึกสัญญาณชีพ เป็นต้น พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ ความชำนาญในการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การสืบค้นข้อมูลทางวิชาการในห้องสมุดมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardialinfarction:ชนิดSTEMI) ไม่เพียงพอต้องใช้การสืบค้นทางอินเทอร์เน็ตเพื่อให้ได้ข้อมูลในการศึกษา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การคัดกรองและความแออัดงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๓. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: ชนิดSTEMI) การดูแลต้องรวดเร็วและมีความรู้ที่เหมาะสมในการประเมินและการดูแลที่ถูกต้อง

๔. ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

๑. มีการพัฒนาสมรรถนะผู้ให้บริการ มีความรู้และความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการประชุมสะท้อนความคิด การปฏิบัติการพยาบาล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ นิเทศ ติดตาม ประเมินการฝึกปฏิบัติ การจัดอบรมวิชาการ เพิ่มองค์ความรู้และทักษะ
๒. พัฒนาเครือข่ายการดูแล โดยการประสานความร่วมมือ การสื่อสารข้อมูล การส่งต่อ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่อง
๓. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการสื่อสาร ให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรม วิธีการใหม่ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและเผยแพร่ผลงานการ
๔. จัดเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เครื่องดูดเสมหะ
๕. การจัดทำแนวทางการคัดกรองและความแออัดงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ด้านวิชาการ

๑. ควรมีการพัฒนาการเชิงคลินิกร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: ชนิดSTEMI) โดยใช้รูปแบบการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย
๒. ควรมีการพัฒนา รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: ชนิดSTEMI)
๓. ควรมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: ชนิดSTEMI) โดยการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานวิชาการ Oral presentation เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด SK (Streptokinase) ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช : กรณีศึกษา ในการประชุมวิชาการ ประจำปี ๒๕๖๖ “ Precision Public Health, Precision Medicine and Precision Nursing” ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่าง วันที่ ๖-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ไฮเต็ล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสรญา ศาสตรสูงเนิน สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสรญา ศาสตรสูงเนิน)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๓ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสรญา ศาสตรสูงเนิน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสาววัชรีย์ บุตรศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

วันที่ ๑๓ / มิถุนายน / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ

(นายทนง คำศรี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

วันที่ ๑๓ / มิถุนายน / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง : การพัฒนาการลดความแออัดที่ห้องฉุกเฉิน (Emergency Room overcrowding)

โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร

๒.หลักการและเหตุผล

ความแออัดที่ห้องฉุกเฉิน (Emergency Room overcrowding) เป็นความไม่สมดุลของความต้องการ (demand) บริการทางสุขภาพของผู้ป่วยต่อทรัพยากร (supply) ทางกายภาพในการให้บริการทางสุขภาพที่ห้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีผู้ป่วยมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น แต่ทรัพยากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และ พื้นที่บริการที่ห้องฉุกเฉินสำหรับให้บริการทางสุขภาพมีอยู่อย่างจำกัด เห็นได้จากสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๒๔ พบว่ามีผู้ป่วยมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นจาก ๑๒๐ ล้านคน เป็น ๑๓๗.๘ ล้านคน (ร้อยละ ๑๔.๘)๒ สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ มีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ๔๕๘ คน: ๑,๐๐๐ ประชากร และสถิติของโรงพยาบาลพินุลมังสาหาร ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า มีผู้ป่วยมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จาก ๓๓,๘๕๕ คน เป็น ๓๓,๔๔๓ คน และ ๓๖,๔๔๓ คนตามลำดับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินมีทั้งผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการ เจ็บป่วยเรื้อรัง รวมไปถึงผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉินและเป็นปัญหาต่อการหมุนเวียน และการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเกิดความ แออัดที่ห้องฉุกเฉินมีสาเหตุมาจาก ๑) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ เช่น ผู้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (George F,๒๐๑๕) ๒) ปัจจัยด้านกระบวนการบริการที่ห้องฉุกเฉิน เช่น ระยะ เวลาในการทำ หัตถการล่าช้า การออกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าช้า การรอคอยการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเป็น เวลานาน เป็นต้น(Pascasie K,๒๐๑๔) ๓) กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินล่าช้า(George F,๒๐๑๕) ๔) สัดส่วนของบุคลากรแพทย์และ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย (Arkun A,๒๐๑๐)และ ๕) จำนวนเตียงและพื้นที่บริการที่ห้อง ฉุกเฉินไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยและอัตราครองเตียงที่ห้องฉุกเฉินสูงขึ้น (Pascasie K,๒๐๑๔) ความแออัดที่ห้องฉุกเฉินที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน เช่น เกิดความล่าช้าในการดูแลรักษา (Hong KJ,๒๐๑๑)เกิดความผิดพลาดในการบริหารยา(Kulstad EB,๒๐๑๐) เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยหรือการเสียชีวิตได้ อัตราครองเตียงที่ห้องฉุกเฉินสูงขึ้น ซึ่งปัจจุบันความแออัดที่ห้องฉุกเฉิน เป็นปัญหาเร่งด่วนในการปฏิรูประบบบริการห้องฉุกเฉินให้ เป็นห้องฉุกเฉินคุณภาพตามโครงการพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ (emergency care system)

ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพินุลมังสาหาร เป็นศูนย์กลางที่เชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลกับการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง (Definitive Care) โดยมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่การดูแลรักษาออกโรงพยาบาล การคัดแยก (Triage) การรักษา การประสานการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน พ้นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน คือลดอัตราการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะและการทำงานของอวัยวะสำคัญ (Save Live, SaveLimb, Save Function) จากข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการห้องฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๔- ปี ๒๕๖๖ มีจำนวน ๘๔ ราย/วัน, ๘๙ ราย และ ๑๐๑ ราย/วัน ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level๑- Level๒) ปี ๒๕๖๔ - ปี ๒๕๖๖ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วย Level๑ จำนวน ๒.๙๔ ราย/วัน, ๒.๙๙ ราย/วัน, ๓.๓๔ ราย/วัน ผู้ป่วย Level๒ จำนวน ๑๒.๙๕ ราย/วัน, ๑๓.๙๗ ราย/ วัน, ๑๔.๗๐ ราย/วัน, และจากการรายงานตัวชีวิต ECS คุณภาพของกองงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพินุลมังสาหาร อัตราของผู้ป่วย triage Level ๑ – Level ๒ ที่รับไว้ในโรงพยาบาล

อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชั่วโมง ในปี ๒๕๖๔ - ปี ๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๓๘, ๔๓.๑๒, ๒๔.๓๘ และร้อยละ ๔๘.๔๗ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ จึงแสดงให้เห็นว่ามีความแออัดในบริการของห้องฉุกเฉิน อีกทั้งในการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในปี ๒๕๖๔ - ปี ๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๐๕, ๘๑.๐๖ และร้อยละ ๘๒.๐๘ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบริการที่พบบ่อย คือ เรื่องรอนานควรมีความรวดเร็วในการให้บริการ และมีข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการด้านการสื่อสาร จากการที่ญาติรอในห้องพักคอยญาตินาน จึงมีความวิตกกังวลจะเข้ามาสอบถามที่จุดคัดกรองบ่อยครั้ง จนเกิดความไม่พึงพอใจในการสื่อสารของบุคลากร ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาและหาแนวทางในการลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและรักษาคุณภาพการให้บริการห้องฉุกเฉิน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การจัดบริการในห้องฉุกเฉินต้องให้ความสำคัญกับการจัดการกับระยะเวลารอคอย ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเป็นสำคัญ นอกจากนี้ระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉินยังนับได้ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการวัดคุณภาพ ของการบริหารจัดการระบบการให้บริการ (สายพิน กองแก้วและคณะ, ๒๕๖๔) จากการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความแออัดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โดยการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแออัดในห้องฉุกเฉิน แบ่งเป็น ๔ ด้าน คือ

๑. ด้านผู้มารับบริการ ด้วยโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของโรงพยาบาลชุมชนในโซน ๓ ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินจึงมีผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนมาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินและมาเอง ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยจากอำเภอพิบูลมังสาหารเอง หรือเดินทางมาจากต่างอำเภอโดยไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลในอำเภอที่ตนอาศัยอยู่ ผู้ป่วยนอกกลุ่มใช้นอนเปลที่ตรวจแล้วแต่ยังรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจะส่งต่อมาที่ห้องฉุกเฉิน แม้คัดกรองแล้วไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือส่งต่อมาที่ห้องฉุกเฉินเนื่องจากหมดเวลาบริการผู้ป่วยนอกเวลา

๒. ด้านผู้ให้บริการ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินไม่เพียงพอ มีแพทย์เพิ่มพูนทักษะหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการตรวจร่างกายประเมินอาการ ก่อนการตัดสินใจให้การรักษารอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รอผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก่อนปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

๓. ด้านกระบวนการภายในห้องฉุกเฉินเป็นขั้นตอนในการตรวจรักษาเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตมีความยุ่งยากซับซ้อนมีภาวะของโรคที่ยากต่อการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าระยะเวลารอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉลี่ยประมาณ ๑ ชั่วโมง แต่ถ้ามีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นครั้งที่สอง ซึ่งจะพบในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความซับซ้อนเมื่อได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินแล้ว จะมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นครั้งที่สองเพื่อประเมินผลการแก้ไขภาวะฉุกเฉินนั้น ก็จะมีส่งผลต่อระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉิน การรอผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในกรณีแพทย์ผู้ตรวจไม่มั่นใจในการอ่านผลเอง จึงต้องรอการรายงานผลอย่างเป็นทางการการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ด้านการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน ซึ่งมีทั้งรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า การรับไว้ในโรงพยาบาลสามารถส่งเข้าหอผู้ป่วยในโดยผ่านการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละ สาขาก่อนส่งเข้าหอผู้ป่วยการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า หากมีการประเมินจากแพทย์เฉพาะทางที่รับการส่งต่อให้มีการรักษาเพิ่มเติมก็จะส่งผลต่อระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉิน จากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแออัดในห้องฉุกเฉิน จะเห็นว่าเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข โดยใช้แนวคิด Lean Process มาใช้ในการวางแนวทางการลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน เพื่อช่วยลดขั้นตอน ในกระบวนการแต่ละด้าน โดยการเรียงตามปัจจัยที่ส่งผลต่อความแออัด รวมทั้งนำแนวทาง Emergency Care System (ECS) โดยมีแนวทางดังนี้

๑. ด้านผู้มารับบริการ

๑.๑ ทบทวนและปรับปรุงเกณฑ์ผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินร่วมกัน

๑.๒ ประชาสัมพันธ์การใช้บริการห้องฉุกเฉินผ่านสื่อโซเชียล

๒. ด้านผู้ให้บริการ

๒.๑ ตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ Emergency Care System (ECS) ตามเกณฑ์คุณภาพ

๒.๒ โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบาย ระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉิน

๒.๓ พัฒนาศักยภาพของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนโซน ๓โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจการดูแลผู้ป่วยก่อนและระหว่างส่งต่อ

๒.๔ พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน one ECS (one ER one hospital) โดยแพทย์ก่อนการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

๒.๕ พัฒนาและปรับปรุงคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อแต่ละสาขาของโซน ๓

๒.๖ เพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

๓. ด้านกระบวนการภายในห้องฉุกเฉิน

๓.๑ เกณฑ์การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดยไม่ต้องรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการรายงานผล เอกซเรย์คอมพิวเตอร์อย่างเป็นทางการ

๓.๒ เกณฑ์การรับไว้ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่ายที่คัดกรองเป็น Level ๓ และได้รับการปรึกษาระหว่างแพทย์โรงพยาบาลลูกข่าย กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลพิจิตรแล้วสามารถส่งเข้าหอผู้ป่วยในได้ โดยไม่ต้องรอแพทย์เวรห้องฉุกเฉินโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อน

๓.๓ ลดขั้นตอนการรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่สองในห้องฉุกเฉิน โดยหลังให้การแก้ไขภาวะ วิกฤตฉุกเฉิน และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นครั้งที่สองแล้ว สามารถส่งผู้ป่วยเข้าไปรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่หอผู้ป่วยใน

๓.๔ มีแนวทางปรึกษารังสีแพทย์ในการอ่านผลภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

๓.๕ ปรับปรุงแนวทางการติดตามประเมินอาการผู้ป่วย Level ๓ ได้รับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน จากเดิมจะประเมินอาการหลังให้การรักษาประมาณ ๑ ชั่วโมงปรับให้ประเมินอาการหลังให้การรักษาครั้งที่ ๑ ภายใน ๓๐ นาที หากอาการดีขึ้นรายงานแพทย์เวรเพื่อพิจารณาการจำหน่าย หากอาการไม่ดีขึ้นประเมินอาการครั้งที่ ๒ ในเวลา ๓๐ นาที และรายงานอาการให้แพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาการรักษาหรือรับไว้ในโรงพยาบาล

๔. ด้านการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน

๔.๑ ทบทวนแนวทางและระบบการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ศักยภาพสูงกว่า

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

๑. ในการกำหนดแนวทางลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ยังมีข้อจำกัดกับผู้ป่วยกลุ่มอายุกรรม เนื่องจากมีความซับซ้อนของโรคและแนวทางการรักษา ควรเริ่มจากผู้ป่วยสาขาที่ไม่ซับซ้อนมาก เช่น สาขาศัลยกรรม สาขา ออร์โธปิดิกส์

๒. ควรเก็บข้อมูลระยะเวลาในแต่ละกระบวนการโดยละเอียด เพื่อจะได้ลดขั้นตอนในกระบวนการ ให้ระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉินลดลง โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการซักประวัติ รอแพทย์ตรวจ รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รอพยาบาลทำหัตถการและให้บริการพยาบาล รอผลรังสีวินิจฉัย รอรายงานแพทย์เฉพาะทาง

๓. ห้องฉุกเฉินพื้นที่ขนาดประมาณ ๒๑๐ ตารางเมตร พื้นที่ให้บริการไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตามมาตรฐานการประเมิน ECS คุณภาพพื้นที่ขนาดอย่างน้อย ๐.๘ ตร.ม. ต่อผู้รับบริการ ๑,๐๐๐ รายต่อปี

จึงควรวางแผนในการขยายพื้นที่บริการหรือการสร้างตึกอุบัติเหตุให้มีความเพียงพอและพร้อมให้บริการด้านอุบัติเหตุ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางในการลดระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉิน
๒. เพื่อการตอบรับนโยบายห้องฉุกเฉินคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข
๓. เพื่อให้ผู้มารับบริการพึงพอใจ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. สามารถลดความแออัดในห้องฉุกเฉินได้
๒. ผู้ใช้บริการและบุคลากรของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราของผู้ป่วย triage Level ๑ - Level ๒ ที่รับไว้ในโรงพยาบาลอยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชั่วโมงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๒. อัตราความพึงพอใจผู้ให้บริการและบุคลากรของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)
 (นางสรญา ศาสตร์สูงเนิน)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (วันที่) / /
 ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง :
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
จากการศึกษาการพยาบาลผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ได้มีการใช้ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับโรคและทฤษฎีทางการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนข้างต้น ดังนี้

๓.๑ การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก (Elderly gravida or advanced age pregnant woman)

ความหมาย

การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไป (นับจากวันเกิดจนถึงวันกำหนดคลอด) ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก เรียกว่า elderly primigravida

อุบัติการณ์

ปี พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ประเทศไทยพบสถิติสตรีคลอดบุตรอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ๓๘.๓๐ เป็น ๓๙.๘๐ ต่อประชากรหญิง ๑,๐๐๐ คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๑)

การตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ และอันตรายทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์เพิ่มมากขึ้น

พยาธิสภาพ

ยิ่งสตรีอายุมากขึ้น โอกาสในการตั้งครรภ์จะต่ำลง โดยทั่วไปการตั้งครรภ์จะยากขึ้นเมื่อ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้หญิงเกิดมาพร้อมกับจำนวนไข่ในรังไข่ที่มีจำกัด และเซลล์ไข่จะค้างการแบ่งตัวอยู่ที่ระยะไมโอซิส I (Meiosis I) จนกระทั่งตกไข่จึงจะมีการแบ่งตัวต่อจนสมบูรณ์ นอกจากนั้น ไข่บางส่วนจะฝ่อสลายไปตามกาลเวลา ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้น จึงมีโอกาสที่ไข่ที่เหลือไข่ที่มีความสมบูรณ์จำนวนน้อยลง และมีโอกาสที่การแบ่งตัวของเซลล์ไข่มีความผิดพลาดได้ และเกิดเป็นเซลล์ไข่ที่มีจำนวนโครโมโซมผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะมีบุตรยากและภาวะแท้ง รวมถึงหากตั้งครรภ์ต่อไปก็อาจมีตัวอ่อนที่มีความผิดปกติของโครโมโซม เหล่านี้รวมเรียกว่าเป็นการแก่ตัวของไข่ (ovarian aging) และการลดลงของไข่ที่สะสม (ovarian reserve)

(Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M., ๒๐๐๐)

สำหรับทารกที่อยู่ในครรภ์ของสตรีอายุมาก อาจเกิดความผิดปกติของจำนวนโครโมโซม (Chromosome abnormality) กล่าวคือ autosomal trisomy สาเหตุเกิดจากการที่เซลล์ไข่แบ่งตัวค้างอยู่ในระยะ metaphase I ขณะอยู่ในครรภ์ ซึ่งในระยะดังกล่าว โครโมโซมจะถูกเรียงอยู่ตรงกลางเซลล์ และเมื่อมีการตกไข่ จะเกิดการแบ่งตัวต่อ โดยมีการแยกขาของโครโมโซมออกจากกัน ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติ แบบที่เรียกว่า non-disjunction นั่นคือ ขาของโครโมโซมไม่แยกกัน ทำให้เซลล์ที่แบ่งตัวเสร็จสิ้น มีจำนวนโครโมโซมที่ผิดปกติ นอกจากนั้น ยังอาจเกิดจากการสะสมสารอนุมูลอิสระ การลดลงของจำนวนเซลล์ไข่ที่มีคุณภาพ และการสั้นลงของเทโลเมียร์ (telomere) ของเซลล์ไข่ด้วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

นอกจากนี้ ยังเกิดความผิดปกติของยีน (Gene abnormalities) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดออทิสซึม และอาจเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomalies) โดยเฉพาะ ความผิดปกติของหัวใจ ความผิดปกติอื่นๆที่อาจพบได้อีก ได้แก่ esophageal atresia, hypospadias และ craniosynostosis

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก

ผลต่อมารดา

ด้านร่างกาย

๑. อัตราการตายสูงขึ้น พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในช่วงอายุ ๓๕ - ๓๙ ปี มีอัตราการตายสูงกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ประมาณ ๔ เท่า (Luke & Brown, ๒๐๐๗)

๒. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในภาวะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และระยะหลังคลอด เนื่องจากมีปัญหาของระบบไหลเวียนโลหิต และเนื้อเยื่อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะยืดหยุ่นไม่ได้ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ได้แก่

๒.๑ ภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับการตั้งครรภ์ พบในครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลัง

๒.๒ ภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์

๒.๓ มีโอกาสแท้งบุตรได้สูงถึงร้อยละ ๓๓ - ๕๐

๒.๔ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด

๒.๕ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำน้อย

๒.๖ หลอดเลือดดำขด พอง ริดสีดวงทวาร การอักเสบของหลอดเลือดดำ

๒.๗ ระยะการคลอดยาวนาน เสี่ยงต่อการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด

๓. สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากมักมีโรคเรื้อรังที่มีอาการเจ็บป่วยอยู่แล้ว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น เมื่อตั้งครรภ์จะทำให้โรคดังกล่าวมีอาการมากขึ้น หรือควบคุมได้ยาก

๔. หากใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีโอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์แบบสูงขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกับการตั้งครรภ์แฝด

๕. ปัญหาในระยะคลอด ได้แก่ การคลอดการกำหนด มีโอกาสผ่าตัดคลอดสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยด้านจิตใจ

๑. ความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์

๒. ความรู้สึกไม่แน่นอนและกลัวความสูญเสีย

๓. การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากการไม่ยอมรับและรู้สึกอับอายในรูปร่าง และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากการตั้งครรภ์

๔. เกิดความเครียดจากการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหลายๆ ด้าน ในขณะที่มีอายุมากขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ผลต่อทารก

การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อทารก ดังนี้

๑. เกิดความผิดปกติทางโครโมโซมของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปี พบอัตราส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ๑ ต่อ ๔๐๐ ราย และในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ ๔๐ ปี พบอัตราส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ๑ : ๑๐๐ ราย ซึ่งอัตราเสี่ยงจะเพิ่มตามอายุของสตรีตั้งครรภ์ (ชเนนทร์ วนาภิรมย์, ๒๕๕๔)

๒. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

๓. การคลอดก่อนกำหนด หรือเกินกำหนด

๔. ทารกตัวโตและคลอดไหล่ยาก

๕. อัตราทุพพลภาพและอัตราตายปริกำเนิดสูงขึ้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ ๓๕ ปี หรือมากกว่า มีอัตราตายปริกำเนิดของทารกมากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ ๒๐ - ๓๔ ปี ประมาณ ๔ เท่า (ปวีณา พังสุวรรณ และเกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, ๒๕๖๐)

๓.๒ เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์

ความหมาย

เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Diabetes Mellitus in pregnancy) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน เนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ และการสร้างหรือการใช้อินซูลินของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อาจเป็นโรคเรื้อรังก่อนตั้งครรภ์ หรือเป็นขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus Type ๒ : GDMA๒)

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์พบแนวโน้มสถิติการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕-๒๕๑๗ มีผู้หญิงเป็นเบาหวานจากจำนวน ๑๙๙.๕ ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น ๒๐๔ ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ อาจมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง ๓๑๓.๓ ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน ๒๐.๙ ล้านคนหรือร้อยละ ๑๖.๒ โดยร้อยละ ๘๕.๑ วินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes) และร้อยละ ๗.๔ เป็นเบาหวานชนิดอื่นที่มาตรวจพบขณะตั้งครรภ์

พยาธิสภาพ

มีการทำลายอินซูลินโดยรกและฮอร์โมนจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลินทำให้การเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ ได้แก่ Human placental lactogen (HPL), Estrogen, Progesterone, Cortisol, Insulinase) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยเป็นเบาหวานอาจมีอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ปกติจะมีความต้องการอาหารและพลังงานมากขึ้น มีการเผาผลาญในร่างกายมากขึ้น เพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งอินซูลินมีหน้าที่ควบคุมอัตราการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีนเพื่อให้ได้พลังงาน แต่ถ้าวการสร้างหรือการหลั่งอินซูลินผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ส่งผลให้ในการตั้งครรภ์ปกตินั้นจะตรวจพบว่ามีภาวะ Fasting hypoglycemia และภาวะ Postprandial hyperglycemia และภาวะ Hyperinsulinemia ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่สำคัญในหญิงตั้งครรภ์ โดยฮอร์โมน Human placental lactogen จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุครรภ์และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์และสูงสุดที่ช่วงอายุ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

กรรม ๓๔-๓๖ สัปดาห์ ซึ่งทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก ประกอบกับสรีรภาพของการตั้งครรภ์มีผลทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

อาการ

อาการแสดงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยทั่วไปจะไม่มีอาการใด ๆ แต่สามารถสังเกตอาการได้จากอาการจะคล้ายกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คือ อาการรู้สึกหิวกระหายน้ำมากกว่าปกติ ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย โดยมีการแบ่งชนิดของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตาม White's classification และ ACOG ดังนี้

Class	Onset	Fasting plasma glucose	๒-hour postprandial glucose	Therapy
A๑	ตั้งครรรภ์	< ๑๐๕ mg/dL	<๑๒๐ mg/dL	Diet
A๒	ตั้งครรรภ์	≥๑๐๕ mg/dL	≥๑๒๐ mg/dL	Insulin
Class	Age of onset	Duration (years)	Vascular complication	Therapy
B	หลังอายุ ๒๐ ปี	< ๑๐ ปี	None	Insulin
C	๑๐ - ๑๙ ปี	๑๐ - ๑๙ ปี	None	Insulin
D	ก่อนอายุ ๑๐ ปี	≥๒๐ ปี	Bening retinopathy	Insulin
F	ไม่คำนึงถึง	ไม่คำนึงถึง	Nephropathy	Insulin
R	ไม่คำนึงถึง	ไม่คำนึงถึง	Proliferative retinopathy	Insulin
H	ไม่คำนึงถึง	ไม่คำนึงถึง	Heart	

แหล่งที่มา : The white classification of Dieabetes inPreagnacy ดัดแปลงจาก “Assessing White’s Classification of Pregestational Diabetes in Contemporary Population, by S.N. Benette, A. Tila., J. Oven., J. R. Biggio, & L. Harper, ๒๐๑๕, Obstetrics & Gyncology, ๑๒๕ (๕) pp ๑๒๒๘.

การประเมินและวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถวินิจฉัยได้จาก การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ ดังนี้

๑. การซักประวัติ ซักประวัติเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เช่น ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นญาติสายตรง ประวัติเคยคลอดบุตรและทารกเสียชีวิตในครรภ์โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน ประวัติเคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ประวัติเคยคลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า ๔๐๐๐ กรัม หรือน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม หรือเคยคลอดบุตรที่มีความพิการแต่กำเนิดโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน รวมถึงซักประวัติเกี่ยวกับ อายุ น้ำหนัก ความดันโลหิต อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒. การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะของโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้น โดยอาจพบอาการและอาการที่บ่งบอกถึงภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน เช่น รูปร่างอ้วน ความดันโลหิตสูง ขนาดมดลูกโตกว่าอายุครรภ์ มีปริมาณน้ำตาลมากกว่าปกติในรายที่เป็นมากอาจพบความผิดปกติของหลอดเลือดที่อวัยวะต่างๆ

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑ ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ โดยใช้ dipstick การแปลผลว่าผิดปกติจะต้องพบค่าระดับน้ำตาลในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ +๒ ตั้งแต่ ๒ ครั้งติดต่อกันขึ้นไป แต่การตรวจปัสสาวะอย่างเดียวผลอาจคลาดเคลื่อนเนื่องจากในสตรีตั้งครรภ์ปกติก็อาจตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะได้ เพราะการกรองน้ำตาลผ่านไตมีมากขึ้นแต่การดูดซึมลดลงทำให้สูญเสียน้ำตาลออกทางปัสสาวะมากขึ้น ดังนั้นจึงควรใช้การตรวจวิธีอื่นร่วมด้วย

๓.๒ การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การคัดกรองนิยมทำขณะอายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่ออินซูลินทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน แต่ในปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ โดยทำการคัดกรองในการฝากครรภ์ครั้งแรก หรือในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ถ้าผลการคัดกรองครั้งแรกอยู่ในเกณฑ์ปกติจะตรวจคัดกรองซ้ำอีกครั้งในช่วงอายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์ ซึ่งการคัดกรองเร็วขึ้นจะสามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้เร็วขึ้นกว่าการคัดกรองตามเกณฑ์เดิม แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าการคัดกรองเร็ว (early screening) จะมีประโยชน์มากกว่าการคัดกรองขณะตั้งครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์ ซึ่งวิธีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในแต่ละประเทศมีการใช้ที่แตกต่างกันและยังไม่มีการบ่งชี้ให้ชี้แนวทางใดอย่างชัดเจน สำหรับประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทยได้ประกาศแนวปฏิบัติเพื่อคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาในรูปแบบของทางเลือกโดยให้เลือกใช้ตามความเหมาะสมของทรัพยากรในสถานบริการนั้นๆ ดังนี้

๓.๒.๑ วิธี Two step approach เป็นวิธีที่กันอย่างแพร่หลายและได้รับการแนะนำโดย American College of Obstetricians and Gynecologist โดยจะตรวจในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เท่านั้น (selective screening) แบ่งกลุ่มเสี่ยงออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยแบ่งตามเกณฑ์จากการประชุม ๔th International Workshop-Conference on Gestational Diabetes กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำไม่มีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองเบาหวาน กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางตรวจคัดกรองเมื่ออายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์ และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต้องตรวจคัดกรองเบาหวานทันทีเมื่อเริ่มตั้งครรภ์หรือเมื่อมาฝากครรภ์ ถ้าผลตรวจปกติต้องตรวจซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์ หรือตรวจซ้ำได้ทันทีถ้าผู้ป่วยมีอาการ/อาการแสดงของน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งมีวิธีการตรวจ ดังนี้

๑) การตรวจคัดกรอง (screening test) ด้วย ๕๐-g glucose challenge test (๕๐g GCT) คือ ให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานกลูโคส ๕๐ g (โดยไม่ต้องอดอาหารและไม่คำนึงถึงเวลาหรืออาหารมื้อสุดท้าย) จากนั้นเจาะเลือดหลังรับประทานกลูโคส ๑ ชั่วโมง ถ้าระดับ glucose plasma ≥ 140 mg/dL ถือว่าผิดปกติ ต้องทำการตรวจวินิจฉัยต่อไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒) การตรวจวินิจฉัย (diagnosis) จะทำเมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย ๕๐ g GCT ผิดปกติมี ๒ วิธี คือ ๑๐๐-g glucose tolerance test และ ๗๕-g glucose tolerance test ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าควรใช้การตรวจวิธีใด การเลือกใช้เกณฑ์ใดขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศ แต่จากการประชุม ๔th International Workshop-Conference on Gestational Diabetes แนะนำให้ตรวจวินิจฉัยด้วย ๑๐๐ gm OGTT

การแปลผล กรณีตรวจวินิจฉัยด้วย ๑๐๐-g OGTT ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ตั้งแต่ ๒ ค่าขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) แต่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์เพียงค่าเดียว ต้องตรวจซ้ำในอีก ๑ เดือนต่อมา ซึ่งเกณฑ์ในการวินิจฉัยเบาหวานด้วย OGTT จะแตกต่างกันไปตามแหล่งอ้างอิง (ตามตารางด้านล่าง) การใช้เกณฑ์วินิจฉัยด้วย Carpenter and Couston criteria จะทำให้วินิจฉัย GDM ได้เพิ่มมากกว่าการใช้เกณฑ์ของ National Diabetes Data Group แต่ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน กรณีตรวจวินิจฉัยด้วย ๗๕-g OGTT ถ้าใช้เกณฑ์ของ American Diabetes Association จะวินิจฉัยว่าเป็น GDM เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ ๒ ค่าขึ้นไป ขณะที่เกณฑ์ของ WHO จะวินิจฉัยว่าเป็น GDM ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อย ๑ ค่า

ตารางแสดงในการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (แยกตามแหล่งอ้างอิง)

ระดับน้ำตาล	แหล่งอ้างอิงเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานด้วย OGTT			
	NDDG (๑๐๐gm)	Carpenter&Couston (๑๐๐gm)	ADA (๗๕gm)	WHO(๗๕gm)
Fasting	๑๐๕	๙๕	๙๕	๑๒๖
๑ hour	๑๙๐	๑๘๐	๑๘๐	
๒ hour	๑๖๕	๑๕๕	๑๕๕	๒๐๐
๓ hour	๑๔๕	๑๔๐		

NDDG : National Diabetes Data Group ; ADA : American Diabetes Association ; WHO : World Health Organization

แหล่งที่มา : เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดัดแปลงจาก ตำราสูติศาสตร์ (หน้า ๑๕๔-๑๕๕) โดย ประภัสร์ วานิชพงษ์พันธ์ กุศล รัศมีเจริญ และ ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, ๒๕๖๐, ลิขสิทธิ์ปี ๒๕๖๐ โดยบริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด.

๓.๒.๒ วิธี One step approach เป็นวิธีการที่ WHO และสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation [(IDF)] แนะนำและได้รับรองจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association [ADA]) ข้อดีคือลดความยุ่งยากในการตรวจคัดกรองที่ต้องมีการเจาะเลือดหลายครั้ง โดยจะทำในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายหรือเฉพาะกลุ่มเสี่ยงก็ได้ โดย IDF แนะนำให้ตรวจคัดกรองด้วยการเจาะเลือดตรวจ plasma glucose ขณะอดอาหาร (FPG) ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๙๒mg/dL

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สามารถวินิจฉัยได้ว่า เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้เลย แต่ถ้าค่าน้อยกว่า ๙๒ mg/dL แนะนำให้ตรวจด้วย ๗๕-g OGTT เมื่ออายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์

การแปลผล ตามเกณฑ์ของ IDF ถ้ามีค่าน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานกลูโคส และหลังรับประทานกลูโคสที่ ๑ และ ๒ ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๒ mg/dL (๕.๑ mmol/L) , ๑๘๐ mg/dL (๑๐.๐ mmol/L) และ ๑๕๓ mg/dL (๘.๕ mmol/L) ตั้งแต่ ๑ ค่าขึ้นไป แปลผลว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๓.๓ การตรวจหาระดับของ HbA_{1c} เป็นการตรวจหาไกลโคสที่จับอยู่ที่ฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ผลที่ได้แสดงถึงการควบคุมน้ำตาลของสตรีตั้งครรภ์ในระยะ ๔-๑๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ค่าปกติจะน้อยกว่า ๕.๗% ถ้าอยู่ระหว่าง ๕.๗% - ๖.๔% แปลผลว่าเป็น pre- diabetes แสดงว่าการควบคุมเบาหวานไม่ดี และถ้า HbA_{1c} มากกว่าหรือเท่ากับ ๖.๕% จะแปลผลว่าเป็นเบาหวาน (The American Diabetes Association, ๒๐๑๐) จึงควรตรวจหา HbA_{1c} ร่วมกับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ในทุกไตรมาส ในรายที่ตรวจพบค่า HbA_{1c} ๖.๕% ตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จะจัดให้อยู่ในกลุ่มโรคเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์

แนวทางการรักษา

หลักในการรักษาโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ประกอบด้วย การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร การรักษาด้วยอินซูลิน การติดตามประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ การวางแผนการคลอด และการคุมกำเนิด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. รักษาด้วยการควบคุมอาหาร เป็นหลักสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยมีหลักคือ

๑.๑ ให้ได้รับพลังงานเพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน รับประทาน ๓ มื้อ และอาหารว่าง ๓ มื้อ (รวมมื้อก่อนนอน) แบ่งสัดส่วนของสารอาหารตามจำนวนพลังงานที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน (C : F : P = ๕๐ : ๓๐ : ๒๐) โดยในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ควรได้พลังงานวันละ ๓๒ Kcal ต่อน้ำหนักตัวมาตรฐาน ๑ kg และเพิ่มเป็น ๓๘ Kcal ต่อน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็นในไตรมาสที่ ๒ และ ๓

๑.๒ ควบคุมน้ำหนักตัวให้เพิ่มตามเกณฑ์ และรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเป้าหมายในการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดคือ ก่อนรับประทานอาหารเช้าและก่อนนอนอยู่ระหว่าง ๖๐-๙๕ mg/dL หลังรับประทานอาหารเช้า ๑ ชั่วโมงน้อยกว่า ๑๔๐ mg/dL และหลังรับประทานอาหารเช้า ๒ ชั่วโมงน้อยกว่า ๑๒๐ mg/dL และในช่วงเวลา ๐๒.๐๐-๐๔.๐๐ น. ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า ๖๐ mg/dL ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ อาจพิจารณาเปลี่ยนการรักษาจากควบคุมอาหารเป็นการให้อินซูลินแทน

๒. การรักษาด้วยอินซูลิน จะให้ในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ โดยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว ซึ่งรูปแบบของการรักษาด้วยอินซูลินมีหลายแบบ การจะเลือกรูปแบบการรักษาแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด การตอบสนองต่อการรักษา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสะดวกในการรักษา และการยอมรับของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งในทางปฏิบัตินิยมใช้ short-action insulin หรือ regular insulin (RI) ร่วมกับ intermediate insulin หรือ NPH ฉีดทาง subcutaneous วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล FBS ให้อยู่ระหว่าง ๖๐-๙๐ mg/dL และ ๒-hour postprandial glucose ต่ำกว่า ๑๒๐ mg/dL ส่วนอินซูลินชนิดรับประทานไม่แนะนำเพราะสามารถผ่านรกได้จะทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาจทำให้เกิดความพิการต่อทารก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓. การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ด้วยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง, NST, CST, fetalbiophysical ประเมินสมรรถภาพของปอดทารกในครรภ์ การนับลูกดิ้น ในรายที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ควรตรวจ fetal echocardiogram เพื่อประเมินความพิการของหัวใจทารก หากเป็นไปได้ควรตรวจวัดระดับ HbA_{1c} เพราะค่า HbA_{1c} ในไตรมาสแรกจะบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในช่วงที่ทารกมีการสร้างอวัยวะ (organogenesis) ซึ่งจะสามารถพยากรณ์ความผิดปกติของทารกได้

๔. การวางแผนการคลอด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นจะทำให้การเจริญของปอดทารกช้ากว่าปกติและมีโอกาสทารกตายในครรภ์ได้สูง จึงมีข้อเสนอว่าหากการตั้งครรภ์ไม่มีความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ และระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ด้วยการควบคุมอาหาร) สามารถรอให้มีการเจ็บครรภ์คลอดเองได้ แต่ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ด้วยการฉีดอินซูลิน) ควรพิจารณาชักนำการคลอดเมื่ออายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ หากการตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน หรือควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี พิจารณาชักนำการคลอดเมื่ออายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ ส่วนการผ่าตัดคลอดนั้นจะพิจารณาผ่าตัดคลอดเมื่อน้ำหนักคลอดควรควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๗๐-๑๒๐ mg/dL เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด hypoglycemia ในขณะแรกเกิด และภาวะ ketosis ในมารดา

๕. การดูแลหลังคลอด ระยะหลังคลอดความต้องการอินซูลินจะลดลงมาก เพราะฮอร์โมนจากรกที่ด้านการทำงานของอินซูลินลดลง หลังจากนั้นความต้องการอินซูลินจะค่อยๆ กลับคืนสู่ภาวะเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ในสัปดาห์ที่ ๔-๖ หลังคลอด ดังนั้นจึงควรติดตามระดับน้ำตาลในเลือดต่อ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดยังสูงอยู่นานอาจเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ที่แฝงอยู่แล้ว เพิ่งตรวจพบครั้งแรกระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า มารดาที่เป็น GDM จะมีโอกาสกลายเป็น overt DM ในเวลา ๒๒-๒๘ ปี ถึงร้อยละ ๕๐ โดยหากระหว่างตั้งครรภ์มีระดับ FBS มากกว่า ๑๓๐ mg/dL จะกลายเป็น overt DM ถึงร้อยละ ๘๙ และร้อยละ ๔๐ จะกลับเป็นซ้ำในครรภ์ต่อมา เพราะฉะนั้นในมารดาที่เป็น GDM ภายหลังคลอด ๔-๑๒ สัปดาห์ จึงควรตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวาน ต่อด้วยวิธี ๒ hour ๗๕ gm OGTT โดยแปลผลดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ตารางการแปลผล Fasting plasma glucose (FPG) และ ๒ hour ๗๕ gm OGTT

Fasting plasma glucose (FPG) หรือ ๗๕ g OGTT	แปลผล	แนวทางการรักษา
FPG > ๑๒๖ mg.dL หรือ ๒ hr OGTT > ๑๙๙ mg/dL	เป็นเบาหวาน	- รักษาเบาหวาน
FPG ๑๐๐-๑๒๕ mg.dL หรือ ๒ hr OGTT ๑๔๐-๑๙๙ mg/dL	Impaired fasting glucose	- ส่งปรึกษาเพื่อลดน้ำหนักและ ออกกำลังกาย - ตรวจติดตามระดับน้ำตาลใน เลือดทุกปี - พิจารณารักษาด้วย metformin ถ้าเป็นทั้งสองอย่าง
FPG < ๑๐๐ mg.dL หรือ ๒ hr OGTT < ๑๔๐ mg/dL	ปกติ	- ส่งปรึกษาเพื่อลดน้ำหนักและ ออกกำลังกาย - ตรวจติดตามระดับน้ำตาลใน เลือดทุก ๑-๓ ปี

แหล่งที่มา : Management of postpartum screening result ดัดแปลงจาก “ACOG practice Bulletin No.๑๙๐, Gestational Diabetes Mellitus” by American Congress of Oftetricians and Gynecologist, ๒๐๑๘, Obstetrics & Gynecology, ๑๓๑, e๔๙ – e๖๔.

๖. การให้นมบุตร มารดาที่เป็นเบาหวานในระยะหลังคลอดสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ แต่ควรรับประทานอาหารเพิ่มอีกประมาณ ๕๐๐ Kcal

๗. การคุมกำเนิด หากไม่มีข้อห้ามภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานสามารถใช้การคุมกำเนิดวิธีใดก็ได้ ซึ่งการคุมกำเนิดชั่วคราวที่แนะนำคือ ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนต่ำเพราะ progesterone จะรบกวนต่อขบวนการ metabolism ของกลูโคสจึงอาจมีผลต่อการควบคุมเบาหวาน ส่วน estrogen จะทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติอาจเกิด thromboembolism ได้ ส่วนการคุมกำเนิดโดยการใส่ห่วงอนามัยไม่แนะนำ เพราะอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน และหากมีบุตรเพียงพอแล้วหรือมีอาการแทรกซ้อนต่อระบบหลอดเลือดควรแนะนำให้ทำหมัน

๘. ในกรณีที่ต้องการจะตั้งครรภ์อีกครั้ง จะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติอย่างน้อย ๒-๓ เดือนก่อนการตั้งครรภ์ รวมถึงระดับ HbA๑C ก่อนตั้งครรภ์ควรจะน้อยกว่า ๖.๕% และหากระดับ serum creatinine มากกว่า ๓ mg/dL ไม่ควรตั้งครรภ์เพราะทารกในครรภ์อาจจะเสียชีวิต (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๐)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาล

การพยาบาลสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ประกอบด้วย การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะตั้งครรภ์

๑. อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แผนการดูแลรักษาพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อลดการวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษา

๒. ให้คำแนะนำกับสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

๒.๑ การควบคุมอาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการใช้พลังงานของร่างกาย และรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ กระจายมื้ออาหารและพลังงานในแต่ละวัน (อาหารหลัก ๓ มื้อ อาหารว่าง ๑ มื้อ ก่อนนอน ๑ มื้อ) หลีกเลี่ยง อาหารหวานจัดและอาหารที่คาร์โบไฮเดรตสูง

๒.๒ ควบคุมน้ำหนักให้เพิ่มในเกณฑ์ปกติ คือ เพิ่มประมาณ ๑๒ กิโลกรัมตลอดการตั้งครรภ์ แต่ในกรณีที่มีภาวะอ้วนร่วมด้วย น้ำหนักที่เพิ่มไม่ควรเกิน ๑๐ กิโลกรัม

๒.๓ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยแนะนำให้ตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะหรือตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วตนเอง การอ่านและบันทึกผล หรือแนะนำสถานที่ที่สามารถไปรับบริการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อพบความผิดปกติ

๒.๔ พักผ่อนอย่างเพียงพอและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมขบวนการ metabolism และนำกลูโคสไปใช้ให้มากขึ้น การออกกำลังกายควรทำเมื่อควบคุมเบาหวานได้ดีแล้วเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ketoacidosis

๒.๕ ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดอยู่เสมอ

๒.๖ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะที่อวัยวะส่วนปลาย เพราะหากเกิดบาดแผลแล้วมักจะหายยาก อาจเกิดการติดเชื้อและเนื้อตายได้

๒.๗ สังเกตและดูแลตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หิว เหนื่อยออก กระจกกระสาย อ่อนเพลีย ตามัวหรือเห็นภาพซ้อน มึนงง ปวดศีรษะ ซีด ผิวหนังซีด แต่ซีฟจรปกติ หากเกิดอาการดังกล่าวให้รับประทานของหวานหรือดื่มน้ำหวานทันทีและนอนพัก

๒.๘ สังเกตและดูแลตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำ ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องผูก สับสน มองเห็นไม่ชัด ปัสสาวะมาก ปวดศีรษะ ผิวหนังร้อนแห้ง หายใจเร็ว อ่อนเพลีย ซีฟจรเร็ว หายใจมีกลิ่นอะซิโตน หากเกิดอาการต้องดูแลให้ได้รับอินซูลินที่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในเลือด

๒.๙ แนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการและอาหารแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะหรืออวัยวะสืบพันธุ์ การมีเลือดออกทางช่องคลอด หรือเจ็บครรภ์คลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดอินซูลิน ซึ่งหากมีอาการของภาวะแทรกซ้อนจะต้องรีบมาพบแพทย์โดยเร็วที่สุด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒.๑๐ แนะนำให้นับการตื่นของทารกในครรภ์ ถ้าตื่นน้อยลงหรือตื่นแรงผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์

๒.๑๑ กรณีที่ได้รับอินซูลินชนิดฉีดแนะนำวิธีการเตรียมยา วิธีการฉีดยา รวมทั้งย៉ำให้เห็นความสำคัญของการฉีดยาอย่างสม่ำเสมอ โดยจะต้องฉีดให้ถูกต้องตามเวลา และปริมาณ

๒.๑๒ แนะนำให้มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามอาการประเมินสภาวะของสตรีตั้งครรภ์ และให้การรักษอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเพื่อประเมินการเจริญเติบโตและสภาวะของทารกในครรภ์

ระยะคลอด ให้การพยาบาลเหมือนกับการพยาบาลผู้คลอดปกติ เน้นในเรื่องการพยาบาลดังต่อไปนี้

๑. ดูแลความสบายทั่วไป และดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้พลังงาน จัดให้ออนตะแคงซ้ายเพื่อส่งเสริมให้เลือดไปเลี้ยงรกและทารกให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงท่านอนหงายเพื่อป้องกันภาวะ supine hypotensive syndrome

๒. ในกรณีที่ได้รับการงดน้ำและอาหาร สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าพบต้องรีบช่วยเหลือทันที

๓. ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับพลังงานเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

๔. แนะนำให้ผู้คลอดสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ hypoglycemia หรือ hyperglycemia หากมีอาการดังกล่าวต้องรีบแจ้งพยาบาลทราบเพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที

๕. ในกรณีที่ได้รับยาอินซูลิน ดูแลให้ได้รับอินซูลินอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องตามเวลาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

๖. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะๆ และสังเกตอาการของภาวะ hypoglycemia หรือ hyperglycemia หากพบต้องรายงานแพทย์ทันที

๗. ประเมินสัญญาณชีพ ความก้าวหน้าของการคลอด และอาการผิดปกติต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยคลอด อุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ และรายงานกุมารแพทย์

๘. ติดตามประเมินสภาวะของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะ fetal distress

๙. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น oxytocin และสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังได้รับยา

๑๐. กรณีที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เตรียมผู้คลอดให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอด

๑๑. ภายหลังทารกคลอดประเมินอาการและอาการแสดงของทารก หากมีอาการแสดงของภาวะ hypoglycemia ต้องรายงานแพทย์ทันที

ระยะหลังคลอด

๑. ดูแลให้ได้รับสารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา แต่ถ้าไม่ได้งดน้ำงดอาหารดูแลให้ได้รับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานที่ให้พลังงานเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายที่เพิ่มขึ้นเพื่อนำไปสร้างน้ำนม โดยควรเพิ่มปริมาณพลังงานให้มากกว่าระยะตั้งครรภ์ประมาณ ๒๐๐-๒๕๐ Kcal

๒. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ และสังเกตอาการของภาวะ hypoglycemia หรือ hyperglycemia หากพบต้องรายงานแพทย์ทันที

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓. ในรายที่เป็น GDM ดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามแผนการรักษา เนื่องจากในระยะหลังคลอดความต้องการอินซูลินจะลดลง หากได้รับอินซูลินมากเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะ hypoglycemia ได้

๔. แนะนำให้มารดาสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ hypoglycemia หรือ hyperglycemia หากมีอาการดังกล่าวต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบเพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที

๕. ในรายที่เป็น overt DM ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามแผนการรักษา และสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ hypoglycemia โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังคลอด

๖. ถ้ามารดาหลังคลอดและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ โดยกระตุ้นให้บุตรดูดนมมารดาโดยเร็ว เพื่อกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมและป้องกันภาวะ neonatal hypoglycemia

๗. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอดดังนี้

๗.๑ บันทึกสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิ ประเมินลักษณะของแผลฝีเย็บ แผลผ่าตัด น้ำคาวปลา และการลดระดับของมดลูก เพื่อประเมินการติดเชื้อ

๗.๒ ประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด และสังเกตอาการและอาการแสดงของการตกเลือด

๗.๓ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดในเรื่องการดูแลฝีเย็บ การดูแลแผลผ่าตัด การบริบาลทารก และการบริหารร่างกายหลังคลอด รวมถึงดูแลความสุขสบายของร่างกายและอาการปวดแผล ปวดมดลูก

๘. แนะนำการคุมกำเนิดที่เหมาะสม กรณีมีบุตรเพียงพอแล้วควรทำหมัน ไม่ควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive (COC)) เพราะจะมีผลต่อ metabolism ของคาร์โบไฮเดรต รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิด myocardial infarction และ thromboembolism ได้ หากจำเป็นต้องใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนต่ำ (Progestogen-only pills (POP), Mini pills) หลีกเลี่ยงการใส่ห่วงอนามัยเพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานได้

สรุปประเด็นสำคัญ

สตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจไม่พบอาการแสดงชัดเจน แต่สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมาก่อนการตั้งครรภ์จะพบอาการแสดงของเบาหวานชัดเจน คือ ปัสสาวะมาก ทิวบอย น้ำหนักลด เหนื่อยง่าย ค้นตามตัว ค้นบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และติดเชื้อง่าย เนื่องจากการตั้งครรภ์มีผลทำให้ความต้องการอินซูลินของสตรีตั้งครรภ์ไม่แน่นอน ส่งผลให้โรคเบาหวานมีความรุนแรงมากขึ้นและเกิดภาวะ diabetic ketoacidosis ได้ง่าย เสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดที่อวัยวะต่างๆ รวมถึงทารกเสี่ยงต่อการเกิด intrauterine growth restriction, congenital anomalies, macrosomia, และ neonatal hypoglycemia

การพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติในระยะตั้งครรภ์เน้นในเรื่องให้ความแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสังเกตและดูแลตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

รวมไปถึงการนับการเดินของทารกในครรภ์และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เป็นต้น ในระยะคลอดสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด รวมไปถึงประเมินอาการ hypoglycemia ของทารกแรกเกิด ในระยะหลังคลอดดูแลให้ได้รับพลังงานให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ hypoglycemia และนำไปสร้างน้ำนม โดยควรเพิ่มปริมาณพลังงานให้มากกว่าระยะตั้งครรภ์ประมาณ ๒๐๐-๒๕๐ Kcal และสังเกตอาการแสดงของภาวะ hypoglycemia หรือ hyperglycemia ในรายที่เป็น GDM ดูแลให้คงอินซูลินตามแผนการรักษา แต่ในรายที่เป็น overt DM ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามแผนการรักษา หากต้องการคุมกำเนิดไม่ควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม เพราะจะมีผลต่อ metabolism ของคาร์โบไฮเดรต หลีกเลี่ยงการใส่ห่วงอนามัยเพราะอาจเกิดการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานได้

๓.๓ ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pre-eclampsia)

ความหมาย

ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure; SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ mmHg และ/หรือตรวจพบค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure; DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ mmHg ถือเป็น การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy)

ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง หรือภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Severe pre-eclampsia) ซึ่งมีความดันโลหิตสูงมากกว่า หรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป ห่างกันอย่างน้อย ๖ ชั่วโมง โดยไม่มี end-organ damage ไม่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) และไม่มีภาวะบวม (Edema)

อุบัติการณ์

จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๕-๑๐ (Cunningham et al, ๒๐๑๔) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบอุบัติการณ์ร้อยละ ๒.๒ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ๒๕๕๘)

พยาธิวิทยา

๑. ช่วงที่หนึ่ง เริ่มจากการที่ตัวอ่อนไม่สามารถฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกได้อย่างปกติ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของ Human leukocyte antigen (HLA) ระหว่างสตรีตั้งครรภ์และตัวอ่อนโดยเซลล์ของรก (Trophoblasts) ไม่สามารถแบ่งตัวเข้าไปประสานกับหลอดเลือดของมดลูก (Spiral artery) ได้อย่างสมบูรณ์หรือในทางกลับกัน หลอดเลือดของมดลูกไม่สามารถแตกแขนงเข้าไปเลี้ยงรกที่กำลังเจริญเติบโตได้ ทำให้เลือดมาเลี้ยงรกไม่เพียงพอ เซลล์ของรกจะขาดเลือดและมีการตายอย่างต่อเนื่อง (Apoptosis) ทำให้มีการหลั่งสารเคมีและโปรตีนหลายชนิด ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งและส่งเสริมการสร้างหลอดเลือดออกมาในสัดส่วนที่ผิดปกติ โดยระดับโปรตีนที่มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างหลอดเลือดจะสูงกว่าระดับโปรตีนที่มีฤทธิ์ส่งเสริม การสร้างหลอดเลือด ทำให้การแตกแขนงของ หลอดเลือดเป็นไปอย่างผิดปกติมากขึ้น จนเข้าสู่ไตรมาสที่สองและสาม สตรีตั้งครรภ์ จะเริ่มมีอาการและอาการแสดงจากความผิดปกตินี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒. ช่วงที่สอง เมื่อสมดุระหว่างโปรตีนที่มีฤทธิ์ยับยั้งและส่งเสริมการสร้างหลอดเลือดผิดปกติอย่างมาก และเซลล์ของรกที่ขาดเลือด มีการตายอย่างต่อเนื่อง และหลั่งสารเคมีหลายชนิดที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว เช่น Tumor necrosis factor- α (TNF- α) และสาร Interleukins เมื่อหลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว เป็นเวลานานจะทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพ และทำงานผิดปกติไป ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูงและเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ระบบการแข็งตัวของเลือดจะถูกกระตุ้นจากความเสื่อมสภาพของเซลล์บุผนังหลอดเลือด ทำให้มีลิ่มเลือดอุดตันทั่วตัว ซึ่งนำไปสู่การตกเลือดหลังคลอดจนถึงแก่ชีวิตได้

ปัจจัยเสี่ยง

๑. ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable factors) ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index) การเลือกบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย

๒. ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non modifiable factors) ได้แก่ อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

๓. ปัจจัยที่ได้จากการประเมินทางคลินิก (Clinical assessment factors) ได้แก่ การประเมินจากระดับความดันโลหิต

๓.๓ ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pre-eclampsia) (ต่อ)

อาการแสดง

ปวดศีรษะ ตามัว และ/หรือจุดแฉ่นบริเวณลึนปี และชัก

การป้องกัน

๑. ควบคุมกลุ่มปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การควบคุมค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index) การเลือกบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การพักผ่อน การนอนหลับอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมง ในตอนกลางคืน และ ๓๐ นาที - ๑ ชั่วโมง การเดินของทารกในครรภ์ การสังเกตอาการ และการมาฝากครรภ์

๒. ควบคุมกลุ่มปัจจัยที่ได้จากการประเมินทางคลินิก ได้แก่ การตรวจประเมินค่าความดันโลหิตทุกครั้ง เมื่อสตรีมาฝากครรภ์ รวมถึงการดูแลบำรุงรักษาอุปกรณ์ในการวัดความดันโลหิตให้ได้มาตรฐานเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงในการใช้งาน

การรักษา

ระยะก่อนคลอด

๑. ป้องกันการชักหรือการชักซ้ำโดยให้ ๑๐% MgSO_๔

๑.๑ แนะนำให้ใช้ IM regimen โดยให้

๑.๑.๑ Initial dose ๑๐% MgSO_๔ ขนาด ๔-๖ กรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้ซ้ำ ๆ อัตราซ้ำกว่า ๑ กรัม/นาที และ ๕๐% MgSO_๔ ขนาด ๑๐ กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แบ่งฉีดที่สะโพก ข้างละ ๕ กรัม

๑.๑.๒ Maintenance dose ด้วย ๕๐% MgSO_๔ ขนาด ๕ กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก ๔

ชั่วโมง

๑.๒ กรณีที่ใช้ IV regimen ควรใช้ infusion pump เพื่อป้องกันการให้ MgSO_๔ เกินขนาด

๑.๓ เตรียม ๑๐% MgSO_๔ ขนาด ๒ กรัม เพื่อฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ กรณีที่เกิดการชักซ้ำ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒. ให้อาลดความดันโลหิต ในกรณีที่ความดันโลหิต Systolic \geq ๑๖๐ มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต Diastolic \geq ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท

๓. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิดให้ LRS อัตราไม่เกิน ๘๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง

๔. คาสายสวนปัสสาวะ

๕. ใส่ระวางภาวะแทรกซ้อนจากการชัก

๖. ติดตามและบันทึกเสียงหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอ

ระยะหลังคลอด

๑. ใส่ระวางความดันโลหิตต่ออย่างน้อย ๗๒ ชั่วโมงหลังคลอด และวัดซ้ำ ๗-๑๐ วันหลังคลอด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติควรนัดเร็วกว่านั้น

๒. ให้อาลดความดันโลหิต ในกรณีที่ความดันโลหิตยังคงสูงหลังคลอด

๒.๑ ความดันโลหิต Systolic ๑๕๐ มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า หรือ ความดันโลหิต Diastolic ๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า และยังคงสูงอยู่เมื่อวัดอย่างน้อย ๒ ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย ๔-๖ ชั่วโมง

๒.๒ ความดันโลหิต Systolic ๑๖๐ มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า หรือ ความดันโลหิต Diastolic ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า และยังคงสูงอยู่เมื่อวัดซ้ำ ควรให้การรักษากายใน ๑ ชั่วโมง

๓. ถ้ามี New-onset hypertension ร่วมกับอาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว หรือ Preeclampsia ร่วมกับ Severe hypertension ให้ใช้ Parenteral MgSO_๔

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๑. กรอบแนวคิดแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน (Pattern)

การประเมินผู้คลอดเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล สามารถใช้ตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาล เพราะเป็นการมองคนแบบองค์รวมและเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ดังแบบประเมินของกอร์ดอน ทำให้จัดหมวดหมู่ของข้อมูลเป็นระบบ เพื่อสะดวกในการนำไปวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยของการพยาบาลต่อไป โดยแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน (Pattern) มีดังนี้

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

แบบแผนที่ ๔ การกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาการรับรู้

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์)

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒. การดูแลผู้คลอดตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดของโอเร็ม (The theory of self-care deficit)

แนวคิดของโอเร็ม อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการดูแลตนเอง (self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ในลักษณะที่ความต้องการความดูแลตนเองมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง จึงทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ทั้งนี้ หากบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (McEwen & Will, ๒๐๑๔)

๓. กระบวนการพยาบาล : การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Nursing Process : critical thinking)

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ หรือการคิดเชิงวิพากษ์ หมายถึง กระบวนการทางปัญญา การพิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลจากการค้นหาข้อมูล การประเมินค่าของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสารเพื่อนำไปสู่ความเชื่อและการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้ (Ennis & Facione อ้างถึงใน วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร, ๒๕๖๐)

๑. การค้นหาข้อมูล (truth seeking) : ค้นหาความจริง ชักถาม กระตุ้นให้ตอบข้อซักถามและสังเกต
๒. การเปิดใจกว้าง (open-mindedness) : อดทน เคารพความคิดเห็นของผู้อื่นที่แตกต่างจากตนเอง
๓. การคิดวิเคราะห์ (analyticity) : ต้องการเหตุผลที่ข้อมูลเชื่อถือได้
๔. การคิดอย่างเป็นระบบ (systematicity) : จัดการเป็นระบบระเบียบเน้นแก้ปัญหาอย่างชาญฉลาด

ฉลาด

๕. ความเชื่อมั่นในตนเอง (self-confidence) : เชื่อในเหตุผลของตนเอง
๖. ความชอบซักถาม (inquisitiveness) : อยากรู้อยากเห็น กระตือรือร้นที่จะค้นหาความรู้
๗. ความมีวุฒิภาวะ (maturity) : ยอมรับข้อมูล (ที่เชื่อถือได้) และสะท้อนการตัดสินใจด้วยปัญญา การพยาบาลซึ่งอยู่บนพื้นฐานกระบวนการพยาบาล จึงเป็นการคิดอย่างมีวิจารณญาณทุกขั้นตอน

(วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร, ๒๕๖๐)

ขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

๑. การประเมินสภาพ (Assessment)
๒. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)
๓. การวางแผนและกำหนดเกณฑ์ผลลัพธ์ (Planning & identification outcome)
๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
๕. การประเมินผล (Evaluation)

ในการใช้กระบวนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลเข้าใจบทบาทการบริการด้านสุขภาพอย่างเป็นวิชาชีพ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Diabetes Mellitus in pregnancy) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตไขมันและโปรตีน เนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ และการสร้างหรือการใช้อินซูลินของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อาจเป็นโรคเรื้อรังก่อนตั้งครรภ์ หรือเป็นขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus Type ๒ : GDMA๒) เนื่องจากการทำลายอินซูลิน โดยรกและฮอร์โมนจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลินทำให้การเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ (ได้แก่ human placental lactogen (HPL), estrogen, progesterone, cortisol, insulinase) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยเป็นเบาหวานอาจมีอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ปกติจะมีความต้องการอาหารและพลังงานมากขึ้น มีการเผาผลาญในร่างกายมากขึ้นเพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งอินซูลินมีหน้าที่ควบคุมอัตราการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีนเพื่อให้ได้พลังงาน แต่ถ้าการสร้างหรือการหลั่งอินซูลินผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่สำคัญในหญิงตั้งครรภ์ ที่ทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก ประกอบกับสรีรภาพของการตั้งครรภ์มีผลทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น อุบัติการณ์พบแนวโน้มสถิติการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕-๒๐๑๗ มีผู้หญิงเป็นเบาหวานจากจำนวน ๑๙๙.๕ ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น ๒๐๔ ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ อาจมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง ๓๑๓.๓ ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน ๒๐.๙ ล้านคนหรือร้อยละ ๑๖.๒ โดยร้อยละ ๘๕.๑ วินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes) และร้อยละ ๗.๔ เป็นเบาหวานชนิดอื่นที่มาตรวจพบขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว ได้แก่ ญาติพี่น้องมีประวัติเป็นเบาหวาน, อายุมาก (อายุ ๓๐ ปีขึ้นไป), เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ ๔ กิโลกรัมขึ้นไป, อ้วน, มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์ ด้านมารดา ได้แก่ แท้งบุตร การติดเชื้อ ครรภ์แฝดน้ำ ความดันโลหิตสูง คลอดยาก ด้านทารก ได้แก่ ทารกตัวโตและน้ำหนักตัวมากกว่าปกติจากน้ำตาลผ่านรกสู่ทารกในครรภ์ ทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์จากการขาดอาหารและออกซิเจน พิการแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด หลังคลอดทารกมีภาวะหายใจลำบาก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะที่มีความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงเกินปกติ ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง พัฒนาการของสมองช้า ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูง (Pre-eclampsia) และสตรีตั้งครรภ์อายุมากจะสัมพันธ์กับโรค GDMA๒ ดังนี้

ภาวะ Severe pre-eclampsia หรือภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Severe pre-eclampsia) ซึ่งมีความดันโลหิตสูงมากกว่า หรือเท่ากับ ๑๖๐/๑๐๐ mmHg ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป ห่างกันอย่างน้อย ๖ ชั่วโมง มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นจุดในลานตา (scotoma) มีความเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และหรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง มีอาการปวดจุกแน่นยอดอก หรือปวดท้องด้านขวาบน (epigastric pain) มีอาการมือบวม หน้าบวม การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบระดับครีเอตินินในเลือดสูงกว่า ๑.๒ mg/bl (ค่าปกติ ๐.๕-๑.๑ mg/bl) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของภาวะไตวาย ปัสสาวะออกน้อย ระดับเอนไซม์ตับในเลือด (ALT, AST) สูงเกิน ๒ เท่าของคนปกติ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของการทำลายเนื้อตับเกร็ดเลือดต่ำกว่า ๑๐๐,๐๐๐ cell/mm^๓ (thrombocytopenia) พบความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดและกลุ่มอาการ HELLP โดยไม่มี end-organ damage ไม่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) และไม่มีภาวะบวม (Edema) มีพยาธิสรีรการทำงานผิดปกติของเยื่อหลอดเลือด (Endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (Vasospasm) ที่เป็นผลมาจาก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น โดยเกิดขึ้น

ภายหลังอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ หรืออาจแสดงอาการเข้าไปจนถึง ๔-๖ สัปดาห์หลังคลอดได้ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดที่มีภาวะ Severe pre-eclampsia ซึ่งพยาบาลประจำห้องคลอดต้องมีแนวทางในการดูแลให้การพยาบาล โดยใช้หลักการของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล รวมทั้งการนำระบบการบริหารความเสี่ยง (Risk management system) มาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะรอคลอดได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพและทันท่วงที

ภาวะการตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก (Advanced Maternal Age) คือ การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไป (นับจากวันเกิดจนถึงวันกำหนดคลอด) ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในขณะที่ตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เนื่องจากมีปัญหาของระบบไหลเวียนโลหิตและเนื้อเยื่อตามส่วนต่างๆ ของร่างกายจะยืดหยุ่นไม่ดี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ดังจะเห็นได้ว่าเบาหวานเป็นโรคทางอายุรกรรมพบได้ขณะตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารก สำหรับมารดาจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น การคลอดยาก ตกเลือดหลังคลอด เพิ่มอัตราการผ่าท้องคลอด ด้านทารกทำให้เพิ่มอัตราทุพพลภาพและอัตราตายของทารกปริกำเนิด สถิติของโรงพยาบาลปิฎกมิ่งอาหาร ปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีอุบัติการณ์ภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ ๗.๓๐, ๕.๑๗ และ ๗.๓๓ ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และพบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในมารดาที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ ทารกตายในครรภ์และเสียชีวิตหลังคลอด ดังนั้น การประเมินการวิเคราะห์และการวินิจฉัยการดูแลผู้คลอดในกลุ่มนี้เพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารก จึงสำคัญ

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง กรณีศึกษา 2 ราย

๔.๓ เป้าหมาย

เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาและวางแผนการพยาบาลในผู้คลอดอายุมากร่วมกับมีภาวะเบาหวานและครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ให้ได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน ๒ ราย ซึ่งมารับบริการ ณ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปิฎกมิ่งอาหาร กรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ และกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

โดยคัดกรองภาวะสุขภาพเพื่อจำแนกความเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค และการพยาบาลครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ติดตามดูแลต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ทบทวนตำราเอกสารวิชาการ ตำรา วรรณกรรม งานวิจัย การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

๒. เลือกกรณีศึกษา ๒ ราย โดยเลือกแบบเจาะจงในผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพินุลมังสาหาร

๓. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนของกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

๔. วิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การรักษาพยาบาลค้นหาปัญหาความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย สรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

๕. จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม เผยแพร่ผลงาน

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีการคลอดอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งมารดาและทารก

๒. พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องคลอดในการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

๔.๗ สาระสำคัญ

กรณีศึกษากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีอายุมากและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ จำนวน ๒ ราย ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร อำเภอพินุลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีเป้าหมายเพื่อให้ที่มีอายุมากและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ให้ได้รับการพยาบาลครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

สรุปกรณีศึกษารายที่ ๑

หญิงไทยคู่ อายุ ๓๘ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๒๙ หมู่ที่ ๒ ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพินุลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี อาชีพรับจ้าง การศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ตั้งครรภ์ G๔P๒A๑L๒, GA๓๘+๒ wks by ultrasound LMP ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ Uncertain EDC ๕ มีนาคม ๒๕๖๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

HN ๑๐๕๗๑ AN ๖๖๐๐๑๘๒๕ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
วันที่รับไว้ในความดูแล ในระยะฝากครรภ์ โดยให้บริการบริการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อ GA ๘th wks
วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ฝากครรภ์จำนวน ๑๓ ครั้ง ครอบคลุมเกณฑ์คุณภาพ
วันที่รับไว้ในความดูแล ในระยะคลอด เมื่อ GA ๓๘th wks วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
วันที่จำหน่าย วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Gestational diabetes mellitus (GDMA๒) with Advance metenal

Age with Normal delivery with Severe pre-eclampsia with Tubal resection.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา ครอบครัวยุติพันธุ์ทางพันธุกรรม

ประวัติการฝากครรภ์ (๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ - ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

Lab I วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕: อายุครรภ์ ๘+๒ wks

BL.gr A (Rh+), Hct=๔๑%, Hb=๑๑.๗ g/dL, Anti HIV=Neg, VDRL=NR, U/A ผล

Albumin =neg, sugar=neg

Lab II วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕: อายุครรภ์ ๓๐th wks

Hct=๓๗%, Anti HIV=Neg, VDRL=NR, U/A ผล Albumin =neg, sugar=neg

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต : มารดา G๔P๒A๑L๒ บุตรคนสุดท้ายอายุ ๔ ปี ครรภ์ที่ ๑
น้ำหนักทารก ๓,๕๐๐ gms, ครรภ์ที่ ๒ น้ำหนัก ๒,๘๐๐ gms, ครรภ์ที่ ๓ Abortion อายุครรภ์ ๘ wks ครรภ์ที่ ๑
และ ๒ ขณะตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ฝากครบ ผลเลือดปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบ คลอดปกติ
ทางช่องคลอด ขณะคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ บุตรจำหน่ายพร้อมมารดาทุกครั้ง

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน : เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีมูกใส่ออกทางช่องคลอด ๒ ชั่วโมง ก่อนมา
โรงพยาบาล (มีอาการเจ็บครรภ์ เวลา ๐๗.๐๐ น) ลูกดิ้นดี และไม่มีภาวะผิดปกติอื่น ๆ

มีภาวะเสี่ยงต่อ GDM สูง จากการมีภาวะอ้วนก่อนตั้งครรภ์ โดยมีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ๙๕ kgs ส่วนสูง
๑๖๕ cms BMI=๓๔.๘๙ kgs/m^๒ และตั้งครรภ์อายุมาก มารดาอายุ ๓๘ ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวานเมื่ออายุ
ครรภ์ ๑๒th wks โดยทำ ๕๐ gm GCT = ๒๒๙mg% และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDMจากการทำ ๑๐๐ gm
OGTT = ๑๓๐, ๑๙๐, ๑๘๔, ๑๕๕ mg% เมื่ออายุครรภ์ ๑๓th wks และมีแผนการรักษาโดยควบคุมอาหาร ๒
สัปดาห์และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยค่า ๒hrPP = ๑๗๖ mg% ซึ่งสูงกว่าปกติแพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็น
GDMA๒ และให้ mixtard ๖ unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง วันละครั้งก่อนอาหารเช้า ในช่วงอายุครรภ์ ๒๐th wks
แพทย์ได้เพิ่ม mixtard เป็น ๘ unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง วันละครั้งก่อนอาหารเช้าเนื่องจากค่า ๒hrPP สูงกว่าปกติ
(๑๔๑ mg%) สามารถควบคุมน้ำตาลได้อยู่ในระดับดี แพทย์จึงปรับ mixtard เป็น ๖ unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง วัน
ละครั้งก่อนอาหารเช้าเมื่ออายุครรภ์ ๓๐th wks และคง mixtard นี้จนถึงระยะคลอดที่ GA ๓๘th wks การ
ติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยการทำอัลตราซาวด์จำนวน ๕ ครั้ง โดยในครั้งแรกเพื่อยืนยันการ
ตั้งครรภ์ คำนวณอายุครรภ์และคาดคะเนวันคลอดเมื่อ GA ๘th wks ในระยะต่อมาได้คัดกรองภาวะ Down's
Syndrome ผล ๑ : ๖๕ มารดาปฏิเสธจะน้ำคร่ำ และได้ติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์พบว่าการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

เจริญเติบโตของทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่ออายุครรภ์ ๓๗⁺ wks คัดคะแนนน้ำหนักทารก ๓,๗๓๗ กรัม มารดารายนี้มีความดันโลหิตขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วง ๑๒๐/๗๐-๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอทแพทย์มีแผนการรักษา ให้ ASA(๘๑mg) ๑ เม็ดรับประทานวันละ ๑ ครั้ง หลังอาหารเช้าเริ่มที่อายุครรภ์ ๑๒⁺ wks และหยุดยาที่อายุ ครรภ์ ๓๖⁺ wks เพื่อป้องกันภาวะ Preeclampsia น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ทั้งหมด ๒๒ กิโลกรัม โดยใน ไตรมาสแรกน้ำหนักขึ้น ๑๐ กิโลกรัม ช่วงปลายไตรมาสที่สองน้ำหนักขึ้น ๖ กิโลกรัมในระยะเวลา ๑ เดือน (๒๐⁺- ๒๔⁺ wks) ช่วงไตรมาสที่สามน้ำหนักขึ้น ๕ กิโลกรัมในระยะเวลา ๑ เดือน (๓๐⁺- ๓๔⁺ wks) และ น้ำหนักเริ่มคงที่ในช่วงปลายไตรมาสที่สามที่ ๑๑๕ กิโลกรัม ก่อนคลอดน้ำหนัก ๑๑๗kg /ส่วนสูง ๑๖๕ cms BMI =๔๒.๙๘ kg/m²

มารดามาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีมูกใสออกทางช่องคลอด ๒ ชั่วโมง ก่อนมาถึง โรงพยาบาลในวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เวลา๐๘.๕๐น ในระยะแรกได้รับได้มีการประเมินผู้คลอดโดยใช้แบบ แผนการประเมินสุขภาพ ๑๑ แบบแผนกอร์ดอนในการซักประวัติและวางแผนการพยาบาลโดยมีการบูรณาการ ร่วมกับกระบวนการทางการพยาบาล ๕ ขั้นตอนในการวางแผน วินิจฉัยและให้การพยาบาลตลอดจนการ ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล แรกัรับตรวจภายในปากมดลูกขยาย ๗ เซนติเมตร ความบาง ๘๐%, ระดับ ส่วนน้ำ -๑, ยังพบถุงน้ำและมีศีรษะเป็นส่วนนำ วัดความสูงมดลูก ๔๐ เซนติเมตรเหนือหัวหน้า คะเนน้ำหนัก ทารกในครรภ์ ๔,๐๐๐ gm มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval ๔ นาที Duration ๓๕ วินาที ,แรกัรับเจ็บครรภ์ pain score = ๗ คะแนน, เสียงหัวใจทารกในครรภ์ ๑๒๔ ครั้งต่อนาทีทำ LOA ผลตรวจ EFM ปกติ baseline ๑๔๐ ครั้ง/นาที สัญญาณชีพอุณหภูมिर่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที จังหวะ การเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ตรวจโปรตีนใน ปัสสาวะผล Negative DTX Stat = ๘๖ mg% ประเมินภาวะเสี่ยงแรกัรับมารดามีภาวะเสี่ยงสูงรับไว้รอคลอดใช้ Partographในการดูแลการคลอด งดน้ำและอาหารให้สารน้ำ ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ ml iv drip rate ๑๒๐ ml/hr สูดิแพทย์มีแผนการรักษา DTX ทุก ๒ ชม keep ๘๐-๑๒๐ mg% ในระยะรอคลอดนี้จะต้องเฝ้าระวังภาวะ ความดันโลหิตสูงที่อาจเพิ่มความรุนแรงเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษที่ยังไม่มีอาการแสดง โดยต้องมีการประเมินและ กำกับติดตามอาการและอาการแสดงรวมทั้งเฝ้าระวังภาวะระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่จากภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ พร้อมทั้งอธิบายอาการและแผนการรักษาที่จำเป็นและตรงประเด็นให้ผู้คลอดและญาติได้รับทราบ และซักถามข้อสงสัย

๑๐.๐๐ น. Cx. fully dilated ย้ายเข้าห้องคลอด คลอด ND เวลา ๑๐.๑๕ น. ทารกเพศชาย Apgar score ๙,๑๐,๑๐ คะแนนน้ำหนัก ๔๐๑๕ gm ความยาว ๕๔ cm. รอบศีรษะ ๓๖ cm . รอบอก ๓๕ cm อุณหภูมिर่างกาย ๓๗.๓ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๓๘ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตรา การหายใจ ๖๐ ครั้ง/นาที O_๒sat ๙๘% หลังทารกคลอด DTX=๘๒mg% Hct=๖๕% (At ๒ชั่วโมง ๑๒.๑๕ น.)

มารดาได้รับให้ยาป้องกันตกเลือด Oxytocin ๑๐ unit im, ๕%DN/๒๑๐๐oml+ Oxytocin ๒๐ unit iv drip rate ๑๐๐ml/hr. ๑๐.๒๐ น รกคลอด BP=๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ผลพีเย็บ RML with second degree tear EBL=๒๐๐ ml มดลูกหดรัดตัวเป็นก้อนกลมแข็ง ๑๐.๕๐ น.หลังคลอด ๓๐นาที พบ BP สูง ๑๔๐/๑๐๐-๑๕๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท มารดารู้สึกตัวดี ปฏิเสธปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ Notify

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

สูติแพทย์มีแผนการรักษาส่ง Lab CBC, UA, Bun, Cr, Uric acid SGOT, SGPT, PT PTT, INR, ALP Monitor BP if >๑๖๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท สังเกตและเฝ้าระวัง Preeclampsia sign ได้แก่อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือ จุกแน่นลิ้นปี่

๑๑.๑๕ น. กระตุ้น Breast feeding BP ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๑๑.๕๐ น. BP = ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๑๒.๐๐ น Set OR for Tubal Resection on call

หลังคลอดมารดาความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๔๐/๙๐ - ๑๕๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๑๓.๔๕ น. เตรียมย้ายมารดาหลังคลอด Normal Bleeding /มดลูกหดตัวดี BP=๑๔๐/๙๐มิลลิเมตรปรอท ปฏิเสธปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ Notify สูติแพทย์ ให้ Nifedipine ๑ mg IV Stat เวลา ๑๓.๔๕ น. ย้าย Case OR for Tubal Resection (๑๓.๔๕ -๑๔.๐๐ น.)

๑๔.๐๕ น. รับย้ายมารดาจาก OR BP ๑๖๐/๙๐มิลลิเมตรปรอท P=๘๔/m R=๒๐/m DTX stat ๑๒๙ mg% ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : CBC: WBC ๑๓,๙๓๐ mm^๓ (ค่าปกติ ๔,๐๐๐-๑๐,๐๐๐), Hct ๓๘.๒% (ค่าปกติ ๓๗-๔๗%), Plt.count ๑๔๒,๐๐๐ mm^๓ (ค่าปกติ ๑๔๐,๐๐๐-๔๐๐,๐๐๐), Neutrophil ๙๐% (ค่าปกติ ๕๐-๗๕), Lymphocyte ๖% (ค่าปกติ ๒๐-๓๕) Protein urine ๒+ (ค่าปกติ negative), Bun ๖.๘ mg/dl (ค่าปกติ ๖ -๒๐), Cr ๐.๖๙ mg/dl (ค่าปกติ ๐.๕-๑.๙๕), Uric acid ๖.๑ mg/dl (ค่าปกติ ๒.๔-๕.๗), SGOT ๒๕ u/L (ค่าปกติ ๐-๓๒), SGPT ๑๖ u/L (ค่าปกติ ๐-๓๓), PT ๑๕ sec (ค่าปกติ ๑๑.๘-๑๖.๒), INR ๑.๐๘ sec (ค่าปกติ ๐.๘-๑.๒๐), ALP ๑๓๓ u/L (ค่าปกติ ๓๕-๑๐๔) ความดันโลหิต ๑๕๐/๙๐มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร=๘๒ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ=๒๐ครั้ง/นาที สูติแพทย์วินิจฉัย Severe Preeclampsia Start MgSo_๔

๑๔.๒๐ น ๑๐%MgSo_๔ ๔g iv Slowly push

๑๔.๔๐ น. ๕%DW๕๐๐ ml +๕% MgSo_๔ iv drip rate ๕๐ ml/hr

- Retained foley's cath

- ๕%DN/๒๑๐๐mL+ Oxytocin ๒๐ unit iv drip rate ๕๐ml/hr

- Record V/S ,I/O If BP > ๑๖๐/๑๑๐มิลลิเมตรปรอท RR< ๑๔ครั้ง/นาที

Urine output< ๓๐ml/hr ให้ Notify

๑๔.๕๐ น. ความดันโลหิต ๑๕๐/๙๐มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร=๘๒ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ=๒๐ครั้ง/นาที

การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้คือเฝ้าระวังภาวะ Mgso_๔ toxicity คือปฏิกิริยาข้างเคียงจากการได้รับแมกนีเซียมซัลเฟต ได้แก่จะต้องประเมินอัตราการหายใจต้องมากกว่า ๑๔ ครั้ง/นาที, ปัสสาวะออกมากกว่า ๓๐ml/hr หรือมีปัสสาวะมากกว่า ๑๐๐ml/๔hr, ยังมีปฏิกิริยาการตอบสนองระดับลึกของเอ็นทีอีทีกล้ามเนื้อ (DTRs) ระบบประสาทถูกกดโดยเฉพาะการหายใจถูกกดและทุกครั้งที่จะต้องให้ แมกนีเซียมซัลเฟต จะต้องเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่เครื่องดูดสุญญากาศ ออกซิเจนไว้ให้พร้อมเสมอ และที่สำคัญจะต้องเตรียม ๑๐% Calcium gluconate ซึ่งเป็น Antidote ของแมกนีเซียมซัลเฟต และการส่งต่อข้อมูลแผนการรักษาให้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

หน่วยงานที่ดูแลต่อเนื่อง คือตึกสูตินรีเวชกรรมซึ่งการส่งต่อนั้นจะต้องถูกต้อง ชัดเจนและมีประเด็นการเน้นย้ำให้
ผู้รับข้อมูลทราบถึงประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง มีการสื่อสารแบบ two way communication

๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ๐๙.๔๐ น. ปฏิเสธปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่สูติแพทย์ มีแผนการ
รักษา off MgSo๔ หลังให้ครบ ๒๔ ชั่วโมง ในขณะที่ยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะชัก

๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ๐๙.๕๐ น. อาการก่อนจำหน่าย

สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย =๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร =๘๐ ครั้ง/นาที อัตราการ
หายใจ =๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต =๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ปฏิเสธ Preeclampsia sign

จำหน่ายมารดาเวลา ๑๒.๐๐ น

การติดตามหลังจำหน่าย มารดา Loss F/Uไม่ได้ตรวจ ๗๕ gm glucose ต่อ

Discharge มารดาก่อนทารกเนื่องจากทารกหลังคลอดมีอาการตัวเหลือง

วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ทารก ๔๘ ชมหลังคลอดทารกมีอาการตัวเหลือง MBB =๑๔.๘mg%
(ค่าปกติไม่เกิน ๑๒) Hct ๖๐ % ทารกย้ายตึกกุมารเวชกรรม on Phototherapy ถึงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์
๒๕๖๖ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟรักษา ค่า MBB ลดลงเหลือ =๗.๕mg% off Phototherapy ทารก
ดูคนมได้ดี ซบถ่ายปกติ ไม่มีไข้ ไม่หอบ ร้องเสียงดัง ชยับแขนขาได้ดี สัญญาณชีพปกติอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘
องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๑๒๘ - ๑๓๖ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๔๖-
๕๔ ครั้ง/นาที จำหน่ายทารกในวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

สรุปกรณีศึกษาครั้งที่ ๒

หญิงไทยคู่ อายุ ๓๕ ปี ที่อยู่ ๑๙๓ หมู่ที่ ๒ ตำบลโนนกลาง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัด
อุบลราชธานี อาชีพเกษตรกร การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ ๖ ตั้งครรภ์ G๒P๑AoL๑, GA๓๙ wks by
ultrasound LMP Uncertain EDC ๕ มีนาคม ๒๕๖๖

HN ๒๔๘๘๒๘ / ๖๕๐๐๕๘๓๔ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่รับไว้ในความดูแล ในระยะฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โดยให้บริการฝาก
ครรภ์ครั้งแรกเมื่อ GA๑๑+๒wks วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๔

ฝากครรภ์จำนวน ๑๐ ครั้งครบ ANC ตามเกณฑ์คุณภาพ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDMA๒ เมื่อ
อายุครรภ์ ๓๐+๒ wks

วันที่รับไว้ในความดูแล ในระยะคลอด เมื่อ GA ๓๙ wks วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕

วันที่จำหน่าย วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Gestational diabetes mellitus (GDMA๒) with Advance maternal
Age with Previous caesarean section with Labor pain with caesarean section with Tubal
resection.

ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว มีบิดาและมารดาเป็นเบาหวาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ประวัติการฝากครรภ์ (๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๒๑ เมษายน ๒๕๖๕)

Lab I วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ อายุครรภ์ ๑๑^๖ wks

Bl.gr A (Rh+), Hct=๓๗%, Hb=๑๒.๓ g/dL, Anti HIV=Neg, VDRL=NR, U/A ผลAlbumin =neg, sugar=neg

Lab II วันที่ ๓ มีนาคม ๖๕ : อายุครรภ์ ๓๒^๖ wks

Hct=๓๔%, Anti HIV=Neg, VDRL=NR, U/A ผล Albumin =neg, sugar=neg

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต: มารดา G๒P๑AoL๑, G๑ C/S due to Fetal distress ปี ๒๕๕๓ น้ำหนัก ๒,๙๐๐ gm เพศหญิง ปัจจุบันอายุ ๓๓ ปี

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน: มีนัดผ่าตัดคลอดวันนี้ร่วมกับมีอาการเจ็บครรภ์ ๓ ชั่วโมง ๒๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล (มีอาการเจ็บครรภ์ เวลา ๐๖.๐๐ น.) ลูกดิ้นดี และไม่มีภาวะผิดปกติอื่น ๆ

มีภาวะเสี่ยงต่อ GDM สูง มีบิดาและมารดาเป็นเบาหวาน จาก Advanced maternal age

โดยทำ ๕๐ gm GCT = ๑๙๙mg% และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDMจากการทำ ๑๐๐ gm OGTT = ๗๖, ๒๔๖, ๑๘๓, ๑๔๐ mg% เมื่ออายุครรภ์ ๑๕^๖ wks และมีแผนการรักษาโดยควบคุมอาหาร ๒ สัปดาห์และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยค่า ๒hrPP = ๑๐๔ mg%ควบคุมอาหารต่อและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยค่า ๒hrPP = ๑๐๔ mg%ที่อายุครรภ์๓๐^๖ wks ซึ่งสูงกว่าปกติแพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็น GDMA๒ และให้ mixtard ๔ unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง วันละครั้งก่อนอาหารเช้า ในระยะฝากครรภ์สามารถควบคุม น้ำตาลได้อยู่ในระดับดี จึงได้ให้ mixtard เป็น ๔ unitฉีดเข้าใต้ผิวหนังวันละครั้งก่อนอาหารเช้าและคง mixtard นี้จนถึงระยะคลอดที่ GA๓๘^๖ wks

การติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยการทำอัลตราซาวด์จำนวน ๔ ครั้ง โดยในครั้งแรกเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ คำนวณอายุครรภ์และคาดคะเนวันคลอดเมื่อ GA ๑๑^๖ wks ในระยะต่อมาได้คัดกรองภาวะ Down's Syndrome ผล ๑ : ๒๓๐ ผลการเจาะน้ำคร่ำได้ทารกเพศหญิง และได้ติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์พบว่าการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่ออายุครรภ์ ๓๕^๖ wks คาดคะเนน้ำหนักทารก ๒,๗๑๐ กรัม มารดารายนี้มีน้ำหนักที่ขึ้นตามเกณฑ์ปกติในขณะที่ตั้งครรภ์อยู่ในช่วงเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ทั้งหมด ๑๑ กิโลกรัม ก่อนตั้งครรภ์น้ำหนัก ๔๐ kg /ส่วนสูง ๑๖๕ cms BMI =๒๐.๒๘ kg/m² ก่อนคลอดน้ำหนัก ๖๑kg /ส่วนสูง ๑๖๕ cms BMI =๒๔.๗๕ kg/m²

รับไว้ในความดูแล ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๒๐ น

มารดามาตามนัดเพื่อผ่าตัดคลอดและมีอาการเจ็บครรภ์ ๓ ชั่วโมง ๒๐ นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มาถึงห้องคลอดโดยรถนั่งมีอาการเจ็บครรภ์ห่างๆ Interval > ๑๐ นาที, D=๓๕ วินาที mild intensity แรกรับ Height of fundus ๓/๔ >umbilical วัด Tape ๓๑ cms / คะเนนน้ำหนักทารกในครรภ์ = ๓,๑๐๐ gm, FHS =๑๔๐ครั้ง/นาที LOA ตรวจ EFM ปกติ baseline ๑๔๐ ครั้ง/นาที moderate variability ตรวจภายในปากมดลูกไม่เปิด ตรวจโปรตีนในปัสสาวะผล Negative DTX Stat = ๖๕ mg% ประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับมารดามีภาวะเสี่ยงสูง เนื่องจากมารดามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่มีอาการเหนื่อยหรือใจสั่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท รับไว้ในห้องคลอดเตรียม LTC/s with TR on call ๐๙.๑๕ น. ให้ ๕๐%Glucose ๕๐ ml iv push Repeat DTX อีก ๑ ชั่วโมงตามแผนการรักษา ๑๐.๐๐น DTX = ๙๖ mg Serial DTX ทุก ๒ชั่วโมง Keep ๘๐-๑๒๐ mg% เตรียมมารดาผ่าตัดคลอด on NSS๑๐๐๐ ml iv drip rate ๑๒๐ ml/hr, Retained foley 's catheter, Cross math PRC ๒ unit, CBC ระหว่างรอผ่าตัดคลอดได้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาทุก ๒ ชั่วโมงได้ =๘๐mg%, ๖๕ mg% ตามลำดับ ในเวลาก่อนย้ายไปห้องผ่าตัดให้ ๕๐%Glucose ๕๐ml iv Dose ที่ ๒ การที่มารดามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมารดางดน้ำงดอาหารเป็นเวลานาน ๑๓ ชั่วโมง เพื่อเตรียมตัวผ่าตัดคลอด จึงทำให้มีภาวะค่าน้ำตาลในเลือดต่ำได้

๑๕.๕๐ น. ย้ายมารดาห้องผ่าตัด คลอด C/S เด็กเกิดเวลา ๑๖.๑๑ น.ทารก เพศ หญิง แรก เกิด Apgar score ๙,๑๐,๑๐ คะแนน น้ำหนัก ๓๒๘๐ gm ความยาว ๕๓ cm. รอบศีรษะ ๓๕ cm. รอบอก ๓๔ cm. สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๑ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๑๓๒ ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ ๔๔ ครั้ง/นาที O₂ sat ๑๐๐% มารดาหลังผ่าตัดคลอดสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นประมาณ ๑ ชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอดสูญเสียเลือด ๔๐๐ ml สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตร มดลูกหดรัดตัวดี ดูแลหลังผ่าตัดคลอด โดยการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมารดาเคย Previous caesarean ส่งทารกตามมารดาที่ตึกสูติรีเวชกรรม

วันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๕ การติดตามเย็บมดลูกหลังคลอด มีอาการปวดแผล Pain score ๗ คะแนน ได้ยาแก้ปวด paracetamol ๕๐๐ mg ๑ tab ๑ ตามแผนการรักษา ๑ Dose. มารดาเต้านมหัวนมปกติ น้ำนมเริ่มมาซึมๆ ทารกดูดนมมารดาได้

วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มารดาไม่มีไข้ ปวดแผลน้อยลง น้ำคาวปลาไหลปกติลดลงเรื่อยๆ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมไม่บวมแดง เต้านมคัดตึงน้ำนมมาดี

วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
มารดาสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๑ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท

ตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด ๗๕ gm. Glucose ผล Normal, ทารกสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๓๐-๑๔๐ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๔๖-๕๐ ครั้ง/นาที แนะนำการปฏิบัติตัวนัดเปิดแผลหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ และนัดตรวจหลังคลอด ๑ เดือน วางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านสู่ชุมชนจำหน่ายมารดาและทารก เวลา ๑๑.๐๐ น.

จากการศึกษาผู้คลอดทั้ง ๒ ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แยกตามระยะต่างๆ ดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)		
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)		
ระยะเวลา	ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	
พยาบาล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ระยะก่อนคลอด	<p>ด้านมารดา</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่</p> <p>๑ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะรอคลอด</p> <p>๓ มารดาไม่สุขสบายเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์</p> <p>๔ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์</p> <p>ด้านทารก</p> <p>๑ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมารดาเป็นเบาหวาน</p>	<p>ด้านมารดา</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่</p> <p>๑ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระยะรอผ่าตัดคลอด</p> <p>๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะมดลูกแตก</p> <p>๓ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์</p> <p>ด้านทารก</p> <p>๑ มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมารดาเป็นเบาหวาน</p>
ระยะคลอด	<p>ด้านมารดา</p> <p>๕ เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด</p> <p>ด้านทารก</p> <p>๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดติดไหล่</p> <p>๓ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด</p>	<p>ด้านมารดา</p> <p>- มารดาผ่าตัดคลอด</p> <p>ด้านทารก</p> <p>๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด</p>
ระยะหลังคลอด	<p>ด้านมารดา</p> <p>๖ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด</p> <p>๗ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช้ำจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง</p> <p>๘ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บและแผลผ่าตัดทำหมัน</p> <p>ด้านทารก</p> <p>๔ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ</p> <p>๕ มีภาวะเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ</p> <p>๖ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองได้รับอันตรายเนื่องจากมีสารบิลิรูบินในเลือดสูง</p>	<p>ด้านมารดา</p> <p>๔ ผ่าตัดคลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดบุตรและแผลในโพรงมดลูก</p> <p>๕ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด</p> <p>๖ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ด้านทารก</p> <p>๓ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

จากการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่คลอดปกติและผ่าตัดคลอด รวมทั้งความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอด ต่อการบริการที่งานการพยาบาลผู้คลอด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ สามารถสรุปผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อน	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทั้งหมด (ราย)	๒,๒๙๕	๒,๒๙๓	๒,๒๑๒
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย GDMA๒ (ราย)	๕๖	๔๗	๕๒
อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย GDMA๒ (ร้อยละของผู้มารับบริการทั้งหมด)	๒.๔๔	๒.๐๕	๒.๓๕
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย Severe preeclampsia (ราย)	๑๐	๑๘	๒๒
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดทั้งหมด (ราย)	๑,๘๖๑	๑,๘๗๓	๑,๗๙๙
จำนวนผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัย Advance Maternal Age (ราย)	๒๙๒	๒๘๘	๒๗๔
จำนวนผู้คลอดที่เป็นมารดามีภาวะ GDMA๒ (ราย)	๔๒ ND=๑๒ C/S=๓๐	๓๔ ND=๖ C/S=๒๘	๓๖ ND=๘ C/S=๒๗ V/E=๑
จำนวนผู้คลอดที่เป็นมารดามีภาวะ Severe preeclampsia (ราย)	๙ C/S=๙	๑๗ C/S=๑๗	๑๕ ND=๑ C/S=๑๔
จำนวนผู้คลอดที่เป็นมารดามีภาวะ GDMA๒ ร่วมกับภาวะ Severe preeclampsia (ราย)	๑	๒	๒
จำนวนผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Advance Maternal Age ร่วมกับภาวะ GDMA๒ และภาวะ Severe preeclampsia (ราย)	๐	๐	๑
อัตราผู้คลอดที่มีภาวะ GDMA๒ ร่วมกับภาวะ Severe preeclampsia (ร้อยละ)	๐.๐๕	๐.๑๑	๐.๑๑
อัตราผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Advance Maternal Age ร่วมกับภาวะ GDMA๒ และภาวะ Severe preeclampsia (ร้อยละ)	๐	๐	๐.๐๖
จำนวนผู้คลอดที่เป็น Previous cesarean section (ราย)	๓๘๒	๓๖๓	๓๓๐
จำนวนผู้คลอดที่เป็น Previous cesarean section ร่วมกับภาวะ GDMA๒ (ราย)	๑๕	๑๔	๗
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการงานการพยาบาลผู้คลอด (ร้อยละ)	๘๖.๑๔	๘๖.๕๐	๘๖.๑๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากและได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA๒) ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ได้รับการดูแลให้การรักษาพยาบาลเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่างๆเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากต้องให้การดูแลถึง ๒ ชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ผู้คลอดต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยได้รับการดูแลและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำขณะรอคลอด และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช้ำจากภาวะความดันโลหิตสูง และในขณะเดียวกันก็ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับทารก ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนทั้งขณะรอคลอด และเมื่อแรกเกิด การประเมิน คัดกรองภาวะเสี่ยง วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ตลอดจนกิจกรรมที่ให้กับมารดาและทารกเป็นแนวคิดการทำงานจาก Nursing process บูรณาการกับมาตรฐานการพยาบาลโดยยึดหลัก “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” และผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ

การเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : แบ่งออกได้เป็น ๓ ส่วน คือ ๑) การเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ เช่น ยา, อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารก, แผนหรือแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำกลับมาทบทวนได้ ๒) การเตรียมความพร้อมด้านวิชาการ เช่น การจัดอบรมเพื่อทบทวนความรู้และประเด็นใหม่ๆ หรือประเด็นสำคัญที่ควรทราบเพิ่มเติม และ ๓) การเตรียมความพร้อมด้านการปฏิบัติ เช่น การซ้อมแผนประจำปี หรือการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

การประสานงานระหว่างหน่วยงาน : แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ การประสานงานภายในหน่วยงานพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะต้องประเมินและสื่อสารกับทีมในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมทั้งกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง และการประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อเป็นการส่งต่ออาการ และแผนการรักษา เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

แต่ถึงอย่างไรก็ตามกระบวนการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพนั้นก็นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ จึงควรมีการสร้างแนวทางส่งต่อการดูแลในชุมชนช่วงการฝากครรภ์ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพแนวทางการดูแลเพื่อให้การตั้งครรภ์มีคุณภาพ โดยเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายในการสร้างแนวทางรับส่งต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในช่วงฝากครรภ์ ประสานงานและสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ เพื่อเป็นการสร้างความรู้ในการเตรียมตัวคลอด สามารถเข้าถึงบริการและมีการกำกับนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

๒. เป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้บริการฝากครรภ์ และการพยาบาลผู้คลอดให้มีความปลอดภัย และกลับบ้านได้ในเวลาเหมาะสม ที่สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับบริการฝากครรภ์ และผู้คลอดในหน่วยงาน

๓. เป็นการเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพในการทำงานของทีมพยาบาลในหน่วยงาน

๔. เป็นข้อมูลสำหรับผู้สนใจในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม

๕. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่มาอบรมดูงาน ฝึกปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางเดียวกัน

ผลกระทบ

ผู้คลอดที่มีอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ จะพบภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก เช่น ความดันโลหิตสูงตามมาภายหลังได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนกับทารก

ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ต้องมีการวางแผนบริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมกับงานพยาบาล มีการประเมินสมรรถนะ การคาดการณ์เตรียมความพร้อมของทีมงาน เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดเกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุด

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลัง (Retrospective study) โดยดำเนินการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียนมารดาที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ โดยการศึกษานี้จะครอบคลุมถึงพยาบาลและมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลและศึกษาข้อมูลย้อนหลัง

๒. ความซับซ้อนของผู้คลอดที่มีอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต้องควบคุมระดับน้ำตาล และต้องมีการตรวจระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ

๓. ทักษะการประเมินการพยาบาลต้องมีความถูกต้อง รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ เพื่อการพยาบาลผู้คลอดได้ตรงกับภาวะที่เกิดขึ้น

๔. ทักษะการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล ต้องมีความชัดเจนในรายละเอียดอย่างมาก

๕. ต้องมีการติดตามระยะยาว โดยการนัดมาพบแพทย์หลังคลอด เพื่อประเมินอาการที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑ มีความซับซ้อนกว่ากรณีสศึกษารายที่ ๒ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในมารดาที่อายุมาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้กระบวนการดูแลต้องใช้ทักษะเฉพาะในการประเมิน วิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลและการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงการใช้ทักษะการสื่อสารส่งต่อข้อมูลภายในและภายนอกหน่วยงาน การประสานงานและการส่งต่อระหว่างทีมสุขภาพ การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็น ครอบคลุมเพื่อสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการศึกษาข้อมูลกรณีศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ การเก็บประเด็นเพิ่มเติมในการบันทึกเวชระเบียนเพื่อให้การทบทวนกรณีศึกษา หรือการหาปัจจัยร่วมให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งเมื่อศึกษากรณีศึกษาแล้วพบว่าประเด็นปัญหาการประเมินมารดาที่ยังไม่ครอบคลุม ไม่มีแนวทางในการประเมินผู้คลอดที่ชัดเจนและใช้เป็นแนวทางเดียวกัน จุดพัฒนาคือการลงข้อมูลหรือบันทึกทางการพยาบาลที่ตรงประเด็น ครอบคลุม และควรมีการสร้างระบบกำกับติดตามเพื่อให้มารดาและทารกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๙. ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง พยาบาลต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยประเมินจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกับอาการปัจจุบัน เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันเหตุการณ์และครอบคลุมแบบองค์รวม การพัฒนาเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก ผู้รับผิดชอบงานสามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอด ให้มีความต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ลดโอกาสเป็นเบาหวานในอนาคต

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

การเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบ Presentation นำเสนอผลงานวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดอายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต ปี ๒๕๖๗ (Change and Challenges in the Next Normal) เมื่อวันที่ ๒๘ - ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- ๑. นางนิรมล โภคัลลวิตร์ สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
- ๒. สัตส่วนของผลงาน.....
- ๓. สัตส่วนของผลงาน.....

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นิรมล โกศลวิตร

(นางนิรมล โกศลวิตร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ / ม.ค. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนิรมล โกศลวิตร	<u>นิรมล โกศลวิตร</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วัชรี บุตรศรี

(นางสาววัชรี บุตรศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) ๙ / ๑๑ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ทนง คำศรี

(นายทนง คำศรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) ๑๐ / ม.ค. / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ การเตรียมตัวคลอดลูก
งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

๒. หลักการและเหตุผล

การคลอดเป็นเหตุการณ์พิเศษที่คงอยู่ในความทรงจำอันยาวนานของมารดา การรับรู้ของผู้หญิงเกี่ยวกับการคลอดและกลยุทธ์การเผชิญการคลอด ส่งผลต่อประสบการณ์การคลอด ถ้าผู้ดูแลสุขภาพเข้าใจการรับรู้ของผู้หญิง และกระบวนการเผชิญการคลอดที่เกิดขึ้น ก็จะสามารถส่งเสริมประสบการณ์การคลอดในทางบวกสำหรับผู้หญิง

จากผลการศึกษากระบวนการเผชิญการคลอดของหญิงไทย ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการที่หญิงไทยผ่านการคลอด คือ “การเผชิญการคลอดด้วยการรักลูกและการเป็นที่รัก” ระยะแรกผู้หญิงรับรู้ต่อการคลอดว่าเป็นเรื่องที่น่ากลัวและทุกข์ทรมาน ความกลัวเกี่ยวข้องกับสุขภาพของทารกและสภาพการณ์จริงของการคลอด ส่วนความทุกข์ทรมานมีสาเหตุเกิดมาจากการเจ็บครรภ์ การเผชิญความกลัวและความทุกข์ทรมานกระทำโดยใช้กลยุทธ์ ๕ ประการ ประการที่หนึ่งคือการสร้างความหวังว่าทารกจะแข็งแรงเป็นปกติและตนเองคลอดได้ตามธรรมชาติ ประการที่สองคือผู้หญิงเตรียมตนเองเพื่อการคลอด ในการเรียนรู้เกี่ยวกับการคลอด การเตรียมใจและการแสวงหาความมั่นใจ ประการที่สามคือการให้กำลังใจตนเอง ด้วยการคิดคำนึงถึงลูกและสมาชิกครอบครัว การคิดในเชิงบวก การอดทน การระลึกถึงอำนาจเหนือธรรมชาติ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้คลอดอื่น ประการที่สี่คือการจัดการกับอาการเจ็บครรภ์ด้วยตนเอง กระทำโดยการเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทาง การยึดจับวัตถุ การลูบท้อง การกอดนวดตนเอง การใช้เทคนิคการหายใจและฟังความสนใจ และการร้อง กลยุทธ์สุดท้ายนอกจากการใช้แหล่งประโยชน์ของตนเองดังกล่าวมาแล้ว ผู้หญิงแสวงหากำลังใจและความช่วยเหลือจากสามี ครอบครัวผู้คลอดอื่นๆ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ด้วยกลยุทธ์การเผชิญเหล่านี้ ผู้หญิงบรรลุถึงความสมปรารถนาของตนเอง ได้แก่ ความยินดี ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกภูมิใจกระบวนการนี้ถูกกระตุ้นและได้รับอิทธิพลจากความสำนึกในความรักที่มีต่อลูกและการเป็นที่รักของบุคคลอื่น

โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และกลับสู่ชุมชน โดยมีหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ทั้งหมด ๔ ระยะ ดังนี้

๑. ระยะแม่ตั้งครรภ์ การให้ความรู้แก่พ่อแม่ควรกำหนดอย่างน้อย ๒ ครั้ง คือ ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า ๒๘ สัปดาห์

๒. ระยะใกล้คลอด เมื่ออายุครรภ์ ๓๒ - ๓๖ สัปดาห์ขึ้นไป

๓. ระยะหลังคลอด ๑-๓ วัน การให้ความรู้ขณะที่แม่หลังคลอดยังพักฟื้นภายในโรงพยาบาล โดยที่พ่อแม่มีส่วนร่วมเข้ารับความรู้ด้วย

๔. ระยะที่พ่อแม่พื่อนำเด็กมารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี การให้ความรู้ควรจะทำเป็นการเมื่อพื่อนำเด็กมารับบริการตรวจสุขภาพตามตารางรับ ภูมิคุ้มกันพื้นฐาน เพื่อความสะดวกของพ่อแม่ที่ไม่ต้องมาบ่อยๆ ระยะเวลาการให้ความรู้

โดยในบริบทของหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ การเตรียมตัวคลอดลูก งานการพยาบาลผู้คลอด จะทำหน้าที่ดูแลมารดาตั้งครรภ์อายุครรภ์ ๓๒-๓๖ สัปดาห์ที่รับส่งต่อจากงานฝากครรภ์เพื่อเข้าหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการเตรียมตัวคลอด ขั้นตอนการให้บริการในโรงพยาบาล เจ็บครรภ์เตือน-เจ็บครรภ์จริงและอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล วิธีการคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการ

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ฝึกให้คุณแม่มุ่งเน้นที่กระตุ้นและส่งเสริมให้มีพลังและเกิด ความเชื่อว่าตนเองมีศักยภาพและสามารถควบคุม กระบวนการคลอดให้ประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเองโดยมีคุณพ่อ ญาติ หรือพยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ ช่วยเหลือสนับสนุนการใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด และได้มีการดำเนินกิจกรรมทำงานร่วมกับสหสาขา วิชาชีพ คือ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทยและโภชนากร มีการเก็บข้อมูล ปรับปรุงคุณภาพ เพื่อการพัฒนา เป็นระบบคู่ขนานกัน

สำหรับห้องคลอดมีภารกิจในการดูแลให้สุขศึกษาและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวใน โรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ เพื่อเตรียมความพร้อมให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความพร้อมที่จะคลอด ใน กระบวนการนี้จะมีองค์ความรู้ในด้านต่างๆ ดังนี้

๑. มีการตรวจเช็คสมุดฝากครรภ์ เนื่องจากปัญหาในการปฏิบัติที่หน้างานพบว่า มีการลงผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการไม่ครบ อาจจะทำให้ต้องตรวจเลือดใหม่ หรืออาจจะต้องติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อที่จะไม่ให้เกิดภาวะฉุกเฉินในขณะที่หญิงตั้งครรภ์มาคลอด

๒. ให้คำแนะนำในด้านสถานที่และขั้นตอนเมื่อมาคลอด เช่น แนะนำห้องรับใหม่ ห้องรอคลอด ห้อง คลอด และห้องหลังคลอด เพื่อให้ผู้คลอดเห็นสถานที่จริง สร้างความคุ้นเคยเมื่อมาคลอด

๓. ให้คำแนะนำจากสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำเพื่อลดความเจ็บปวดขณะ เจ็บครรภ์เมื่อมาคลอด แพทย์แผนไทยให้คำแนะนำในด้านส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อกระตุ้นให้แม่มีน้ำนม เพียงพอสำหรับเลี้ยงลูก มีโภชนากรเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับด้านอาหารที่มีประโยชน์สำหรับทั้งมารดาเพื่อให้ มารดาสามารถให้นมลูกและมีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารก และพยาบาลห้องคลอดจะให้ความรู้ถึงอาการต่างๆ ที่คุณแม่ตั้งครรภ์ต้องรีบมาโรงพยาบาล เช่น มีไข้ มีเลือดออกทางช่องคลอด น้ำเดิน ลูกดิ้นน้อยกว่า ๑๐ ครั้ง/วัน อาการเจ็บครรภ์จริงและเจ็บครรภ์เตือน แนะนำให้มีการนับลูกดิ้น อธิบายเกี่ยวกับการรับวัคซีนที่มีความจำเป็น สำหรับแม่และทารก และให้ช่องทางในการติดต่อกรณีมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

ปัญหาจากการปฏิบัติงานในห้องคลอด พบปัญหาต่างๆ กล่าวคือ เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาคลอดมีปัญหา ข้อมูลห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วน หญิงตั้งครรภ์แยกภาวะเจ็บครรภ์จริงกับเจ็บครรภ์เตือนไม่ได้ น้ำเดินแล้วรอ ให้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนจึงมาโรงพยาบาล ลูกดิ้นน้อยกว่า ๑๐ ครั้งต่อวัน ก็สังเกตอาการไปเรื่อยๆ รอจน ลูกไม่ดิ้นจึงมาโรงพยาบาล ทำให้ทารกตายในครรภ์

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จึงเริ่มมีโครงการโรงเรียนพ่อแม่ครั้งแรกเมื่อปี ๒๕๕๔ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการดูแลผู้คลอดให้เป็นแบบองค์รวมให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีส่วนร่วมใน การดูแลเพื่อเตรียมตัวคลอดลูกรักแต่ยังไม่เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน ดังนั้น จึงขอเสนอแนวความคิดพัฒนาหลักสูตร วิทยาลัยพ่อแม่ระยะที่ ๒ เพื่อการเตรียมตัวคลอดลูกรัก ขึ้น

บทวิเคราะห์

งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ขนาด ๑๒๐ เตียง ให้บริการคลอดและผ่าตัดคลอด ๒๔ ชั่วโมง มีสูติบริแพทย์ ๓ คน รับผิดชอบเครือข่าย ๔ โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสิรินธร, โรงพยาบาลโขงเจียม, โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ และโรงพยาบาลตาลชุม กรณีที่มีปัญหาใน การดูแลเกินศักยภาพ จะได้รับการส่งต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานการ พยาบาลผู้คลอด

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกที่มีสาเหตุมาจากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจส่วนบุคคล ทักษะการสื่อสารหรือแม้กระทั่งทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด เป็นการเพิ่มอัตราทุพพลภาพและอัตราตายของทารก

โดยในระยะเริ่มแรกของการทำกิจกรรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ ของงานการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ ยังไม่เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน จากสถิติบริการย้อนหลัง ๕ ปี คือ ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ มีจำนวนมารดาเข้ารับบริการอบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ จำนวน ๒๒๘, ๓๔๘, ๓๔๓, ๓๖๖ และ ๒๓๙ ตามลำดับ มีอุบัติการณ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมีอาการเจ็บครรภ์ ทารกตายในครรภ์ และภาวะคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล จำนวน ๘๖, ๒๒, ๖๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๔, ๑.๔๔ และ ๔.๒๖ ตามลำดับ

จากนั้น งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ได้นำข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ มาวิเคราะห์ ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๖๒ - ๒๕๖๖ พบว่าผู้คลอดที่มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมีอาการเจ็บครรภ์ ทารกตายในครรภ์ และมารดาคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล มีข้อมูลดังนี้

ภาวะแทรกซ้อน	๒๕๖๒			๒๕๖๓, ๒๕๖๔	๒๕๖๕			๒๕๖๖		
	ทั้งหมด	ผ่าน โรงเรียน พ่อแม่	ไม่ผ่าน โรงเรียนพ่อ แม่		ทั้งหมด	ผ่าน โรงเรียน พ่อแม่	ไม่ผ่าน โรงเรียน พ่อแม่	ทั้งหมด	ผ่าน โรงเรียน พ่อแม่	ไม่ผ่าน โรงเรียน พ่อแม่
ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมีอาการเจ็บครรภ์ Prolonged premature rupture of membranes (ทั้งหมด ๒๕ ราย)	๑๕ (๐.๖๘%)	๔ (๒.๖๗%)	๑๑ (๗๓.๓๓%)	สถานการณ์ระบาดของ COVID-๑๙ งดกิจกรรม	๒ (๐.๑๑%)	๐ (๐%)	๒ (๑.๐๐%)	๘ (๐.๔๔%)	๒ (๒.๕%)	๖ (๗.๕%)
ทารกตายในครรภ์ Dead fetus in utero (ทั้งหมด ๑๑ ราย)	๕ (๐.๒๖%)	๐ (๐%)	๕ (๑๐๐%)		๓ (๐.๑๖%)	๐ (๐%)	๓ (๑๐๐%)	๓ (๐.๑๖%)	๐ (๐%)	๓ (๑๐๐%)
มารดาคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล Birth before Admit (ทั้งหมด ๓๗ ราย)	๙ (๐.๔๗%)	๑ (๑๑.๑๑%)	๘ (๘๘.๘๘%)		๑๖ (๐.๘๕%)	๐ (๐%)	๑๖ (๑๐๐%)	๑๒ (๐.๖๗%)	๐ (๐%)	๑๒ (๑๐๐%)

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

บทวิเคราะห์ (ต่อ)

จากตารางดังกล่าวข้างต้น ได้เปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ และไม่ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ เปรียบเทียบปี ๒๕๖๒, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ (ปี ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ มีสถานการณ์ COVID-๑๙ งดกิจกรรม) สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

- ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมีอาการเจ็บครรภ์(Prolonged premature rupture of membranes) มีทั้งหมด ๒๕ ราย แยกรายปี คือ ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๘ ผ่านการเข้าโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๖๗ ไม่ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๑๑ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๗๓.๓๓ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๑ ผ่าน เข้าโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐ ไม่ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๔ ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ไม่ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕ พบว่าหญิงที่ผ่านการอบรมโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ มีภาวะตระหนักรู้และมีประชากรน้อยกว่าหญิงที่ไม่ได้เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ระยะ ๒

- ภาวะทารกตายในครรภ์ (Dead fetus in utero) มีทั้งหมด ๑๑ ราย แยกรายปี คือ ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๖ ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐ ไม่ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓ ราย ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐ ไม่ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓ ราย ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐ ไม่ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการอบรมโรงเรียนพ่อแม่ ระยะ ๒ ไม่พบภาวะทารกตายในครรภ์

- ภาวะมารดาคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล มีทั้งหมด ๓๗ ราย แยกรายปี คือ ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๗ ผ่านการเข้าโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๑๑ ไม่ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๘ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๕ ผ่านการเข้าโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐ ไม่ผ่านการเข้าโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๗ ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐ ไม่ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการอบรมโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ ไม่พบภาวะมารดาคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล

แนวความคิด/ข้อเสนอ

จากระยะเวลา ๒ ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ สามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ไม่พบภาวะทารกตายในครรภ์ และภาวะคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล จึงเสนอแนวความคิดที่จะเพิ่มกลุ่มประชากรหญิงตั้งครรภ์ให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ โดยมีแผนการสอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ สามารถลดอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนมีอาการเจ็บครรภ์ ภาวะทารกตายในครรภ์ ภาวะมารดาคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร มีข้อจำกัดด้านสถานที่งานการพยาบาลผู้คลอดที่ค่อนข้างคับแคบ ทำให้ไม่สามารถรองรับหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากได้ ควรมีแนวทางแก้ไขคือ มีช่องทางที่เป็นทางเลือกในการให้ความรู้ เช่น แผ่นพับ เว็บไซต์โรงพยาบาล และการตั้งแอปพลิเคชัน Line กลุ่ม โรงเรียนพ่อแม่ ระยะ ๒

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ส่งเสริมให้เป็นการตั้งครรภ์คุณภาพ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ มีความตระหนักรู้ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และดูแลตัวเองก่อนเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

๒. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานการพยาบาลผู้คลอด ในการวิเคราะห์นำข้อมูลมาพัฒนางานและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ ที่ตรงประเด็นเพื่อสามารถให้การพยาบาลที่ครอบคลุมในระยะคลอดต่อไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

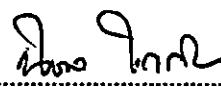
หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ มีการเตรียมตัวคลอดลูกรัก สามารถปฏิบัติตัวในการเตรียมตัวคลอดได้อย่างเหมาะสม ไม่มีอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้แก่

- ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนมีอาการเจ็บครรภ์ อุบัติการณ์ = ๐
- ภาวะทารกตายในครรภ์ อุบัติการณ์ = ๐
- ภาวะมารดาคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล อุบัติการณ์ = ๐

โอกาสพัฒนา

๑. การจัดหาเครื่องฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์แบบพกพา สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ระยะที่ ๒ ที่มีภาวะตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เช่น ภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

๒. สร้าง Model เพื่อเป็นตัวอย่างการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้กับโรงพยาบาลเครือข่าย

(ลงชื่อ) 

(นางนิรมล โกศลวิตร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ / ม.ค. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๖. มีรกเกาะต่ำ นั่นคือเกาะที่ด้านล่างของมดลูกใกล้กับหรือชิดหรือปิดปากมดลูก
 - ๗.ข้อบ่งชี้ที่เกิดจากทารก เช่น ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (Fetal distress)
 - ๘.การติดเชื้ที่ช่องคลอดของมารดา เช่น โรคเริมที่อวัยวะเพศ หรือโรคหูดหงอนไก่ เป็นต้น
 - ๙.ถุงน้ำคร่ำอักเสบ เกิดจากถุงน้ำคร่ำรั่วเป็นระยะเวลายาวนาน
 - ๑๐.การใช้อุปกรณ์ช่วยคลอดล้มเหลว เช่น ใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ
- ข้อบ่งชี้กรณีผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
๑. ภาวะพิษแห่งครรภ์ในระยะรุนแรงหรือมีภาวะชักจากภาวะพิษแห่งครรภ์
 ๒. สายสะดือย้อย (Umbilical cord prolapse)
 ๓. ภาวะเครียดของทารกในครรภ์
 - ๔.ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด
 ๕. ภาวะตกเลือดก่อนคลอดอย่างรุนแรงโดยเฉพาะในรายที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
 ๖. มดลูกแตก (Uterine rupter)
- การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

- การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพและคลายความวิตกกังวล ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด ความจำเป็นในสิ่งที่มารดาจะต้องประสบ เกี่ยวกับอาการและเครื่องมือบางอย่าง สาธิตและอธิบายเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การพลิกตะแคงตัว การหายใจเข้าออกลึกๆ การไอที่ถูกวิธี โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน เปิดโอกาสให้มารดา ระบายความวิตกกังวล ชักถามข้อสงสัยและรับฟังด้วยความตั้งใจเพื่อเป็นการแสดงให้ทราบว่า พยาบาลเข้าใจยอมรับ ความรู้สึกของมารดา และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมกำลังใจให้แก่มารดา โดยเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยม ก่อนผ่าตัดและติดตามไปส่งหน้าห้องผ่าตัด และพยาบาลต้องประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย เช่น ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติ การเจาะเลือดและจ้องเลือดเพื่อเตรียมพร้อมในกรณีเสียเลือดมาก เตรียมความสะอาดของผิวหนังบริเวณที่ ทำการผ่าตัด ดูแลงดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา สวมอุจจาระและใส่สายสวน ปัสสาวะ

-การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตรวจสอบความถูกต้องของมารดา ชื่อและนามสกุล การผ่าตัดที่จะได้รับ นำมารดาเข้าห้องผ่าตัด ดูแลย้ายมารดาสู่เตียงผ่าตัด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะได้รับการผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ส่งเครื่องมือตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัด สังเกตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด จนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ดูแลความเรียบร้อยของมารดา นำส่งมารดาไปห้องพักฟื้น

-การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พยาบาลต้องประเมินสภาพมารดาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยการติดตามสัญญาณชีพ การจัดการกับความเจ็บปวด อาการข้างเคียงของยา ประเมินและดูแลแผลผ่าตัด ให้มารดาพยายามพลิกตะแคงตัวซึ่งจะช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวป้องกันการเกิดพังผืดรัดลำไส้และลดอาการท้องอืด วันแรกหลังผ่าตัดให้ลูกนั่งบั้นเตียง โดยหมุนหัวเตียงให้ศีรษะสูง ๔๕ องศา ปลายเท้าสูง ๑๐-๑๕ องศา วันที่ ๒ หลังผ่าตัดให้ลูกนั่งห้อยเท้าข้างเตียง ยืนและนั่งเก้าอี้ข้างเตียง วันที่ ๓ หลังผ่าตัดเริ่มให้ผู้ป่วยเดิน รอบๆ เตียง หลังจากผู้ป่วยแข็งแรงอนุญาตให้เดินไปห้องน้ำได้เอง แนะนำการปฏิบัติตน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

หลังผ่าตัดเกี่ยวกับอาหาร การพักผ่อน การรักษาความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ที่สำคัญที่สุดก็คือการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน มารดาจะต้องดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำในระยะเวลา ๗ วันหลังการผ่าตัด รับประทานยาตามแพทย์สั่ง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น แผลผ่าตัดบวมแดงอักเสบ มีเลือดหรือหนองซึมจากแผลผ่าตัด และการมาตรวจตามนัด

spinal anesthesia คือ เทคนิคการฉีดยาชา (local anesthetic) เข้าสู่ subarachnoid space โดยยาชาจะออกฤทธิ์ที่ spinal nerve และ dorsal ganglion (ที่ spinal cord เอง พบว่า concentration ของยาชาต่ำเกินกว่าจะทำให้เกิด clinical effect) ทำให้เกิดอาการชาและขยับส่วนล่างของร่างกายไม่ได้อยู่ชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง ตาม dermatome ที่ยาชาออกฤทธิ์ ซึ่งยาชาแต่ละชนิดมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวนานแตกต่างกัน

นอกจากคำว่า spinal anesthesia แล้ว ยังมีบางคำที่ใช้อยู่ และมีความหมายเดียวกันคือ subarachnoid anesthesia และ intrathecal anesthesia

เทคนิคนี้ถูกค้นพบครั้งแรกในปี ๑๘๙๘ โดย August Bier

Indication

spinal anesthesia มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดบริเวณต่าง ๆ ดังนี้

- lower extremity
- hip
- perineum
- lower abdomen เช่น herniorrhaphy
- lumbar spine
- upper abdomen เช่น cholecystectomy, gastric resection เป็นต้น แต่ไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากระดับการชาต้องสูงมากทำให้ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และศัลยแพทย์ต้องผ่าตัด ด้วยความนิยมवलเป็นพิเศษ การผ่าตัดดังต่อไปนี้ อาจถือได้ว่าเป็นข้อบ่งชี้พิเศษในการทำ spinal anesthesia
- TUR-P (transurethral resection of prostate gland) เนื่องจากการทำ spinal anesthesia ไม่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว (consciousness) ดังนั้น เราจึงสามารถวินิจฉัยภาวะ dilutional hyponatremia หรือ water intoxication (ซึ่งเกิดจากร่างกายดูดซึม irrigation solution ที่ใช้ในการทำ TUR-P) ได้อย่างรวดเร็ว โดยสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว นอกจากนี้ ยังสามารถช่วยวินิจฉัยภาวะกระเพาะปัสสาวะทะลุจากการมี referred pain ไปที่ไหล่ (เนื่องจากการมี irritate ที่ peritoneum) ได้ด้วย ข้อดีอีกประการหนึ่งของการทำ spinal anesthesia ในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ผู้ป่วยมักมีอายุมากและมี coronary artery disease ร่วมด้วย ถ้าผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดีในขณะที่ทำการผ่าตัด ผู้ป่วยจะสามารถบอกได้ถ้ามี chest pain เกิดขึ้น
- rectal surgery เนื่องจากระดับการชาที่ต้องการค่อนข้างต่ำ (sacral anesthesia) ก็เพียงพอสำหรับการผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย
- repair of hip fracture การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่า ๖๕ ปี) พบว่า การทำ regional anesthesia (epidural anesthesia) มีข้อดีกว่าการทำ general anesthesia ดังนี้ เสียเลือดในระหว่างการ ผ่าตัดน้อยกว่า , postoperative confusion & delirium ตลอดจนโอกาสเกิด deep vein thrombosis และ pulmonary

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

embolism น้อยกว่า

- obstetric surgery เช่น C-section เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จึงลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด pulmonary aspiration และการทำ spinal anesthesia ใช้ยาปริมาณน้อย จึงไม่มีผลของยาโดยตรงต่อทารกในครรภ์
- pediatric surgery พบว่าการทำ spinal anesthesia ใน extremely premature infant ลด อุบัติการณ์ของ postoperative apnea เมื่อเปรียบเทียบกับ general anesthesia Contraindication
ก่อนทำ spinal anesthesia ต้องระลึกอยู่เสมอว่า ผู้ป่วยมีข้อห้ามใด ๆ ต่อไปนี้หรือไม่
- ผู้ป่วยปฏิเสธการทำ spinal anesthesia (patient's refusal)
- hypovolemia , shock การทำ spinal anesthesia มีผลให้เกิด hypotension มากขึ้น
- increased intracranial pressure เนื่องจากอาจเกิด ICP เพิ่มสูงขึ้น (จากยาชาที่ฉีดเข้า subarachnoid space) หรืออาจเกิด brain herniation จากการที่ CSF ไหลออกมากเกินไป
- septicemia ซึ่งเชื้ออาจถูกนำเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง
- มีการติดเชื้อบริเวณที่จะทำ spinal anesthesia ทำให้เกิด CNS infection ตามมา
- coagulopathy , thrombocytopenia , หรือ platelet dysfunction เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อ การเกิด epidural hematoma

Equipment

Spinal needle

มีตั้งแต่ขนาด ๒๐G - ๓๒G (ตัวเลขยิ่งมาก ขนาดเข็มยิ่งเล็ก เนื่องจาก G-gauge เป็นหน่วยจากการนำเข็มมาเรียงตัวติดกันแบบ side-to-side ให้ได้ความยาว ๑ นิ้ว เช่น เข็มขนาด ๒๕G หมายถึง นำเข็มขนาดดังกล่าวนี้มาเรียงกันแบบ side to side เป็นจำนวน ๒๕ อัน จึงจะได้ความยาว ๑ นิ้ว)

อุบัติการณ์ของการเกิด postdural puncture headache (PDPH) จะลดลงเมื่อใช้ spinal needle ขนาดเล็ก โดยทั่วไปนิยมใช้ขนาด ๒๒G - ๒๗G ขนาดตั้งแต่ ๒๕G เป็นต้นไป จะค่อนข้าง flexible จึงอาจใช้เข็มนำ (stylet) แทรงไปก่อนแทง spinal needle ก็ได้ ขนาด ๓๐G และ ๓๒G ไม่เป็นที่นิยมใช้อย่างยิ่ง เนื่องจากขนาดเล็กมาก ทำให้แทงเข็มได้ยาก

แบ่งชนิดของ spinal needle ได้เป็น ๒ ชนิดใหญ่ (Fig. ๓) คือ

๑. ชนิดปลายตัด (cutting , sharp tip) ได้แก่ Quincke type needle ซึ่งปลายตัด (bevel) ของเข็มสามารถตัด dural fiber ทำให้มีโอกาสเกิด PDPH ได้
๒. ชนิดปลายดินสอ (pencil point) ปลายเข็มซึ่งหุ้มจะแทรกแทนที่จะตัด dural fiber และเมื่อถอนเข็มออกมาแล้ว dural fiber จะกลับมาสมานกัน จึงลดอุบัติการณ์ของ PDPH ได้

Drug

ยาที่สามารถฉีดเข้า subarachnoid space ได้ ได้แก่ ยาชา, opioid เป็นต้น ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะยาชาเท่านั้น

ยาชาที่ใช้ทำ spinal anesthesia สามารถจำแนกออกได้เป็น ๓ ชนิดตาม baricity (คิดโดยเทียบ density ของยาชาต่อ density ของ CSF ที่อุณหภูมิเดียวกัน) ยาชาที่มี baricity < ๐.๙๙๙๐ จัดเป็นยาชาชนิด

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)
<p>๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)</p> <p>hypobaric, ยาชาใดมี baricity เท่ากับ CSF จัดเป็นยาชาชนิด isobaric, ส่วนยาชาที่มี baricity มากกว่าหรือเท่ากับ ๑.๐๐๑๕ เป็นยาชาชนิด hyperbaric (เกิดจากการเติม dextrose ไปในยาชา)</p> <p>baricity มีผลต่อการกระจายตัวของยาชา โดยยาชาชนิด hyperbaric จะกระจายตัวตกลงตาม gravity ของโลกไปด้าน dependent ซึ่งตรงข้ามกับยาชาชนิด hypobaric ที่กระจายตัว (ลอยตัว) ไปทางด้าน non-dependent ของผู้ป่วย ในขณะที่ยาชาชนิด isobaric จะไม่ตกตาม gravity และไม่ลอยตัว</p> <p>ยาชาที่ใช้ทำ spinal anesthesia มีหลายชนิด ยาชาที่นิยมใช้ในประเทศไทย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ๕% hyperbaric lidocaine บรรจุใน ampule ขนาด ๒ มล. ขนาดที่ใช้ ๒๕-๑๐๐ มก. ออกฤทธิ์นาน ๑ ชั่วโมง - ๐.๕% hyperbaric bupivacaine บรรจุใน ampule ขนาด ๔ มล. ขนาดที่ใช้ไม่เกิน ๒๐ มก. ออกฤทธิ์นาน ๒-๒.๕ ชั่วโมง - ๐.๕% isobaric bupivacaine บรรจุใน ampule ขนาด ๔ มล. ขนาดที่ใช้ไม่เกิน ๒๐ มก. ออกฤทธิ์นาน ๓-๓.๕ ชั่วโมง ยาชาชนิดนี้เมื่อฉีดเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะมีคุณสมบัติแบบ slightly hypobaric solution <p>เมื่อใช้ยาชาชนิด hyperbaric เราจะสามารถปรับ, ควบคุมระดับการชาได้ดีกว่าเมื่อใช้ยาชาชนิด isobaric หรือ hypobaric โดยยาชาชนิดหลังมี unpredictable spread ใน CSF ทำให้เกิด patchy block ได้</p> <p>Technique</p> <p>-Position</p> <p>เราสามารถทำ spinal anesthesia ได้ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่าตะแคง (lateral decubitus), นั่ง (sitting), หรือคว่ำ(prone) การจัดท่าขึ้นอยู่กับผู้ป่วย, ยาที่ใช้, ชนิดและตำแหน่งของการผ่าตัด รวมถึงความคุ้นชินของวิสัญญีแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ท่าตะแคง ถ้าใช้ยาชาชนิด hyperbaric ให้จัดด้านที่ต้องการผ่าตัดเป็นด้านล่าง (dependent part) ในทางตรงกันข้าม ถ้าใช้ยาชาชนิด hypobaric ให้จัดด้านที่ต้องการผ่าตัดเป็นด้านบน (non-dependent part) โดยจัดให้หลังผู้ป่วยชิดขอบเตียงมากที่สุด ไหล่และสะโพกต้องตั้งฉากกับเตียง เพื่อป้องกันการหมุนบิดของกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยควรรองอกให้ชิดอก และงอเข้าให้ชิดลำตัวมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ interspinous space บริเวณเอวเปิดกว้างออก - ท่านั่ง ให้ผู้ป่วยประสานมือไว้บนตักหรือ mayo พักเท้าทั้งสองไว้บนที่วางเท้า ก้มคางจนชิดอก จะมีผลให้ interspinous space ห่างออกจากกัน - ท่าคว่ำ เหมาะสำหรับการทำ anal surgery โดยใช้ยาชาชนิด hypobaric เนื่องจากยาชาชนิดนี้จะลอยตัวและออกฤทธิ์บริเวณ sacrum ซึ่งเป็นบริเวณที่สูงที่สุดและเป็นบริเวณที่ต้องการทำการผ่าตัด พอดี แต่ทำนี้ CSF จะไหลออกมาทาง spinal needle ได้ยาก อาจต้องอาศัยการ aspirate <p>Technique for midline approach</p> <p>หลังจากเตรียมผู้ป่วย, เครื่องให้ยาตามสลบ, อุปกรณ์และยาช่วยชีวิต (resuscitation equipment & drug) พร้อมแล้ว จึงเริ่มทำ spinal anesthesia ได้</p> <p>๑. เปิดหลอดเลือดดำ เพื่อให้สารน้ำ ควรใช้ catheter ขนาดใหญ่กว่าหรือเท่ากับ ๒๐G เพื่อให้สามารถ</p>

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)</p>
<p>๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)</p> <p>ให้สารน้ำได้อย่างรวดเร็ว และควรใช้สารน้ำชนิด balanced salt solution ที่ไม่มี dextrose เนื่องจากทำให้ dextrose ในอัตราที่มากกว่า ๕-๘ มก./กก./นาที่ จะทำให้เกิด hyperglycemia และ osmotic diuresis ได้</p> <p>๒. อาจ preload (prehydration) คือ ให้ balanced salt solution ๑๐-๒๐ มล./กก. ก่อนการทำ spinal anesthesia เพื่อช่วยร่างกายให้ปรับตัว (partial compensate) ต่อภาวะความดันเลือดตกที่เกิดจาก sympathectomy</p> <p>๓. monitor ผู้ป่วยให้พร้อม ทั้งความดันเลือด, ชีพจร, และค่าความอิ่มตัวของ O₂ ในเลือดแดง</p> <p>๔. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม และต้องมีผู้ช่วยยืนทางด้านหน้าของผู้ป่วยเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับ ยา premed อาจมีอาการง่วงสลึมสลือ จึงมีโอกาสพลัดตกเตียงได้ หรือผู้ป่วยอาจเจ็บและสะดุ้งจนตกจากเตียง ในขณะที่กำลังพยายามแทงเข็มอยู่ก็ได้เช่นกัน</p> <p>๕. หาตำแหน่งที่จะแทง spinal needle โดยคลำจาก iliac crest มายังกึ่งกลางลำตัวของผู้ป่วย จะคลำได้ spinous process ของ L๔ ให้คลำหา interspinous space ที่กว้างที่สุด (L๒-๓, L๓-๔, หรือ L๔-๕) โดยระลึกไว้เสมอว่า spinal cord ในผู้ใหญ่ ๖๐% ลื่นสุดที่ขอบล่างของ L๑ ดังนั้นจึงควรแทง spinal needle ในตำแหน่งที่ต่ำกว่า L๑</p> <p>๖. ล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อให้สะอาด แล้วจึงสวมถุงมือปราศจากเชื้อ</p> <p>๗. ทำความสะอาดบริเวณที่จะแทง spinal needle ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ควรทำความสะอาดให้เป็นบริเวณกว้าง เพื่อความสะดวกในการเปลี่ยนตำแหน่งที่จะแทง โดยอย่างน้อยที่สุด ต้องทำความสะอาดให้เป็นบริเวณกว้างกว่าขนาดช่องของฝาเจาะกลาง พยายามอย่าให้น้ำยาฆ่าเชื้อเปื้อนถุงมือ, spinal needle หรือ ปนเปื้อนไปกับยาชาที่จะใช้ฉีดเข้า subarachnoid space เนื่องจากน้ำยาฆ่าเชื้อทุกชนิด เป็นสาเหตุของ chemical (aseptic) meningitis ได้</p> <p>๘. ฝุ่น่าเจาะกลาง ควรให้ตำแหน่งของกระดูกสันหลังอยู่ในแนวกึ่งกลางของช่องฝา เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนของตำแหน่งที่จะแทง spinal needle โดยเฉพาะในผู้ปฏิบัติที่ยังหาตำแหน่งได้ไม่ชำนาญ</p> <p>๙. ฉีดยาชาตรงตำแหน่งที่จะแทงเข็ม โดยฉีดให้เป็นตุ่มเล็กที่ผิวหนัง (ใช้ยาชาประมาณ ๑ มล.) แล้วจึงค่อยฉีดยาชาลึกไปเรื่อย ๆ แนวที่เข็มฉีดยาชาผ่านไปจะพอบอกแนวที่จะแทง spinal needle ได้พอสังเขป กล่าวคือ ถ้าฉีดยาชาได้โดยเข็มฉีดยาชาไม่โดนส่วนใดของกระดูกสันหลังเลย แสดงว่าแนว ดังกล่าวนี้น่าจะเป็นแนวสำหรับแทง spinal needle ได้</p> <p>๑๐. แทง spinal needle ให้ตั้งฉากหรือทำมุม ๑๐ องศาไปทาง cephalad โดยหัน bevel ของ spinal needle แบบปลายตัด ให้ขนานไปกับ dural fiber ไม่ควรหัน bevel ให้ตัด dural fiber ในแนวตั้งฉาก spinal needle จะผ่านชั้นต่าง ๆ เหล่านี้ตามลำดับ skin, subcutaneous tissue, supraspinous ligament, interspinous ligament, ligamentum flavum, และ dura mater ก่อนเข้าสู่ subarachnoid space แต่ละชั้นที่กล่าวมาจะมี resistance ต่อ spinal needle แตกต่างกัน โดยผู้แทง spinal needle จะรู้สึกว่ามี resistance เพิ่มขึ้น เมื่อ spinal needle ผ่านเข้าไปใน ligamentum flavum และรู้สึก 'pop' เมื่อ spinal needle ผ่าน dura mate</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

Complication

Spinal anesthesia ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ดังนี้

- Hypotension

พบภาวะ hypotension ได้บ่อย ซึ่งมักเกิดจากการ block preganglionic vasomotor efferent ของ sympathetic nervous system และการเสีย compensatory vasoconstriction ของ lower extremity และ splanchnic bed ดังที่กล่าวใน cardiovascular effect แล้วว่า venodilatation และการลดลงของ venous return เป็นสาเหตุหลักของภาวะ hypotension ซึ่งให้การรักษาโดย ให้สารน้ำ (balanced salt solution) เข้าหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว, ให้ vasopressor เช่น ephedrine ๕-๑๐ มก. หรือ metaraminol ๐.๕-๑ มก.ทางหลอดเลือดดำ ถ้าเกิด bradycardia ร่วมด้วย ให้แก้ไขโดยให้ atropine ๐.๐๑-๐.๐๒ มก./กก.ทางหลอดเลือดดำ โดยในผู้ใหญ่ ต้องให้อย่างน้อยที่สุด ๐.๓-๐.๔ มก. เนื่องจาก dose ต่ำกว่านี้ จะกระตุ้น central vagus ทำให้หัวใจเต้นช้าลงไปอีก

ephedrine และ metaraminol เป็น indirect adrenergic agonist ยานี้ไม่ได้จับกับ receptor โดยตรง แต่จะทำให้ร่างกายมีระดับของ endogenous neurotransmitter เพิ่มขึ้น ผ่านทางเพิ่มการหลั่ง หรือ ลดการ re-uptake ของ norepinephrine

ephedrine มีฤทธิ์ทั้ง direct และ indirect ต่อ adrenergic receptor แต่ฤทธิ์ indirect เด่นกว่า direct มาก ephedrine ทำให้มีการหลั่ง norepinephrine เพิ่มขึ้น การให้ ephedrine ซ้ำ ๆ (repeated injection) ทำให้เกิด tachyphylaxis ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจาก norepinephrine store ลดลง Metaraminol ออกฤทธิ์ทั้ง direct และ indirect ต่อ adrenergic receptor โดยฤทธิ์ indirect เด่นกว่าฤทธิ์ direct มาก metaraminol ทำให้มีการหลั่งของ norepinephrine เพิ่มขึ้น dose ต่ำมีผลเด่นที่ b- receptor ในขณะที่ dose สูงขึ้นมีผลให้เกิด a arteriolar constriction จึงลด flow ไปยังอวัยวะต่าง ๆ กรณีของ prolonged use พบว่า effectiveness ของ metaraminol ลดลง

การระงับความเจ็บปวดถือกำเนิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๘๔๖ Horace well เริ่มใช้nitrous oxide ในการถอนฟันคนไข้และ พบว่า nitrous oxide สามารถระงับความเจ็บปวดได้และถือเป็นจุดกำเนิดของการดมยา แต่ที่มีรายงานที่ชัดเจน เกิดขึ้นโดย Dr. William Thomas Green Morton ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับว่าทำการดมยาสำเร็จเป็นคนแรก โดยการให้คนไข้สูดดมสาร Ether ซึ่งเป็นสารดมสลบที่ไม่มีใช้แล้วในปัจจุบัน การระงับความรู้สึก แบ่งเป็น หลักๆ ๓ แบบ ได้แก่

๑. Monitored anesthetic care (MAC) สามารถแบ่งตามระดับความรู้สึกตัวได้ออกเป็น ๒ ระดับ

๑.๑ Conscious sedation เป็นการดมยาที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว เหมาะสำหรับหัตถการที่ไม่ค่อยเจ็บปวดมากนัก หลักการคือ ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ให้ยาดมสลบและยาระงับปวดบางส่วนไม่มีการใส่ท่อช่วยหายใจ และยังต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อความร่วมมือบางอย่าง เช่น ระหว่างการทำรังสีวินิจฉัยที่ไม่เจ็บปวด แต่ต้องการให้ผู้ป่วยสบาย หรือต้องการ ความร่วมมือในการกลืนหายใจขณะทำ

๑.๒ Deep sedation

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๒. Reginal anesthesia (RA) แบ่งเป็น ๒ แบบ

๒.๑ Central neural blockade เช่น spinal block และ epidural block

๒.๒ Peripheral nerve block เช่น brachial nerve block

๓. General anesthesia (GA) อาศัยหลักการทั้งหลัก ทั้งระงับความรู้สึก แบ่งเป็น ๓ แบบ

๓.๑ Balance anesthesia มี ๔ หลัก คือ ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง (unconscious) ซึ่งอาศัยทั้งยาดมสลบและ ยาสลบที่ฉีดทางหลอดเลือดดำ เรื่องการคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) ใช้ยากลุ่ม muscle relaxant ต่อมาเป็นเรื่องการระงับความเจ็บปวด (analgesic) จะใช้ยากลุ่ม opioid เป็นหลัก สุดท้ายคือ blunting of reflex ใช้ vagovagal reflex ทำให้ unconscious

๓.๒ Inhalation anesthesia คือ การดมยาสลบที่บริหารยาผ่านทางลมหายใจ ออกฤทธิ์ระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยมี target organ คือระบบประสาทส่วนกลางเป็นสำคัญ

๓.๓ Total intravenous anesthesia (TIVA) เป็นการระงับความรู้สึกวิธีหนึ่งโดยการบริหารยาระงับความรู้สึกเข้าทาง หลอดเลือดดำเพื่อนำสลบและควบคุมการระงับความรู้สึกต่อยาที่บริหารเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยอาศัยยาหลายชนิด ซึ่งในวิธีการบริหารยานี้ผู้ป่วยอาจจะถูกควบคุมการหายใจร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ แต่ผู้ป่วยจะหายใจด้วย ส่วนผสมของก๊าซออกซิเจนหรืออากาศ การระงับความรู้สึกด้วยวิธีนี้มักจะทำในหัตถการหรือการผ่าตัดที่ใช้เวลาไม่นาน ให้ผู้ป่วยหายใจเอง โดยอาจจะทำในห้องผ่าตัดหรือนอกห้องผ่าตัดทั้งนี้พบว่า การระงับความรู้สึกด้วย วิธีนี้มี ประสิทธิภาพดีและค่อนข้างปลอดภัยแม้แต่ในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น

ยาระงับความรู้สึก แบ่งตามเป้าหมายของการออกฤทธิ์หรือตำแหน่งของการออกฤทธิ์ของยาได้เป็น

๑. Induction ได้แก่

- Pentothal นอกจากจะเป็น induction agent แล้ว จุดเด่นของ pentothal คือเป็นยาที่ช่วยเรื่อง brain protection เหมาะที่จะใช้ในการผ่าตัดที่เสี่ยงต่อการขาดเลือดของสมอง เช่น intracranial aneurysm clipping ที่อาจรบกวนต่อ blood supply ยานี้จะลด metabolism ของ neuron ทำให้เซลล์ไม่ถูกทำลายเมื่ออยู่ในภาวะที่ blood supply ลดลง เนื่องจากมีการลดการใช้ออกซิเจนของเซลล์

- Propofol เป็นยาที่ไม่ละลายน้ำ แต่ละลายในไขมัน ต้องใช้ xylocaine ร่วมด้วย จุดเด่นคือ ออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์เร็ว เหมาะสำหรับ day case หรือ ambulatory case เพราะตื่นแล้วผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็ว และ เมื่อให้ยาทาง หลอดเลือดดำอย่างช้าๆ ผู้ป่วยจะตื่นเร็ว ไม่มี acculative effect ต่างจาก pentothal ที่ผู้ป่วยตื่นช้า ดังนั้น propofol เหมาะกับ TIVA เพราะควบคุมได้ง่าย

- Etomidate เป็นยาที่ดีอีกชนิดหนึ่ง เนื่องจากมี cardiovascular stability ที่ดีจุดเด่นของยานชนิดนี้คือ เหมาะกับผู้ป่วยที่คิดว่าจะมีปัญหาเรื่อง cardiovascular system เนื่องจากมักไม่ค่อยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการใช้ ยานชนิดนี้ ต่างจาก pentothal และ propofol ที่มักเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการใช้ยา

- กลุ่ม benzodiazepine (BZP) ยาในกลุ่มนี้ที่เรามักใช้ในการนำสลบ มักจะเป็น midazolam ข้อดีของยานชนิดนี้คือ ออกฤทธิ์สั้นกว่า diazepam แต่ออกฤทธิ์ช้า และระยะเวลาในการออกฤทธิ์นานกว่ายานำสลบ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

กลุ่มอื่น ปัจจุบันเรา มักใช้midazolam เป็น premedication ร่วมกับยานาสลบตัวอื่นหรือใช้เพื่อลดผลข้างเคียงของยาตัวอื่น เช่น ketamine

- Ketamine จุดเด่นหลักของยาชนิดนี้คือการกระตุ้น cardiovascular system ดังนั้นจึงเหมาะกับผู้ป่วยที่อยู่ใน ภาวะ shock และ hypotension เนื่องจากยาไม่ทำให้ความดันโลหิตต่ำ แต่ข้อเสียคือ ทำให้มีอาการฝันร้ายและ delirium จึงมักใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง hemodynamics เท่านั้น นอกจากนี้ข้อดีอีกอย่างหนึ่งของ ketamine คือ มีทั้งฤทธิ์นำสลบและระงับปวด แต่ถ้าจะใช้ketamine ก็ควรใช้ยา กลุ่ม benzodiazepine ร่วม ด้วยเพื่อช่วยลดผลข้างเคียงเรื่องฝันร้าย

๒. Inhalation agent คือยาที่ใช้ทำให้หลับระหว่าง maintenance period นอกจากนั้นยังสามารถใช้ใน ช่วง induction ได้ที่เรียกว่า induction inhalation ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงทาง pharmacokinetic หรือการเปลี่ยนแปลงทาง physiology พบว่ายาจะออกฤทธิ์ช้าเมื่อใช้ในผู้ใหญ่แต่ออกฤทธิ์เร็วในเด็ก ดังนั้นจึงมักใช้ยานี้ ในเด็กมากกว่า

- Halothane ปัจจุบันไม่นิยมใช้แล้ว ถึงแม้จะเป็นยาที่มีกลิ่นไม่รุนแรง แต่มีข้อเสียคือ ทำให้เกิด hepatitis และ cardiac arrhythmia ได้บ่อยกว่ายาชนิดอื่น

- isoflurane เป็นยาที่ได้รับความนิยมสูงสุด ดีกว่า halothane เนื่องจากไม่ค่อยเกิด arrhythmia และ incidence ของ hepatitis ต่ำมาก ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงลดลง แต่ใน halothane นั้น เมื่อเกิด hepatitis จะมีmortality สูงถึง ๕๐-๗๐% ซึ่งค่อนข้างร้ายแรง แต่ isoflurane ก็มีข้อเสียเช่นกัน คือไม่สามารถใช้เป็น inhale induction ได้ เนื่องจากยาก่อนข้างระคายเคือง ผู้ป่วยมักจะกลืนหายใจและมี bronchospasm จึงนำไปสู่การใช้ยาอีกชนิดหนึ่งคือ sevoflurane

- Sevoflurane เป็นยาที่ใหม่กว่า มีราคาแพงกว่า แต่มีจุดเด่นคือเมื่อใช้เป็น inhale induction แล้วผู้ป่วยหลับได้เร็ว จึงเป็นยาที่มักเลือกใช้เป็นลำดับแรกในผู้ใหญ่ข้อดีอีกอย่างหนึ่งของยาชนิดนี้คือ ถูกกำจัดได้เร็ว ทางปอด ผู้ป่วย จึงตื่นเร็ว แต่มีโอกาสเกิด arrhythmia ใกล้เคียงกับ isoflurane

- Desflurane เป็นยาที่ค่อนข้างใหม่ เริ่มมีใช้ในประเทศไทยบ้างแล้ว แต่ยังคงมีราคาแพงมาก จุดเด่นของยาชนิดนี้คือ ผู้ป่วยตื่นเร็ว จึงเหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องการให้ฟื้นคืนสติทันทีหลังการระงับความรู้สึก เช่น ผู้ป่วยที่ผ่าสมอง ซึ่ง ระหว่างการผ่าตัด (Awake operation) อาจมีการรบกวนต่อ cerebral blood flow จึงต้องประเมินระดับความรู้สึกตัวทันที หลังการผ่าตัด

๓. Muscle relaxant แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๓.๑ Depolarization muscle relaxant ซึ่งมีอยู่เพียงชนิดเดียว คือ

- Succinylcholine มีจุดเด่นคือออกฤทธิ์เร็วและหมดฤทธิ์เร็ว มักถูกนำมาใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้ระยะเวลาไม่ นานหลังฉีดยาก็สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้เลย หรือเมื่อไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยก็สามารถกลับมา หายใจเองได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากยาหมดฤทธิ์เร็ว ระหว่างการผ่าตัดไม่ควรใช้ succinylcholine ในการ maintenance เนื่องจากเมื่อให้ยาเป็นระยะเวลาานาน ฤทธิ์ของยาจะไม่สามารถ reverse ได้ด้วย reversing agent ยาจะเปลี่ยนการออกฤทธิ์ไปเป็นแบบ non depolarization และ กระตุ้นให้

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ) เกิด severe bradycardia จน arrest ได้เพราะฉะนั้น succinylcholine ในการดมยามีเพียงข้อบ่งชี้เดี่ยวคือ สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจเท่านั้น หรือ หัตถการนั้นๆ</p> <p>๓.๒ Non depolarization muscle relaxant ส่วนใหญ่ใช้ในการ maintenance ระหว่างการผ่าตัด pancuronium, vecuronium, atracurium และที่ออกมาใหม่ๆ เช่น cisatracurium และ rocuronium แต่ละตัวมีข้อเลือกใช้ หลักๆ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pancuronium ออกฤทธิ์ยาว เหมาะสำหรับการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานาน แต่สามารถกระตุ้นให้เกิด tachycardia ได้ จึงไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง cardiovascular disease - Vecuronium มีจุดเด่นที่ cardiovascular stability ดีแต่ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคตับ โรคไต เนื่องจากยาจะ ถูกกำจัดได้ช้าลง - Atracurium เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคตับและโรคไต เพราะยาจะไม่ออกฤทธิ์นานขึ้น แต่ต้องระวัง เนื่องจากทำให้เกิด histamine release จึงต้องระวังในคนที่ เป็น COPD หรือ asthma เพราะอาจเกิด bronchospasm ได้ - Cisatracurium เป็นยาใหม่ที่สกัดจาก atracurium มีจุดเด่นที่ cardiovascular stability ที่ดีที่สุดในผู้ป่วยที่มีโรค ตับหรือโรคไต ไม่มี histamine release แต่เนื่องจากยายังมีราคาแพง ปัจจุบันจึงไม่เป็นที่นิยมนัก - Rocuronium เป็นยาใหม่ออกฤทธิ์เร็ว ใกล้เคียงกับ succinylcholine ดังนั้นจึงเหมาะกับการใช้ใส่ท่อช่วยหายใจ แต่หมดฤทธิ์ช้ากว่า succinylcholine ดังนั้นถ้าใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก อาจมีปัญหาเรื่อง apnea ได้ <p>๔. Opioid</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morphine ใช้ระงับปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ทั้งที่เป็นอาการปวดแบบเฉียบพลันและที่เป็น การปวดแบบ เรื้อรัง อาจใช้เป็นยาสำหรับเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก หรือระหว่างการผ่าตัด ต้องลดขนาดยาลงใน ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ และระมัดระวังการใช้เป็นพิเศษในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง - Pethidine hydrochloride เป็นยาที่ออกฤทธิ์จับกับตัวรับในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการ ยับยั้งการนำส่งสัญญาณความเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และตอบสนองต่อความเจ็บปวดต่างจากภาวะ ปกติ ใช้ระงับอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ใช้เสริมฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก ใช้สงบประสาทผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และรักษาอาการคลื่น ที่เกิดหลังการได้ยาระงับความรู้สึก - Fentanyl citrate เป็นยาที่ออกฤทธิ์แรงกว่า morphine ๑๐๐ เท่า ออกฤทธิ์เร็วแต่ระยะสั้น ใช้เป็น ยาเสริม (adjunct) ร่วมกับให้ยาระงับความรู้สึก ทั้งแบบ GA หรือ LA ใช้สงบประสาทผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เช่น ผู้ป่วยที่ ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นยาที่ใช้สำหรับเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อการผ่าตัด นิยมใช้ในผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า morphine เนื่องจากออกฤทธิ์เร็วกว่าและทำให้เกิดความดันโลหิต ต่ำน้อยกว่า morphine

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)</p> <p>๕. Reversal agent เป็นยาที่ใช้ reverseฤทธิ์ของ non depolarization muscle relaxant - Neostigmine methylsulfate - Edrophonium chloride</p> <p>๖. Local anesthetics ปัจจุบันนอกจาก lidocaine, bupivacaine ที่เรารู้จักกันดีแล้ว ยังมี levobupivacaine และ ropivacaine ที่มี Cardiac toxicity น้อย จึงปลอดภัยกว่า bupivacaine แต่ราคาสูง จึงไม่นิยมมัก Perioperative care แบ่งออกเป็น ๓ ช่วงด้วยกัน ได้แก่ การระงับความรู้สึกจะแบ่งเป็น phase</p> <p>๑. Preoperative phase จะเป็นเรื่องของการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการดมยาสลบ โดยการท ๑ Preoperative evaluation preparation มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผู้ป่วยจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาส่ง investigation หรือส่งปรึกษาแผนกหรือไม่ และเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด เพื่อที่จะทำให้ระหว่างการระงับความรู้สึกมีประสิทธิภาพและปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญ คือ inform consented การพิจารณา condition ของผู้ป่วยแจ้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในการผ่าตัดครั้งนั้นๆแก่ญาติ ของผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองก็เป็นอีกเรื่องที่สำคัญ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นกับสถานการณ์ ถ้าหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถรอได้ ต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วน ก็ต้องทำการผ่าตัดเลย โดยที่ไม่รอเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แต่ถ้าหากยังมีเวลาก็ควรจะเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดให้มากที่สุด เพื่อให้การผ่าตัดของคนไข้ราบรื่นและปลอดภัยที่สุด และถ้าผู้ป่วยมีปัญหาหรือว่ามีโรคประจำตัวก็ต้องพิจารณาว่ามีโรคใดที่อาจมีผลต่อการระงับ ความรู้สึกในช่วง peri operative หรือไม่ ต่อมาสิ่งที่เราใช้ในการประเมินผู้ป่วยคือ ASA classification โดย American society of anesthesia แบ่งผู้ป่วยเป็นระดับต่างๆทั้งหมด ๖ ระดับ</p> <p>ASA ๑- A normal healthy patient</p> <p>ASA ๒- A patient with mild systemic disease</p> <p>ASA ๓- A patient with severe systemic disease</p> <p>ASA ๔- A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life</p> <p>ASA ๕- A moribund patient who is not expected to survive without the operation คือผู้ป่วยที่ถ้าหาก ไม่ได้รับการผ่าตัด อาจเสียชีวิตภายในระยะเวลา ๒๔ ชั่วโมง</p> <p>ASA ๖- A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes คือ ผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่สมองตายที่เราจะมาใช้เอาอวัยวะไปให้ผู้ป่วยคนอื่นได้</p> <p>E- For emergency ใส่ตามหลังของทุกระดับที่มาผ่าตัดแบบฉุกเฉินซึ่ง เราแยกผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ออกมาเนื่องจากว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากกว่าคนที่นัดมาผ่าตัด เพราะว่าในผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดจะมีการ เตรียมตัวผู้ป่วยที่พร้อมกว่า operation diagnosis ก็จะมีคามแม่นยำกว่า การแบ่งผู้ป่วยตาม ASA classification ก็เพื่อประโยชน์ในการวางแผนระงับความรู้สึก เพื่อดูว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความเสี่ยงในการทำการระงับความรู้สึกอยู่ในระดับใด ระดับ mortality จะเพิ่มขึ้นตาม physical status ASA ๑ จะมีอัตราการตายน้อยมาก อีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญคือเรื่องการงดน้ำงดอาหาร ปัจจุบันมีตั้งแต่ guidelineปี ๑๙๙๘ เป็นต้นมา มีการเปลี่ยน ระยะเวลาการงดน้ำงดอาหารที่แต่เดิมเอาที่ ๖ ชั่วโมงเป็นหลัก แต่ต่อมาเราค้นพบว่าเมื่อให้ผู้ป่วย</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

รับประทานอาหารที่ เป็นของเหลวใสมีค่า half life in stomach แค่ ๑๐ - ๒๐ นาทีเท่านั้น ดังนั้นจึงไม่จำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยงดอาหารถึง ๖ ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเพียงเล็กน้อยแล้วมาดูค่า residual gastric volume ที่ ๒ ชั่วโมง พบว่ามีค่าน้อยกว่าในคนที่งดน้ำงดอาหาร ๖ ชั่วโมงเสียอีก เพราะฉะนั้น จะเห็นว่าการดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย นอกจากจะไม่เพิ่ม ความเสี่ยงในการเกิด aspiration แล้วยังมีข้อดีในแง่ของการมี residual gastric volume ที่ น้อยกว่าอีกด้วย นอกจากนี้ เมื่อให้ผู้ป่วยงดน้ำอดอาหารข้ามคืนพบว่า ๕๐% บ่นว่ามีอาการหิวมาก ๔๔% บ่นว่าหิวน้ำ แล้วยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่งดน้ำงดอาหารมาค้างคืนที่โรงพยาบาลข้ามคืน ๑๔% มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๔๕ mg% จึงเป็นที่มาของ Guideline ใหม่ ที่ไม่จำเป็นต้องงดน้ำงดอาหารถึง ๖ ชั่วโมง อีกต่อไป แต่อย่างไรก็ตามแนวทางใหม่นี้ก็ยังไม่เป็นที่แพร่หลายนัก คำแนะนำใหม่ของ American society of anesthesia แนะนำว่าถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวใส สามารถ รับประทานได้ถึง ๒ ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดโดยที่ไม่มีปัญหาเรื่องกระเพาะเต็ม และถ้าผู้ป่วยดื่มนมแม่ในเด็กเล็กให้งดเพียง ๔ ชั่วโมงก่อนผ่าตัด แต่ถ้าเป็นนมซึ่งย่อยยากกว่านมแม่ต้องงด ๖ ชั่วโมง เช่นเดียวกับอาหารชนิดอื่น จากการค้นพบนี้จะ ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กไม่ต้องทนต่อความหิวมากเกินไปนัก

* แนวทางการปฏิบัติข้างต้นสำหรับผู้ป่วยสุขภาพดีทุกช่วงอายุที่จะเข้ารับการผ่าตัดตามตารางนัดหมาย แต่ไม่สามารถ นำไปใช้กับผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ได้ การสูบบุหรี่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดมยาสลบ ในบุหรี่มีสารพิษมากมายที่เป็นโทษต่อร่างกาย หนึ่งในนั้นคือ nicotine ซึ่งมีฤทธิ์ vasoactive agent ทำให้เกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด (endothelial wall injury) ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานมีปัญหาเรื่อง Thrombotic disease และมีการ inhibit capillary blood flow มีการ releasing catecholamines จนกระตุ้นให้เกิด tachycardia และ hypertension ได้ และยังลดการเกิด epithelialization เพราะฉะนั้น เมื่อติดตามเปรียบเทียบผู้ป่วยพบว่าคนที่สูบบุหรี่มีการหายของแผลที่แย่กว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังกระตุ้น thromboxane A₂ ทำให้มีปัญหาในเรื่องของ platelet aggregation เพิ่มปัญหาของ thrombotic disease นอกจากนั้นสารตัวอื่นๆที่มีในบุหรี่ได้แก่ carbon monoxide ที่เกิดจากการเผาไหม้ ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้เกิด tissue hypoxia จากการจับกับ hemoglobin ซึ่งจับแน่นหนา กว่า oxygen และ carbon dioxide ซึ่งไปทำหน้าที่ oxygen carrier ที่ลดลงทำให้เกิด tissue hypoxia มากขึ้น ทานองเดียวกันกับ nicotine ที่ไปเพิ่มการเกาะตัวกันของเกล็ดเลือด จึงไปเพิ่ม platelet adhesion และทำให้เกิดการหายของแผลช้าลง นอกจากนี้ยังไปทำให้เกิด impairment of mucociliary clearance ทำให้การก าจิต secretion แยก และการสูบบุหรี่ยังทำให้เกิด Postoperative pulmonary complications มากขึ้น ซึ่งมีการศึกษาออกมาว่าเมื่อให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่นานถึง ๘ สัปดาห์ สามารถลดการเกิดภาวะ postoperative pulmonary complication ได้จึงเป็นที่มาว่าเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิด postoperative pulmonary complication การให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา ๘ สัปดาห์ก็จะสามารถช่วย improved lung function และลดการเกิด postoperative complications ได้แต่ถ้าผู้ป่วยมาในระยะที่ไม่สามารถจะหยุดสูบบุหรี่ได้นานถึง ๘ สัปดาห์การหยุดสูบบุหรี่ในระยะเวลานั้นๆก็มีประโยชน์แม้เพียงแค่ ๒๔ ชั่วโมงก็ตาม เพราะจะช่วยลดระดับของ nicotine และ carboxyhemoglobin ได้ ส่วนในแง่ของ mucociliary clearance อาจจะไม่ช่วยนักเพราะที่จริงแล้วต้องใช้

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ระยะเวลา ๖-๘ สัปดาห์ Hypertension เป็น comorbid ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง และพบบ่อยในผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษา โรคความดันโลหิตสูงมี ความสัมพันธ์กับการเกิด cardiovascular problem เป็นที่รู้จักกันอยู่แล้วว่า โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิด target organ damage ไม่ว่าจะเป็นหัวใจ สมองหรือไต ซึ่งล้วนเป็นอวัยวะหลักที่ต้องระวัง ดังนั้นจึงต้องประเมินเรื่อง cardiovascular ในผู้ป่วยเหล่านี้ อย่างละเอียด และอีกเรื่องที่สำคัญของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยทั่วไปแนะนำให้ผู้ป่วยทานยาความดันที่ ได้รับมาต่อเนื่องไปทุกตัวจนถึงเช้าวันผ่าตัดยกเว้นยาในกลุ่ม diuretic ที่ไม่ควรจะได้ในเช้าวันผ่าตัด เนื่องจากอาจเพิ่มปัญหาเรื่อง hypotension และเรื่อง hypokalemia ได้ส่วนยาในกลุ่ม ARB และกลุ่ม ACE Inhibitor จะให้หยุดหรือให้ทานก็ได้ทั้งสองตัวนี้ พบว่าถ้าให้ถึงเช้าวันผ่าตัดอาจมีปัญหเรื่อง hypotension มากกว่าคนที่หยุดยาดังนั้นจึงอาจต้องหยุดยานี้ก่อนที่จะมาดมยาแต่ใน ปัจจุบันถ้าให้มากก็ไม่ถือว่าผิดโดยเฉพาะในการผ่าตัดที่อาจมีปัญหเรื่องความดันโลหิตสูงที่เราต้องการควบคุมระดับความดันโลหิตลงต่ำเพื่อลดปัญหาเรื่องเลือดออกมาก นอกจากเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว อีกสิ่งหนึ่งที่เราต้องพิจารณาคือผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ จะต้อง off operation หรือไม่ เป็นที่รู้จักกันว่า hypertension มีความสัมพันธ์กับ Perioperative cardiac risk แต่ถ้าผู้ป่วยสามารถ ควบคุมระดับความดันได้ดี ระดับความดันสูงไม่มากก็ไม่เพิ่มความเสี่ยงในเรื่องของ peri operative cardiac risk หรือ cardiac even ดังนั้นจะเห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหยุดชะงักการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูงทุกคน แต่ถ้าความดัน โลหิตสูงเป็น stage ๓ คือ SBP > ๑๖๐ mmHg หรือว่า DBP > ๑๑๐ mmHg พบว่าถ้าสามารถควบคุมระดับความดันได้ก่อนก็จะดี แต่ก็ไม่มีevidence base มาพิสูจน์ว่า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่ม Perioperative cardiac risk จริงหรือไม่

Diabetic mellitus (DM) เป็นอีกหนึ่ง comorbid ที่สำคัญ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในช่วง perioperative period พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด perioperative infection มากกว่าคนทั่วไปเพราะการเป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ทำให้ phagocytosis dysfunction และมีปัญหาเรื่อง infection สูงมากกว่าคนปกติถึง ๑๐ เท่าและ พบว่าเมื่อไหร่ก็ตามที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า ๒๒๐ mg% จะเพิ่มโอกาสในการเกิดการติดเชื้อและพบว่าถ้าเราสามารถทำ strict blood sugar control ได้ จะมีผลดีในแง่ของการลด mortality rate โดยจะมีmortality rate ใกล้เคียงกับคนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน จึงเป็นที่มาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงแคบมากขึ้น ในช่วง perioperative period เนื่องจากการพิสูจน์ออกมาแล้วว่านอกจากจะลด perioperative morbidity mortality แล้ว ยังลดเรื่องของ wound infection และลด range of stay ได้ ดังนั้นในปัจจุบันการใช้ IV insulin จึงเข้ามามีบทบาทมากขึ้น subcutaneous insulin จะมีการใช้น้อยลง เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลทำได้ยากกว่า โดยที่เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลคือให้อยู่ในช่วง ๑๐๐ - ๑๘๐ mg% หรือ ถ้าให้ตึกกว่านั้น อาจจะทำให้อยู่ในช่วง ๘๐ - ๑๒๐ mg% แต่ต้องเจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือดบ่อยๆในช่วงที่มีการระงับความรู้สึก เนื่องจากอาจมีปัญหา hypoglycemia ได้ซึ่งอันตรายกว่า hyperglycemia เพราะอาจจะทำให้เกิด permanent brain damage ได้โดยทั่วไปจะต้องหยุดยา oral glycemc drug ในวันที่มาผ่าตัดหรือหนึ่งวันล่วงหน้าโดยเฉพาะยาที่เป็น Long acting drug เช่น chlorpropamide เปลี่ยนไปให้ IV insulin โดยใช้ sliding scale และหากทำ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

tight control การเจาะระดับน้ำตาลบ่อยๆจะทำให้การทำ tight control มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนในแง่ของ cardiac evaluation ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานต้องดูเรื่อง ischemic heart disease ถ้าหากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องนี้ ก็ต้องพิจารณาว่ามีความจำเป็นที่จะต้องส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง โรคหัวใจหรือไม่ ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคหัวใจทุกคนที่จะต้อง consult cardiologist บางคนสามารถผ่าตัดได้เลย โดยที่ guidelines จะ เริ่มดูเป็น step ตั้งแต่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินหรือไม่ เคยได้รับ revascularization มาก่อนหรือไม่และอาศัย clinical predictor ดูว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงเป็นอย่างไรบ้าง

Procedure risk stratification

Risk stratification	Procedure examples
- Vascular (reported cardia risk > ๕%)	- Aortic and other major vascular surgery Peripheral vascular surgery
- Intermediate risk (reported cardia risk > ๑ - ๕%)	- Intraperitoneal and intrathoracic surgery Carotid endarterectomy Head and neck surgery Orthopedic surgery Prostate surgery
- Low risk (reported cardia risk < ๑%)	- Endoscopic procedure Superficial procedure Cataract surgery Breast surgery Ambulatory surgery

ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย revascularization เช่น ผู้ป่วย post CABG ที่มีถูกเข้าใจผิดว่าเป็นผู้ป่วย high risk นั้น ในความเป็นจริงกลับเป็นคนที่มีความเสี่ยงต่ำ เพราะฉะนั้นถ้าได้รับการ evaluated แล้วว่ากราฟ potency ดีก็สามารถมาตามยาได้อย่างปลอดภัยกว่าคนที่ยังไม่ได้ทำ สิ่งที่ต้องพิจารณาในผู้ป่วยที่ post revascularize หรือ post CABG คือความ patent ของ graft โดยเฉลี่ยมักจะใช้งานได้ดี ๔-๖ ปีหลังจากทำ ซึ่งเป็นช่วงที่ thrombosis เกิดได้น้อย ดังนั้นถ้าหากทำการผ่าตัดผู้ป่วยที่ทำ CABG มา การทำภายในระยะเวลา ๔-๕ ปี จึงถือเป็นช่วงที่เหมาะสมสำหรับการตามยาสลบ มักจะไม่เกิด cardiac event และมี perioperative cardiac risk ค่อนข้างต่ำ ช่วงหลังจากนั้นจะเสี่ยง graft thrombosis จึงต้องส่งปรึกษา cardiologist เพื่อดูว่าความ potent ของ graft ส่วนการ revascularize อย่างอื่นเช่น การทำ PTCA คือ การใส่ balloon เข้าไปใน coronary ที่

มี stenosis บางครั้งอาจใส่ stent ด้วยถ้าใส่ได้โดยหลักๆมีสองแบบ คือ drug-eluting และ bare metallic stent โดยใน drug-eluting stent จะมี potency ที่ดีกว่า bare metallic stent เมื่อเทียบกันในระยะยาวแล้ว ความ potency ของ drug-eluting stent จะพอกันกับ CABG แต่ความ invasive and risk น้อยกว่า CABG แต่ metallic stent มี potency อยู่แค่ ๑-๒ ปีเท่านั้น แต่กลับมีข้อดีในช่วง early phase คือ เกิด thrombosis น้อยกว่า และใช้ anti-platelet ใน ระยะเวลาที่สั้นกว่า drug-eluting stent ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง coronary artery disease และมีความจำเป็นที่ จะต้องทำ revascularization แต่ก็มี

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)</p> <p>ความจำเป็นที่จะต้องผ่าตัดภายในระยะเวลาอันใกล้นี้ด้วยเช่นกัน อาจจะต้องแจ้งกับ cardiologist ให้พิจารณาทำเป็น bare metallic stent มากกว่าที่จะเลือกทำเป็น drug-eluting stent เนื่องจากต้องการ antiplatelet</p> <p>ในระยะเวลาแค่ ๔-๖ สัปดาห์เท่านั้น ส่วนใน drug-eluting stent ต้องใช้ anti-platelet อย่างน้อย ๓ เดือน หรือ ๖ เดือน ขึ้นกับชนิด ส่วนผู้ป่วยทั่วไปที่มีปัญหาเรื่อง CHD และ on anti-platelet อยู่แล้ว ถ้าเป็น ASA แนะนำให้หยุด ๕-๑๐ วัน ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ถ้าเป็น plavix แนะนำให้หยุด ๗-๑๐ วันก่อนเข้ารับการผ่าตัด</p> <p>การใช้ perioperative beta blocker มีการศึกษาพบว่า สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิด perioperative MI ได้ถึง ๖๕% ลดการเกิด myocardial infarction และ cardiac death ได้ด้วย จึงมีการแนะนำให้ใช้มากขึ้นตามข้อบ่งชี้โดยพิจารณาตาม cardiac risk index แบ่งเป็น ๖ เรื่อง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. High-risk surgical procedure : intraperitoneal, intrathoracic, suprainguinal vascular ๒. Ischemic heart disease including : history of myocardial infarction, history of angina, use of sublingual nitroglycerine or oral nitrates, positive noninvasive cardiac testing, Q waves on electrocardiogram, symptomatic patients who have undergone PTCA/CABG ๓. History of congestive heart failure ๔. Cerebrovascular disease ๕. Insulin-dependent diabetes mellitus ๖. Chronic renal insufficiency Cr > ๒ mg/dL <p>ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยง ๒ ใน ๖ ข้อขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ควรได้รับ perioperative Beta blocker เพราะเชื่อว่า จะลดความเสี่ยงต่อการเกิด cardiac death ได้ถ้าไม่มีความเสี่ยงหรือมีแค่หนึ่งข้อ ไม่แนะนำให้ใช้เนื่องจาก อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด bradycardia และ hypotension ได้โดย recommendation ให้เริ่มใช้ยา ๑-๒ สัปดาห์ก่อนมาผ่าตัด และมีเป้าหมายของ HR อยู่ ที่ประมาณ ๕๐-๖๐ bpm และที่สำคัญถ้าหากผู้ป่วยได้รับ Beta blocker อยู่แล้ว ไม่ควรหยุดยา ให้รับประทานมาจนถึงเข้าวันผ่าตัด และในผู้ป่วยที่มารับ Beta blocker เฉพาะช่วง Perioperative ควรให้ยาไปต่ออย่างน้อย ๑ สัปดาห์หลังการผ่าตัด การประเมินและเตรียมผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัดในอดีตมีความหลากหลายในการเตรียมและการส่ง investigate มาก แต่ใน ปัจจุบันการทำ routine lap test ไม่มี indication อีกต่อไป เพราะไม่ให้ประโยชน์เปลืองค่าใช้จ่าย บางครั้งยังให้ข้อเสียในการ เจอ false positive result ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการซักประวัติตรวจร่างกายเป็นข้อมูลที่ดีที่สุด ส่วนการส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ จะส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)
ข้อบ่งชี้ของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดการตรวจ	ข้อบ่งชี้
Complete blood count	ภาวะซีด เลือดออกผิดปกติ
chronic blood loss	โรคไต โรคมะเร็ง
Urinalysis Screening test	สำหรับโรคไต การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
Electrolytes	โรคไต โรคเบาหวาน รับประทานขับปัสสาวะ, digoxin, steroids
BUN/Creatinine	โรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ
Blood sugar	โรคเบาหวาน ใช้อยากลุ่ม steroids
Liver function tests	โรคตับ ถุงน้ำดี ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะขาดสารอาหาร โรคพิษสุราเรื้อรัง รับประทานยาเคมีบำบัด
Coagulogram	โรคตับ เลือดออกผิดปกติ รับประทาน anticoagulants
Chest X-Ray	โรคหัวใจ โรคปอด โรคมะเร็ง สูบบุหรี่ ไอเรื้อรัง มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค
ECG	โรคหัวใจ โรคปอด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

ข้อแนะนำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Screening tests)

	CBC	CXR	EKG	E'lyte	BUN/Cr	BS	Coag
อายุ ≤ ๔๕ ปี แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว	✓						
อายุ > ๔๕ ปี แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว	✓	✓	✓				
อายุ > ๖๐ ปี แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดใหญ่	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

๒. Intraoperative care fluid management

ในอดีตเราให้fluid management เพื่อหวังผลให้เพิ่มประสิทธิภาพของ cardiac output ทำให้มี tissue perfusion ที่ดีพอ การมีgood urine out put โดยมีเป้าหมายคือ ๑ ml/kg/hr แต่ปัจจุบันเริ่มมีการศึกษา ที่มีแนวโน้มที่จะ restrict fluid ออกมามากขึ้น จะเห็นว่าเดิมจะมีการให้perioperative fluid เพื่อทดแทน third space loss ทดแทนน้ำที่เสีย ไปในบริเวณที่มีเนื้อเยื่อบาดเจ็บ ทำให้intravascular volume ลดลง แต่ในปัจจุบันเริ่มมีแนวคิดที่เปลี่ยนไปคือ ไม่มีการให้สารน้ำทดแทน third space loss และให้สารน้ำ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ทดแทนเฉพาะ blood loss เท่านั้น ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าการทำ restrict intravenous fluid regimen โดยการไม่ทดแทนสารน้ำที่เสียไปใน third space loss นั้น สามารถลด postoperative complication ได้ อย่าง significant และลดการเกิด postoperative pulmonary complication ได้อีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า การตายของผลดีกว่าในกลุ่มที่ให้ standard regimen และยังพบอีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ restrict regimen ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ standard regimen เสียชีวิต ๔ รายจากการมี cardiac even ไม่ว่าจะเกิดจาก heart failure หรือ volume overload ถึงแม้ว่าในกลุ่มที่ restrict fluid จะมี urine output ที่ลดลงในวันแรก แต่เมื่อติดตาม Cr ไปจนถึงวันที่ ๖ หลังการผ่าตัด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่ใช้ standard regimen จากข้อมูลเหล่านี้ทำให้ปัจจุบันเริ่มมีการใช้ restrictive มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็น GI surgery เนื่องจากเชื่อว่าช่วยลดการบวมของลำไส้และทำให้ลำไส้กลับมาทำงานเร็วขึ้น โดยวัดจากการที่มีการผายลมและมี bowel sound จะเห็นว่านอกจากลด morbidity – mortality แล้วยังลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้อีกด้วย ซึ่งใน restrict fluid regimen จะยอมรับ urine output ที่ ๐.๕ ml/kg/hr ไม่ควรจำกัดน้ำ จน urine output น้อยกว่านี้

แนวทางการให้สารน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดหมาย

- ไม่มีการให้สารน้ำเมื่อเริ่มต้นนำสลบ หรือก่อนการทำ epidural analgesia (เมื่อให้ opioid analgesic)

- ไม่มีการให้สารน้ำทดแทน “third space” หรือปัสสาวะที่ออก (ควรพิจารณาตามความเหมาะสมถ้าปัสสาวะออก ปริมาณมาก เช่น ได้ยาขับปัสสาวะ มีภาวะ diabetes insipidus เป็นต้น)

- ในการทดแทนเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด ให้เริ่มด้วย Crystalloid (ทำให้ความเข้มข้น ของโปรตีน และค่า oncotic pressure ในเลือดลดลง) แล้วจึงเปลี่ยนเป็น Colloid (ซึ่งไม่พบว่าทำให้อัตราตายลดลงและเพิ่มโอกาสเกิด acute kidney injury) แต่หากต้องการจำกัดปริมาณสารน้ำที่ให้ ก็ควรเริ่มให้ด้วย Colloid สรุปคือ ไม่มีสารน้ำ ชนิดใดที่มีคุณสมบัติพอที่จะเป็นมาตรฐานโดยไม่มีผลแทรกซ้อน

- จำกัดการให้ Crystalloid ปริมาณ ๑๐๐-๒๐๐ ml/hr ในผู้ใหญ่

- ควรใช้สารน้ำที่เป็น Balanced salt solution ดีกว่า Normal saline

- ควรจำกัดปริมาณสารน้ำ

และให้ยาขับปัสสาวะ เมื่อน้ำหนักผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น > ๑ กก.

๓. Postoperative care การดูแลทางวิสัญญีในระยะหลังการผ่าตัด จะเป็นเรื่องของการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก การ ควบคุมความเจ็บปวด และการพิจารณาย้ายผู้ป่วยออกจากหน่วยดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก (postanesthesia care unit, PACU) หรือห้องพักฟื้น (recovery room, RR) โดยพิจารณาจาก การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก PACU หลังการได้รับการระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รู้บุคคล สถานที่ เวลา หรืออย่างน้อยรู้ตัวเท่ากับก่อนผ่าตัด

- มี vital signs คงที่ไม่ต่ำกว่า ๑ ชั่วโมง

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

- ประเมินความรู้สึกลึกลับของผู้ป่วยพบว่า ความเจ็บปวดอยู่ในเกณฑ์ที่ผู้ป่วยยอมรับได้ คือ ปวดน้อย ไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่อาเจียน ไม่มีการคั่งของปัสสาวะ (urinary retention)

- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรม เช่น แผลผ่าตัดมีเลือดออกมาก (active bleeding)

- ถ้าผู้ป่วยได้รับยาระงับความเจ็บปวดกลุ่ม opioid ควรได้รับการเฝ้าระวังการหายใจอย่างน้อยเป็นเวลา ๑๕ นาที

- Postanesthetic recovery score มากกว่าหรือเท่ากับ ๙ ผู้ป่วยบางรายซึ่งคล้ายแพทย์และวิสัญญีแพทย์ตกลงร่วมกันที่จะส่งผู้ป่วยออกจาก PACU ไป ICU อาจไม่จำเป็นต้อง ถึงเกณฑ์ดังกล่าว

จากการทำงานด้วยบทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาล จึงได้ทำการรวบรวมข้อมูล และมีความสนใจในการศึกษาผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพราะเป็นการดูแลทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เป็นการดูแลที่มีความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการให้การพยาบาลทางวิสัญญีในหญิงตั้งครรภ์ก็เป็นการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง จึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา การผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการที่พบบ่อยและเพิ่มมากขึ้นเรื่อยในทุกสถานบริการที่มีสูติแพทย์แม้ว่า องค์การอนามัยโลกจะกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าเป็นร้อยละ ๑๐-๑๕ และอัตราการผ่าตัดคลอดในครรภ์แรก ร้อยละ ๔๕ ทำกันร้อยละ ๘๕ มีหลายสถาบันที่เสนอว่าเป็นการคลอดที่ปลอดภัยและเหมาะสมที่สุด อย่างไรก็ตามอัตราการผ่าตัดคลอดนั้นเป้าหมายก็คือเพื่อผลลัพธ์ ทางสุขภาพที่ดีที่คำนึงถึงมารดาและทารก ซึ่งการเจ็บครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ที่ได้รับการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โรงพยาบาลพินุลมังสาหารเป็นโรงพยาบาลระดับ M๒ ตามกรอบ ๑๒๐ เตียงให้บริการจริง ๑๕๐ เตียง ยอดผู้รับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มี ๔,๓๐๒ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มี ๔,๖๕๐ ราย และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มี ๕,๓๐๙ ราย มีจำนวนการผ่าตัดคลอดจากการคลอดทั้งหมดในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มี ๑,๐๖๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๒๔.๗๕ ของจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มี ๑,๑๙๙ รายคิดเป็นร้อยละ ๒๕.๗๘ ของจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดและปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มี ๑,๑๙๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๒๒.๔๓ ของจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด ตามลำดับ ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดแบบให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional block) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๙๖๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๘๙ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๑๐๘ รายคิดเป็นร้อยละ ๙๒.๔๑ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมดและในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๑,๑๑๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๙๓.๖๒ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ตามลำดับ ในส่วนของการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๖๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๑๙ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๔๓ รายคิดเป็นร้อยละ ๓.๕๘ ของผู้รับบริการ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ผ่าตัดคลอดทั้งหมดและในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๓๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๒.๙๔ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ตามลำดับ และผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional block) ร่วมกับ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๑ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๔๘ รายคิดเป็นร้อยละ ๔ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมดและในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๔๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๓.๔๔ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ตามลำดับ ซึ่งแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดของ โรงพยาบาล เลือกให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional block) เป็นอันดับแรกนอกจากนั้นเลือกจาก ข้อบ่งชี้ของ คนไข้เช่นมีภาวะฉุกเฉินมากโดยเฉพาะทารกในครรภ์หัวใจเต้นช้า (Fetal Distress) หรือมารดามีปากมดลูกเปิดหมดแล้วคลอดปกติไม่ได้ (Prolong second stage) หรือส่วนนำของทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกราน (Cephalo pelvic disproportion) เด็กท่าก้นที่มีส่วนนำออกมาก่อน(Footing Breech Presentation) และสุดท้ายคือทำหัตถการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional block) ไม่สำเร็จจึงเลือกการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดคลอด นั้นวิสัญญีพยาบาล ต้องมีความรู้ มีทักษะมีการตัดสินใจและมีความเข้าใจในเทคนิคการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับหัตถการนั้นๆ โดยเฉพาะในมารดาที่ตั้งครรภ์มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมากโดยเฉพาะน้ำหนัก ทำให้มีความเสี่ยงในเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจยากตลอดจนมีการเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากความเจ็บปวดและจำเหตุการณ์ไม่ได้ ทีมวิสัญญีต้องรักษาอาการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกายให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ในกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เพราะทำให้ทีมวิสัญญีสามารถ ควบคุมระดับการหายใจของผู้ป่วยลดความเครียดความวิตกกังวล มีการเฝ้าระวังและบันทึกการเปลี่ยนแปลง ระดับสัญญาณชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ การผ่าตัดคลอดบุตรในแต่ละราย ก็ขึ้นอยู่กับทักษะและความชำนาญของสูติแพทย์ ทีมพยาบาลผ่าตัดและความสามารถของทีมวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง ๓ ระยะรวมถึงการดูแลหลังผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วย

การตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องทำหัตถการผ่าตัดคลอดบุตรก็เป็นความเสี่ยงสูงของมารดาและทารก บทบาทของวิสัญญีพยาบาลผู้ให้ยาระงับความรู้สึกแก่มารดาที่ตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดบุตรต้องมีความรู้ มีทักษะมีความเข้าใจในลักษณะทางกายวิภาคที่เปลี่ยนแปลงของมารดาตั้งครรภ์และเพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจ เลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดนั้นๆรวมทั้งมีทักษะในการประเมินผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ การติดตามสัญญาณชีพ การเตรียมยาและอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะมารดาที่มีมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีโอกาสเกิดการใส่ท่อช่วยหายใจยาก และเพื่อให้มารดา ที่มาผ่าตัดคลอดปลอดภัย มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ดังนั้นการเฝ้าระวังเรื่องการให้สารน้ำทดแทนการเสีย เลือดและน้ำที่เสียไปเป็นสิ่งที่สำคัญ ในรายที่มีน้ำหนักตัวมาก ต้องมีการเฝ้าระวังทางเดินหายใจอุดกั้น หรือ หายใจไม่เพียงพอหลังจากการให้ยาระงับปวด ผลการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกของ หน่วยงานทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดล่วงหน้าและกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)</p> <p>วัตถุประสงค์ของการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา</p> <p>เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ให้การรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดคลอด</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการพยาบาลทางวิสัญญีที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพสูงและปลอดภัยทั้งมารดาและทารก</p> <p>ขั้นตอนการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๒ ราย ๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมี พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ ๓. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ เพื่อใช้เป็นข้อมูล ๔. ปรึกษากับพยาบาลผู้ชำนาญการและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา ๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลทั้ง ๔ มิติคือรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู ตามกระบวนการพยาบาลทั้ง ๕ ขั้นตอน ซึ่งเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลโดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ๖. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูลการวางแผนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืดก่อนจำหน่าย ๘. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาจัดทำเป็นเอกสารและนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อชี้แนวทางและตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ๙. สรุปเรียบเรียงผลงานและเขียนรายงานจัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ) แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิด ๗ Aspects of care ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> ๑. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (Assessment) ๒. การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management) ๓. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) ๔. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) ๕. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) ๖. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ให้บริการ และครอบครัว (Facilitation of Patient & Family Self Care) ๗. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction)
๕.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ) กรณีศึกษารายที่๑ มารดา G๒P๑AoL๑ Previous cesarean section อายุครรภ์ ๓๘+๒ สัปดาห์ แพทย์นัดมาผ่าตัด วิสัญญีประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา ASA.Class๒ Elective case ตรวจใบหน้า Malampati Class ๓ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะใส่ท่อช่วยหายใจยาก เลือกให้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรกเป็นให้ยาชาเฉพาะที่ แต่ทำหัตถการไม่สำเร็จ จึงเลือกให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกมีการเตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจเลือกขนาดเล็กกว่าเดิม ๑ เบอร์ คือ เส้นผ่าศูนย์กลาง ๖.๕ มิลลิเมตร ใส่ Stylet ในท่อช่วยหายใจวิสัญญี ผู้ช่วยกด Cricoid cartilage เพื่อให้เห็น Epiglottis ชัดเจน แล้วใส่ท่อช่วยหายใจลงไปไหลตลอดลม ฟังปอดทั้ง ๒ ข้างเท่ากัน ทำการผ่าตัดคลอด ใช้เวลาทั้งหมด ๕๕ นาที ผ่าตัดเสร็จแก้ฤทธิ์ยาคลายกล้ามเนื้อ ถอดท่อช่วยหายใจออกและย้ายมาพักพื้นที่ห้องพักฟื้น ๑ ชั่วโมง EBL.= ๔๐๐ ml ทารกหนัก ๓,๒๕๐กรัม Apgar score ๙-๑๐-๑๐ คะแนน นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ๔ วัน กรณีศึกษารายที่๒ มารดา G๑PoAoLo section อายุครรภ์ ๔๐+๒ สัปดาห์ ไม่เจ็บครรภ์อายุครรภ์ครบกำหนด วิสัญญีประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา ASA.Class๒ เป็นกรณี Emergency case จากการคลอดไม่ก้าวหน้า Indication CPD . Malampati Class ๓ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะใส่ท่อช่วยหายใจยาก เลือกให้ยาระงับความรู้สึกครั้งแรกเป็นให้ยาชาเฉพาะที่ แต่ทำหัตถการไม่สำเร็จ จึงเลือกให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในระยะก่อน ให้ยาระงับความรู้สึกมีการเตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจเลือกขนาดเล็กกว่าเดิม ๑ เบอร์ คือ เส้นผ่าศูนย์กลาง ๖.๕ มิลลิเมตร. ใส่Stylet ในท่อช่วยหายใจวิสัญญีผู้ช่วยกด Cricoid cartilage เพื่อให้เห็น Epiglottis ชัดเจน แล้วใส่ท่อช่วยหายใจลงไปไหลตลอดลม ฟังปอดทั้ง ๒ ข้างเท่ากัน ทำการผ่าตัดคลอด ใช้เวลาทั้งหมด ๕๐ นาที ผ่าตัดเสร็จแก้ฤทธิ์ยาคลายกล้ามเนื้อ ถอดท่อช่วยหายใจออกและย้ายมาพักพื้นที่ ห้องพักฟื้น ๑ ชั่วโมง EBL.= ๔๐๐ ml ทารกหนัก ๔,๕๕๐ กรัม Apgar score ๙-๑๐-๑๐ คะแนน นอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาล ๓วัน

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ</p> <p>๖.๑.เป็นแนวทางสำหรับวิสัญญีพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</p> <p>๖.๒.เพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</p> <p>๖.๓.เป็นแนวทางการกำหนดมาตรฐาน/วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</p>
<p>๗.ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ</p> <p>การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วย ๒ ราย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ผู้จัดทำ จึงเลือกผู้ป่วยที่มีทั้งความเหมือนและความต่างกันคือ เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเหมือนกัน วิธีการเลือกการระงับความรู้สึกเหมือนกันคือ การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia : SB)แต่ทำหัตถการทางวิสัญญีไม่สำเร็จจึงเปลี่ยนเป็นวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General Anesthesia) และมีความต่างกันคือเป็นการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน และแบบไม่ฉุกเฉิน จึงมีต้องศึกษาผลลัพธ์ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าอนโรพยาบาลจนถึงออกจากโรงพยาบาลเพื่อหาข้อสังเกต ว่าผลการรักษาของผู้ป่วยทั้ง ๒ รายเป็นอย่างไร</p>
<p>๘.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ</p> <p>๑.ความยุ่งยาก ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดคลอด จะมีความแตกต่างกันในการเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยผ่าตัดแบบฉุกเฉิน และการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน วิสัญญีพยาบาลที่ทำการให้การดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ความชำนาญ และมีการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุม</p> <p>๒.การระงับความรู้สึกในหญิงตั้งครรภ์ เป็นการให้การพยาบาลทางวิสัญญีที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ว่าจะเป็นการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General Anesthesia)และการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia : SB) วิสัญญีที่ดูแลต้องอาศัยประสบการณ์ มีการเตรียมความพร้อมที่มีมาตรฐานก่อนให้การระงับความรู้สึก</p> <p>๓.ผู้ป่วยทางสูติกรรมที่มารับบริการผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยและญาติจะมีความคาดหวังในผลการรักษาค่อนข้างสูง</p>
<p>๙.ข้อเสนอแนะ</p> <p>๑. วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอด ต้องมีความรู้และทักษะ ในการประเมินก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา มีการเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลง และการแก้ปัญหาเป็นสิ่งที่สำคัญ</p> <p>๒. มีการทบทวนและฟื้นฟูความรู้อยู่เสมอเพื่อส่งเสริม ให้การบริการวิสัญญีมีประสิทธิภาพเช่นการอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการและพัฒนาทักษะอยู่เสมอ</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙.ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๓. ทีมวิสัญญีมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการให้ยาระงับความรู้สึกและมีการเตรียมความพร้อมในทีมเพื่อช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ถ้าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการเครือข่ายวิชาชีพพยาบาล (CNOR) เขตสุขภาพที่ ๑๐ วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ.โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน


- ๑)นางสาวจิราพร พัฒลากุล สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวจิราพร พัฒลากุล) ผู้ขอประเมิน
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๗

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจิราพร พัฒลากุล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาววัชรีย์ บุตรศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

วันที่ ๙ / ๗ .ค. / ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) 

(นายทนง คำศรี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) ๑๐ / ๗ .ค. / ๒๕๖๗

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑.เรื่อง พัฒนาแนวทางการให้ความรู้เรื่องการระงับความรู้สึกในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยใช้ QR Code

๒.หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดคลอดหมายถึงการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านรอยผ่าที่หน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูก ในช่วงอายุครรภ์ที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้ซึ่งโดยปกติแล้ว จากสถิติการผ่าตัดของแผนกวิสัญญีโรงพยาบาลพินุลมังสาหารพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดยังคงขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดแม้แนวทางการปฏิบัติตนที่ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ให้ความรู้บางรายได้รับและบางรายไม่ได้รับไปศึกษาแนวทางก่อนเข้ารับการผ่าตัดเนื่องจากการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติตนมีความสำคัญทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยและเพื่อให้ประสิทธิภาพสูงสุด

จากสถิติของงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลพินุลมังสาหาร พบว่า ยอดผู้รับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มี ๔,๓๐๒ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มี ๔,๖๕๐ ราย และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มี ๕,๓๐๙ ราย มีจำนวนการผ่าตัดคลอดจากการคลอดทั้งหมดในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มี ๑,๐๖๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๒๔.๗๕ ของจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มี ๑,๑๙๙ รายคิดเป็นร้อยละ ๒๕.๗๘ ของจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดและปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มี ๑,๑๙๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๒๒.๔๓ ของจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด ตามลำดับ ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดแบบให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional block) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๙๖๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๘๙ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๑๐๘ รายคิดเป็นร้อยละ ๙๒.๔๑ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมดและในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๑,๑๑๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๙๓.๖๒ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ตามลำดับ ในส่วนของการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๖๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๑๙ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๔๓ รายคิดเป็นร้อยละ ๓.๕๘ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมดและในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๓๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๒.๙๔ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ตามลำดับ และผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional block) ร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๑ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๔๘ รายคิดเป็นร้อยละ ๔ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมดและในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๔๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๓.๔๔ ของผู้รับบริการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ตามลำดับ

จากจำนวนผู้รับบริการดังที่ได้กล่าวมา พบแนวโน้มการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งการให้การพยาบาลทางวิสัญญีแก่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจจึงมีความสำคัญมาก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และการเข้าถึงผู้ป่วยในโลกยุคปัจจุบันที่มีการใช้โซเชียลอย่างแพร่หลายจะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงได้ การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ยังไม่เข้าสู่ระยะการคลอดจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมก่อนมาโรงพยาบาล

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การให้ยาระงับความรู้สึกก็มีความเสี่ยงสูง ควรมีบอกกล่าวแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทราบและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกริธี การให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความวิตกและลดความวิตกกังวล ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนซึ่งการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อเข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังต้องมีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์โดยวิสัญญีพยาบาลจากปัญหาการล้มแผนพับให้ความรู้ไปให้ผู้ป่วยอ่านก่อนวันผ่าตัด จึงทำให้มารดาไม่ได้รับทราบข้อมูลและกระบวนการที่ครบถ้วนของการผ่าตัดในทุกๆระยะจึงเป็นที่มาของการใช้หลักแนวคิด ๒P Safty ผู้ป่วยปลอดภัยเราก็ปลอดภัยและหลักการของการเรียนรู้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และวิสัญญีพยาบาล จึงเป็นที่มาของการจัดทำพัฒนาแนวทางการให้ความรู้การระงับความรู้สึกในหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยใช้ระบบการสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อให้ทันต่อยุคสมัยของโลกดิจิทัลในทุกวันนี้ซึ่งทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้อย่างสะดวกและลดปริมาณการใช้กระดาษของกลุ่มงาน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มีพัฒนาแนวทางการให้ความรู้การระงับความรู้สึกในหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยการสแกน QR Code
๒. เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลสามารถนำ QR Code คู่มือไปแนะนำหญิงตั้งครรภ์และดูแลตามแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดบุตรให้เป็นแนวทางเดียวกัน
๓. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์หรือผู้ดูแลมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาการให้ข้อมูลมารดาที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
๒. ทบทวนเนื้อหาวิชาการการให้ข้อมูลมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนหรือแบบ ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว
๓. ปรึกษา ทีมวิสัญญีเพื่อช่วยตรวจสอบและปรับปรุงเนื้อหาการให้ข้อมูลกับมารดาที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
๔. ประชุมทีมวิสัญญีพยาบาลเพื่อแจ้งแนวทางการปฏิบัติและการจัดทำเอกสารตาม QR Code ให้ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนหรือการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว
๕. จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติและการจัดทำเอกสาร QR Code
๖. ให้คำแนะนำแก่มารดาและญาติในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดตามแนวทางปฏิบัติในเอกสาร QR
๗. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ งานการพยาบาลผู้คลอด เพื่อดำเนินการให้ความรู้แก่มารดาในโรงเรียนพ่อแม่ระยะที่ ๒ เพื่อให้มารดารู้จักวิธีการระงับความรู้สึกเมื่อต้องมาผ่าตัดคลอด และมีการทบทวนและให้ความรู้อีกครั้งเมื่อมารดาเข้าสู่ระยะการคลอดและต้องมาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
๘. ติดตามผลการประเมินความรู้ของมารดาหลังการให้คำแนะนำ

แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ


๑. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งแบบทั่วตัวและการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน
๒. หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องทั้งก่อนขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนหรือแบบทั่วตัว
๓. เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของงานวิสัญญี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีพัฒนาแนวทาง การให้ความรู้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยใช้ QR Code จำนวน ๑ เรื่อง
๒. วิสัญญีพยาบาลสามารถนำ QR Code คู่มือไปแนะนำหญิงตั้งครรภ์และการดูแลตามแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนมากกว่าร้อยละ ๑๐๐
๓. หญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนมีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนขณะและหลังผ่าตัดมากกว่าร้อยละ ๑๐๐

โอกาสพัฒนา/การพัฒนาต่อเนื่อง

๑. การระงับความรู้สึกแก่มารดาที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิสัญญีพยาบาลที่ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ มีการรวบรวมข้อมูลสำคัญ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และต้องมีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้อยู่เสมอ และมีการทบทวนผู้ป่วยเป็นระยะ
๒. การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการให้คำแนะนำจะทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพ และติดตามในทุกสถานการณ์ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการดูแลตัวเองหลังผ่าตัด
๓. การประมาผล ติดตาม และประเมินผลของการให้คำแนะนำของวิสัญญีพยาบาล จะทำให้ทราบถึง จุดเด่น จุดอ่อน และโอกาสพัฒนาในการให้การพยาบาลต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ขอประเมิน

(นางสาวจิราพร พัฒลากุล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการที่ได้รับมอบหมาย ให้ปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลเด็กด้านพัฒนาการ โดยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้ใช้ความรู้ ความชำนาญงานและประสบการณ์ในงานเป็นเวลา ๔ ปี ในการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กิจกรรมมีการคัดกรอง ประเมิน ส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการในรายพบปัญหาล่าช้า จึงได้สนใจที่จะนำความรู้มาปรับปรุงแก้ไข ในการดูแลพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

(นิตยา ศษภักดี ๒๕๔๑) พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่และวุฒิภาวะของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งตัวบุคคล ทำให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำสิ่งที่ยากสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยทั่วไปพัฒนาการปกติแบ่งออกเป็น ๕ ด้าน ได้แก่

๑. พัฒนาการด้านร่างกาย (physical development) เป็นความสามารถของร่างกายในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว โดยการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (gross motor) การใช้มือและตาประสานกันในการทำกิจกรรมต่างๆ (fine motor-adaptive)

๒. พัฒนาการด้านสติปัญญา (cognitive development) เป็นความสามารถในการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆกับตนเอง การรู้จักคิด รู้เหตุผลและความสามารถในการแก้ปัญหา พัฒนาการด้านภาษา (language) และการใช้มือกับตา (fine motor) เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญา

๓. พัฒนาการด้านจิตใจ- อารมณ์ (emotional development) เป็นความสามารถของร่างกายในการแสดงความรู้สึกและควบคุมการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการสร้างความรู้สึที่ดี นับถือตนเอง (self esteem)

๔. พัฒนาการด้านสังคม (social development) เป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (personal-social, self help, self care)

๕. พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (spiritual development) เป็นความสามารถในการรู้จักคุณค่าของชีวิตของตนเอง สามารถในการเลือกดำรงชีวิตในทางสร้างสรรค์เป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม มีความรู้ผิดชอบชั่วดีและมีคุณธรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกันที่สามารถทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ เช่น เด็กอายุ ๒๐ เดือนแต่ยังเดินไม่ได้ ในขณะที่เด็กปกติเริ่มเรียนรู้ที่จะเดินและเดินได้ในช่วงอายุ ๙ เดือน ๑๕ เดือน เป็นต้น โดยความล่าช้านี้ปรากฏให้เห็นตั้งแต่วัยทารกและวัยเด็กตอนต้น พัฒนาการล่าช้าอาจพบเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หลายด้าน หรือทุกด้าน (global developmental delay) และพัฒนาการล่าช้าในด้านหนึ่งอาจส่งผลให้พัฒนาการในด้านอื่นล่าช้าด้วยก็ได้

ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรมหรือชุดหน่วยของยีนที่เด็กได้รับสืบทอดมาจากบิดามารดา

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมก่อนคลอด การติดเชื้อ สารพิษ สภาวะทางโภชนาการและการเจ็บป่วยของมารดาส่งผลต่อพัฒนาการของตัวอ่อนในครรภ์

ปัจจัยด้านกระบวนการคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เช่น ภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมหลังคลอด สภาพแวดล้อมหลังคลอด ปัจจัยด้านระบบประสาท และสภาพแวดล้อมส่งผลร่วมกันต่อพัฒนาการของเด็ก เด็กที่ไม่มีบิดามารดา หรือเด็กที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด ยากจน เด็กถูกทอดทิ้ง-ล่วงละเมิด ปัจจัยด้านการศึกษา เขาวนปัญญา และความสามารถของมารดา ในการจัดสภาพการเรียนรู้ของเด็ก สาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการ

๑. โรคพันธุกรรม เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้ามาตั้งแต่เกิดหรือสังเกตได้ชั่วระยะไม่นานหลังเกิด มักมีลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดร่วมด้วย กลุ่มอาการดาวน์เป็นความผิดปกติของโครโมโซมซึ่งเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการหรือภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่พบบ่อยที่สุด ในปัจจุบันมีโรคทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการอีกหลายโรคซึ่งมีลักษณะจำเพาะและการตรวจโครโมโซมด้วยวิธีธรรมดา มักให้ผลปกติ ได้แก่ กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ (Fragile X syndrome), กลุ่มอาการพราเดอร์วิลลี (Prader-Willi syndrome) และ velocardiofacial syndrome เป็นต้นเด็กที่มาพบแพทย์ด้วยพัฒนาการล่าช้า หากแพทย์ตรวจพบว่า มีลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดแม้เพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะเด็กที่มีประวัติพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว ควรได้รับการตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรม

๒. โรคของระบบประสาท เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการส่วนใหญ่มักมีอาการหรืออาการแสดงทางระบบประสาทร่วมด้วย ที่พบบ่อยคืออาการชัก และความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ ในกรณีที่ได้มาพบแพทย์ด้วยพัฒนาการล่าช้าและมีอาการชัก ควรถามประวัติโดยเฉพาะอายุที่เริ่มมีพัฒนาการล่าช้าและตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะมีพยาธิสภาพเป็น static หรือ progressive เด็กที่มีประวัติพัฒนาการถดถอย(regression) ควรได้รับการพิจารณาส่งต่อแพทย์ทางระบบประสาทต่อไป

๓. การติดเชื้อ โรคในกลุ่มนี้ที่สำคัญคือการติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เด็กมักมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย ศีรษะเล็กกว่าปกติ อาจมีตับม้ามโต การได้ยินบกพร่อง และต่อกระจะร่วมด้วย นอกเหนือจากการส่งซีรัมเพื่อตรวจหาหลักฐานการติดเชื้อ toxoplasma, rubella, cytomegalovirus, syphilis และ histoplasma แล้วยังควรพิจารณาส่งตรวจหาการติดเชื้อ human immunodeficiency virus ด้วย นอกจากนี้การติดเชื้อรุนแรงภายหลังเกิด เช่น สมอองักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นสาเหตุที่พบได้บ้าง

๔. ความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม โรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขไทย คือ ไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดต่ำ ในกรณีที่เป็นมาแต่กำเนิดและไม่ได้รับการรักษาก่อนอายุ ๒-๓ เดือน เด็กจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติอย่างถาวรซึ่งแก้ไขไม่ได้ แม้จะให้ไทรอยด์ฮอร์โมนในภายหลัง นอกจากไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดต่ำ โรคอื่นๆ ในกลุ่มนี้ เช่น ความผิดปกติของกรดอะมิโนมีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างต่ำและยังมีข้อจำกัดในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการอยู่ จึงทำให้เด็กซึ่งมีความบกพร่องทางพัฒนาการจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคแน่นอน แม้จะมีลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ก็ตาม ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมแต่กำเนิดมีความก้าวหน้ามาก มีการค้นพบความผิดปกติถึงส่วนย่อยของเซลล์ เช่น mitochondria, peroxisome เป็นต้น

๕. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกเกิด ภาวะที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางพัฒนาการที่พบบ่อยคือการเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย และภาวะขาดออกซิเจน ปัจจัยดังกล่าวอาจไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของโรค เช่น น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อในครรภ์ เป็นต้น

๖. สารเคมี ตะกั่วเป็นสารที่มีผลกระทบต่อเด็กและมีการศึกษามากที่สุด ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากประชาชนทั่วไปมีโอกาสได้รับสารนี้ในชีวิตประจำวันมากกว่าชนิดอื่นๆ ผลกระทบที่มีการศึกษากันมาก คือเมื่อเด็กมีระดับตะกั่วในเลือดสูงสะสมเป็นเวลานาน จะทำให้มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าคนทั่วไปสารเคมีอีกชนิดหนึ่งที่มีผลทำให้พัฒนาการของทารกในครรภ์ล่าช้าคือ แอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาด้านพัฒนาการและพฤติกรรม การที่เด็กจะเกิดกลุ่มอาการนี้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางมารดา ได้แก่ พันธุกรรม ช่วงเวลาและปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งการขาดสารอาหาร ปัจจัยข้อนี้แม้จะมีผลกระทบต่อพัฒนาการตามวัยของเด็ก แต่ก็ไม่รุนแรง ดังนั้น หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าค่อนข้างมาก ควรตรวจค้นหาสาเหตุอื่นร่วมด้วยเสมอ

อาการของเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

มีพัฒนาการล่าช้าซึ่งอาจจะพบมากกว่า ๑ ด้าน ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การใช้ภาษา ความเข้าใจภาษา การช่วยเหลือตัวเองและสังคม นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ร่วมด้วย เช่น ปฏิกริยาสะท้อน (primitive reflex) ยังคงอยู่ไม่หายไปแม้จะถึงช่วงอายุที่ควรจะหายไป กล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม หรือเกร็ง อาจพบความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการมองเห็น

แนวทางการวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

๑. การซักประวัติ

๑.๑ โรคประจำตัวต่างๆ ที่จะเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการได้ เช่น โรคลมชัก

๑.๒ การเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น พัฒนาการล่าช้า ปัญหาการเรียน โรคทางระบบประสาท เป็นต้น

๑.๓ โรคทางพันธุกรรม เช่น มีพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว มีการแต่งงานในเครือญาติ มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตใน ญาติพี่น้องก่อนวัยอันควร

๑.๔ การตั้งครรภ์ของมารดาตั้งแต่ประวัติฝากครรภ์ การเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติการได้รับสารพิษต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ ประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อเด็ก

๑.๕ ประวัติเกี่ยวกับการคลอด เช่น อายุครรภ์ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการต่างๆ น้ำหนักแรกเกิด คะแนนแอฟการ์ ภาวะคลอดลำบาก และการเจ็บป่วยต่างๆ ช่วงแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อน

๑.๖ ช่วงเวลาที่พ่อแม่สังเกตว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้าและพัฒนาการที่ล่าช้า นั้นเป็นแบบถดถอยหรือไม่ เช่น เคยนั่งได้ ต่อมานั่งไม่ได้

๑.๗ พัฒนาการที่ผ่านมา มักนิยมถามย้อนพัฒนาการที่พ่อแม่สังเกตเห็นง่าย ๆ เช่น ประวัติเกี่ยวกับพัฒนาการด้าน กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การคว่ำหงาย การนั่ง การคลาน การเดิน การพูด

๑.๘ พัฒนาการทางภาษา เช่น การเล่นน้ำลาย การเลียนเสียงพูดคุย การทำตามคำสั่ง การพูดคำแรกที่มีความหมาย การ พูดสองคำที่ต่อกัน

๑.๙ การเล่นตามวัย การช่วยเหลือตนเอง

๑.๑๐ ปัญหาพฤติกรรมที่มักพบร่วมกับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้บ่อย

๑.๑๑ ปัญหาการกิน การนอน การขับถ่าย ซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากมีผลโดยตรงต่อเด็กและผู้เลี้ยงดู และประวัติ เกี่ยวกับความพิการต่างๆ ที่พบร่วมได้ เช่น การได้ยิน การมองเห็นที่ผิดปกติ

๑.๑๒ ประวัติอื่นๆ ที่น่าจะมีประโยชน์ในการประเมินสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลเด็ก เช่น สถานภาพการ สมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู ความคาดหวังที่มีต่อเด็กของครอบครัว เศรษฐฐานะของ ครอบครัว การได้รับบริการต่างๆ ทางสังคม เช่น การกระตุ้นพัฒนาการ การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด การขึ้นทะเบียนเด็ก พิเศษ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปเมื่อซักประวัติแล้วจะทำให้สามารถบอกได้ว่า

๑. ลักษณะพัฒนาการล่าช้าดังกล่าวเป็นแบบคงที่ (static) หรือถดถอย (progressive encephalopathy)

๒. เด็กมีระดับพัฒนาการช้าจริงหรือไม่ อย่างไร อยู่ในระดับไหน

๓. มีข้อบ่งชี้ว่าจะมีสาเหตุจากโรคทางพันธุกรรมหรือไม่

๔. สาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการนั้นเกิดจากอะไร

๕. ขณะนี้เด็กได้รับการช่วยเหลือและฟื้นฟูอย่างไร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายที่สำคัญและอาจสัมพันธ์กับความบกพร่องทางพัฒนาการ ได้แก่

๒.๑ ตรวจร่างกายทั่วไปทุกระบบ และการเจริญเติบโตที่อาจบ่งชี้สาเหตุที่ทำให้เด็กมีความบกพร่องทางพัฒนาการได้ เช่น ตรวจดูลักษณะผิดปกติของรูปร่างหน้าตา หรือ dysmorphic features ทั้ง major dysmorphic, minor dysmorphic พบได้ในเด็กที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม

๒.๒ ภาวะดัดม้ามโต ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะ inborn error บางชนิด

๒.๓ ผิวหนัง เช่น cutaneous markers ได้แก่ café-au-lait spots บ่งถึง tuberous sclerosis ซึ่งเป็นสาเหตุของพัฒนาการล่าช้าได้

๒.๔ ระบบประสาทต่างๆ โดยละเอียดและวัดรอบศีรษะด้วยเสมอเพื่อที่จะสามารถตรวจพบเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการที่มีความรุนแรงไม่มากนัก

๒.๕ คุณลักษณะของเด็กที่ถูกทารุณกรรม (child abuse) เพราะเด็กพิเศษถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างหนึ่ง

๒.๖ ระบบการมองเห็นและการได้ยินเพราะเป็นความพิการซ้ำซ้อนที่พบร่วมได้บ่อย

๓. การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพันธุกรรม (genetic laboratory test)

๓.๑.๑ การตรวจโครโมโซมมาตรฐาน (standard chromosomal analysis) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจโครโมโซมที่พบบ่อย เช่น สงสัยความผิดปกติของโครโมโซมในผู้ป่วยหรือญาติชั้นที่ ๑ มีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะหลายส่วน ความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งร่วมกับพัฒนาการล่าช้า หรือเติบโตช้าผิดปกติ ประวัติแท้งในขณะครรภ์อ่อน (หรือในช่อง ๓ เดือนแรกของการตั้งครรภ์) หลายครั้ง เป็นต้น

๓.๑.๒ การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent In-Situ Hybridization (FISH) ใช้ตรวจความผิดปกติที่เกิดจากการที่ชิ้นส่วนเล็ก ๆ ของโครโมโซมขาดหายไป (microdeletion)

๓.๑.๓ การตรวจดีเอ็นเอ เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคที่เกิดจากความผิดปกติใน ระดับอณูพันธุศาสตร์

๓.๒ การตรวจจริงสีทางระบบประสาท (neuroimaging studies) ในปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ตรวจด้วยวิธีเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging : MRI) มากกว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT) เนื่องจากการเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กสามารถมองเห็นเนื้อสมองได้ชัดกว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

๓.๓ การตรวจทางเมตาบอลิก (metabolic testing) แม้โรคทางเมตาบอลิกเป็นสาเหตุที่พบน้อยเพียงร้อยละ ๑ การตรวจทางเมตาบอลิกควรทำในรายที่มีประวัติการแต่งงานในเครือญาติ มีพัฒนาการถดถอย มีอาการป่วยเป็น ๆ หาย ๆ โดยหาสาเหตุไม่ได้ (recurrent unexplained illness) ตั้งแต่วัยทารก มีอาการชัก หรือหมดสติ ตรวจร่างกายพบกล้ามเนื้ออ่อนนิ่ม การเจริญเติบโตช้า ใบหน้าหยาบ (coarse features) ดัดม้ามโต หรือมีกลิ่นตัวผิดปกติ

๔. การประเมินพัฒนาการ

การประเมินพัฒนาการนั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากการที่เราสามารถบอกได้ว่าเด็กคนไหนมีความบกพร่องทางพัฒนาการได้เร็วเท่าไรและรีบให้การวินิจฉัยและให้การรักษาและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ย่อมจะส่งผลดีต่อเด็กและครอบครัวในระยะยาว โดยทั่วไปการประเมินพัฒนาการแบ่งได้เป็น

๑. การประเมินแบบไม่เป็นทางการ เป็นการประเมินโดยใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความน่าเชื่อถือจากการสอบถามผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการค่อนข้างใกล้เคียงกับการใช้แบบทดสอบคัดกรองพัฒนาการในกรณีของผู้เลี้ยงดูที่ใกล้ชิดกับเด็ก และให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แนวทางในการดูแล

๑. การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโดยผู้ปกครองโดยใช้แบบคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual:DSPM)
๒. การคัดกรองประเมินพัฒนาการเด็กโดยบุคลากรสาธารณสุขในเด็ก ๕ ช่วงวัย ได้แก่ อายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน โดยใช้แบบคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual:DSPM) เมื่อพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า หลังจากนั้นมีการติดตาม ๑ เดือน ให้ประเมินพัฒนาการซ้ำด้วย DSPM เมื่อพบว่าพัฒนาการล่าช้าให้ส่งเด็กไปโรงพยาบาลเพื่อนำเด็กเข้าคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ
๓. การจัดบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๔. หัวใจสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการคือผู้เลี้ยงดูเมื่อมารับการฝึกและรับคำแนะนำ จะต้องนำกลับไปปฏิบัติกับเด็กอย่างสม่ำเสมอฝึกที่บ้าน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมพัฒนาการ
๕. ติดตามเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโดยสหสาขาวิชาชีพ
๖. ส่งต่อข้อมูล ติดต่อประสานงานกับเครือข่ายสาธารณสุข องค์กรผู้นำชุมชน เพื่อติดตามและช่วยกันดูแลในชุมชน เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโดยสหสาขาวิชาชีพ

การกระตุ้นพัฒนาการ

เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการจะมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน การสังเกตพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก การประเมินพัฒนาการเด็กเป็นระยะๆ โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยงตามสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการจะช่วยให้ค้นหาเด็กเหล่านี้ได้เร็วขึ้น สามารถให้การช่วยเหลือได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก เพื่อช่วยให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นตามศักยภาพโดยการใช้คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Development for Intervention :TEDA๔I) โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม จะช่วยประเมินช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการให้เด็กมีทักษะหรือความสามารถในด้านต่างๆดีขึ้นเป็นไปตามช่วงวัย การศึกษาในครั้งนี้ได้นำความรู้มาใช้ในการดูแลการให้การพยาบาล โดยเลือกใช้ทฤษฎีจิตสังคมของอีริกสันศึกษาระยะตามลำดับขั้นตอนของพัฒนาการบุคลิกภาพซึ่งบุคคลจะสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ดี หรือประสบปัญหา ๘ ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นพัฒนาการ วัยทารก: ความไว้วางใจ ก่อเกิด ความหวัง คือสร้างความเชื่อมั่น เชื่อถือ ไว้วางใจได้ นำไปสู่ความหวังไว้วางใจผู้อื่น การมองโลกในแง่ดี มีความไว้วางใจ เชื่อถือ เป็นมิตรต่อผู้คน รวมถึงการวางรากฐานทางอารมณ์จิตใจในขั้นต่อไป ความไว้วางใจกับขจัด ความรู้สึกไม่ไว้วางใจ นำไปสู่ ความหวัง (วัยทารก ตั้งแต่เกิด - 18 เดือน)
2. ขั้นพัฒนาการ วัยเด็กปฐมวัย: ความอิสระ กับขจัด ความอับอายและความไม่แน่ใจ ก่อเกิด การรับรู้ในขอบเขตความอิสระที่สามารถกระทำได้เริ่มสอนว่า อะไรควร อะไรไม่ควรทำ โดยที่ไม่ทำให้ใครเดือดร้อน และสร้างความมั่นใจในตนเอง (ปฐมวัย เด็กแรกเริ่ม ระยะ 1 ปีครึ่ง - 3 ขวบ)
3. ขั้นพัฒนาการ วัยก่อนเข้าเรียนหรือวัยเล่นชุน: ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ กับขจัด ความรู้สึกผิด ก่อเกิด ความตั้งใจมุ่งหมาย วัยนี้เริ่มเรียนรู้จากการเลียนแบบอย่างจากผู้ดูแล ผู้ปกครอง ด้านจริยธรรม ความรับผิดชอบ และสร้างความสัมพันธ์กับคนรอบตัว เรียนรู้บทบาทหน้าที่สถานะของตนเองที่แสดงออกต่อคนในสังคม (วัยก่อนเข้าเรียนหรือวัยเล่น ระยะ 3 - 5 ปี)
4. ขั้นพัฒนาการ วัยเข้าเรียน: การเพียรพยายามในการจัดการกับชีวิตของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับขจัด ความรู้สึกเป็นปมด้อย นำไปสู่ การตระหนักในขอบเขตความสามารถที่ตนกระทำได้ ความมีจิตสำนึกที่ดีที่มีความรับผิดชอบ สร้างความมั่นใจ ยอมรับนับถือในตนเอง (วัยเริ่มเข้าเรียน ระยะอายุ 5 - 12 ปี)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. **ขั้นพัฒนาการ. วัยรุ่น:** ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองกับขจัด ความรู้สึกสับสนในตนเองไปได้ นำไปสู่ การรับรู้ถูกต้องตามความเป็นจริงสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง สร้างอุดมคติและรับรู้ถึงความจริงที่จะกระทำได้อันเหมาะสมกับตนเองและผู้อื่นในสังคม (วัยรุ่นตอนต้น ระยะ 13 – 19 ปี)
6. **ขั้นพัฒนาการวัยหนุ่มสาว ผู้ใหญ่:** สร้างสัมพันธ์ภาพเป็นมิตร ต่อ ผู้คนและเพศตรงข้าม กับขจัด ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง นำไปสู่ ความรัก ความสัมพันธ์ใกล้ชิด การตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง การต้องการความรัก ความปรารถนาดีให้แก่กันและกัน (ช่วงวัยรุ่นตอนปลายเข้าสู่ผู้ใหญ่ อายุ 20 – 30 ปี)
7. **ขั้นพัฒนาการวัยผู้ใหญ่:** ผู้ให้กำเนิดรับผิดชอบ สร้างสรรค์สังคม กับ หลีกเลี้ยง ความรู้สึกที่ค้ำใจถึงแต่ตนเอง นำไปสู่ การดูแลเอาใจใส่เกิดขึ้น แก่ลูกหลาน เอาใจใส่ดูแล เลี้ยงดู สั่งสอน ให้ความรู้ ความเข้าใจ เต็มโตเป็นคนดีของสังคม (วัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 31 - 60 ปี)
8. **ขั้นพัฒนาการ วัยชราผู้สูงอายุ:** ความมั่นคงสมบูรณ์ในชีวิต และหลีกเลี้ยง ความรู้สึกสิ้นหวังท้อถอยในชีวิต นำไปสู่ การรู้จักใช้ชีวิตมีคุณค่าในตนเอง ไม่เสียใจภายหลัง มีความยอมรับนับถือภาคภูมิใจตนเอง และพร้อมจะเผชิญความเป็นจริง และความตาย ด้วยใจที่เป็นสุขสงบ มีความปลาบปลื้มด้วยหัวใจที่เต็มเต็ม ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ รวมถึงส่งต่อถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับชนรุ่นหลัง(ช่วงวัยชรา อายุ 61 ปีขึ้นไป)

การเปรียบเทียบเคสกับทฤษฎีอิริกสัน

ขั้นพัฒนาการ ทฤษฎีอิริกสัน	เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
วัยทารก ตั้งแต่แรกเกิด ถึง๑๘ เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - N/D BW๓๐๐๐gm - Apr ๙,๑๐ - admit ๗ วัน - ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นแม่ - กินนมแม่นาน ๒ ปี เข้าเต้า <ul style="list-style-type: none"> - แข็งแรงไม่ค่อยป่วย - ลูกเดินได้ตามวัย 	<ul style="list-style-type: none"> - C/S BW๑๑๐๐gm - Apr ๒,๗ - admit ๔ เดือน - ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นแม่ - กินนมแม่นาน ๑ wke ไม่ได้เข้าเต้า <ul style="list-style-type: none"> - มีนัดพบแพทย์ตลอด - ลูกเดินไม่ได้ตามวัย(ป่วยCP) - แขนและขาอ่อนแรงข้างซ้าย - พฤติกรรมด้านอารมณ์ดีเลี้ยงง่าย 	พบว่าเคสที่๑ได้รับการดูแลจากมารดาใกล้ชิดและนานมากกว่าเคสที่๒ ซึ่งอาจจะสามารถสร้างความไว้วางใจต่อผู้อื่นได้มากกว่าจากลักษณะพฤติกรรมด้านอารมณ์เด็ก พบว่าเคสที่๑พบปัญหา เคสที่๒ไม่พบปัญหา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขั้นพัฒนาการ ทฤษฎีอิริกสัน	เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
ปฐมวัยเด็กแรกเริ่ม ระยะ ๑ ปีครึ่ง - ๓ ขวบ	- ตื่นน้ำจากแก้วอายุ ๑.๖ ปี - กินข้าวได้เองอายุ ๒ ปี - เลิกใส่แพมเพิสอายุ ๒ ปี - บอกได้ว่าขับถ่าย ๒.๖ ปี - บอกได้ว่าฉี่ ๒.๖ ปี - พูดตอบรับปฏิเสธ อายุ ๒.๖ ปี - เริ่มเดินอายุ ๑ ปี - นิสัยเอาแต่ใจ	ตื่นน้ำจากแก้วอายุ ๒.๖ ปี กินข้าวได้เองอายุ ๒.๑๐ ปี ยังใส่แพมเพิสใส่กลางคืน บอกได้ว่าขับถ่าย ๒.๖ ปี บอกได้ว่าฉี่ ๓ ปี พูดตอบรับปฏิเสธอายุ ๒ ปี ยังเดินไม่ได้ - ลักษณะเป็นเด็กขี้อาย	พัฒนาการด้าน ร่างกายและการ ช่วยเหลือตัวเองเคส ที่๑จะทำได้ดีกว่า เคสที่๒ เนื่องจากว่า เคสที่๒เป็นเด็กป่วย ความมั่นใจในตนเอง เคส๑มีมากกว่าเคส ที่๒
วัยก่อนเข้าเรียนหรือ วัยเล่น ระยะ ๓ - ๕ ปี	- รู้จักขอโทษเมื่อทำให้ คนอื่นบาดเจ็บ	- ตอบคำถามได้ว่าถ้า "ไม่สบาย" กินยา" - รู้จักขอโทษเมื่อทำให้ คนอื่นบาดเจ็บ	พบว่าในการเรียนรู้ ด้านจริยธรรมทั้ง๒ เคสไม่พบปัญหาแต่ ด้านความคิดเหตุผล เคสที่๒ทำได้ดีกว่า

จะเห็นได้จากการเปรียบเทียบการศึกษาระดับ 2 ราย กับทฤษฎีอิริกสัน เคสจะมีความจำกัดด้านร่างกายทำให้
ความสามารถส่งผลถึงความมั่นใจของเด็ก และถึงแม้ว่าเคสที่ 1 จะได้รับการดูแลใกล้ชิดจากมารดามากกว่าเคสที่ 2 ก็ไม่ส่ง
ผลกระทบต่อความไว้วางใจกับมารดาเลย เมื่ออยู่ในวัยก่อนเข้าเรียนเคสที่ 2 มีพัฒนาการที่เป็นไปตามทฤษฎีได้ดีกว่าเคสที่ 1

การให้การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เป็นเคสที่มีความพร้อมด้านพัฒนาการในด้านต่างๆ ซึ่งความสามารถที่
ทำได้ของเด็กนั้นน้อยกว่าอายุจริงจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ดังนั้นกระบวนการช่วยเหลือดูแลผู้ศึกษาจึงได้นำ
ความรู้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมเป็นความรู้พื้นฐานในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาลและปฏิบัติ
การพยาบาล สำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

โอเรม (Orem, ๒๐๐๑ ; อ้างถึงใน ทวีพร เตชะรัตนมณี ๒๕๔๗ : ๘) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมี สุขภาพดีนั้น บุคคลต้อง
มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลที่เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อ บุคคลนั้นมีความสามารถในระดับที่พอเพียงและ
ต่อเนื่อกับความต้องการดูแลและนำไปสู่ความผาสุก (Well - Being) ซึ่งการดูแลตนเองของบุคคลจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจ
และเป็นเป้าหมายเพื่อรักษาซึ่ง ชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

๑.๑การดูแลตนเอง (Self- care : SC) หมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคล ดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด ประกอบด้วย๒ระยะคือ

๑.Intention phase : ระยะพิจารณาและตัดสินใจเพื่อที่จะนำไปสู่การกระทำ

๒.Productive phase : ระยะของการกระทำและผลของการกระทำ

๑.๒ความสามารถในการดูแลตนเอง(Self-care Agency :SCA)หมายถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มี ศักยภาพในการดูแลตนเองซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาการตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย๓ระดับคือ

๑.ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

๒.พลังความสามารถ๑๐ประการ

๓.ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง

๑.๓การดูแลตนเองที่จำเป็น(Self-care requisites:SCR)คือเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หรือเป็นเหตุผลของการกระทำ

๑.๔ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตนในสถานการณ์นั้นหรือเป็นงานทั้งหมดที่ต้องกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ การที่จะทราบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ต้องมีการกำหนดความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนโดยคำนึงถึง ปัญหาสุขภาพของบุคคลเป็นหลัก และนำไปสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและต้องสอดคล้อง กับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการด้วย การที่จะทราบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ต้องมี การกำหนดความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนโดยคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของบุคคลเป็นหลัก และนำไปสัมพันธ์กับ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและต้องสอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ พัฒนาการด้วย

๒.ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)

แนวคิดหลัก(เวียงพิงค์ ทวีพูน: ๒๕๖๔)แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการ ดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มี๓ แบบคือ

๑.ความต้องการที่สมดุล

๒.ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ

๓.ความต้องการมากกว่าความสามารถ

จุดเน้น:อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ความ ต้องการในการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเองจึงทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง การนำทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองไปประยุกต์ใช้ในคลินิก มี๓ระยะดังนี้

ระยะที่๑ ระยะวินิจฉัย

๑.การระบุผู้รับบริการ

๒.การประเมินปัจจัยพื้นฐาน(Basic conditioning factors)

๓.กำหนดความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น(Self-care requisites)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ระยะที่๒ ระยะกำหนดความต้องการระบบพยาบาล

- ๑.กำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demands)
- ๒.ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง(Self-care Agency)
- ๓.ระบุความพร้อมในการดูแลตนเอง(Self-care Demands)

ระยะที่๓ ระยะปฏิบัติการพยาบาล

- ๑.กำหนดแผนการพยาบาล
- ๒.การปฏิบัติการพยาบาล
- ๓.การประเมินผล

๓. ทฤษฎีระบบการพยาบาล(The Theory of Nursing System)

เป็นระบบที่เข้ามาเพื่อปรับแก้ไขสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและลงมือกระทำ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถทางการพยาบาล

- ๑.ความสามารถทางการพยาบาล(Nursing agency) ความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ทักษะทางสังคม แรงจูงใจในการให้การพยาบาล อัตมโนทัศน์ของตนเองเกี่ยวกับการพยาบาล
- ๒.ระบบการพยาบาล(The Theory of Nursing System) การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย๓ระบบคือระบบสังคม(Social)ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล(Interpersonal) และระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค (Professional Technological system)

ระบบการพยาบาลแบ่งเป็น๓ระบบ

- ๑.ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)
- ๒.ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)
- ๓.ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้(Educative supportive nursing System)

กิจกรรมที่กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมี๕วิธีดังนี้

- ๑.การกระทำให้หรือกระทำแทน(Acting for or Doing for)
- ๒.การชี้แนะ(Guiding Another)
- ๓.การสนับสนุน(Supporting Another)
- ๔.การสอน(Teaching)

๕.การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor)แบ่งเป็น ๒ ด้าน คือ

- ๑.ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วย(Basic Conditioning Factors of patient) :อายุ, เพศ, ระยะพัฒนาการ, ภาวะสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพ, สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี, ระบบครอบครัว, แผนการดำเนินชีวิต, สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ
๒. ปัจจัยพื้นฐานด้านการพยาบาล (Basic Conditioning Factors of nurses) : อายุ เพศ, ความสามารถพิเศษ, ภาวะสุขภาพ, ครอบครัว/บทบาทในชุมชน, การศึกษาทางการพยาบาล, ประสบการณ์การพยาบาล, วุฒิภาวะ, สถานภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เปรียบเทียบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	แนวทางในการให้การพยาบาล
<p>การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งมี ๓ ทฤษฎีย่อยคือ</p> <p>๑.ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)</p> <p>๑.๑การดูแลตนเอง (Self- care : SC) หมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมี ส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด</p> <p>๑.๒ความสามารถในการดูแลตนเอง(Self-care Agency :SCA)หมายถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาการตามระยะพัฒนาการ</p> <p>๑.๓การดูแลตนเองที่จำเป็น(Self-care requisites:SCR) คือเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หรือเป็นเหตุผลของการกระทำ การดูแลตนเองของบุคคล</p> <p>๑.๔ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควร จะต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตนในสถานการณ์นั้นหรือเป็น งานทั้งหมดที่ต้องกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ</p> <p>๒.ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)ความต้องการการดูแลตนเองและ ความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ความต้องการ ในการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง จึงทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองประยุกต์ใช้ใน คลินิก มี ๓ระยะดังนี้</p>	<p>๑.ใช้คู่มือDSPMประเมินเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน เดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมิน๕ ช่วงวัยได้แก่ อายุ ๙ เดือน ๑๘เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ๖๐เดือน</p> <p>๒.ในช่วง๑๔-๓๐วัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าด้วยคู่มือDSPM ข้อทักษะที่ไม่ผ่าน หากเด็กผ่านทักษะที่เคยล่าช้า แสดงว่า พัฒนาการสมวัย ให้เฝ้าระวังตามวัยต่อเนื่องตามปกติ ถ้า พบว่าล่าช้าให้ส่งต่อตามระบบ</p> <p>๓.หน่วยบริการทุติยภูมิที่มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ประเมินพัฒนาการเด็กล่าช้าด้วยคู่มือTEDA๔โดย บุคลากรที่ผ่านการอบรม เป็นระยะเวลา๓เดือน</p> <p>๔.มีการติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโดยลง ติดตามเยี่ยมบ้านประสานกับบุคลากรสาธารณสุข ครู อสม. ผู้นำชุมชน ในการช่วยเหลือและติดตามในชุมชน การฝึก ทักษะด้านต่างๆให้เด็กโดยผู้เลี้ยงดู เมื่อพบว่าผู้ดูแลไม่มี ทักษะในการฝึก แนะนำให้มารับบริการในสถานพยาบาล เช่น คลินิกส่งเสริมพัฒนาการหรือรับบริการในชุมชน ผู้ เลี้ยงดูเมื่อมารับการฝึกและรับคำแนะนำนำกลับไปปฏิบัติ กับเด็กอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>๕. ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการหาแหล่งความรู้ เพิ่มเติมต่างๆ เช่น หนังสือ หรือเว็บไซต์เกี่ยวกับการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	แนวทางในการให้การพยาบาล
<p>ระยะที่๑ ระยะวินิจฉัย</p> <p>๑.การระบุผู้รับบริการ</p> <p>๒.การประเมินปัจจัยพื้นฐาน</p> <p>๓.กำหนดความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น</p> <p>ระยะที่๒ ระยะกำหนดความต้องการระบบพยาบาล</p> <p>๑.กำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด</p> <p>๒.ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง</p> <p>๓.ระบุความพร้อมในการดูแลตนเอง</p> <p>ระยะที่๓ ระยะปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>๑.กำหนดแผนการพยาบาล</p> <p>๒.การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>๓.การประเมินผล</p> <p>๓.ทฤษฎีระบบการพยาบาล(The Theory of Nursing System)</p> <p>เป็นระบบที่เข้ามาเพื่อปรับแก้ไขสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและลงมือกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง</p> <p>ระบบการพยาบาลแบ่งเป็น๓ระบบ</p> <p>๑.ระบบทดแทนทั้งหมด</p> <p>๒.ระบบทดแทนบางส่วน</p> <p>๓.ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้</p>	<p>คำแนะนำในการดูแล</p> <p>๑. ให้ผู้ดูแลเด็กใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)</p> <p>๒. รายเด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าให้ฝึกเด็กทุกวัน ทำซ้ำๆ บ่อยๆ โดยใช้หลัก ทำให้ดู จับมือทำ แตะมือ และค่อยสั่งให้ทำตามคำสั่ง</p> <p>๓. การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก การเขียนรูปร่างกลมและสี่เหลี่ยมโดยให้ผู้ดูแลเด็กใช้แบบฝึกนวัตกรรมมือน้อยๆของหนู ควบคู่ไปกับการสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อในการหยิบจับไปด้วย</p> <p>๔.ควบคุมกำกับการใช้เทคโนโลยี โทรศัพท์ โทรศัพท์ ให้เหมาะสม</p> <p>๕.หากผู้ดูแลประสบปัญหาในการดูแลสามารถขอความช่วยเหลือ ผู้นำชุมชน อสม. ครู และบุคลากรสาธารณสุขได้</p>

จะเห็นว่าผู้ศึกษาใช้แนวคิด ทฤษฎีของโอเร็ม (Orem)คือทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่ง บุคคลจะสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมี ประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และ จะต้องเห็นว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสม ในสภาวะการณ์นั้นๆ ผู้ศึกษาได้ใช้ระบบพยาบาลสนับสนุน และให้ความรู้ (Educativesupportive nursingsystem)ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับการสอนในการดูแลและส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการต่อที่บ้าน การฝึกทักษะเด็กอย่างต่อเนื่องทำให้เด็กได้รับโอกาสและส่งผลให้มีพัฒนาการดีขึ้น โดยมีสิ่งประดิษฐ์ในการกระตุ้นพัฒนาการเนื่องจากผู้ศึกษาประสบปัญหาในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ เรื่องการกระตุ้นกล้ามเนื้อเล็กการลอกรูปร่างกลมสำหรับเด็กอายุ๔๒เดือน และการลอกรูปร่างสี่เหลี่ยมสำหรับเด็ก๖๐เดือน จึงได้คิดค้นนวัตกรรม “มือน้อยๆของหนู”นำมาใช้ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร เป็นชุดฝึกกล้ามเนื้อเล็กในการเขียนรูปร่างกลมและสี่เหลี่ยม และให้นำกลับไปฝึกต่อที่บ้าน ซึ่งได้สอดคล้องตาม กระบวนทัศน์ทางการพยาบาลของโอเร็ม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพยาบาลเป็นการบริการการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการ รวมทั้งมีการใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองใช้ในการเขียนในรูปของข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีการนำทฤษฎีระบบการพยาบาลที่เป็นระบบทดแทนบางส่วนและแบบสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็ก และฝึกกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ(Thai Early Development for Intervention :TEDA๔1)กับเด็กที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

หลักการและเหตุผล พัฒนาการเด็กมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นับตั้งแต่การปฏิสนธิในครรภ์จนกระทั่งคลอดและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงมีทั้งด้านร่างกาย ภาษา อารมณ์ และสังคม โดยเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้เช่นกัน จากผลการดำเนินการคัดกรองการพัฒนารเด็ก๕ช่วงวัย ได้แก่ อายุ ๙ เดือน ๑๘ เดือน ๓๐ เดือน ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน ปี ๒๕๖๖ ประเทศไทยพบเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ๖๐๗๑ รายได้รับกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ ๗๑.๒๑ ในเขตสุขภาพที่๑๐ พบเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ๕๗๓ รายได้รับกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ ๗๘.๐๑ จากข้อมูลHDCจังหวัดอุบลราชธานี พบเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ๒๘๗ รายได้รับกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ ๗๗ อำเภอพิบูลมังสาหาร พบเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ๑๐ รายได้รับกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ ๘๐ ซึ่งพบเป็นปัญหาเพิ่มมากขึ้นทุกปีเนื่องด้วยสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ในเขตตำบลพิบูล ได้ใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) คู่มือสำหรับผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการสมวัย เคสที่ศึกษาพบว่ามีปัญหาพัฒนาการล่าช้าทั้ง๕ด้าน ได้แก่พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา พัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ใช้เครื่องมือTEAD๔1และนวัตกรรมมือน้อยๆของหนูที่ได้ประดิษฐ์ขึ้นเองนำมาใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการ ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยในทุกด้านสามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ในสังคมได้เป็นปกติสุขด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ใช้เครื่องมือTEAD๔1และนวัตกรรมมือน้อยๆของหนูที่ได้ประดิษฐ์ขึ้นเองนำมาใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการ ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยในทุกด้านสามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ในสังคมได้เป็นปกติสุข

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กรณีศึกษา ๒ ราย

ขอบเขตและวิธีการศึกษา กรณีศึกษานี้เป็นแบบพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง ๒ ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ(Thai Early Development for Intervention :TEDA๔1) และนวัตกรรม “มือน้อยๆของหนู” ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้านและระบบการดูแลต่อเนื่องโดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ อสม.และความร่วมมือขององค์กร โดยนำทฤษฎีจิตสังคมของอิริกสันใช้ในการศึกษาของระยะพัฒนาการที่มีผลต่อบุคลิกภาพ และศึกษาทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ในการพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนเอกสาร ตำรางานวิจัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
๒. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเด็กที่ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือDSPMที่อยู่ในช่วงประเมินอายุ๔๒เดือน แล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน ๒ ราย
๓. รวบรวมข้อมูล ได้แก่ ประเมินสุขภาพร่างกาย พื้นอารมณ์ สังคม ครอบครัวและสถานะเศรษฐกิจ ประวัติการตั้งครรภ์และคลอด โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน วิวัฒนาการด้านพัฒนาการ
๔. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ประเมินผลและสรุปกรณีศึกษา

เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
<p>ข้อมูลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> -เด็กชายไทยอายุ๓.๖ปี ๔วัน -รูปร่างสมส่วนท่าทางเรียบร้อย -เดินได้เอง -ให้ความร่วมมือพอใช้ -ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว -ผู้ดูแลคือแม่ (พ่อทำงานต่างจว.) <p>อาการสำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> -รับส่งต่อจากรพ.สต. -เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ <p>การเจ็บป่วยในปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาการพบล่าช้า ๕ ด้าน ๑.ด้านกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหว ๒.ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ๓.ด้านการช่วยเหลือตนเอง ๔.ด้านเข้าใจภาษา ๕.ด้านใช้ภาษา <p>การเจ็บป่วยในอดีต</p> <ul style="list-style-type: none"> ปอดติดเชื้อหลังคลอด อายุ๑.๗ปีเกิดอุบัติเหตุนิ้วมือ ฉีกขาดต้องผ่าตัดเย็บ 	<p>ข้อมูลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> -เด็กชายไทยอายุ๓.๗ปี๑๕วัน -รูปร่างสมส่วนท่าทางเขินอาย -เดินไม่ได้ แขนขาบิดงอและอ่อนแรงข้างซ้าย -ให้ความร่วมมือดีมาก -ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว -ผู้ดูแลคือพ่อและแม่ <p>อาการสำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> -รับส่งต่อจากรพ.สต. -เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ <p>การเจ็บป่วยในปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาการพบล่าช้า ๓ ด้าน ๑.ด้านกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหว ๒.ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ๓.ด้านการช่วยเหลือตนเอง -สมองพิการแต่กำเนิด (Cerebral Palsy) <p>การเจ็บป่วยในอดีต</p> <ul style="list-style-type: none"> ปอดติดเชื้อหลังคลอด อายุ๑ปีป่วยPneumonia 	<p>-เคสที่๑เดินเอง เคสที่๒แขนขาบิดงอและอ่อนแรงข้างซ้าย เดินไม่ได้</p> <p>-เป็นเคสที่รับส่งต่อจากรพ.สต.เพื่อมากระตุ้นพัฒนาการ</p> <p>--เคสที่๑พัฒนาการล่าช้าทุกด้าน เคสที่๒พัฒนาการล่าช้า๓ด้านและมีโรคประจำตัวคือสมองพิการ (Cerebral Palsy)</p> <p>-พบปอดติดเชื้อหลังคลอดทั้ง๒เคส</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
<p>ประวัติตั้งครรภ์และคลอด -มารดาตั้งครรภ์อายุ๓๓ปี -เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตรวจพบ GA๒๔ wke -G๒ คลอด N/D GA๓๗+๔wke -Apr ๙,๑๐ BW๓,๓๐๐ gm -หลังคลอด ลูกAdmitนาน๗ วัน -ขณะตั้งครรภ์มีความเครียด -มารดาหลังคลอดมีซีมีเศร้า</p> <p>ประวัติโรคประจำตัว -ปฏิเสธโรคประจำตัว การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน -กระตุ้นพัฒนาการ</p> <p>ประวัติการเลี้ยงดู -ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นแม่ -เลี้ยงนมแม่เข้าเต้า นาน ๒ ปี</p> <p>ลักษณะครอบครัวและเศรษฐกิจ -เป็นครอบครัวใหญ่อยู่กับตายาย แม่ และพี่สาว ลุงและป้า -รายได้เฉลี่ย๔,๐๐๐บาท/เดือน</p>	<p>ประวัติตั้งครรภ์และคลอด -มารดาตั้งครรภ์อายุ๓๓ปี -ภาวะครรภ์เป็นพิษ ตรวจพบ GA๒๔ wke -G๓ คลอด C/S GA๒๘wke -Apr ๒,๗ BW๑,๑๐๐ gm -หลังคลอด ลูกAdmitนาน ๔เดือน</p> <p>ประวัติโรคประจำตัว -Cerebral Palsy การรักษาที่ได้รับใน ปัจจุบัน -กระตุ้นพัฒนาการ -กายภาพบำบัด -ยาที่ได้รับ Diazepam ๒mg ½tab bid pc Baclofen๑๐mg ½tab bid pc</p> <p>ประวัติการเลี้ยงดู ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นแม่ -เลี้ยงนมแม่เข้าเต้า นาน ๑wke</p> <p>ลักษณะครอบครัวและเศรษฐกิจ -เป็นครอบครัวใหญ่อาศัย อยู่กับตายาย พ่อแม่และ พี่ชาย -รายได้เฉลี่ย๒๒,๕๐๐บาท/ เดือน</p>	<p>-มารดามีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ -เด็กเคสที่๒พบปัญหาที่รุนแรงกว่าเคส ที่๑</p> <p>-เคสที่๒เป็นเด็กป่วยมียาที่ต้อง รับประทานเป็นประจำ</p> <p>-มารดาดูแลเองทั้ง๒เคสแต่เคสที่๑ได้ กินนมแม่เข้าเต้านานกว่าเคสที่๒อาจ ส่งผลถึงสายใยรักจากแม่สู่ลูกได้</p> <p>-เป็นครอบครัวใหญ่เหมือนกัน แต่เคส ที่๒มีปัญหาด้านเศรษฐกิจมากกว่าเคส ที่๑</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
<p>ประวัติพัฒนาการ ด้านการเคลื่อนไหว -นั่งได้เองมั่นคง อายุ ๙ เดือน -คลาน อายุ ๙ เดือน -เกาะยืน อายุ ๙ เดือน</p> <p>-ยืน/เดิน ๑ ปี</p> <p>ด้านภาษา -หันมองตามเสียง ๓ เดือน -หันหาเรียกเสียง ๕เดือน -เลียนแบบเล่นทำเสียง๑๐ เดือน - พูดพยางค์เดียวได้ ๑ คำ ๒ ปี - พูดพยางค์เดียวได้ ๒ คำ ๓ ปี -การพูดไม่ค่อยชัดฟังพอรู้เรื่อง</p> <p>ลักษณะพฤติกรรมและนิสัย -อารมณ์โมโห เอาแต่ใจ -ไม่ก้าวร้าว -ชอบเล่นรถและร้องเพลง -การนอนกับแม่หลับปกติ</p> <p>ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม -เริ่มเอาอาหารเข้าปาก๙เดือน</p> <p>-บอกได้เมื่อต้องการจะขับถ่าย๓ปี</p> <p>ลักษณะการเลี้ยงดู -การลงโทษใช้วิธีนิ่งเฉย</p>	<p>ประวัติพัฒนาการ ด้านการเคลื่อนไหว - นั่ง ๒ ปี - ไม่คลาน พลิกคืบ - เกาะยืน ๒.๖ ปี -ยืน/เดิน ยืนยังไม่มั่นคง เดินเองยังไม่ได้</p> <p>ด้านภาษา - หันมองตามเสียง ๕เดือน - หันหาเรียกเสียง ๖เดือน - เลียนแบบเล่นทำเสียง๑๐ เดือน - พูดพยางค์เดียวได้ ๑ คำ ๑ ปี - พูดพยางค์เดียวได้ ๒ คำ ๒ ปี -การพูดชัดเจนฟังรู้เรื่องดี</p> <p>ลักษณะพฤติกรรมและนิสัย -เป็นเด็กเลี้ยงง่ายอารมณ์ดี -ขี้อาย -ไม่ก้าวร้าว -ชอบเล่นรถและวาดภาพระบายสี -การนอนกับพ่อแม่หลับปกติ</p> <p>ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม เริ่มเอาอาหารเข้าปาก ๑ ปี -บอกได้เมื่อต้องการจะขับถ่าย๒.๖ปี</p> <p>ลักษณะการเลี้ยงดู -ไม่มีการลงโทษ จะตามใจไม่ดุคำหรือตี</p>	<p>-เคสที่๒มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวตั้งแต่กำเนิดเนื่องจากป่วยเป็นCPจึงส่งผลให้มีพัฒนาการล่าช้าได้</p> <p>-เคสที่๑มีปัญหาพูดได้ช้ากว่าเคสที่๒ ทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้ด้านภาษาส่งผลต่อปัญหาด้านภาษา</p> <p>-เคสที่๑มีอารมณ์โมโห -เคสที่๒มีอารมณ์ดี บ่งบอกถึงพื้นอารมณ์ของเด็กซึ่งจะส่งผลถึงพัฒนาการ</p> <p>-เคสที่๑มีพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองได้ดีกว่าเคสที่๒เนื่องจากเคสที่๒มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวส่งผลให้พัฒนาการด้านช่วยเหลือตนเองและสังคมได้</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
<p>การตรวจประเมินร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> -สภาพร่างกาย สมบูรณ์ปกติ -การมองเห็นและการได้ยินปกติ <p>การตรวจประเมินพัฒนาการ</p> <p>๑.ทักษะด้านการเคลื่อนไหว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กระโดดสองเท้าอยู่กับที่ได้ <p>อายุพัฒนาการเท่ากับ ๓๐ เดือน</p> <p>๒.ทักษะการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต่อก่อนไม้สี่เหลี่ยมลูกบาศก์เป็นทอสูงได้ ๘ ก้อน - เลียนแบบลากเส้นเป็นวงๆ <p>ต่อเนื่องกันได้</p> <p>อายุพัฒนาการ เท่ากับ ๓๐ เดือน</p> <p>๓.ทักษะความเข้าใจภาษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำตามคำสั่งง่ายๆ๒-๓คำได้๓ คำสั่ง - ซื่อวยะได้๑ส่วน <p>อายุพัฒนาการเท่ากับ ๑๘ เดือน</p> <p>๔.ทักษะการใช้ภาษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - พูดเป็นวลีประกอบด้วย๒คำต่อกันได้ - พูดตอบรับปฏิเสธได้ <p>อายุพัฒนาการเท่ากับ ๒๔ เดือน</p> <p>๕.ทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำตามกฎในการเล่นเป็นกลุ่มได้โดยรู้จักพลัดกันเล่น และรู้จักรอจนถึงรอบของตนเอง - แปรงฟันโดยให้ผู้ใหญ่คอยช่วย <p>อายุพัฒนาการ เท่ากับ๓๖ เดือน</p>	<p>การตรวจประเมินร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> -สภาพร่างกาย แขนและขาข้างซ้ายเกร็งบิดงอและอ่อนแรง -ภาวะโภชนาการ อายุ /ส่วนสูง พบว่าต่ำกว่าเกณฑ์ -การมองเห็นและการได้ยินปกติ <p>การตรวจประเมินพัฒนาการ</p> <p>๑.ทักษะด้านการเคลื่อนไหว</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกาะยืนและเดินไปรอบๆเครื่องเรือนและเอี้ยวตัวไปหยิบของเล่นได้ - หย่อนตัวลงนั่งจากท่าเกาะยืนโดยเกาะเครื่องเรือนช่วยพยุง <p>อายุพัฒนาการ เท่ากับ ๑๐เดือน</p> <p>๒.ทักษะการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต่อก่อนไม้สี่เหลี่ยมลูกบาศก์เป็นทอสูงได้ ๘ ก้อน - เลียนแบบลากเส้นเป็นวงๆ <p>ต่อเนื่องกันได้</p> <p>อายุพัฒนาการเท่ากับ ๓๐ เดือน</p> <p>๓.ทักษะความเข้าใจภาษา (อายุพัฒนาการ ๔๒ เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - วางวัตถุไว้ข้างหน้าและข้างหลังได้ตามคำสั่ง - จัดกลุ่มวัตถุตามประเภทเสื้อผ้าได้ <p>อายุพัฒนาการ ๔๒ เดือน(เท่ากับอายุ)</p> <p>๔.ทักษะการใช้ภาษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - พูดถึงเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปใหม่ๆได้ - พูด ขอ หรือ ขอบคุณ หรือให้ ได้เอง <p>อายุพัฒนาการ ๔๒ เดือน(เท่ากับอายุ)</p> <p>๕.ทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ล้างและเช็ดมือได้เอง - บอกได้เมื่อต้องการจะขับถ่าย <p>อายุพัฒนาการเท่ากับ ๓๐ เดือน</p>	<p>-เคสที่๒มีภาวะโภชนาการประเมินว่าต่ำกว่าเกณฑ์ซึ่งส่งผลถึงการพัฒนาการของเด็กได้</p> <p>-ด้านพัฒนาการพบว่าเคสที่๑มีความสามารถน้อยกว่าอายุจริงทุกด้าน</p> <p>-เคสที่๒ความสามารถที่น้อยกว่าอายุจริงสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านร่างกายด้านที่เป็นไปตามวัยคือด้านภาษา</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวางแผนการพยาบาลระยะก่อนการกระตุ้นพัฒนาการ

เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
<p>วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๖</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>๑.แม่วิตกกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของลูก</p> <p>O:ผปก.มีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>S: “อาหารเสริมที่โฆษณาซื้อให้ลูกกินดีไหม” “ลูกพูดช้ากว่าคนอื่น” (เคสที่๑)</p> <p><u>เป้าหมาย</u></p> <p>-เพื่อลดความวิตกกังวลของผปก</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>-เปิดโอกาสให้ผปก.พูดและรับฟัง</p> <p>-ประเมินความวิตกกังวล</p> <p>-ให้ความรู้ในส่วนที่ขาดและสาธิตให้ดู</p> <p><u>เหตุผลทางการพยาบาล</u></p> <p>-เพื่อให้ผปก.ผ่อนคลายและเตรียมความพร้อมในการฝึกเด็กของผปก.</p> <p><u>ประเมินผล</u></p> <p>-ผปก.ได้พูดระบายความรู้สึก</p> <p>-ผปก.ได้ข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษา</p>	<p>วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>๑.ยายวิตกกังวลเรื่องการดูแลเนื่องจากร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ</p> <p>O:ผปก.มีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>: “จะอย่างไรที่หลานจะเดินได้”</p> <p><u>เป้าหมาย</u></p> <p>-เพื่อลดความวิตกกังวลของผปก.</p> <p>-ผปก.ได้ข้อมูลในการดูแลเด็ก</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>-เปิดโอกาสให้ผปก.พูดและรับฟัง</p> <p>-ประเมินความวิตกกังวล</p> <p>-ให้ความรู้ในส่วนที่ขาดและสาธิตให้ดู</p> <p><u>เหตุผลทางการพยาบาล</u></p> <p>-เพื่อให้ผปก.ผ่อนคลายและเตรียมความพร้อมในการฝึกเด็กของผปก</p> <p><u>ประเมินผล</u></p> <p>-ผปก.ได้พูดระบายความรู้สึก</p> <p>-ผปก.ได้ข้อมูลในการดูแลเด็ก</p>	<p>-เคสที่๒มีข้อวินิจฉัยที่แตกต่างคือ</p> <p>-เด็กมีโอกาสเกิดข้อยึดติดเนื่องจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อแขนและขาข้างซ้าย</p> <p>-ขาดโอกาสการเรียนรู้เนื่องจากมีความบกพร่องในการควบคุมกล้ามเนื้อเล็ก</p> <p>-เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีปัญหารื่องการทรงตัวไม่ได้</p> <p>เนื่องจากเป็นเด็กป่วย(CP)มีปัญหาอ่อนแรงแขนและขาด้านซ้ายบิดเกร็งและอ่อนแรง</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวางแผนการพยาบาลระยะก่อนการกระตุ้นพัฒนาการ

เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
<p>ครั้งที่๑ วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๖</p> <p>๑.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการเคลื่อนไหว(GM)เนื่องจากยืนขาข้างเดียวยังไม่ได้</p> <p>๒.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(FM)เนื่องจากแยกรูปทรงเรขาคณิตประกอบชิ้นส่วน๓ชิ้นและเขียนรูปร่างกลมตามแบบไม่ได้</p> <p>๓.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการเข้าใจภาษา(RL)เนื่องจากวางวัตถุไว้ข้างหน้าและข้างหลัง และจัดกลุ่มตามประเภทเสื้อผ้า ไม่ได้</p> <p>๔.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการใช้ภาษา(EL)เนื่องจากพูดเหตุการณ์เพียงผ่านไปและพูดขอ/ขอบคุณ/ให้ยังไม่ได้</p> <p>๕.เด็กมีความบกพร่องด้านทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม(PS)เนื่องจากใส่เสื้อผ้าหน้ายังไม่ได้และบอกเพศตนเองยังไม่ได้</p>	<p>ครั้งที่๑ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖</p> <p>๑. เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการเคลื่อนไหว(GM)เนื่องจากยืนขาข้างเดียวยังและใช้แขนรับลูกบอลไม่ได้</p> <p>๒. เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(FM)เนื่องจากแยกรูปทรงเรขาคณิตและเขียนรูปร่างกลมตามแบบไม่ได้</p> <p>๓. เด็กมีความบกพร่องด้านทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม(PS)เนื่องจากใส่เสื้อผ้าหน้ายังไม่ได้</p>	<p>-เด็กมีความพร่องทักษะด้านGM FM RL EL และPS(เคสที่๑)</p> <p>-เด็กมีความพร่องทักษะด้านGM FM และPS(เคสที่๒)</p> <p>O:จากการประเมินด้วยคู่มือDSPPM</p> <p><u>เป้าหมาย</u></p> <p>-เพื่อให้ผปค.สามารถกลับไปฝึกลูกต่อที่บ้านได้</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>-ทำความรู้จักผปค.และเด็ก</p> <p>-ประเมินและสอบถามผปค.</p> <p>-ประเมินพัฒนาการเด็ก</p> <p>-กระตุ้นพัฒนาการตามคู่มือTEDA๔1</p> <p><u>เหตุผลทางการพยาบาล</u></p> <p>-เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กในด้านที่บกพร่อง</p> <p><u>การประเมินผล</u> -ผปค.สามารถสาธิตการฝึกพัฒนาการด้านที่บกพร่องได้ถูกต้อง</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
การวางแผนการพยาบาลระยะขณะการกระตุ้นพัฒนาการ		
เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
<p>ครั้งที่๒ วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๖</p> <p>๑.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการเคลื่อนไหว(GM)เนื่องจากยีนขาข้างเดียวยังไม่ได้</p> <p>๒.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(FM)เรื่องการจับคู่รูปภาพที่มี๔ตัวเลือก</p> <p>๓.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการเข้าใจภาษา(RL)ในการกระทำ๒อย่างตามคำสั่ง</p> <p>๔.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการใช้ภาษา(EL)เนื่องจากพูดเป็นวลีไม่ได้</p> <p>๕.เด็กมีความบกพร่องด้านทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม(PS)เนื่องจากยังไม่พูดขอหรือขอบคุณตัวเอง</p>	<p>ครั้งที่ ๒ วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๖</p> <p>๑.พร่องทักษะด้านการเคลื่อนไหว(GM)เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถยืนเองได้ตามลำพังชั่วคราว</p> <p>๒.พร่องทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(FM)เรื่องร้อยลูกปัดขนาดเล็กได้ ๔ เม็ด</p> <p>๓.พร่องทักษะด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม(PS)เรื่องการแปร่งฟันโดยผู้ใหญ่คอยช่วย</p>	<p><u>ข้อวินิจฉัยและข้อมูลสนับสนุน</u></p> <p>๑.เด็กมีความพร่องทักษะด้านGM FM RL EL และPS(เคสที่๑)</p> <p>๒.เด็กมีความพร่องทักษะด้านGM FM และPS(เคสที่๒)</p> <p>O:จากการประเมินและฝึกด้วยคู่มือ TEDA๔</p> <p><u>เป้าหมาย</u></p> <p>-เพื่อเพิ่มทักษะด้านที่บกพร่อง</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>-กระตุ้นพัฒนาการตามคู่มือTEDA๔</p> <p><u>การประเมินผล(เคสที่๑)</u></p> <p>-เด็กสามารถยืนขาเดียวได้นาน๓วินาทีแม้อย่างช่วยพยุง</p> <p>-เด็กสามารถจับคู่รูปภาพเสื้อผ้าได้๓ใน๘ครั้ง(เป้าหมาย๗ใน๘ครั้ง)</p> <p>-เด็กสามารถอุ้มบอลแล้ววางเตะตามสั่งได้๒ใน๓ครั้ง ทำได้ตามเป้าหมาย</p> <p>-เด็กพูดได้๒คำยังไม่เป็นวลี</p> <p>-เด็กสามารถพูดขอได้เอง๒ใน๔ครั้ง ทำได้ตามเป้าหมาย</p> <p><u>เหตุผลทางการพยาบาล</u></p> <p>-เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กในด้านที่บกพร่อง</p> <p><u>การประเมินผล (เคสที่๒)</u></p> <p>-เด็กยังยืนไม่ได้ปล่อยตัวยืนแล้วล้ม</p> <p>-เด็กยังหยิบจับร้อยลูกปัดไม่ได้</p> <p>-เด็กสามารถแปร่งฟันได้โดยแม่ช่วยบอก ทำได้ตามเป้าหมาย</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)		
การวางแผนการพยาบาลระยะขณะการกระตุ้นพัฒนาการ		
เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
<p>ครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖</p> <p>๑.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการเคลื่อนไหว(GM)เนื่องจากยืนขาข้างเดียวยังไม่ได้</p> <p>๒.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(FM)เนื่องจากแยกรูปทรงเรขาคณิตประกอบชิ้นส่วน๓ชิ้นและเขียนรูปร่างกลมตามแบบไม่ได้</p> <p>๓.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการเข้าใจ(RL)ภาษาเนื่องจากวางวัตถุไว้ข้างหน้าและข้างหลัง และจัดกลุ่มตามประเภทเสื้อผ้า ไม่ได้</p> <p>๔.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการใช้ภาษา(EL)เนื่องจากพูดเหตุการณ์เพียงผ่านไปและพูดขอ/ขอบคุณ/ให้ ยังไม่ได้</p> <p>๕.เด็กมีความบกพร่องด้านทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม(PS)เนื่องจากใส่เสื้อผ้าหน้ายังไม่ได้และบอกเพศตนเองยังไม่ได้</p>	<p>ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖</p> <p>๑.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการเคลื่อนไหว(GM)เนื่องจากยืนขาข้างเดียวยังและใช้แขนรับลูกบอลไม่ได้</p> <p>๒.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(FM)เนื่องจากแยกรูปทรงเรขาคณิตและเขียนรูปร่างกลมตามแบบไม่ได้</p> <p>๓.เด็กมีความบกพร่องด้านทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม(PS)เนื่องจากใส่เสื้อผ้าหน้ายังไม่ได้</p>	<p><u>ข้อวินิจฉัยและข้อมูลสนับสนุน</u></p> <p>๑.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านGM FM RL EL และPS(เคสที่๑)</p> <p>๒.เด็กมีความบกพร่องทักษะด้านGM FM และPS(เคสที่๒)</p> <p>O:จากการประเมินและฝึกด้วยคู่มือ DSPM</p> <p><u>เป้าหมาย</u></p> <p>-เพื่อประเมินทักษะด้วยคู่มือ DSPM ในช่วงวัย๔๒เดือน</p> <p><u>กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล</u></p> <p>-ประเมินพัฒนาการตามคู่มือ DSPM การประเมินผล(เคสที่๑)</p> <p>-เด็กยืนขาข้างเดียวนาน๕วินาที ได้๑ ใน๓ครั้ง</p> <p>-เด็กแยกรูปทรง,ประกอบชิ้นส่วนภาพและเขียนรูปร่างกลมตามแบบได้ถูกต้อง</p> <p>-เด็กวางวัตถุไว้ข้างหน้าและข้างหลังได้และเลือกเสื้อผ้าได้ถูกต้อง</p> <p>-เด็กพูดถึงเหตุการณ์เพียงผ่านไปและพูดคำว่าขอเมื่อต้องการได้</p> <p>-เด็กใส่เสื้อผ้าหน้าและบอกเพศตนเองได้ถูกต้อง</p> <p><u>การประเมินผล(เคสที่๒)</u></p> <p>-เด็กยืนขาข้างเดียวและใช้แขนรับลูกบอลยังไม่ได้</p> <p>-เด็กแยกรูปทรงได้ถูกต้อง</p> <p>-เด็กเขียนรูปร่างกลมตามแบบยังไม่ได้</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวางแผนการพยาบาลระยะหลังกระตุ้นพัฒนาการ

เคสที่๑	เคสที่๒	วิเคราะห์
<p>๑. เด็กมีโอกาสร้องทักเซด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาเรื่องการเขียนรูปลี่เหลี่ยม</p> <p>S:ประวัติพัฒนาการล่าช้าการเขียนรูปร่างกลมตามแบบ</p> <p>เป้าหมาย:เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการเขียนรูปลี่เหลี่ยม</p> <p>เกณฑ์การประเมิน:เด็กได้ใช้ชุดฝึกนวัตกรรมเขียนรูปลี่เหลี่ยมอย่างน้อย๕วัน/สัปดาห์</p> <p>กิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> -แนะนำการใช้นวัตกรรมตามคู่มือ -ให้ฝึก.ฝึกซ้ำๆบ่อยๆเป็นประจำ -ทุกครั้งที่มีฝึกมีการเสริมแรงเด็ก <p>เหตุผลทางการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> -เพื่อส่งเสริมและเตรียมความพร้อมในการประเมินพัฒนาการเมื่ออายุครบ๖๐เดือน <p>ประเมินผล:เด็กได้ใช้ชุดฝึกทุกวัน</p> <p>๒.ติดตามเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลกลับรพ.สต.เพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>เป้าหมายและเกณฑ์การประเมิน</p> <p>รพ.สต.ได้รับข้อมูลและเด็กได้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>เหตุผลทางการพยาบาล:เพื่อติดตามและประเมินผล</p> <p>ประเมินผล:เด็กได้ติดตามเยี่ยมบ้านไม่เกิน๑เดือน</p>	<p>๑. เด็กมีความพร้อมทักเซด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาเนื่องจากเขียนรูปร่างกลมตามแบบไม่ได้</p> <p>O:จากการประเมินพัฒนาการด้วยDSPM</p> <p>เป้าหมาย:เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเขียนรูปลี่เหลี่ยมและกระตุ้นพัฒนาการเขียนรูปร่างกลม</p> <p>เกณฑ์การประเมิน:เด็กได้ใช้ชุดฝึกนวัตกรรมเขียนรูปลี่เหลี่ยมและรูปร่างกลม อย่างน้อย๕วัน/สัปดาห์</p> <p>กิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> แนะนำการใช้นวัตกรรมตามคู่มือ -ให้ฝึก.ฝึกซ้ำๆบ่อยๆเป็นประจำ -ทุกครั้งที่มีฝึกมีการเสริมแรงเด็ก <p>เหตุผลทางการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> -เพื่อกระตุ้นพัฒนาการและส่งเสริมเตรียมความพร้อมในการประเมินพัฒนาการเมื่ออายุครบ๖๐เดือน <p>ประเมินผล:เด็กได้ใช้ชุดฝึกทุกวัน</p> <p>๒.ติดตามเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลกลับรพ.สต.เพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>เป้าหมายและเกณฑ์การประเมิน</p> <p>รพ.สต.ได้รับข้อมูลและเด็กได้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>เหตุผลทางการพยาบาล:เพื่อติดตามและประเมินผล</p> <p>ประเมินผล:เด็กได้ติดตามเยี่ยมบ้านไม่เกิน๑เดือน</p>	<p>-เคสที่๑เป็นการติดตามการส่งเสริมพัฒนาการ</p> <p>-เคสที่๒เป็นการติดตามการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า รายที่ ๑ล่าช้า ทั้ง๕ด้านคือกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เข้าใจภาษา ใช้ภาษา และด้านช่วยเหลือตัวเองและสังคม รายที่ ๒พบพัฒนาการล่าช้า ๓ ด้าน ยกเว้นด้านภาษาพบสมวัย กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับในเรื่องพัฒนาการที่ทำได้และทำไม่ได้ของช่วงอายุจริงและอายุพัฒนาการ โดยรายที่ ๑หลังจากกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือTEDA๔ แล้วดีขึ้นรายที่ ๒หลังจากกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือTEDA๔ ไม่ดีขึ้นเนื่องจากมีข้อจำกัดในความเจ็บป่วยจากการติดตามผู้ป่วยทั้ง ๒ราย จำเป็นต้องให้ผู้ปกครองฝึกกระตุ้นและใช้นวัตกรรมฝึกที่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผล ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการพัฒนาเด็กในทุกๆด้าน

สรุปผลและอภิปราย

จะพบว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า รายที่ ๑ล่าช้า ทั้ง๕ด้านคือกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เข้าใจภาษา ใช้ภาษา และด้านช่วยเหลือตัวเองและสังคม รายที่ ๒พบพัฒนาการล่าช้า ๓ ด้าน ยกเว้นด้านภาษา แต่มีความเจ็บป่วยทางร่างกายแขนและขาข้างซ้ายบิดงอและอ่อนแรง เป็นโรคประจำตัวแต่กำเนิดคือสมองพิการ (Cerebral Palsy) โดยศึกษาเปรียบเทียบจากประวัติต่างๆทั้งตัวเด็กและครอบครัว พัฒนาการ ทฤษฎีของอิริกสันพบว่าเด็กมีบางส่วนที่มีการพัฒนาการทางบุคลิกภาพเป็นไปตามขั้นของพัฒนาการตามอายุ และให้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ในการพยาบาลเด็กนำทฤษฎีย่อยทั้ง๓ทฤษฎีมาใช้ในการดูแลตนเองโดยให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการดูแลเด็ก การนำความรู้รื่องมาเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำทฤษฎีระบบการพยาบาลใช้ในการพยาบาล โดยรายที่ ๑หลังจากกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือTEDA๔ แล้วดีขึ้นรายที่ ๒ หลังจากกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือTEDA๔ ไม่ดีขึ้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในความเจ็บป่วยหรือโรคร่วม จากการติดตามผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย จำเป็นต้องให้ผู้ปกครองฝึกกระตุ้นและใช้นวัตกรรมฝึกที่บ้านผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้านและส่งต่อข้อมูลด้านต่างๆให้กับองค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้ความร่วมมือในการช่วยกันดูแลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับเด็กและครอบครัว การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยเครื่องมือTEDA๔และนวัตกรรมมีน้อยๆของหนู มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กเด็กได้รับการกระตุ้นตามช่วงวัยพัฒนาการที่ต่ำกว่าอายุจริง และส่งเสริมพัฒนาการที่ทำได้ตามอายุที่สูงขึ้น ฉะนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ มีทักษะในเรื่องการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ได้หาแนวทางและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในงานโดยนำสิ่งประดิษฐ์มาใช้ส่งผลประโยชน์ต่องานและผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ และการนำไปใช้ประโยชน์ประโยชน์ เมื่อพบปัญหาในการให้การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้ศึกษาจึงได้คิดหาวิธีแก้ไขปัญหาโดยได้มีการคิดค้นนวัตกรรมชุดฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็ก และเพื่อพัฒนามีการขยายผลให้เครือข่ายได้นำชุดฝึกไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในโอกาสต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.ผลสำเร็จของงาน

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๒๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖ รวมระยะเวลาในการดูแล ๓ เดือน

เชิงคุณภาพ

เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการในด้านที่บกพร่อง ผู้ปกครองและครอบครัวได้รับความรู้ วิธี และแนวทางในการดูแล เรื่องการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กและครอบครัวที่พบปัญหา พัฒนาการล่าช้า

๖.การนำไปใช้ประโยชน์

การที่เด็กคนหนึ่งที่มีปัญหาด้านพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นที่ทันเวลาก็สามารถทำให้เด็กได้โอกาสในการพัฒนาส่งผลประโยชน์ต่อเด็กที่ได้รับการกระตุ้นเร็วเด็กได้โอกาสในการเรียนรู้ในด้านต่างๆส่งผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประโยชน์ต่อครอบครัวได้รับความรู้ วิธี และแนวทางในการดูแลที่ถูกต้องเพิ่มโอกาสในการกระตุ้นแก่เด็ก องค์กรชุมชนได้รับทราบปัญหาคนในชุมชนและได้ร่วมกันดูแลคนในชุมชนได้พัฒนาด้านคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

๗.ความยุ่งยากซับซ้อน

ก่อนที่เด็กจะถูกส่งตัวมาที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ เด็กต้องได้รับการประเมินจาก รพ.สต.เมื่อพบว่าพัฒนาการล่าช้า จึงส่งมาที่โรงพยาบาล การประเมินเด็กพบว่ามีความยุ่งยาก เช่น เด็กไม่ให้ความร่วมมือ เด็กป่วย เด็กมีโรคร่วมเช่น สมาธิสั้น ออทิสติก ส่วนครอบครัวผู้ดูแลจะพบปัญหาด้านขาดความรู้ความเข้าใจพื้นฐานด้านความรู้แตกต่างกัน สถานะเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายในการเดินทาง ที่สำคัญทัศนคติที่ผู้ปกครองมีต่อพัฒนาการของเด็ก การไม่ยอมรับว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้า

๘.ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๑.การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลต่างๆในการศึกษาเปรียบเทียบ ซึ่งผู้ศึกษาต้องได้มาทบทวน วิชาการในด้านต่างๆเพื่อใช้ในการอ้างอิงกับผลงาน

๒.จำนวนคนที่ศึกษามีน้อย

๓.นัดเด็กแล้วผู้ปกครองไม่พามาตามนัด เนื่องจากเด็กป่วยต้องได้นัดใหม่

๔.ขาดสื่ออุปกรณ์ในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก การเขียนลอกรูปร่างกลมและสี่เหลี่ยม ผู้ศึกษาได้คิดค้นหาแนวทางโดยผลิตสื่อในการฝึกกระตุ้น และส่งเสริมพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก ชื่อผลงานนวัตกรรม “มีอน้อยๆของหนู”

๙.ข้อเสนอแนะ

เพื่อการพัฒนาและขยายผลผู้ศึกษาจะได้นำชุดฝึกไปทดลองใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเครือข่ายสุขภาพใน โอกาสต่อไป

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน

ผ่านการนำเสนอผลงาน การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ในเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต ปี๒๕๖๗ ในวันที่ ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ จัดโดยมูลนิธิเครือข่ายพยาบาลชุมชน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สถานที่ ณ.ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑)นางประกายแก้ว เศรษฐมัตย์.....สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๑๐๐.....
- ๒)สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

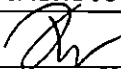
(ลงชื่อ)

(นางประกายแก้ว เศรษฐมัตย์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๘ เดือน ๗, ๖๖ พ.ศ. ๒๕๖๗

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางประกายแก้ว เศรษฐมัตย์	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ



(ลงชื่อ)

(นางนวพรรณ จำรูญพงษ์)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

(วันที่) ๙ เดือน ๗ พ.ศ. ๒๕๖๗



(ลงชื่อ)

(นายทนง คำศรี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) ๑๐ เดือน ๗ พ.ศ. ๒๕๖๗

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อของเด็กในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้ชุดฝึกลากเส้นรูปร่างกลมในเด็กอายุ ๔๒ เดือน และ ชุดฝึกลากเส้นรูปสี่เหลี่ยมในเด็กอายุ ๖๐ เดือน

๒. หลักการและเหตุผล

เด็กคือทรัพยากรที่อันทรงคุณค่า และเป็นอนาคตของชาติที่ควรได้รับการเลี้ยงดูให้เจริญเติบโต และพัฒนาการสมวัย ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญาโดยที่ทุกประเทศจะต้องให้ความสำคัญคุ้มครองเด็ก ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กของสหประชาชาติ โดยเฉพาะในด้านสิทธิเด็กด้านสาธารณสุข ซึ่งสิทธิที่เด็กทุกคนจะต้องได้รับคือมาตรฐานด้านสาธารณสุขจะได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก การรักษาความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพจะได้รับประกันว่า ไม่มีเด็กถูกริดรอนสิทธิบริการดูแลสุขภาพและรัฐบาลต้องดำเนินมาตรการที่เหมาะสมในการลดการเสียชีวิตของทารกและเด็ก ประกันให้มีการช่วยเหลือทางการแพทย์ที่จำเป็น

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้ให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง ประกอบด้วย ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก จ่ายยาบำรุงเลือดให้เด็กทุกคนที่มาใช้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี คัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็ก ๙ เดือน และ เด็กกลุ่มอายุ ๔ ปี ให้บริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเด็กตั้งแต่แรกคลอดถึง ๕ ปี ประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ๕ กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มวัย ๙ เดือน กลุ่มวัย ๑๘ เดือน กลุ่มวัย ๓๐ เดือน กลุ่มวัย ๔๒ เดือน และกลุ่มวัย ๖๐ เดือน ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาทั้ง ๕ ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor) ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (Fine Motor) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) ด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม (Personal and Social) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเด็กที่มาบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA๔1 ที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๑ คน ปี๒๕๖๔ จำนวน ๑๒ คน ปี๒๕๖๕ จำนวน ๑๒ คน ปี๒๕๖๖ จำนวน ๒๑คน พบว่าเด็กพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กล่าช้า จำนวนทั้งสิ้น ๑๓ คน กลุ่มอายุ ๔๒ เดือน จำนวน ๑๐ คน อายุ๖๐เดือน ๓ คนได้พัฒนากล้ามเนื้อเล็กด้วยชุดฝึกลากเส้นรูปร่างกลม จำนวน ๒ คน และ กลุ่มอายุ ๖๐ เดือนได้พัฒนากล้ามเนื้อเล็กด้วยชุดฝึกลากเส้นรูปสี่เหลี่ยม จำนวน ๑ คน ในการพัฒนากล้ามเนื้อเล็กในเด็กที่พัฒนาช้าได้ส่งเสริมให้กับเด็กโดยใช้ชุดฝึกกล้ามเนื้อเล็กซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ได้คิดค้นมาใช้ภายใต้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ชื่อผลงาน“มือน้อยๆของหนู”โดยนำมาใช้ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการและให้ผู้ปกครองนำไปฝึกต่อที่บ้านเพื่อความต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพกับเด็กยิ่งขึ้นต่อไป

รูปแบบการวิจัย การวิจัยการศึกษานี้มีเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการฝึกกล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัยโดยใช้ชุดฝึกลากเส้นรูปร่างกลมในเด็กอายุ 42 เดือนและ ชุดฝึกลากเส้นรูปสี่เหลี่ยมในเด็กอายุ 60 เดือน

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการใช้ชุดฝึกลากเส้นรูปร่างกลม เพื่อพัฒนากล้ามเนื้อเล็ก ในกลุ่มอายุ ๔๒ เดือน และ ชุดฝึกลากเส้นรูปสี่เหลี่ยม เพื่อพัฒนากล้ามเนื้อเล็ก ในกลุ่มอายุ ๖๐ เดือนการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบด้วยค่าร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ทฤษฎีพัฒนาการของกิลเซล ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาพัฒนาการได้กล่าวว่า ความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กของเด็กสามารถแบ่งออกเป็นระยะและมีขั้นตอน พัฒนาการ กล้ามเนื้อเล็กนั้นมีความสำคัญแก่ชีวิตเพราะเป็นรากฐานของบุคคลเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ พฤติกรรมของบุคคลจะมีอิทธิพลมาจากสภาพความพร้อมทางร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ ต่อม กระดูก และประสาทต่างๆ สิ่งแวดล้อมเป็นเพียงส่วนประกอบของการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาชุดกิจกรรมตามแนวคิด Gesell

(<http://www.repository.rmutt.ac.th>) เพื่อพัฒนาความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กที่สงสัยล่าช้าและเด็กที่มีความบกพร่อง จึงได้นำนวัตกรรม มีोन้อย น้อย ของหนู ซึ่งเป็นชุดฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กในการเขียนรูปร่างกลมสำหรับเด็กอายุ ๔๒ เดือน และชุดฝึกเขียนรูปร่างสี่เหลี่ยมสำหรับเด็กอายุ ๖๐ เดือน ในการดูแลส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการให้กับเด็กในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และนำไปฝึกต่อที่บ้านโดยผู้ปกครอง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขจะพบว่ามี ๒ ด้านคือ ด้านเด็กและผู้ปกครอง ด้านเด็กเรื่องของความพร้อมของกล้ามเนื้อมัดเล็กซึ่งต้องมีการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดเล็กและการหยิบจับ ข้อจำกัดอาจจะมีในส่วนของเด็กป่วยหรือเด็กที่มีโรคประจำตัวทำให้ความสามารถในการใช้ชุดฝึกได้ไม่ดีเท่าเด็กที่ไม่มีภาวะป่วยร่วม ด้านผู้ปกครองจะพบปัญหาขาดความตระหนักในการใช้ชุดฝึก เป็นเรื่องที่คุณฝึกต้องใช้ความรู้ ความสามารถทั้งด้านทฤษฎีและจิตวิทยาใช้กับเด็กและผู้ปกครองเพื่อผลสำเร็จในการใช้ชุดฝึก เด็กสามารถลอกรูปร่างกลมและสี่เหลี่ยมตามแบบได้ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยและสามารถส่งเสริมพัฒนาการในด้านอื่นๆต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้แก้ไขปัญหากกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย ด้วยชุดฝึกลากเส้นรูปร่างกลมในเด็กอายุ ๔๒ เดือน และ ชุดฝึกลากเส้นรูปร่างสี่เหลี่ยมในเด็กอายุ ๖๐ เดือน

๒. ได้เครื่องมือ และ คู่มือการใช้ชุดฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย

๓. ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหากกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย ด้วยชุดฝึกลากเส้นรูปร่างกลมในเด็กอายุ ๔๒ เดือน และชุดฝึกลากเส้นรูปร่างสี่เหลี่ยมในเด็กอายุ ๖๐ เดือน

๔. ผู้ปกครองได้พัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผลการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุร้อยละ ๙๐

๒. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยTEDA๔หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ร้อยละ ๗๕

ลงชื่อ)

(นางประกายแก้ว เศรษฐมาตย์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) / / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ - มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

หลังจากที่ได้รับมอบหมายให้มาปฏิบัติหน้าที่ทางการพยาบาลในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โดยได้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ซึ่งต้องใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ด้านวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการทางการพยาบาลดังนี้

๓.๑ ทักษะการประเมิน จากการสอบถามผู้ป่วย และการสืบค้นข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปีผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหา

๓.๒ ทักษะการใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวบรวมปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วย

๓.๓ ทักษะการวางแผนด้านการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพ

๓.๔ ทักษะการปฏิบัติด้านการพยาบาล ที่กำหนดไว้มาทำให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติดูแลตนเอง

๓.๕ ทักษะการประเมินผลด้านการพยาบาล เมื่อสิ้นสุดโครงการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ที่มาและความสำคัญ

กลุ่มโรค NCDs (Non - Communicable diseases) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ติดต่อผ่านการสัมผัส/ ตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ สาเหตุการเกิดส่วนใหญ่เป็นผลจากวิธีการดำเนินชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวาน มัน เค็มจัด และความเครียด ถ้าไม่ได้รับการควบคุมหรือดูแลรักษา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีอาการและรุนแรงขึ้นตามลำดับ (กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, ๒๕๖๔) กลุ่มโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีผู้เสียชีวิตจำนวน ๓๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๖๘ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวนเพิ่มขึ้นเป็น ๔๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ๑๗.๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๔ รองลงมาคือ โรคมะเร็ง ๙.๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๒, โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ๓.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๙ และโรคเบาหวาน ๑.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔ ตามลำดับ ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในกลุ่มอายุ ๓๐ - ๖๙ ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” จำนวน ๑๕ ล้านคน และร้อยละ ๘๕ เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๒)

สถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ ๗๕ ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือประมาณ ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปี โดยในทุกหนึ่งชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต ๓๗ ราย จึงเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจรวมที่เสียไปแล้วนับว่าสูงมากถึงร้อยละ ๔๐ ของมูลค่างบประมาณภาครัฐของประเทศไทยทั้งหมด (ธีระ วรรณรัตน์, ๒๕๖๑) จากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ พบอัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มโรค NCDs ๓ อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ ๑๒๓.๓, ๔๗.๑ และ ๓๑.๘ ต่อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ที่มาและความสำคัญ(ต่อ)

ประชากรแสนคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๒) ทั้งนี้กลุ่มโรค NCDs ที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้อย่างไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง ๗.๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๒.๘ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก มีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน ๑.๕๖ พันล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๕)

สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ เพิ่มขึ้นจาก ๙๑๖.๘๙ (จำนวน ๕๔๐,๐๑๓ คน) เป็น ๑,๓๕๓.๐๑ (จำนวน ๘๑๓,๔๘๕ คน) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลของ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๗,๐๘๔,๕๘๖ คน (ร้อยละ ๘๗.๕๑) เป็นกลุ่มเสี่ยง (ค่าความดันโลหิตระหว่าง ๑๓๐ - ๑๓๙/ ๘๕ - ๘๙ มิลลิเมตรปรอท) จำนวน ๑,๓๑๑,๘๔๑ คน (ร้อยละ ๗.๖๘) เป็นกลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐/ ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท จำนวน ๔๑,๓๘๐ คน (ร้อยละ ๐.๒๔) และเป็นกลุ่มสงสัยป่วย (ค่าความดันโลหิตระหว่าง ๑๔๐ - ๑๗๙/ ๙๐ - ๑๐๙ มิลลิเมตรปรอท) จำนวน ๗๐๐,๐๓๔ คน (ร้อยละ ๔.๑๐) ซึ่งในกลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจัยจำนวน ๖๒๑,๘๙๔ คน (ร้อยละ ๘๘.๘๔) และเป็นผู้ป่วยรายใหม่จากการติดตามจำนวน ๕๑,๖๒๑ คน (ร้อยละ ๘.๓) รวมมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากระบบการคัดกรองจำนวน ๙๓,๐๐๑ คน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๕) จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นสมพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension) จึงได้ให้ความสำคัญในการเพิ่มการคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างตระหนักต่อสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและช่วยให้บรรลุ ๙ เป้าหมาย ขององค์การสหประชาชาติที่ว่า ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ ๒๕ ภายใน ปีพ.ศ. ๒๕๖๘ (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข, ๒๕๖๒)

จากการรายงานข้อมูลและสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น และเพื่อวัตถุประสงค์ด้านการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ โดยเน้นการคัดกรองระดับค่าความดันโลหิต และเฝ้าระวังติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่แพทย์ยังไม่ยืนยันวินิจัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงได้ศึกษาและทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension) ให้คำนิยามของคำว่า “โรคความดันโลหิตสูง” หมายถึง ภาวะที่ค่าความดันโลหิตต่อผนังของหลอดเลือดแดงมีค่าสูงเกินกว่าค่าปกติ โดยค่าความดันตัวบนหรือค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ที่มาและความสำคัญ(ต่อ)

๙๐ มิลลิเมตรปรอท (World Health Organization, ๒๐๐๓) โรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน และเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ มีผลโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และส่งผลกระทบต่อครอบครัว รวมทั้งกระทบในชุมชนและสังคมอย่างกว้างขวาง โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ ๓ เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น ๖ เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเป็นอัมพฤกษ์ - อัมพาตได้มากกว่าคนปกติ ๗ เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๐) หากไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือควบคุมระดับค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และโรคตา เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องได้รับการดูแลรักษาให้ระดับค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับค่าความดันโลหิตไม่ได้ อาจส่งผลให้เกิดความพิการทางด้านร่างกายและเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวได้

ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ ๙๐ - ๙๕ ของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) หรือโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary hypertension) ซึ่งจะไม่พบสิ่งที่เป็นสาเหตุของโรคแต่อย่างใด แต่มีข้อสันนิษฐานว่าอาจเกิดได้จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง การป่วยเป็นโรคเบาหวานและดัชนีมวลกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ถิ่นที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ และเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ (อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ, สมสมัย รัตนกริชากุล, ๒๕๖๐) สอดคล้องกับรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (๒๕๖๕) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อของตนเอง อิทธิพลของครอบครัว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นสัมพันธ์ทางบวกกับอายุและพบภาวะความดันโลหิตสูงในอัตราสูงขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น (จินดารัตน์ สมใจนึก, ๒๕๖๓) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญและสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้นคือ การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางต่อการดูแลตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (กฤต กุลบุตรดี, ๒๕๖๐)

การปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษาคือการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ซึ่งการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ กล่าวคือ การควบคุมอาหาร.อาหาร ที่ช่วยลดความดันโลหิตสูงตามหลักDASH. (Dietary Approaches to Stop Hypertension) คือ ฟิซ สด ลดเกลือ เนื่อน้อย ด้อยมัน น้ำตาลต่ำ (ไม่เกินวันละ๒๔ กรัม หรือ๖ ช้อนชา) การออกกำลังกาย ไม่ว่าจะเป็ การเดิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ที่มาและความสำคัญ(ต่อ)

เร็วออกกาลังแอโรบิก โยคะ ไทเก๊ก ชี่กง หรือเดินจงกรม ติดต่อกัน ครั้งละครึ่งชั่วโมงต่อวัน สัปดาห์ละอย่างน้อย ๓ วันทำให้หัวใจเต้นช้าลงลดความดันโลหิตสูงลงได้แต่ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ต้องใช้แรงเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก การควบจัดการทางอารมณ์ ให้รู้จักความเครียดที่เกิดขึ้นและควบคุมการตอบสนองความเครียดในสิ่งที่สามารถควบคุมได้มาสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยเกือบทุกรายและน่าจะมีประโยชน์มากในรายที่มีความเครียดสูง ในปัจจุบันมีวิธีที่ได้รับความนิยม และมีการศึกษาถึงประสิทธิผลหลายวิธี เช่น การผ่อนคลาย การทำสมาธิและกิจกรรมที่ใช้กายและจิต (เช่น ชี่กงไทชโยคะ) หรือการสวดมนต์ไหว้พระเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะที่รู้ตัวและสงบ โดยผ่านเทคนิคแบบต่างๆ ตามที่ผู้ป่วยสนใจ วิธีการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ๑-๗ ที่เกี่ยวกับ กลไกการทำงานของร่างกายด้วยประสาทสัมผัส ทั้ง ๖ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว ตามหลักวิทยาศาสตร์ ผสมผสานกับหลักพุทธศาสนา ในเรื่องของศีล สมาธิ ปัญญา โดยเฉพาะการทำสมาธิ ด้วยการหายใจเข้า “พุทธ” หายใจออก “โธ” สามารถช่วย ให้จิตใจคลายเครียด กระตุ้นการหลั่งของสารเมลาโทนิ (Melatonin) ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ กระตุ้นภูมิคุ้มกัน และรักษาความสมดุลให้กับร่างกาย การฝึกสมาธิบำบัด แบบ SKT ใช้หลักการกำหนดจิต รับรู้ และการเคลื่อนไหว ด้วยลมหายใจ เข้าและออก เป็นตัวขับเคลื่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสมาธิบำบัดในการลด ความดันโลหิตและตัวบ่งชี้ทางเคมี ได้แก่ FBS, HbA๑C, Lipid profile โดยใช้การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ๒ ในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติหลังการออกกำลังกาย โดยคาดหวังว่าวิธีนี้จะทำให้ระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ลดลง

จากสภาพปัญหาของผู้รับบริการในอำเภอพิบูลมังสาหารที่มีโรคซับซ้อนและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องการการดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพที่ต้องใช้เวลายาวนานในการดูแลและควบคุมให้อาการคงที่ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งหมด ๘,๒๑๖ ราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๑๓,๕๕๘ คน โรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดจำนวน ๒๘๗ ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน ๒๖ ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๑๗ ราย ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ ๕ จำนวน ๒๔๖ ราย (ข้อมูลจากระบบHDC ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖) การรับรู้ด้านการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ จึงมีส่วนสำคัญเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้ห่างไกลจากโรคความดันโลหิต ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน เพื่อสร้างการตระหนักรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกิจกรรมที่ตนเองสามารถจะกระทำได้ด้วยตนเอง ในการป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับครัวเรือนของประชาชนและงบประมาณของประเทศในระยะยาวเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ
๒. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ
๓. เพื่อเปรียบเทียบผลของระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ

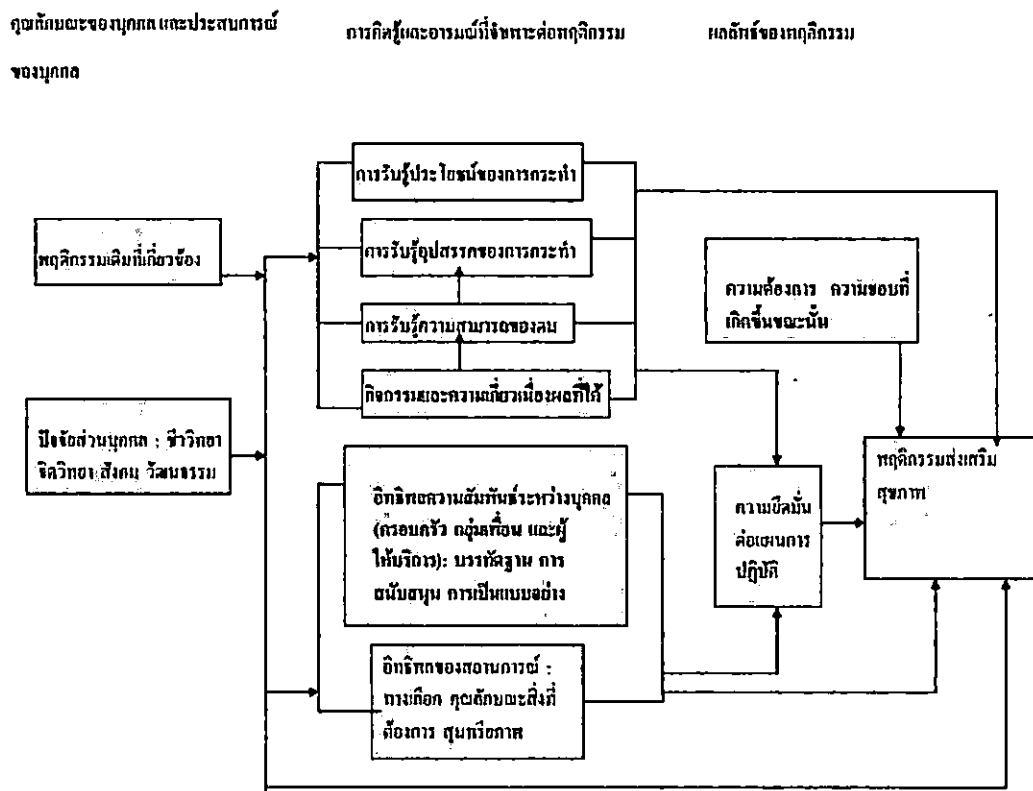
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สมมติฐานงานวิจัย

กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีระดับเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ลดลง กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al.,๒๐๐๒) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล(Individual characteristics and experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การปรับรูปแบบที่เหมาะสมหรือส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี



ภาพประกอบที่ ๑ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(ปรับปรุง ค.ศ.๒๐๐๒) (Health Promotion in Nursing practice”(๔th ed.),(p.๖๐) by Pender,N.J.,Murdaugh,C.L., & Parsons,M.A.,๒๐๐๒, New Jersey: Prentice Hall.)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สมมติฐานงานวิจัย(ต่อ)

ผู้วิจัยมีแนวคิดว่า ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ควรได้รับการควบคุมความดันโลหิตในรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลที่เฉพาะเจาะจงโดยเน้นการให้ข้อมูลความรู้ การรับรู้ และฝึกทักษะพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ที่เฉพาะเจาะจงในส่วนที่กลุ่มเป้าหมายต้องการ ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตามที่เรามุ่งหวังได้ จนสามารถดูแลควบคุมให้ระดับค่าความดันโลหิตลดลงได้ด้วยตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ สรุปเป็นกรอบแนวการวิจัย ดังภาพที่ ๑

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต

- การให้ความรู้เป็นรายบุคคล เกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะ แทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิต ใช้ภาพพลิกละโมเดลอาหารและ จากคู่มือการดูแลตนเองผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง
- การรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

๑. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
๒. การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค
๓. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ
๔. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ

- การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง

๑. การรับประทานอาหาร
๒. การดูแลสุขอนามัยทั่วไป
๓. การออกกำลังกายตามถนัด

- ระดับความดันโลหิต
- การรับรู้ด้านสุขภาพ
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง

แผนภูมิที่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี ทำการศึกษา เฉพาะผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ที่แพทย์ยังไม่ยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๔๐ ตัวอย่าง ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

นิยามศัพท์เฉพาะ

๑. ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ที่ระดับค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ระหว่าง ๑๔๐ – ๑๕๙ มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ระหว่าง ๙๐ – ๙๙ มิลลิเมตรปรอท ที่ผ่านการตรวจจากแพทย์แล้วพิจารณาเห็นควรให้ควบคุมระดับค่าความดันโลหิตด้วยการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ และยังไม่ยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ขอบเขตการวิจัย(ต่อ)

๒. การออกกำลังกายตามถนัด หมายถึง การที่ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ จะใช้ชนิดของการออกกำลังกายตามที่ตนเองถนัดและสามารถที่จะปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องตลอดการศึกษา เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง การปั่นจักรยาน การแกว่งแขน ที่มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ ๕ ครั้ง ๆ ละ ไม่น้อยกว่า ๓๐ นาที

๓. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต หมายถึง รูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคล เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมความดันโลหิต ใช้ภาพพลิกและโมเดลอาหารและ จากคู่มือการดูแลตนเองผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงและการแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการกระทำ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับ ๑.การรับรู้ความรุนแรงของโรค ๒.การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ๓.การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ๔.การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การออกกำลังกายตามถนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านผู้มารับบริการ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี จนสามารถดูแลควบคุมให้ระดับค่าความดันโลหิตลดลงได้ด้วยตนเอง

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการดูแลกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะช่วยป้องกันและลดจำนวนการเกิดโรคความดันโลหิตสูง นำไปสู่การลดต้นทุนบริการทางการแพทย์ เช่น ค่ายาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น

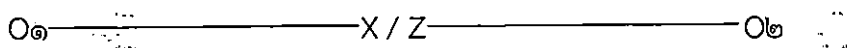
ด้านการวิจัย ผลการวิจัย “โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต” ใช้เป็นข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างอย่างกลุ่มเดียว (one group pre - post test design) เปรียบเทียบการทดลองก่อน - หลัง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด และให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย (Research design)



O๑ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

Z หมายถึง การติดตามผลการวัดระดับความดันโลหิตหรือการใช้ไลน์โทรแบบ Video Calling (ที่กลุ่มกลุ่มตัวอย่างสะดวก)

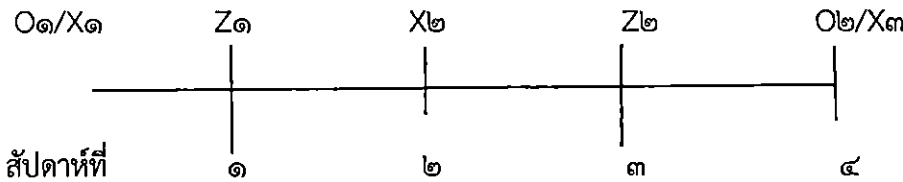
O๒ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

วิธีดำเนินการวิจัย(ต่อ)

แผนภูมิการทดลอง



O๑ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre – test) โดยการวัดและบันทึกที่ระดับค่าความดันโลหิตและตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามการรับรู้ ๔ ด้าน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

X๑ หมายถึง การให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี การนัดหมายติดตามสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง บันทึกผลการวัดระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนให้โปรแกรม ฯ

Z๑ หมายถึง การโทรศัพท์หรือการใช้ไลน์โทรแบบ Video Calling (ที่กลุ่มทดลองสะดวก) ติดตามผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ติดตามผลบันทึกการวัดระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ ๑

X๒ หมายถึง การนัดหมายครั้งที่ ๑ ที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร และให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ให้กลุ่มทดลองปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลบันทึกการวัดระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ ๒ การนัดหมายครั้งต่อไปอีก ๑ สัปดาห์

Z๒ หมายถึง การโทรศัพท์หรือการใช้ไลน์โทรแบบ Video Calling (ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก) ติดตามผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ ๓ ติดตามผลบันทึกการวัดระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ ๑

X๓ หมายถึง การนัดหมายครั้งที่ ๒ ที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร และให้ติดตามผลบันทึกผลการวัดระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ ๔ ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตาม

O๒ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post – test) โดยการวัดและบันทึกที่ระดับค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามการรับรู้ ๔ ด้าน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สถานที่ศึกษาวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ใช้พื้นที่ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีและบ้านของกลุ่มทดลอง เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็น ประชาชนที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จากผู้มาบริการที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

กลุ่มตัวอย่างที่นำเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) มีเกณฑ์ดังนี้

๑. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ

๒. ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Mild hypertension) ระดับค่าความดันโลหิตตัวบนระหว่าง ๑๔๐ - ๑๕๙ มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง ๙๐ - ๙๙ มิลลิเมตรปรอท (กำหนดตามเกณฑ์ World Health Organization)

๓. ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาโดยแพทย์ที่สถานบริการใดมาก่อน

๔. ผ่านการตรวจคัดกรองจากแพทย์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพิจารณาให้ควบคุมค่าความดันโลหิตด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีค่าความดันโลหิตบน (Systolic blood pressure) ระหว่าง ๑๔๐ – ๑๕๙ มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ระหว่าง ๙๐ – ๙๙ มิลลิเมตรปรอท

๕. สามารถวัดระดับความดันโลหิตหลังทำกิจกรรมได้และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

๖. สื่อสารภาษาไทย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

๗.สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่นำออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีเกณฑ์ดังนี้

๑. ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริงตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดไว้

๒. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างมาจากการสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาของประชากร จำนวน ๔๐ ตัวอย่าง สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ ๐.๕ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ๕% และระดับความเชื่อมั่น ๙๕% สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ ๑๐ ขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

$$\text{สูตรคำนวณ } S = \frac{X^2 NP (๑-P)}{d^2 (N-๑) + X^2 P(๑-P)}$$

S แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

X แทน การแจกแจงของ Z เป็นค่าไคสแควร์ที่ ๑

N แทน จำนวนประชากร

P แทน สัดส่วนของประชากร

D แทน ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเพื่ออยู่ในรูปของสัดส่วน

ได้กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน ๓๖.๓๑ ตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ ๑๕ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, ๑๙๙๙) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ฉะนั้นใช้ตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน ๔๐ ตัวอย่าง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

๑. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล - พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่ผ่านการตรวจจากแพทย์แล้ว และพิจารณาเห็นควรให้ควบคุมด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ การควบคุมการรับประทานอาหาร อารมณ์ภาวะเครียด การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ และยังไม่ยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

๓. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ดังนี้

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น ๔ ส่วน คือ

๑.๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

๑.๒ แบบบันทึกการวัดระดับความดันโลหิต

๑.๓ แบบบันทึกการออกกำลังกายอย่างน้อย ๓๐ นาที ๕ วันต่อสัปดาห์

๑.๔ แบบบันทึกการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ ๒

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต เขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย ความรู้และการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายตามเกณฑ์ของกลุ่มทดลอง และการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ ๒ ดำเนินการตามโปรแกรม เก็บข้อมูล จำนวน ๔ ครั้ง ๆ ละ ๖๐ นาที จำนวน ๔ สัปดาห์

ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสนทนาบำบัด มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ สร้างสัมพันธภาพ ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพครั้งแรก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยผู้วิจัยกล่าว แนะนำตัวเองพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างได้แนะนำตัวเอง โดยผู้วิจัยอธิบายถึงที่มาและความสำคัญการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการทำวิจัย และจำนวนครั้งที่นัด การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง สร้างความมั่นใจในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ขั้นตอนที่ ๒ การให้ความรู้และการปฏิบัติดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ ๓ การแนะนำการบันทึกระดับความดันโลหิต หลังปฏิบัติตามโปรแกรม ฯ

ขั้นตอนที่ ๔ กำหนดการนัดหมาย ทั้งจากการโทรศัพท์หรือการใช้ไลน์โทรแบบ Video Calling (ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก) ผู้วิจัยสรุปแนวทางที่กลุ่มทดลองต้องปฏิบัติหลังจากได้รับโปรแกรมและหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกันแล้ว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำสาริตการทําสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ ๒ และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตาม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย แนะนำให้ฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านหรือที่ทำงาน ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพัก ๓ นาที ผู้วิจัยวัดความดันโลหิตและลงบันทึก แฉ่งนัดหมายพบกันตามที่กำหนดอีก ๔ สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

๑. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิตเขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง ๓ ท่าน หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง

๒. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิตและแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุง แล้วไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) หลังจากนั้น ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

๑. ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. เมื่อผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๖ - ๑๒๗ ก่อนทำการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โดยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ประกอบด้วย การอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยแจ้งให้ทราบว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนสนทนา เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติต่อระดับความดันโลหิต โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล(ต่อ)

๑. **ขั้นเตรียมผู้วิจัย**

ขั้นเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยทบทวนความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ ๒

๒. **ขั้นเตรียมกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๓. **ขั้นดำเนินการทดลอง**

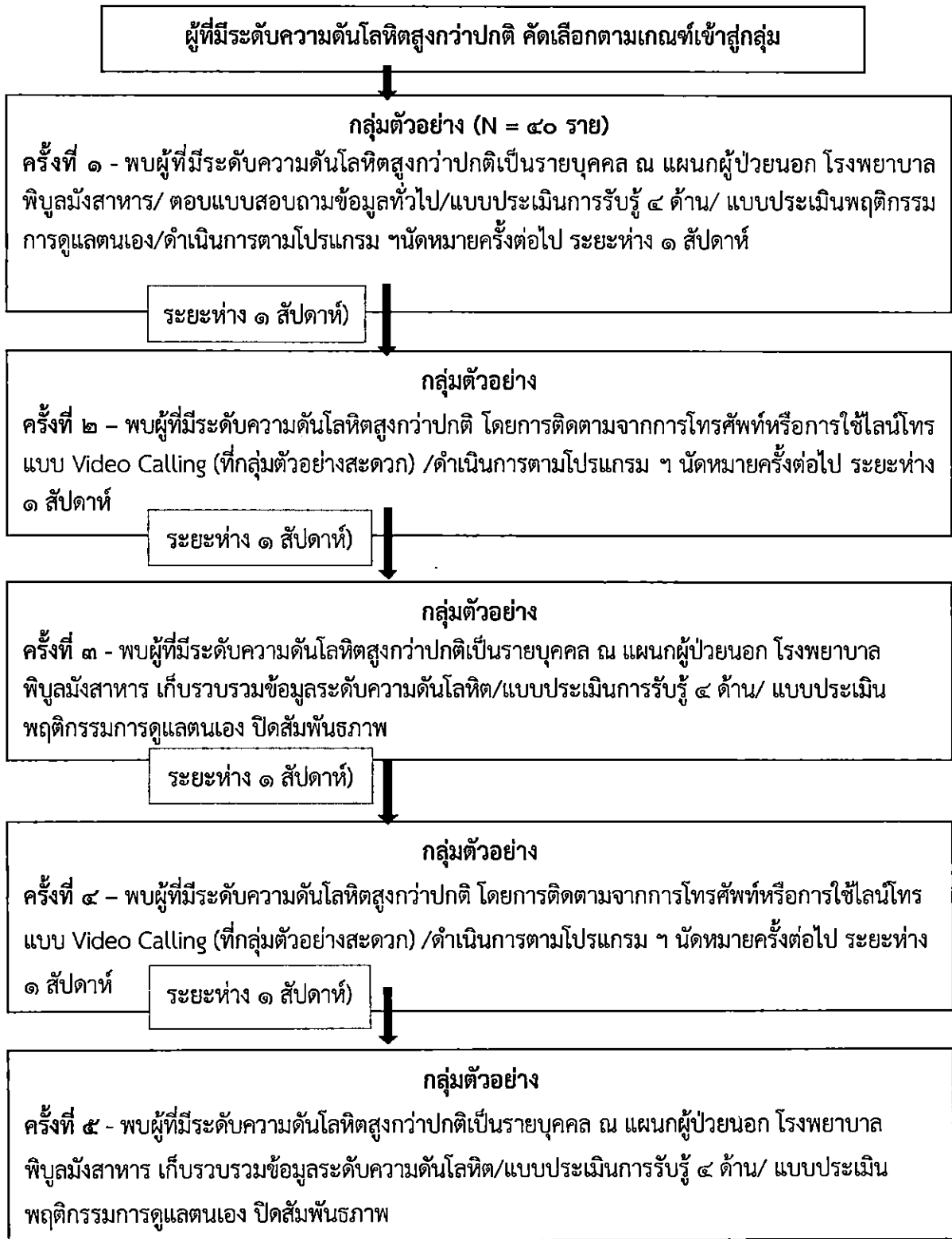
เมื่อโครงร่างงานวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

๓.๑ จัดทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี หลังการอนุมัติแล้ว

๓.๒ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผนภูมิตำแหน่งขั้นตอนวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)
การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล(ต่อ)



ภาพที่ ๕ ขั้นตอนการวิจัย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูลตาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square)

๒. ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน นำเสนอการแจกแจงความถี่ (Frequency) และ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

๓. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ โดยใช้สถิติ Repeated measure One-way ANOVA

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย โปรแกรมในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนคิด ถึงผลของทำกิจกรรมนี้พบว่า ทำให้เกิดความคาดหวัง ความตั้งใจที่จะปฏิบัติต่ออย่างต่อเนื่อง เพราะหลังการฝึกปฏิบัติแล้ว วัดผลลัพธ์ที่ได้ ค่าระดับความดันโลหิตลดลง การฝึกปฏิบัติก็ไม่ยุ่งยากนัก สามารถฝึกปฏิบัติได้ขณะอยู่ที่บ้าน ใช้เพียงแค่ความตั้งใจ มีคนในครอบครัวร่วมฝึกอยู่ด้วย รู้สึกอบอุ่นใจ รวมทั้งคาดหวังถึงการลดจำนวนของยาที่รักษาความดันโลหิตให้ได้ กลับมามีสุขภาพที่ดีขึ้น และหากยังรักษาระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้ ก็ยังจะลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจตามมาได้ด้วย สามารถลดความเครียดได้ผลดี ทำให้ออนหลับได้ง่ายขึ้น รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ และคณะ (๒๕๖๑) ที่พบว่า หลังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับมีทั้ง การช่วยเหลือให้กลุ่มเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเอง มีการบูรณาการการดูแลตนเองสู่วิถีชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยให้ห่างไกลจากโรคความดันโลหิตสูงต่อไปได้

ฉะนั้นทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโปรแกรมและการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำที่ ๒ หลังการออกกำลังกาย เพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นับว่าเป็นบทบาทของพยาบาลอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา มีการดูแลตนเอง และปรับตัวใหม่กับความเสี่ยงที่อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- ๕.๑ ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตที่สามารถกลับมาควบคุมได้มากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๕.๒ ชุมชนได้เรียนรู้กระบวนการ AIC ในการปฏิบัติการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม
- ๕.๓ มีพื้นที่นาร่องในชุมชน เพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ รูปแบบการพัฒนานี้ สามารถนำไปต่อยอดและขยายการดำเนินงาน ในเขตพื้นที่อื่น ๆ ได้ เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ของพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีความเหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ(ต่อ)

๖.๒ หน่วยบริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ในเขตพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และภาคีเครือข่ายได้เรียนรู้แนวคิดเพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงลงมาได้และสามารถนำไปประยุกต์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในพื้นที่ที่รับผิดชอบของตนเองต่อไปได้

๖.๓ ความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมให้ระดับความดันโลหิตที่ลดลงลงมาได้ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาได้ในอนาคต

๖.๔ รูปแบบการพัฒนานี้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น และเข้ากับปัญหาและบริบทของเขตพื้นที่ในอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เกิดความร่วมมือและขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

๖.๕ รูปแบบนี้สามารถ กำหนดเป็นนโยบายในการเสริมสร้างการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การรวมกลุ่มประชุมในกระบวนการ AIC ต่อได้รับความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี เพื่อให้เกิดผลในการนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป การประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน จึงต้องมีการวางรากฐานด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในชุมชนของทีมีสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

๗.๒ การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีส่วนได้เสียในชุมชน เช่น เทศบาล องค์กรปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัย ผู้นำชุมชน เป็นต้น ที่ทีมต้องมีการสอดประสานให้เกิดความเข้าใจและได้รับความร่วมมือ ผลลัพธ์ที่ได้จึงจะทำให้เกิดการประชุมเพื่อหาทางแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในชุมชนของตนเอง

๗.๓ ความเชื่อและองค์ความรู้ของผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพจะต้องชี้แจง แนะนำ ให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง ตั้งแต่ในขั้นแรกในกระบวนการ AIC

๗.๔ การหาข้อสรุปร่วมกันในการดูแลที่มีความหลากหลายในแต่ละราย ซึ่งทีมสุขภาพจะต้องสังเคราะห์และได้ข้อยุติในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้แล้วเสร็จ จึงต้องใช้องค์ความรู้และทักษะของทีมสุขภาพให้เกิดความสำเร็จในการประชุม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การจัดประชุมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้วย กระบวนการ A-I-C นี้ “เน้นความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอน ไม่ได้ เน้นการระดมความคิด และสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์ และเสนอทางเลือก ในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

๘.๒ การศึกษาและเตรียมชุมชน

๘.๒.๑ การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ การทราบความสามารถ ศักยภาพของกลุ่ม สภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นข้อเท็จจริง ในการกำหนดอนาคตทางเลือก รวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และการประสานความร่วมมือ จึงจะเกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับปัญหาและบริบทพื้นที่ของตนเอง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ(ต่อ)

๘.๒.๒ การเตรียมชุมชนเพื่อทำให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน ประชาชนเข้าใจ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจของกลุ่มเข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อให้มีรูปแบบที่เกิดขึ้นโดยความร่วมมือของชุมชน เกิดความยั่งยืนของรูปแบบต่อไป

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมและมีบทบาทอยู่ในกระบวนการตั้งแต่แรกเริ่ม การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมกับกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทีมสุขภาพเป็นเพียงผู้อำนวยการความสะดวกให้กระบวนการให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้

๙.๒ ระยะเวลาความกระชับไม่ยืดเยื้อ จึงจะสามารถทำให้ได้รับข้อมูล เกิดรูปแบบที่ตรงกับความต้องการร่วมกันได้

๙.๓ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนี้ เป็นข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่รอบด้าน ครอบคลุมทั้งปัญหาและศักยภาพของชุมชน ทำให้ทีมสุขภาพเข้าใจและรับรู้ความเป็นจริงรอบด้านของชุมชนยิ่งขึ้น

๙.๔ การประชุมตามกระบวนการ AIC นี้ เป็นการฝึกให้ชุมชนได้ระดมพลังความคิด ความเชื่อตนเอง ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่วมกันในชุมชนของตนเอง ดังนั้นหลังจากเกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นแล้ว ยังสามารถเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่น ๆ ได้เรียนรู้และขยายแนวทางอันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชนในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

๑. สามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปใช้ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง และหากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคแทรกซ้อนระบบไต หัวใจ ประสาท โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

๒. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำมาเป็นแนวทางในการดูแลแบบผสมผสานร่วมกับการดูแลระบบการแพทย์ปัจจุบันแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๑. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในเขตชุมชนเมือง ผลที่ได้อาจแตกต่างจากการศึกษาในเขตชนบท ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการวัดผลหลังการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT หลังจากมีการออกกำลังกายแล้ว เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

๒. ควรใช้กลวิธีอื่นร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

๑๐.๑ การนำเสนอผลงานวิชาการในระดับอำเภอ จังหวัดและอื่นๆ

๑๐.๒ การนำเสนอผลงานวิชาการในการขยายรูปแบบการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ


๑๐.๓ การนำเสนอผลงานวิชาการในวารสารอื่นๆ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑)นางจิรภิญญา เย็นแยม.....สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๑๐๐.....
๒)สัดส่วนของผลงาน.....
๓)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางจิรภิญญา เย็นแยม)


พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ เดือน ๙. ค. พ.ศ. ๒๕๖๗

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางจิรภิญญา เย็นแยม	

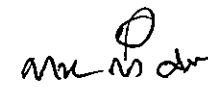
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางนวพรรณ จำรูญพงษ์)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

(วันที่) ๙ เดือน ๙. ค. พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) 

(นายทนง คำศรี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) ๑๑ เดือน ๙. ค. พ.ศ. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง นับเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กำลังคุกคามทั่วโลก จากการรายงาน สถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี ๒๕๖๓ พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้นับประมาณ ๑๗.๙ ล้าน คน สถานการณ์ประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ร้อยละ ๒๔.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ปัญหาหลักของการ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรคแม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือและไม่ได้ติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง อำเภอพิบูลมังสาหาร ๓ ปีย้อนหลัง ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่า อัตราป่วย คิดเป็น ๙,๑๔๒.๐๔, ๙,๔๗๕.๗๒ และ ๑๐,๕๑๙.๔๕ ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิต คิดเป็น ๑๐๑.๗ คนต่อ แสนประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตใน ระดับประเทศ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ ๑๓.๙ ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ เป็นร้อยละ ๑๖.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ ๑๘.๐ โรคหลอดเลือดสมองรวม ๒๗,๘๘๔ คน (คิดเป็น ๔๒.๖ คนต่อประชากรหนึ่งแสนราย) จากสถานการณ์ดังกล่าว หากผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผล ดีขึ้นจะช่วยป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนจาก ความดันโลหิตสูง ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ควรควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ แนวทางการรักษาโรค ความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg กรอบการทำงานสำหรับบริการ สุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ดูแลความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น โรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง (๕) จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร พบว่า เดิมแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร มุ่งเน้นเพียงการดูแลรักษาตัวผู้ป่วย คือ ดูแลแต่ตัวโรค (Disease) โดยยึดผู้ให้รักษาเป็นศูนย์กลาง แต่หลักการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic disease) ควรยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ประยุกต์เวชศาสตร์ป้องกันโดยการส่งเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานหลายๆ กลวิธี การพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะในการให้บริการเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการ (evidence-based) ประกอบการให้คำแนะนำในการรักษาที่ยึดบริบทการใช้ชีวิตของผู้รับบริการเป็นที่ตั้งและคำแนะนำและการให้บริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้รับบริการ หรือการรักษาแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิต เน้นการให้ความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓ ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ที่กำหนดให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยสร้างการมีส่วนร่วมใน

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ระดับครอบครัวชุมชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนดำเนินการอย่างบูรณาการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตลดภาวะแทรกซ้อนความพิการ ลดการตาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ดังนั้นเพื่อทำความเข้าใจกับความหลากหลายของ ผู้ป่วยในแต่ละบริบททางสังคม ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้ทำการวิจัยพัฒนาแนวทางการ ควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดและหลักแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์วิถีชีวิตและชุมชนชนมีส่วนร่วม ในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม บริบทได้ชัดเจนขึ้น

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้แนวคิดและหลักแพทย์- เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ วิถีชีวิต และชุมชนมีส่วนร่วม ทำการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ โดย แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์ ด้วยวิธีการศึกษา เเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ระยะที่ ๒ ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ มีขั้นตอนการวิจัย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ (๑) การวางแผนโดยใช้กระบวนการ Appreciation - Influence - Control (AIC) (๒) การปฏิบัติการดำเนินงาน แบบมีส่วนร่วมชุมชนและแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน (๓) การสังเกตผลการปฏิบัติ และ (๔) การสะท้อนผล

ระยะที่ ๓ ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

พื้นที่ทำการศึกษา คือ ตำบลนาร่องในเขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีการคัดเลือกผู้เข้าร่วม ศึกษาตามเกณฑ์ ประกอบด้วย

๑) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ ในเขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๔๐ คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ (inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ ระหว่าง ๓๕-๖๐ ปี ขึ้นทะเบียนคลินิกความดันโลหิตสูง อย่างน้อย ๖ เดือนขึ้นไป ระยะเวลา ๖ เดือนที่ผ่านมา ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ระดับความดันโลหิตสูงกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg) ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง เกณฑ์ไม่รับเข้าโครงการ (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ อาศัย ไม่สามารถติดตามการรักษาได้ เป็นผู้พิการหรือ บกพร่องทางการได้ยิน ผิดปกติด้านการสื่อสาร

๒) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำร่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาคีเครือข่าย เครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน ๒ คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๒ คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน ๑๐ คน ตัวแทนครอบครัว จำนวน ๖ คน องค์กรภาครัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๒ คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมอครอบครัว จำนวน ๖ คน ระยะเวลาใช้เวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนเมษายน - กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (๑) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการ AIC และกระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน (๒) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจ โดยผู้วิจัย พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน จำนวน ๓๐ คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ และ ๙๕% confidence interval การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมศึกษาการศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โดยจะได้ทำการขอรับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผลพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการใช้กระบวนการ AIC ตามแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และนักวิจัย ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยของสมสมัย รัตนกริฑากุล และคณะ (๒๕๖๔) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บูรณาการ กับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดชลบุรี พบว่า กระบวนการวิจัยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย แสดงให้เห็นงานบริการที่ต้องดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงกัน ทั้งแบบทำโดยหน่วยบริการและผ่านระบบการจัดการแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย การตัดสินใจด้วยอยู่บนพื้นฐานคำแนะนำโดยแพทย์ และหมอครอบครัว งานที่ต้องทำร่วมกัน เช่น การติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน โดยสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข การเสริมสร้างพลังโดยผู้นำชุมชน สมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต แสดงให้เห็นว่าความดันโลหิตลดลง การดูแลต่อเนื่อง ที่ต้องประสานการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมทุกมิติเป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพรรณษา ยาใจ และคณะ ที่ได้ดูแลติดตามผู้ป่วยโดยแพทย์คนเดียว และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับยา แสดงความคิดเห็นต้องการใช้ยา และจัดบันทึกความดันโลหิตด้วยตนเอง ร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสามารถควบคุมความดันโลหิตและลดค่ายาได้ ดังนั้นรูปแบบใหม่ควรมีการ สนับสนุนส่งเสริมให้มีการนำหลักการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางเวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์วิถีชีวิต เวชศาสตร์ครอบครัว ประยุกต์ผสมผสานอย่างลงตัว ตาม บริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการ ดำเนินกิจกรรมและการดูแลผู้ป่วย ให้เกิดการเสริมพลัง อำนาจให้แก่ผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนในการสร้าง เสริมสุขภาพและดูแลตนเองโดยมีแพทย์และบุคลากร สุขภาพ เป็นผู้ให้การสนับสนุนส่งเสริมชุมชนให้ชุมชนเกิด ความเป็นเจ้าของ ทำให้ประสบผลสำเร็จ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้มีระดับความดันโลหิตที่ลดลงกว่าเดิม


๔.๒ มีพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานที่มีรูปแบบการดูแลในเขตพื้นที่อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี และมีการขยายการดำเนินงานเต็มพื้นที่ต่อไป

๔.๓ มีโครงการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหมู่บ้าน เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดหวาน มัน เค็ม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$

๕.๒ มีรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามบริบทที่เหมาะสม

ลงชื่อ) 

(นางจิรภิญญา เย็นแยม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๖ / ๓ / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสโลหิต : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าวิชาการ ทบทวนความรู้ ทฤษฎีทางการพยาบาล แนวคิดทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสโลหิต

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อกระแสโลหิต สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา ภาวะแทรกซ้อน

สาเหตุ : การติดเชื้อแบคทีเรียเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อกระแสโลหิต (Sepsis) นอกจากนี้อาจเกิดจากการติดเชื้อรา ไวรัส หรือพยาธิก็ได้โดยการติดเชื้ออาจเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดก็ได้ในร่างกาย ดังนี้ การติดเชื้อของอวัยวะต่างๆ ในช่องท้อง เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ถุงน้ำดีอักเสบ หรือการติดเชื้อในตับ การติดเชื้อในปอด หรือนิวโมเนีย การติดเชื้อที่ผิวหนัง เช่น ฝีหนองเกิดการอักเสบ มีบาดแผล เป็นต้น การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

อาการ : การติดเชื้อในกระแสโลหิตสามารถแบ่งอาการ เป็น 2 ลักษณะ คือ

- 1.อาการเฉพาะที่หรือเฉพาะอวัยวะที่ติดเชื้อ เช่นเมื่อมีปอดอักเสบติดเชื้อ จะไอเจ็บหน้าอกถ้ามีการติดเชื้อที่ไตจะปวดหลัง ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น
- 2.อาการที่เกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ หรือเป็นกลุ่มการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว เป็นต้น

กลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสโลหิต หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกต่างๆ ที่มีอาการและอาการแสดงของ Systemic Inflammatory Response (SIRS) ร่วมกับมีสาเหตุการติดเชื้อในการแลโลหิต (Sepsis) รวมถึงอาการต่างๆ ที่แสดงถึงความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือด (Poor tissue Perfusion) ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ตามมา โดยทั่วไปภาวะ Severe Sepsis และSeptic shock ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) (2) Sepsis (3) Septic shock โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS** เป็นภาวะที่มีการอักเสบแพร่กระจายทั่วไปในร่างกาย สาเหตุจากการติดเชื้อ หรือมี inflammatory stimuli อื่น ๆ ในการระ SIRS ผู้ป่วยจะต้องมีอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 ° C หรือน้อยกว่า 36° C 2) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที หรือ PaCO₂ น้อยกว่า 32 mmHg 4) เม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 เซลล์/ น้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลบมม. หรือมีเม็ดเลือดขาวชนิด Band form มากกว่าร้อยละ 10

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2. Sepsis เป็นภาวะที่พบการติดเชื้อร่วมกับมีหลักฐานของการตอบสนองที่เรียกว่า Systemic Inflammatory Response Syndrome อย่างน้อย 2 ข้อ ดังที่กล่าวมาในข้างต้น

3. Septic shock เป็นภาวะ sepsis ที่มีอวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ (Organ dysfunction) มากกว่า 1 อวัยวะ มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง (Hypoperfusion) หรือมีความดัน (Hypotension) ร่วมกับความดันโลหิตต่ำโดยความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท Mean Arterial Pressure น้อยกว่า 65 mmHg หรือลดลงต่ำกว่า 40 mmHg เมื่อเทียบกับ baseline ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำ Crystalloid 20 –40 มิลลิเมตร/กิโลกรัม อาจพบลักษณะทางคลินิก เช่น Lactic acidosis ปัสสาวะออกน้อยหรือมีระดับความรู้สึกร่างกายเปลี่ยนแปลง

การรักษา : การรักษาผู้ป่วย Sepsis ใช้หลักปฏิบัติการพยาบาล Six bundle sepsis of care

1. Hemo culture 2. specimens 2. ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง 3. เปิด IV 2 เส้น และให้ Normal Saline Solution อย่างน้อย 1.5 ลิตรภายใน 1 ชั่วโมง 4. ใส่สายสวนปัสสาวะ 5.หลังได้สารน้ำ 1.5 ลิตรแล้ว Mean Arterial Pressure น้อยกว่า 65 mmHg ให้ Vasopressor 6. บันทึก SOS score และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้การรักษาทันเวลา

ภาวะแทรกซ้อน : ที่เกิดกับผู้ป่วย Sepsis ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็ว จะทำให้เข้าสู่ภาวะ Septic shock และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เนื่องจาก Toxin ของ Bacteria ที่เข้าสู่กระแสเลือด จะทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัวอย่างรวดเร็วทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ถึงแม้จะให้สารน้ำอย่างเพียงพอ จึงต้องให้ยากลุ่ม Vasopressor เพิ่ม เช่น Norepinephrin ความดันโลหิตที่ต่ำทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากภาวะ Hypoperfusion เนื้อเยื่อจะปรับตัวโดยพยายามดึงเอาออกซิเจนจากเลือดซึ่งมีน้อยอยู่แล้วออกจากฮีโมโกลบินและพลาสมาให้มากขึ้น หากยังไม่เพียงพอ ร่างกายจะปรับตัวโดยเปลี่ยนไปใช้ anaerobic metabolism แทน ทำให้ระดับของสาร lactate ในเลือดสูงขึ้น นอกจากนั้น Toxin ของ Bacteria ยังทำให้เกิดลิ่มเลือดขนาดเล็กกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (Disseminated Intravascular Coagulation : DIC) ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว (Organ Dysfunction) หากอวัยวะล้มเหลวพร้อมๆ กันหลายระบบ (Multiple Organ Failure) จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

3.2 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

3.3 การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

3.4 การประเมินและรวบรวมข้อมูลแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ทฤษฎีการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะ สุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การ บริการสุขภาพ เป็นต้น โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ 2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะ โภชนาการ น้ำ และเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน 3) การขับถ่าย เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัย ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อ การ ขับถ่าย 4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ การ ดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การ พัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อการพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ 6) สติปัญญาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึการทำทางประสาทสัมผัส ความสามารถ ทางสติปัญญาได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้ 7) การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความ ภูมิใจในตนเอง 8) บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสาร และ พัฒนาการ ด้านสังคม 9) เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์ 10) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการ ปรับตัวกับความเครียด 11) คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

3.5 การใช้ความรู้และทักษะด้านการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

1)การประเมินสภาพ (assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการจากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการ แก้ปัญหา 2) วินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นข้อความที่บอกถึงการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ซึ่งการวินิจฉัยการพยาบาลไม่ใช่ความต้องการหรือโรค 3) การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลรายบุคคล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

4) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention/ implementation) เป็นการเตรียมพร้อมในการปฏิบัติ โดยทบทวนแผนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน การจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง การให้การพยาบาลตาม แผนการพยาบาลที่วางแผนไว้ และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนการตัดสินประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายของผู้รับบริการหรือไม่

3.6 การนำความรู้ 7 Aspect of care ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

1. Assessment คือ การประเมินผู้ป่วยเพื่อการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อสอดคล้องกับการรักษา
2. Symptom distress. management คือ การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น ความปวด
3. Safety คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และมีอุปกรณ์เพียงพอต่อการใช้งาน
4. Disease specific clinical risk คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค
5. Continuing of care คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐาน
6. Empowerment คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้
7. Satisfaction คือ ความพึงพอใจ สัมพันธภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วย

3.7 การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การรักษาพยาบาล การเพื่อป้องกัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

3.8 การดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีปัญหาหลายระบบ และต้องใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อกระแสโลหิต

3.9 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้ D-METHOD

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลวจนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (WHO 2016) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2562 พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 35.40,34.79,32.03 ตามลำดับ(กระทรวงสาธารณสุข 2561) ถึงแม้จะมีอัตราผู้ป่วยลดลงแต่เพียงเล็กน้อยเท่านั้นยังถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้ความสนใจในการดูแลรักษา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2566 พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 35.89,28.78,29.35 ตามลำดับ(ข้อมูล HDC จังหวัดอุบลราชธานี) ถึงแม้จะมีอัตราผู้ป่วยลดลงแต่เพียงเล็กน้อยเท่านั้นยังถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราตายสูง

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนมดแดง มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษา ปี 2564 - 2566 จำนวน 27, 28 และ 44 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (สถิติโรงพยาบาลดอนมดแดง,2566) โดยจากปัญหาการพบว่า หากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง(Screening) เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว (Early Detection) นำไปสู่กระบวนการวางแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าระวัง Early warning signs ต่างๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรุนแรงของโรคและไม่ให้เข้าสู่ภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติหรือร่วมกับมีภาวะอวัยวะภายในต่างๆล้มเหลว ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ จากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาล ผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ จึงมีการจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยมุ่งเน้นในแนวทางการจัดการและส่งต่อผู้ป่วยมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่มีความชัดเจนในแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการปฏิบัติตามความรู้ ประสบการณ์และทักษะของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมทุกงานบริการผู้ป่วย ได้แก่ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชและ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อก เพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้มารับบริการ

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของกรณีศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

4.3 เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ดูแลรักษาโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน
2. ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อกระแสโลหิต โดยมีการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลดอนมดแดง 2 รายปีงบประมาณ 2566
2. มีการค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ งานวิจัย ตำราเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

ติดเชื้อ กระแสโลหิตนำมาวางแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาลและเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

3. รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหา ความต้องการพยาบาลใช้การนำแนวคิดแบบแผนการดูแลสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แล้วกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ร่วมกับแนวคิด 7 Aspect of Careมาให้การพยาบาลมาผู้ป่วย

4. นำกรณีศึกษาทั้ง 2 มาเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล มาวิเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่าง ของกรณีศึกษา สรุป อภิปรายผล

5. จัดทำเอกสาร นำเสนอและเผยแพร่ผลงานวิชาการ

กรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา : รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 68 ปี มารักษาด้วยไข้ เหนื่อยอ่อนเพลียอาเจียน 2 ครั้งเป็นมา 1 วัน มีไข้ไม่ปวดท้อง ปัสสาวะไม่แสบขัด หายใจสะดวกดี ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. ใกล้บ้านได้ยามาทาน อาการไม่ทุเลา โทรแจ้ง 1669 หน่วยจี้กง ออกรับนำส่ง รพ.นอกเวลาได้ยากลับมารับประทาน และนัดมาตรวจ วันต่อมา 1วันก่อนรับการรักษาแล้ว ได้ยาไปรับประทานวันนั้นนัดมาตรวจ 24 มิถุนายน 2566 11. 19 น. T=41.1 C P= 114/min RR=22/min BP =130/63 mmHg ส่งเข้า ER ส่งซีดีตัวลดไข้ ให้ยา Paracetamol (500) 1 tab po stat V/S หลังซีดีตัวลดไข้ หลังทานยา 15 นาที T= 38.5 C P= 78/min RR=20/min BP =83/57 mmHg O sat RA 97% รายงานแพทย์ ชักประวัติเพิ่มเติม แพทย์ให้ส่งตรวจ LAB CBC ,electrolyte ,BUN/cr., ATK ,UA ,DTX =125mg%,H/C 2ขวด,Flim KUB,CXR Rx.NSS iv Load 2000 ml Cef-3 2gms V stat , consult แมงซ้าย ให้ Levophed 4 mg +5%DW 250 ml v drip 20 cc/hr ,Retain foley s catheter On o2 canular 3 LPM ให้ admit V/S T=37.5 C P=74/min RR=20/min order one day Levophed 4 mg +5%DW 250 ml v drip 20 cc/hr titrate ทีละ 3 ทุก 15 นาที keep BP มากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 mmHg keep Mean Aterail Presser มากกว่าหรือเท่ากับ 65 mmHg if titrate Levophed ถึง 30 cc/hr please notify for refer for C- line order continue Medication ,Ceftriaxone 2 gms v stat at ER then OD , Paracetamol (500) 1 tab po prn หลังให้การพยาบาล 2 ชั่วโมง T= 38.6 C P= 80/min RR=20/min BP =106/60mmHg ยังมีไข้ แต่ระดับความดันโลหิตเริ่มกลับมาสู่เกณฑ์ปกติ โดยมีการเฝ้าระวังต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมิน SOS Score ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ได้ titrate Levophed คงไว้ที่ 20 cc/hr ใน 24 ชั่วโมงแรก วันต่อมายังมีปัญหาเรื่องไข้ อุณหภูมิอยู่ที่ 38.5 C - 38.9 C ความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในช่วง 122- 140 mmHg ไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 60-70 mmHg แพทย์พิจารณา step up ยาเป็น Fortum 2 gms v Q 12 hrs. 25 มิถุนายน 2566 ให้ Trail off Levophed 4 mg +5%DW 250 ml v drip 20 cc/hr

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

ผลการศึกษา : รายที่ 1 (ต่อ)

และสามารถ off ได้และ off foley s catheter ผู้ป่วยบ่นปวดแน่นท้อง ท้องอืด ไม่ถ่ายมา 3 วัน รายงานแพทย์ให้ Losec 40 mg v stat และให้ Bicasodyl 2 tab po hs ผู้ป่วยถ่ายออกได้เอง จึง off Bicasodyl 26 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น แต่ยังมีปัญหาเรื่องไข้ แพทย์จึงพิจารณา ส่ง septic work up CBC,LFT,Leptospira IgM IgG Negative ,UA , CBC ,WBC =7,140 Cell/mm³ / Neutrophil 90% , UA พบ RBC 5-10/HD จึงพิจารณาเพิ่มยา Doxycycline(100) 2 tab po stat then 1X2 po pc 27 มิถุนายน ส่ง Melioid titer และ Off iv ได้ แต่ยังมีปัญหาไข้สูง ตามผลH/C after day 5 พบเชื้อ Escherichia coli รายงานแพทย์ ให้ส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อพบอายุรแพทย์ และให้ยา Tazosin 1.2 gms V Q 6 hr พักรักษาตัวในโรงพยาบาลแม่ข่าย 7 วัน และส่งตรวจเพิ่มเติม พบว่ามีนิวโมไค และน้ำตาลกลายนิว ให้ส่งกลับมาติดตามต่อ จนครบ 14 วัน และจำหน่ายกลับบ้านได้

ผลการศึกษา : รายที่ 2 ผู้ป่วยชายอายุ 69 ปี มารับการรักษาด้วยจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เป็นมา 6 ชั่วโมง ไม่มีไข้ มีแผลที่นิ้วเท้าซ้าย มีภาวะช็อกร่วมด้วย มีโรคร่วมคือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง V/S แรกรับ BW 63 kgs HT=170 cms ,BMI=21.79T=36.9 C, P=70/min ,RR=20/min BP=81/64mmHg O₂sat 97% LFT ,Trop t ,electrolyte BUN/cr. ATK UA DTX 196 mg%, H/C 2ขวด Flim AAS,foot Rx.NSS load 1,500ml ceftazidim 2gms V stat then q 12 hrs Metronidazole 500mg v q 8 hr, Retain foley s catheter On o₂ canular 3 LPM ให้ admit T=36.6 C P=66/min RR=20/minn BP=128/73 mmHg ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ร่วมกับยาปฏิชีวนะ 2 ชนิด อาการทุเลา จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษา 2 วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	ป.4	ป.4
อาชีพ/รายได้	ทำนา รายได้ 50,000 /ปี	ทำนา รายได้30,000 /ปี
สิทธิการรักษา	บัตรทอง 30 บาท	บัตรทอง 30 บาท
ที่อยู่ปัจจุบัน	127 ม. 2 ต.ดอนมดแดง อ.ดอนมดแดง จ.อุบลราชธานี	156 ม. 3 ต.นาคาย อ.ตาลชุม จ.อุบลราชธานี
วันเดือนปี ที่เข้ารับการรักษา	24 มิถุนายน 2566	19 เมษายน 2566
วันเดือนปี ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	30 มิถุนายน 2566	21 เมษายน 2566
รวมวันที่รับการรักษา	6 วัน	2 วัน
HN / AN	18413/66001398	4299/66000885

วิเคราะห์ จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีภูมิคุ้มกันต่ำก่อเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย ความแตกต่างที่พบ ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตพบมากในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว กรณีรายที่ 1 ไม่มีโรคประจำตัว กรณีที่ 2 มีโรคประจำตัว

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (ต่อ)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

รายการเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
อายุ	หญิง	ชาย	คนละเพศ
เพศ	68	69	เป็นผู้สูงอายุทั้งคู่ซึ่งจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันเริ่มต่ำลง
โรคประจำตัว	ผู้ป่วยปฏิเสธโรค	โรคประจำตัว เช่น DM,HT, DLP รับยาสม่ำเสมอที่โรงพยาบาล ตอนมดแดง ไม่ขาดยา <u>ยาเดิม</u> -Glipizide (5)2x2po ac Simvastatin(20)1xhspo -Mixtard 24-0-16 u sc -Hold Enalapril (5) -Hold Metformin (500)	<u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ก่อเกิดโรคได้ง่ายเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวภูมิคุ้มกันเริ่มต่ำลง
อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล	มาตรวจอาการไข้ตามนัด ยังไข้เป็นมา 2 วัน	จุกแน่นใต้ลิ้นปี่เป็นมา 6 ชม.	แสดงถึงการติดเชื้อคนละระบบ
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1วันก่อนมา ไข้ อาเจียน2 ครั้ง ไม่ปวดท้องปัสสาวะไม่แสบขัด ไม่ไอ ไปรักษาที่ รพ.สต.ใกล้บ้านได้ยาไปรับประทานไม่ทุเลาจึง โทรแจ้ง 1669 มาตรวจนอกเวลาได้ยาไปทานนัดมาวันพรุ่งนี้	6 ชม.ก่อนมาจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ -มีแผลที่นิ้วเท้า ล้างแผลที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน แผลซึ่มเล็กน้อย	<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> เข้ารับบริการ2ครั้งจึงได้ Admit <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> เข้ารับบริการได้ทันที

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (ต่อ)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้ (ต่อ)

รายการเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การประเมินอาการและ รักษาพยาบาลแรก แรก	<p>BW 59 kgs HT=160cms BMI =23.04 T=41.1 C P=114/min หลังเช็ดตัวลดไข้ T=38.5 P= 78/min RR=22/min BP=83/57 mmHg CBC electrolyte BUN/cr. ATK UA DTX 125mg%,H/C 2ขวด ,Flim KUB,CXR Rx.NSS iv Load 2,000ml Cef-3 2gms V stat , consult แม่ชาย Levophed 4 mg +5%DW 250 ml v drip 20 cc/hr ,Retain foley s catheter On o2 canular 3 LPM ให้ admit=37.5 C P=74/min RR=24/min BP=93/60 mmHg</p>	<p>BW 63 kgs HT=170 cms BMI=21.79 T=36.9 C P=70/min RR=20/min BP=81/64mmHg O2sat 97% CBC LFT ,Trop t ,electrolyte BUN/cr. ATK UA DTX 196 mg%, H/C 2ขวด Flim AAS,foot Rx.NSS load 1,500 ml ceftazidim 2gms V stat then q 12 hrs Metronidazole 500mg v q 8 hr, Retain foley s catheter On o2 canular 3 LPM ให้ admit T=36.6 C P=66/min RR=20/min BP=128/73mmHg</p>	<p><u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> BMIปกติ <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> BMIปกติ <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> มี SIRS 2ข้อ และมีความดันโลหิตลด ต่ำลง <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> มีอาการความดันโลหิตลด ต่ำลงและมีแผลที่นิ้วเท้า ซ้าย <u>การรักษาพยาบาล</u> <u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> มีการ re -visit และได้รับการรักษาตาม แผนการรักษาทันที เมื่อมี การวินิจฉัยโรค <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ได้รับการรักษาตาม แผนการรักษาทันที เมื่อมี การวินิจฉัยโรค</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (ต่อ)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย และตรวจ ตรวจพิเศษ กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

รายการเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การตรวจร่างกาย	GP :Look weak HEENT: Not pale conjunctiva ecteric sclera Heart:Normal s1 s1 no murmur Lung :Clear Equal BS Abdominal: Soft not tender Skin : no skin turgor GCS :E4M6V5	GP :Look weak HEENT: Not pale conjunctiva ecteric sclera Heart:Normal s1 s1 no murmur Lung :Clear Equal BS Abdominal: Soft tender epigastrium no guarding Skin : wound at Ltfoot	<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> ตรวจไม่พบความผิดปกติ <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> มีอาการปวดท้องและมี แผลที่เท้าซ้ายแผลซึม
EKG	Sinus rhythm rate 114/min	Sinus rhythm rate 70 /min	<u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> หัวใจเต้นเร็วพบในผู้ป่วย มีไข้และติดเชื้อ <u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> หัวใจเต้นปกติ
CxR	Cardiomegaly no cephalization	-	<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> มีภาวะหัวใจโต
Ultrasound	-	No free fluid not seen gall bladder	<u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ไม่พบนิ่วในถุงน้ำดี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (ต่อ)

ตารางที่ 5 ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ Complete blood count กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

รายการเปรียบเทียบ	ค่าปกติ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
Hemoglobin	ค่าปกติ 12-16%	11.8	13.4
Hematocrit	ค่าปกติ 35-49%	34	40
WBC	ค่าปกติ 5,000-10,000 cell/mm	5,390	7,100
PLT count	ค่าปกติ 150,000-400,000 cell/mm	142,000	272,000
Neutrophil	ค่าปกติ 55-75%	83	53
Lymphocyte	ค่าปกติ 25-35%	10	30
Monocyte	ค่าปกติ 2-10%	2	10
Eosinophil	ค่าปกติ 1-3%	5	6

วิเคราะห์ : จากตารางพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 พบว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรีย และเกล็ดเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่พบการติดเชื้อ

ตารางที่ 6 ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ UA กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

รายการ	ค่าปกติ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
Color	yellow	yellow	yellow
Appearance	Clear	slightly	slightly
Sp.Gr	1.003-1.035	1.015	1.010
pH	5-8	6.0	7.0
Protein	Negative	1+	3+
Glucose	Negative	1+	Negative
Blood	0-5/HD	2-3	30-50
Ketone	0-5/HD	5-10	5-10
Bile	0-5/HD	2-3	0-1
Nitrite	0-5/HD	2-3	0-1
Leukocyte	Negative	Negative	Negative

วิเคราะห์ : จากตารางผลตรวจ UA กรณีศึกษา รายที่ 1 และ 2 พบว่าได้มีการเสียหายที่จากการติดเชื้อทำให้มีโปรตีนปนมากับปัสสาวะ และกรณีศึกษาที่ 2 มีเลือดปนมากับปัสสาวะ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (ต่อ)

ตารางที่ 7 ผลการตรวจ Hemoculture กรณีศึกษา รายที่ 1 วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2566

กรณีศึกษา รายที่ 2 วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	คำปกติ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
H/C ขวดที่ 1	No growth	No growth after 2 day	No growth after 2 day
H/C ขวดที่ 2	No growth	No growth after 2 day Escherichia E coli growth after 5 day	No growth after 2 day

วิเคราะห์ : กรณีศึกษา รายที่ 1 มีการติดเชื้อแบคทีเรีย Escherichia E coli ซึ่งส่วนใหญ่สามารถพบจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

กรณีศึกษา รายที่ 2 ไม่พบการติดเชื้อ

สรุปการวินิจฉัยโรค	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
การวินิจฉัยแรกรับ	Septic shock	Septic shock	
การวินิจฉัยสุดท้าย	Escherichia coli septicemia	Septic shock	การติดเชื้อกระแสโลหิต ทั้ง 2 ราย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ตารางที่ 8 ตารางเปรียบเทียบแบบแผนการดูแลสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กรณีศึกษา รายที่ 1 และ 2

รายการเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การประเมินแบบแผนการดูแลสุขภาพที่เป็นปัญหา	<p>-รับรู้ว่ามีความเครียด อยู่บนเตียงตลอดมีญาติและเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือกิจวัตร</p> <p>-อาหารและการเผาผลาญสามารถรับประทานอาหารได้</p> <p>-การขับถ่าย ปัสสาวะแสบขัด มา 2 วัน อยู่ รพ.ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้จนกว่าจะผ่านระยะช็อก ท้องอืดไม่ถ่ายมา 3 วัน</p> <p>-อยู่บ้านจะไปพุงนาคา เกี่ยวหญ้าให้วัวกิน เลี้ยงไว้ 3 ตัว</p> <p>-การพักผ่อนนอนหลับที่บ้านเข้านอนหัวค่ำตื่นแต่เข้าไปพุงนาคา อยู่ รพ.นอนไม่หลับ</p> <p>-มีความกังวล เรื่องการเจ็บป่วย เนื่องจากมีอาการช็อก</p> <p>-ประจำเดือนไม่มาหลังอายุ 52 ปี</p>	<p>รับรู้ว่ามีความเครียด อยู่บนเตียงตลอดมีญาติและเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือกิจวัตร</p> <p>-อาหารและการเผาผลาญโรคประจำตัว DM HT รับประทานอาหารตามที่ได้รับจัดให้</p> <p>-การขับถ่าย ปัสสาวะแสบขัด มา 2 วัน อยู่ รพ.ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้จนกว่าจะผ่านระยะช็อก ท้องอืดเล็กน้อย</p> <p>-อยู่บ้านจะไปเดินเล่นกับเพื่อนบ้าน ไม่ได้ทำงานหนัก มีแผลที่เท้าไม่สะดวกทำงาน</p> <p>-การพักผ่อนนอนหลับที่บ้านเข้านอนตึก ชอบฟังข่าว ดูทีวี อยู่ รพ.นอนไม่หลับ</p> <p>-มีความกังวล เรื่องการเจ็บป่วย เนื่องจากมีอาการช็อก</p>	<p>จากการประเมินโดยใช้ 11แบบแผนของกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย</p> <p>-รับรู้ต่อสภาวะการเจ็บป่วย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระยะแรก และสามารถทำกิจวัตรได้ในเวลาต่อมา</p> <p>-นอนไม่ค่อยหลับเนื่องจากเปลี่ยนสถานที่นอน</p> <p>-สีหน้าวิตกกังวลกลัวการเจ็บป่วยเป็นรุนแรงได้อธิบายให้เข้าใจว่า ช่วงภาวะวิกฤติต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เมื่ออาการดีขึ้น จึงสามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ เองได้ ผู้ป่วยและญาติ รับทราบและเข้าใจ กรณีศึกษารายที่ 1 วันไปเกี่ยวหญ้าให้วัว ต้องการแรงให้ได้หญ้ามากๆ ปวดปัสสาวะก็กลั้นไว้ เสื้อผ้าเปียกชุ่มมานานกว่าจะได้เปลี่ยน</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยพยาบาล กรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2

รายการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อวินิจฉัยพยาบาล ระยะวิกฤตและกึ่งวิกฤต	<ul style="list-style-type: none"> - มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสโลหิต - ไตมีภาวะเสียหายที่เฉียบพลันจากการติดเชื้อ - เฝ้ารอการติดเชื้อจากการให้สารน้ำ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสโลหิต - ไตมีภาวะเสียหายที่เฉียบพลันจากการติดเชื้อ - เฝ้ารอการติดเชื้อจากการให้สารน้ำ - เฝ้ารอภาวะ Hyperglycemia 	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2</p> <p>มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกันคือมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสโลหิตและไตมีภาวะเสียหายที่เฉียบพลันจากการติดเชื้อ</p> <p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการของภาวะช็อก V/S ทุก 15-30 นาที 2. ประเมิน sos score, V/S ทุก 15-30 นาที 3. ช่วยเหลือ ให้สารน้ำ 0.9% NaCl iv ตามความเหมาะสมตาม และเฝ้ารอการติดเชื้อบริเวณให้สารน้ำ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ตามความเหมาะสม 5. ติดตาม DTX

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

รายการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อวินิจฉัยพยาบาล ระยะจำหน่าย	-ผู้ป่วยและญาติมีความ วิตกกังวลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย -ผู้ป่วยและญาติขาด ความรู้ความเข้าใจในการ ดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยและญาติมีความ วิตกกังวลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย -ผู้ป่วยและญาติขาด ความรู้ความเข้าใจในการ ดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการ วางแผนจำหน่ายโดยวิธี D - METHOD

แนวคิดการประยุกต์ใช้ 7 Aspects of care

ตารางการใช้แนวคิด 7 Aspects of care กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2

รายการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประเมินปัญหาความ ต้องการของผู้ป่วย Assessment	ภาวะช็อก ไตมีภาวะเสียหน้าที่ ใช้ ไช้ น้อยอ่อนเพลีย	ภาวะช็อก ไตมีภาวะเสียหน้าที่ มีแผลที่เท้า	ทั้ง 2 กรณีมีภาวะช็อกซึ่ง ต้องให้การพยาบาลที่ รวดเร็วทันเวลาให้พ้น ระยะวิกฤติ โดยการให้ สารน้ำและยาปฏิชีวนะ การเฝ้าระวังต่อเนื่องระยะ กึ่งวิกฤต
การจัดการกับอาการ รบกวนต่างๆ Symptom distress Management	ใช้ไช้ น้อยอ่อนเพลีย วิตกกังวล	มีอาการปวดจุกท้อง มีแผลที่เท้าซ้าย	รายที่ 1 มีปวดท้อง จัดการด้วยให้ยา Omeprazole รายที่ 2 มีแผลที่เท้าซ้าย ได้ dressing
การดูแลความปลอดภัย Provision for Patient Safety	การเฝ้าระวังการการพลัด ตกเตียง การใช้ยาความ เสี่ยงสูง เฝ้าระวังการติด เชื้อเพิ่ม จากการให้สาร น้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ	การเฝ้าระวังการการพลัด ตกเตียง การใช้ยาความ เสี่ยงสูง เฝ้าระวังการติด เชื้อเพิ่ม จากการให้สาร น้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ	รายที่ 1 บริเวณที่แทง เส้นให้ สารน้ำทางหลอดเลือด ดำ และให้ยาเข้มข้น สูง เริ่มหลังมือบวม เล็กน้อย รายที่ 2 บริเวณแทงเส้น ให้สารน้ำทางหลอดเลือด ดำ ไม่บวม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ตารางการการใช้แนวคิด 7 Aspect of care กรณีศึกษารายที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2 (ต่อ)

รายการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน Prevention of complication	การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, การติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ	การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, การติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ	รายที่ 1 บริเวณที่แทงเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาเข็มชั้นสูง เริ่มหลังมีบวม เล็กน้อย รายที่ 2บริเวณแทงเส้นให้สารน้ำไม่บวม
การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย Empowerment	ฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์	ฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์	รายที่ 1 ให้ความรู้ในการดูแลร่างกายให้สะอาด ไม่กลั้นปัสสาวะ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่นการเปลี่ยนเสื้อผ้า รายที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการดูแลบาดแผล ไม่ให้แผลโดนน้ำ และไม่ให้โดนสิ่งสกปรก แลการฝึกปฏิบัติการใช้ยาที่ถูกต้อง เช่น Insulin
การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย Satisfaction	สร้างสัมพันธ์ภาพการดูแลเอาใจใส่ การสร้างความศรัทธา	สร้างสัมพันธ์ภาพการดูแลเอาใจใส่ การสร้างความศรัทธา	เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การช่วยเหลือกิจกรรมและการแก้ปัญหาหรืออาการรบกวนให้รวดเร็ว

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ : แสดงผลลัพธ์เชิงปริมาณ Clinical Outcome)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566
1. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย sepsis	≤26%	17.85 (5)	11.11 (3)	9.09 (4)
2. อัตราผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Sepsis ภายใน 1 ชั่วโมง นับจากแรกเริ่ม หรือมี SIRS	100 %	28	27	44
3. อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับยา ATB ภายใน 1 ชม.	100 %	100	100	100
4. อัตราผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้รับ IV 30ml/kg ภายใน 1 ชม.	100 %	100	100	100
5. อัตราผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB	100 %	100	100	100

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. อัตราการการปฏิบัติการพยาบาลตาม CNPG มากกว่า 90 %
2. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด
- Community-acquired sepsis น้อยกว่า 26%
3. อัตราความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วยและญาติ มากกว่า 80 %

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. การพัฒนาการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและคู่มือปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ควรมี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะดูแลก่อนวิกฤต ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง ประเมินระดับความรุนแรงของอาการและ ระยะจำหน่าย

2.การพัฒนามาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต CNPG ที่ได้มีการพัฒนาโดย Surviving Sepsis Campaign 2020 มาใช้เป็น เป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในงานหอผู้ป่วยใน

3.การดำเนินงานควรกำหนดเป็นนโยบาย และสื่อสารกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีผู้รับผิดชอบและมีการสรุปความก้าวหน้าเพื่อเป็นการปรับปรุงและพัฒนางาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสโลหิตหากได้รับการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะทำให้ลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆด้าน รวมทั้งองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน หากมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ การดูแลผู้ป่วยให้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

ผ่านพ้นระยะวิกฤต การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการพัฒนาองค์ความรู้ ให้เหมาะสมตามศักยภาพของบุคลากรในแต่ละระดับตลอดจน อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย การตรวจวิเคราะห์ที่รวดเร็ว การสื่อสารที่ถูกต้องรวดเร็ว การเดินทางที่ปลอดภัยในกรณีมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งต่อ มีความสำคัญในทุกด้าน และควรได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. การสร้างการรับรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้นแก่ประชาชนให้ตระหนักถึงภัย อันตรายที่เกิดขึ้นกับชีวิต
2. บุคลากรที่มีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย
3. มีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย สามารถให้การวินิจฉัยได้รวดเร็วถูกต้อง
4. ระบบการสื่อสารของหน่วยงานในแต่ละระดับยังไม่มี ความคล่องตัวเพียงพอ

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติร่วมกันในองค์กร ตามบริบทของหน่วยงานในแต่ละระดับ
2. มีการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านเฉพาะสาขา เพื่อให้สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปได้ตลอดเวลา
4. การประสานงานในระหว่างหน่วยงานและระบบขอคำปรึกษาเฉพาะด้านยังมีช่องว่าง ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้รับบริการลดลง
5. ส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างนวัตกรรม เช่นการออกแบบประเมินที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ แบบประเมินการเฝ้าระวังที่ไวต่อเหตุการณ์ ทำให้ลดอัตราการทรุดลงส่งต่อ
6. การให้ความรู้ประชาชนในการดูแลตนเอง ของโรคติดเชื้อกระแสโลหิต
7. มีระบบ EMS มีความครอบคลุมในทุกพื้นที่ห่างไกล

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

มีการนำเสนอผลงานเคส กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 กรณี ในการ การนำเสนอวิชาการเรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANI” วันที่ 15 ตุลาคม 2566 โดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

สถานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า นางนฤมล นะที เป็นผู้ปฏิบัติทั้งหมด คิดเป็น 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

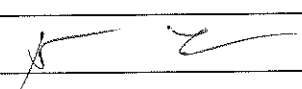
(นางนฤมล นะที)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 9 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนฤมล นะที	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางพีรดาพัฒน์ พงษ์ศิริ)

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) 10 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายสุวิทย์ พบลาก)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง

(วันที่) 11 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสโลหิตโดย ร่วมกับแนวคิด 7 Aspect of care

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลวจนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

หากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง (Screening) เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว (Early Detection) นำไป สู่กระบวนการวางแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าระวัง (Early warning signs) การประเมินซ้ำ เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรุนแรงของโรคและไม่ให้เข้าสู่ภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติหรือร่วมกับมีภาวะอวัยวะภายในต่างๆล้มเหลว ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสโลหิต เป็นการดูรักษาที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน และต้องมีทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติงาน และอัตราการรอดชีวิตของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ด้านผู้ให้บริการควรมี ความรู้ความชำนาญในงาน ประสบการณ์เดิมในการให้บริการ ด้านผู้รับบริการโรคประจำตัว พยาธิสภาพของโรค การเข้าถึงการรับบริการ และปัจจัยอื่นๆ ล้วนส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้รับบริการ

โรงพยาบาลดอนมดแดง เป็นโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ดูแลประชากรในพื้นที่เขตอำเภอและและอำเภอใกล้เคียงและพบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้นและการบริการผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมากขึ้น หลักสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการวินิจฉัยได้รวดเร็ว การดูแลรักษาพยาบาลให้ทันเวลา การเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องให้ผ่านพ้นระยะวิกฤต การดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย โดยต้องใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดทางการพยาบาล 7 Aspect of care ในการดูแลผู้รับบริการได้แก่ 1. Assessment คือ การประเมินผู้ป่วยเพื่อการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อสอดคล้องกับการรักษา 2. Symptom distress management คือ การจัดการอาการรบกวนต่างๆ 3. Safety คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และมีอุปกรณ์เพียงพอต่อการใช้งาน 4. Disease specific clinical risk คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค 5. Continuing of care คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐาน 6. Empowerment คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 7. Satisfaction คือ ความพึงพอใจ สัมพันธภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วยร่วมกับการดูแลผู้ป่วยรายโรค (Disease management) เพื่อให้หายเป็นปกติและดูแลตนเองได้ไม่กลับเป็นซ้ำ และลดอัตราการเสียชีวิต

จากแนวคิดในการพยาบาลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้มีแนวความคิดและการพัฒนาปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

การเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 2

ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่และสหวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 3

พัฒนาแนวทางปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสโลหิตร่วมกับแนวคิด

7 Aspect of care

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามประผลและความก้าวหน้าโครงการ

1. ติดตามผลความก้าวหน้าโครงการโดยการนิเทศทางการพยาบาล
2. ติดตามผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้รับบริการบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสโลหิตอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และได้รับการส่งต่อได้ทันห่วงที่
2. ประสานความร่วมมือ ของญาติเพื่อจะช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง และเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ไม่เกิดการมารักษาซ้ำ
3. เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะ สามารถให้บริการพยาบาลด้วยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ผู้ป่วยระยะกึ่งวิกฤตได้รับการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้และการจำหน่าย
4. การประสานความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการให้บริการ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยในผ่านการอบรมมีความรู้ 80 %
2. พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยในปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสโลหิต 80%
3. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจมากกว่า 80%

(ลงชื่อ)
(นางนฤมล นະที)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑ / ๖ / ๖๗

ผู้ขอประเมิน

3.แบบแสดงการสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 มิถุนายน 2566 ถึง 30 ตุลาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมาย

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือต่ออินซูลิน ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป และร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ป่วยเป็นเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

อาการของโรคเบาหวาน

1. ปัสสาวะบ่อย เนื่องจากไตมีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ระดับหนึ่ง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าไตไม่สามารถดูดกลับน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมาในปัสสาวะซึ่งมีความเข้มข้นของปัสสาวะสูงจึงมีการดึงน้ำตามมามากกว่าปกติ ทำให้ปัสสาวะบ่อย
2. การหายน้ำมาก พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอแห้ง เป็นผลมาจากการสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะ ร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำ
3. หิวบ่อยและรับประทานจุ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายขาดพลังงานจึงมีการหิวบ่อยและรับประทานจุตามมา
4. น้ำหนักลด จากการที่ร่างกายขาดอินซูลินทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้อย่างปกติ ส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงาน ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้
2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน เช่นภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นต้น

การรักษาด้วยยา

การเริ่มรักษาผู้ป่วยเบาหวาน แพทย์พิจารณาเลือกให้ยาจากชนิดของเบาหวาน ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยมีทั้งยากินและยาฉีด ยาที่ใช้รักษาเบาหวาน (Oral Antidiabetic drugs) ที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันมี 2 พวก คือ

1. Sulfonylurea, and Sulfapyrimidines
2. Biguanide ภาวะ Hypoglycemia จะเกิดขึ้นได้จากการใช้ Oral Hypoglycemic drugs

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ความหมาย

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของไตอย่างใดอย่างหนึ่ง ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เช่น การมีนิ่ว มีโปรตีนหรือเม็ดเลือดในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตปกติหรือผิดปกติก็ได้ เป็นภาวะที่ไตทำหน้าที่เสื่อมลงไปเรื่อยๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้ไตฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้ อาการจะค่อยเป็นไป จนทำให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายในที่สุด

กายวิภาคศาสตร์และพยาธิวิทยา

ไตเป็นอวัยวะคู่ อยู่นอกช่องท้องด้านหลังติดกับกระดูกสันหลัง รูปร่างคล้ายเมล็ดถั่ว ถูกห่อหุ้มด้วยกลุ่มเนื้อเยื่อไขมัน โดยมีน้ำหนักทั้งสองข้างรวมกันประมาณ 300 กรัม ขอบบนของไตขวาทำอยู่บนกระดูกซี่โครงซี่ที่ 11 ส่วนไตซ้ายอยู่สูงกว่าเล็กน้อย ขอบบนอยู่ประมาณกระดูกซี่โครงซี่ที่ 12 ขอบล่างอยู่ที่กระดูกเอวชั้นที่ 3 วัดได้ 11.5 x 7.5 x 2.5 เซนติเมตร ซึ่งการเสื่อมของไตและการถูกทำลายของหน่วยไต มีผลทำให้อัตราการกรองลดลง การขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณของครีตินินและยูเรียในโตรเจนสูงขึ้น มีผลทำให้ไตเสียความสามารถในการขับของเสียมากขึ้น ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกาย ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคพันธุกรรม การติดเชื้อ เป็นต้น เมื่ออัตราการกรองของเสียทำงานที่ 10 - 20 มลต่อนาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของยูเรียในร่างกายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

ระยะของโรคและอาการแสดง

ระยะที่ 1 ระยะที่เนื้อไตถูกทำลายแต่อัตราการกรองที่ไตยังปกติ โดยมีค่าเกิน 0 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย และมีค่า serum creatinine น้อยกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระยะนี้ยังไม่พบอาการผิดปกติ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตลดลง แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าโรคไตวายเรื้อรัง คืออัตราการกรองที่ไตมีค่าต่ำกว่า 90 แต่ไม่เกิน 60 มิลลิลิตรต่อนาที เริ่มพบความผิดปกติในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรัง มีอัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 60 จนถึง 30 มิลลิลิตรต่อนาที และมีค่า serum creatinine ประมาณ 1.2-2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อาจตรวจพบภาวะซีด หรือความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่โรคไตมีความรุนแรงมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 30 จนถึง 15 มิลลิลิตรต่อนาที และมีค่า serum creatinine ประมาณ 3-5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยจะมีอาการแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวม เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด หอบเหนื่อย สับสน ซึม ภาวะยูริเมีย ต้องทำการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางเยื่อบุของท้องอย่างต่อเนื่อง หรือการปลูกถ่ายไต

การรักษาแบบประคับประคอง เป็นการรักษาด้วยยาและการจัดการเกี่ยวกับอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่หรือการรักษาอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนการช่วยเหลือให้สุขสบาย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรัง

1. รักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรค
2. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสีย เช่น การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา
3. ชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วของไต เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย ป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน ค้นหาสาเหตุแลแก้ไข เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นต้น

การบำบัดทดแทนไต

การบำบัดทดแทนไต คือการกำจัดของเสียและน้ำทดแทนไตที่ไม่ทำงาน แบ่งได้ 3 อย่างคือ การรฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ทั้งนี้แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งมี 3 วิธี ดังนี้

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการกำจัดของเสียและน้ำออกจากเลือด โดยเลือดออกทางเส้นเลือดดำผ่านตัวกรองที่กรองของเสียและน้ำ ด้วยกลไกการแพร่ออกจากเลือด เมื่อเลือดผ่านตัวกรองจะกลายเป็นเลือดดีกลับสู่ร่างกาย โดยกระบวนการนี้ควบคุมด้วยเครื่องไตเทียม ใช้ระยะเวลาฟอกเลือด 4 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตต่ำ ตะคริว การเกิดภาวะใช้ระหว่างฟอกเลือด ภาวะคัน เป็นต้น

2. การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) เป็นการกำจัดของเสียและน้ำผ่านทางหน้าท้อง โดยใส่น้ำยาผ่านสายยางเข้าไปในช่องท้อง ซึ่งสายนี้ต้องผ่าตัดฝังเข้าไปในช่องท้อง วิธีการคือใส่น้ำยาเข้าไปทางสายเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วปล่อยออก วิธีนี้สามารถทำที่บ้านหรือที่ทำงานได้ โดยต้องทำทุกวัน ผู้ป่วยสามารถเลือกเวลาทำได้ด้วยตัวเองได้ สิ่งสำคัญคือ ญาติและผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการทำให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปัจจุบันมีการใช้เครื่องโดยไม่ต้องมีการเปลี่ยนน้ำยาเอง มักทำในเวลากลางคืน เรียกว่าเครื่อง automate Peritoneal dialysis

3. การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) โดยการใช้ไตจากผู้บริจาค ซึ่งต้องเป็นไตที่สามารถเข้ากันได้ ถือเป็น การรักษาที่ดีที่สุด เนื่องจากไตเมื่อทำหน้าที่ได้แล้วจะทำหน้าที่ทดแทนไตเดิมได้โดยสมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวกว่าการบำบัดวิธีอื่น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานผู้ป่วยนอก มีส่วนร่วมในการให้การดูแลคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากข้อมูลทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ครอบครัวนั้น ต้องอาศัยกระบวนการหลักและปัจจัยต่าง ๆ หลายอย่างเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตัวเองได้ โดยผู้ศึกษาได้นำข้อมูลแบบแผนสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 Aspects of Care มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่

1. Assessment คือ การประเมินผู้ป่วยเพื่อการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อสอดคล้องกับการรักษา
2. Symptom distress management คือ การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น ความปวด
3. Safety คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และมีอุปกรณ์เพียงพอต่อการใช้งาน
4. Disease specific clinical risk คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค
5. Continuing of care คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐาน
6. Empowerment คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้
7. Satisfaction คือ ความพึงพอใจ สัมพันธภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วย

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. การคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2
4. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
5. การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2
6. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
7. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
8. การพยาบาลและการรักษาโรคไตเรื้อรัง
9. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย
10. การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา หลังการตรวจรักษา
11. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4 .สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจมากมาย จากการสำรวจสถิติผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่าจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปิดเผยสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนกว่า 5 ล้านคน หรือเปรียบเทียบกับ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป กำลังป่วยด้วยโรคเบาหวานและมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 1 แสนคนต่อปี โดยจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 40 ที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วยขณะที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษามีเพียงร้อยละ 54.1 หรือเพียง 2.6 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา

ปัจจุบันในคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลดอนมดแดง มีผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รับการรักษาที่โรงพยาบาลดอนมดแดง ในปี 2564 จำนวน 34 ราย ปี 2565 จำนวน 36 ราย และปี 2566 จำนวน 43 ราย เนื่องจากโรคไตวายระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ในปัจจุบันการรักษาแบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ การปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นวิธีรักษาที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดเรื่องผู้บริจาคไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นวิธีการรักษาที่นิยมมาก แต่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงและเครื่องมีไม่เพียงพอ การล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง เหมาะกับผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยและญาติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนในการรักษา การปฏิบัติตัว ตลอดจนการปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากการให้การพยาบาล การให้คำแนะนำ ให้การปรึกษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยในการเลือกการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเอง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความรู้ สามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้ถูกต้อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเองได้

ขอบเขตและวิธีการศึกษา

กรณีศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลดอนมดแดง จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 Aspects of Care และข้อมูลแบบแผนสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล โดยครอบคลุมระยะก่อนการตรวจรักษา ขณะตรวจ หลังการตรวจรักษา การติดตามดูแลต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทวนทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา ทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจ ขณะตรวจ หลังการตรวจ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย จำนวน 2 ราย
3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง
5. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
6. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน
7. เผยแพร่ผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ผู้ป่วยหญิง	ผู้ป่วยชาย
อายุ	54 ปี	60 ปี
สถานภาพสมรส	หม้าย	สมรส
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
อาชีพ	ทำนา	ทำนา
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	ชั้น ป. 4	ชั้น ป. 4
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
วัน Admit	5 กรกฎาคม 2566	13 กรกฎาคม 2566
วัน D/C	12 กรกฎาคม 2566	15 กรกฎาคม 2566
รวมวันนอน	7 วัน	3 วัน
โรคประจำตัว	DM with HT with DLP with ESRD	DM with HT with DLP with ESRD

วิเคราะห์

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย ความแตกต่างที่พบ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนวันนอน
โรงพยาบาลและมีความเหมือนกันคือโรคร่วมและโรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล ศาสนา อาชีพ การศึกษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	บวมตามแขนขา นอนราบไม่ได้ เป็นมา 7 วัน	หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ขาบวม เป็นมา 2 ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	7 วันก่อนมาบวมที่ขา 2 ข้าง นอนราบไม่ได้ ไอแห้งๆ มีหอบเหนื่อยเป็นพักๆ ปัสสาวะออกดี วันนี้ขาบวมมากจึงมาโรงพยาบาล	3 วันก่อนมาหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ขาบวม ปัสสาวะออกน้อย 2 ชั่วโมงก่อนมา หายใจหอบมาก เวียนศีรษะ ไปรักษาคลินิก แนะนำให้มาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่เคยผ่าตัด ไม่แพ้อาหาร ไม่แพ้ยา	เคยผ่าตัดนิ้วที่กระดูกเพาะปัสสาวะ ไม่การแพ้อาหาร แพ้ยา cloxacillin
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกครอบครัวสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อ	สมาชิกครอบครัวสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อ ภรรยาไม่มีโรคประจำตัว

วิเคราะห์

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย มีอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเหมือนกัน ได้แก่ บวมตามแขนและขา นอนราบไม่ได้ หายใจหอบเหนื่อย ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย
ความแตกต่างที่พบ ได้แก่ รายที่ 2 มีประวัติการแพ้ยาและเคยผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	S : “รับรู้ว่าจะต้องได้รับการฟอกไต”	S : “รับรู้ว่าจะต้องได้รับการฟอกไต”
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	S : “ซึ้อยาแก้ปวดกินเอง” S : “ ชอบกินนมจืด”	S : “ดื่มเหล้าตองยาเสพติดทะเล 2 - 3 ครั้ง”
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	S : “ปัสสาวะไม่แสบขัด” S : “ ไม่มีอาการท้องผูก”	S : “ปัสสาวะไม่แสบขัด” S : “ไม่มีอาการท้องผูก”
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	S : “ทำกิจกรรมประจำวันได้เอง” S : “ไม่เคยออกกำลังกาย”	S : “อ่อนเพลีย ทำกิจกรรมได้น้อย” O : “ผู้ป่วยนอนพักคนเดียว”
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	S : นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อย” S : “ไม่เคยใช้ยานอนหลับ” O : “หน้าตาอ่อนเพลีย”	S : “นอนราบไม่ได้ หายใจหอบ” S : “ไม่เคยใช้ยานอนหลับ” O : “หน้าตาอ่อนเพลีย”
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	O : “รับรู้วัน เวลา สถานที่” O : “การได้ยิน ได้กลิ่น รับรสปกติ”	O : “รับรู้วัน เวลา สถานที่” O : “การได้ยิน ได้กลิ่น รับรสปกติ”
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	S : “วิตกกังวลค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด” O : “สีหน้าวิตกกังวล”	S : “วิตกกังวลค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด” O : “สีหน้าวิตกกังวล”

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ	S : “สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี เป็นสมาชิกในครอบครัว” O : “มีบุตรมานอนเฝ้าและเพื่อนบ้านมาเยี่ยม”	S : “สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี เป็นสมาชิกในครอบครัว” O : “มีบุตรมานอนเฝ้า”
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	S : “ประจำเดือนหมดได้ 4 ปีแล้ว”	S : “ไม่มีโรคต่อมลูกหมากโต”
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	S: “เมื่อมีปัญหาจะคุยกับลูก บางครั้งไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน” O : “2 Q ไม่มีภาวะเสี่ยง”	S : “เมื่อมีปัญหาจะคุยกับสามีและลูก บางครั้งไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน” O : “2 Q ไม่มีภาวะเสี่ยง”
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	S : “ไปวัดทำบุญทุกวันพระ” O : “ห้อยพระที่คอ”	S : “ไปวัดทำบุญเมื่อมีเทศกาลต่างๆ”

วิเคราะห์

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แบบแผนสุขภาพที่เหมือนกันคือ ระบุว่าต้องได้รับการฟอกไต มีโภชนาการที่ไม่เหมาะสม คือการซื้อยาแก้ปวดกินเอง การดื่มเหล้าตองยา มีการแบบแผนการขับถ่ายปกติ แบบแผนสติปัญญาการรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี มีการปรับตัวในการเผชิญความเครียดเหมือนกัน และมีความเชื่อความศรัทธาเหมือนกัน ความแตกต่างที่พบ ได้แก่ รายที่ 2 นอนหลับพักผ่อนไม่ค่อยได้ มีหายใจหอบเหนื่อยอ่อนเพลีย ต้องทำกิจวัตรประจำวันคนเดียว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
สภาพทั่วไป	ผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง	ผู้ป่วยมาโดยรถนอน มีหายใจหอบ นอนราบไม่ได้
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 เซนติเมตร BMI 21.35	รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 74 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 23.43
สัญญาณชีพ	T 37.2 C PR 96 /min RR 20/min BP 205/95mmHg O2 sat RA 96%	T 37.2 C PR 106 /min RR 24 - 26/min BP 172/93mmHg O2 sat RA 90%
ผิวหนัง	ผิวหนังดี capillary refill 2 sec	ผิวหนังดี capillary refill 3 sec
ศีรษะ	ศีรษะสมมาตรกันสองข้าง ไม่พบรอยโรค ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีเทา	ศีรษะสมมาตรกันสองข้าง ไม่พบรอยโรค ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีเทา
ตา	ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อตาซีด ไม่มีอาการบวม การมองเห็นปกติ	ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อตาซีด ไม่มีอาการบวม การมองเห็นปกติ
หู	ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน	ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน
จมูก	จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน เยื่อจมูกไม่อักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ	จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน เยื่อจมูกไม่อักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ
ปาก	ริมฝีปากไม่แห้ง	ริมฝีปากแห้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
คอ	รูปร่างลักษณะปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โต การกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คล้ำไม่พบก้อน	รูปร่างลักษณะปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โต การกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คล้ำไม่พบก้อน
ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก	หายใจหอบเล็กน้อย RR 20 - 22/min	หายใจหอบเหนื่อย RR 24 - 26/min
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียงmurmur เส้นเลือดคอไม่โป่งพอง	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียงmurmur เส้นเลือดคอไม่โป่งพอง
ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ	ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวา ระดับ 5 แขนขาข้างซ้ายระดับ 5 ไม่มีแขนขาอ่อนแรง	ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวา ระดับ 5 แขนขาข้างซ้ายระดับ 5 ไม่มีแขนขาอ่อนแรง
ระบบทางเดินอาหาร	คล้ำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง	คล้ำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดไม่เจ็บ มีแผลเป็นผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดี
ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์	ใส่สายสวนปัสสาวะ	ใส่สายสวนปัสสาวะ
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รูปร่างตาขยายเท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประสาทรับความรู้สึกปกติ GCS : E4V5M6	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รูปร่างตาขยายเท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประสาทรับความรู้สึกปกติ GCS : E4V5M6
ระบบต่อมไร้ท่อ	ต่อมไร้ท่อไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ	ต่อมไร้ท่อไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

วิเคราะห์

จากตารางที่ 4 จากการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีสภาพร่างกายรูปร่างปกติ ร่างกายสมส่วน การทำงานของระบบต่างๆ ทำงานปกติ การตรวจร่างกายแรกเริ่มมีความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างกันคือ รายที่ 2 ต้องนอนบนรถนอน มีการหายใจหอบ อัตราการหายใจเร็วผิดปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำ

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจ complete blood count (แรกเริ่ม) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
Hemoglobin	11.5 - 17 %	Hb 7.4	ต่ำกว่าปกติ	Hb 7.6	ต่ำกว่าปกติ
Hematocrit	35 - 49 %	23	ต่ำกว่าปกติ	23	ต่ำกว่าปกติ
WBC	4,000 - 10,000 cell/mm	9,110	ปกติ	4,400	ปกติ
RBC	4.2 - 5.4 x10 ⁶ cell/mm ³	3.31	ต่ำกว่าปกติ	2.57	ต่ำกว่าปกติ
PLT. count	140,000 - 400,000 cell/mm	275,000	ปกติ	142,000	ปกติ
Neutrophil	40 - 75 %	69	ปกติ	68	ปกติ
Lymphocyte	20 - 45 %	24	ปกติ	15	ปกติ
Monocyte	0 - 5 %	3	ปกติ	4	ปกติ
Eosinophil	1 - 6 %	4	ปกติ	12	ปกติ

วิเคราะห์

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะซีดเหมือนกัน ส่วนการตรวจอย่างอื่นผลอยู่ในระดับปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ 6 แสดงผลการตรวจ blood chemistry (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
Sodium (Na)	ค่าปกติ 136-145 mmol/L	139	ปกติ	136	ปกติ
Potassium (K)	ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L	5.33	สูงกว่าปกติ	5.35	สูงกว่าปกติ
Chloride (Cl)	ค่าปกติ 98-107 mmol/L	110.5	สูงกว่าปกติ	109.7	สูงกว่าปกติ
CO2	ค่าปกติ 22-29 mmol/L	20	ต่ำกว่าปกติ	17.1	ต่ำกว่าปกติ

วิเคราะห์

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีค่าเกลือแร่ในร่างสูงผิดปกติที่เหมือนกัน คือ Potassium และ Chloride และค่า CO2 ต่ำผิดปกติเหมือนกัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจค่าไต (Renal Function Test (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
BUN	7.8- 20.0 mg/dl	48.3	สูงกว่าปกติ	80.8	สูงกว่าปกติ
Creatinine	M 0.8 – 1.3 mg/dl , F 0.5 – 0.9 mg/dl	8.7	สูงกว่าปกติ	11.2	สูงกว่าปกติ
eGFR		13.2	CKD stage 5	4.39	CKD stage 5

วิเคราะห์

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีค่าไตสูงผิดปกติที่เหมือนกัน ค่า eGFR แสดงถึงภาวะไตวายระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจค่าไต (Renal Function Test (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
BUN	7.8- 20.0 mg/dl	48.3	สูงกว่าปกติ	80.8	สูงกว่าปกติ
Creatinine	M 0.8 – 1.3 mg/dl , F 0.5 – 0.9 mg/dl	8.7	สูงกว่าปกติ	11.2	สูงกว่าปกติ
eGFR		13.2	CKD stage 5	4.39	CKD stage 5

วิเคราะห์

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีค่าไตสูงผิดปกติที่เหมือนกัน ค่า eGFR แสดงถึงภาวะไตวายระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
<p>5 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBC ,electrolyte ,BUN, creatinine - EKG 12 lead - CXR - Furosemide 250 mg IV stat - DTX stat 288 mg% - RI 10 u stat - DTX 1 hr หลังให้ RI 269 mg% - Hydralazine 2 tab oral stat 11.20 น. - Retained foley's cath - Hydralazine 2 tab oral stat 12. 30 น. , BP ซ้ำ 1 hr = 208/96 mmHg - DTX preameal hs keep 80 -200 mg% - Kalimate 30 gm oral q 3 hr x 3 dose - Nicadipine 2 mg IV stat - Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr - ส่ง Electrolyte tomorrow - Keep O2 sat ≥ 95% - Keep BP ≤ 180/110 mmHg 	<p>5 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restrict fluid 900 ml/day - Low salt diet - Off Mixtard 32-0-24 u sc - Simvastatine 20mg 1x hs oral - Amlodipine 10 mg 1x1 oral OD - Sodamint 300 mg 1x2 oral pc - CACO3 1250 mg ½ x2 oral pc - FF 200 mg 1x2 oral pc - At 21.50 น. Hold ยา DM ทุกตัว <p>6 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - GPZ 1x2 oral pc <p>7 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atenolol 1x1 oral pc - Sodamint 300 mg 1x3 oral pc - CACO3 1250 mg 1 x2 oral pc - FF 200 mg 1x3 oral pc

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
<p>5 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - At 20.20น. DTX 51 mg% ให้ 50 % glucose 50 ml IV push - DTX 65 mg% หลังให้กลูโคส 1ชม. - At 21.50น. DTX 65 mg% ให้ 50 % glucose 50 ml IV push - DTX 61 mg% หลังให้กลูโคส 1ชม. - ให้ 50 % glucose 50 ml IV push - 5 %D/N/2 1000 ml IV drip 40 cc/hr - DTX พรงื่นเช้า 	
<p>6 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr - DTX preameal + hs keep 80 -300 mg% , DTX 11.00 น. = 193 mg% 	
<p>7 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr - DTX preameal + hs keep 80 -300 mg% - Electrolyte, BUN/Cr. พรงื่น 	
<p>8 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr - DTX preameal + hs keep 80 -300 mg 	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
<p>9 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none">- Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr- DTX preameal + hs keep 80 -300 mg%	
<p>10 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none">- Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr- DTX preameal + hs keep 80 -300 mg%- If BP > 180/110 notify	
<p>11 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none">- Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr- DTX preameal + hs keep 80 -300 mg%	
<p>12 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none">- D/C , F/U 2 wks- Refer OPD case CKD clinic ทำ RRT	
<p>HM</p> <ul style="list-style-type: none">- Simvastatine 20mg 1x hs oral- Amlodipine 10 mg 1x1 oral OD- Sodamint 300 mg 1x3 oral pc- CACO3 1250 mg 1 x2 oral pc- FF 200 mg 1x3 oral pc- Lasix 500 mg 1x2 oral pc- Folic 5 mg 1x1 oral pc	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2

คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
<p>13 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBC ,electrolyte ,BUN, creatinine - EKG 12 lead - CXR - Trop-T stat = 216 ng/L then 12.00น. - DTX stat 128 mg% - Furosemide 500 mg IV stat then 1 gm vein drip in 24 hr - Retained foley's cath - DTX preameal + hs keep 80 -200 mg% - Kalimate 30 gm oral q 3 hr x 3 dose - 7.5 % NaHCO3 2 amp IV - ส่ง Electrolyte tomorrow - Keep O2 sat ≥ 95% - Trop -T stat 12.00น. = 187 ng/L - Trop -T พรุ่งนี้เช้า 	<p>13 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restrict fluid 1000 ml/day - NPH 8-0-2 u sc - Enalapril 5mg 1x1 oral OD - Folic 5mg 1x1 oral OD - Sodamint 300 mg 1x2 oral pc - Simvas 20mg 1x hs oral - FF 200 mg 1x2 oral pc - Hydralasine 25 mg 1x2 oral pc - Omeprazole 20 mg 1x1 oral ac - Bisacodyl 2 tab oral hs <p>14 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hold ยา DM

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2

คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
<p>14 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trop-T = 223 ng/L - 50 % glucose 50 ml + RI 10 u IV - Calcium gluconate 1 amp IV - Furosemide 1 gm vein drip in 24 hr - DTX stat 75 mg% ปรับลด 50 % glucose 50 ml + RI 6 u IV - DTX 112 mg% หลังปรับลดยา - Serial DTX q 4 hr. keep 80 -200 mg% - Electrolyte พรุ้งนี้เข้า <p>15 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - At 12.10 น. DTX 39 mg% ให้ 50 % glucose 50 ml IV push - DTX 115 mg% หลังให้กลูโคส 15 นาที keep DTX > 80 mg% - At 15.45 น. DTX 52 mg% ให้ 50 % glucose 50 ml IV push - Trop-T = 219 ng/L - CXR - EKG 12 lead (no ST-T chage) - CBC ,Electrolyte ,BUN, creatinine <p>Consult แม่ข่าย ให้ ON ETT refer Diag. ESRD c volume overload ไม่นึกถึง NSTEMI</p>	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

วิเคราะห์

จากตารางที่ 8 แผนการรักษาของผู้ป่วยรายที่ 1 และตารางที่ 9 การรักษาของผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีความเหมือนกัน คือการให้ยาแก้ไขภาวะ hyperkalemia การให้ยาลดความดันโลหิตสูง แก้ไขภาวะ hyperglycemia การใส่สายสวนปัสสาวะและการจำกัดปริมาณน้ำดื่มต่อวัน เพื่อบันทึกน้ำเข้าออกในร่างกาย การตรวจติดตามค่าระดับน้ำตาล และการเจาะเลือดเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การรักษาที่มีความแตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 หลังได้รับการรักษาแก้ไขภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ และประสานนัดผู้ป่วยให้ตรวจรักษาต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อเตรียมทำเส้นฟอกไตผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ hypoglycemia หลังได้รับการรักษาแก้ไขภาวะแทรกซ้อน มีอาการหายใจหอบมากขึ้น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

ยาที่ใช้ในการรักษา

ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>Nicadipine 2 mg สรรพคุณ : รักษาภาวะความดันโลหิตสูง ผลข้างเคียง : เวียนศีรษะ ปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>Furosemide 500 mg สรรพคุณ : รักษาภาวะบวมเนื่องจากโรคหัวใจ ล้มเหลว โรคตับ หรือโรคไต ผลข้างเคียง : วิงเวียน ท้องเสีย ปากแห้ง มีไข้หนาวสั่น</p> <p>Kalimate 30 gm สรรพคุณ : รักษาภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง ผลข้างเคียง : ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระคายเคืองกระเพาะอาหาร</p>	<p>Calcium gluconate สรรพคุณ : รักษาภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ผลข้างเคียง : ท้องผูก หัวใจเต้นไม่ปกติ มีภาวะร่างกายขาดน้ำ มีระดับแคลเซียมในเลือดสูง</p> <p>7.5 % NaHCO₃ สรรพคุณ : เพิ่มความเป็นด่างในร่างกาย เพิ่มปริมาณโซเดียมและไบคาร์บอเนต ผลข้างเคียง : ผื่น ลมพิษ แน่นหน้าอก ปวดศีรษะ</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ยาที่ใช้ในการรักษา

ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>CACO3 1250 mg สรรพคุณ : รักษาภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ผลข้างเคียง : ท้องผูก หัวใจเต้นไม่ปกติ มีระดับแคลเซียมในเลือดสูง</p> <p>FF 200 mg สรรพคุณ : รักษาภาวะซีด ผลข้างเคียง : ปวดท้อง ท้องผูก ท้องเสีย อุจจาระกลายเป็นสีดำ</p> <p>Folic 5mg สรรพคุณ : รักษาภาวะซีด ผลข้างเคียง : เวียนศีรษะ เบื่ออาหาร ท้องอืด</p>	

วิเคราะห์

จากตารางที่ 11 เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองรายมีภาวะแทรกซ้อนที่เหมือนกันดังนี้ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะ Hyperkalemia Hyperglycemia Hypoglycemia ภาวะซีด ไขมันในเลือดสูง การใช้ยาของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เหมือนกันคือ ใช้ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ไขภาวะ Hyperglycemia – Hypoglycemia ยาแก้ไขภาวะ Hyperkalemia ความแตกต่างการใช้ยาคือ รายที่ 2 มีภาวะร่างกายเป็นกรด จึงได้รับยาแก้ไขภาวะดังกล่าว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ระยะการพยาบาล	วินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	วินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนตรวจรักษา	เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง	1. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหายที่ 2. ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่
ระยะการตรวจรักษา	1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหายที่ 3. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่	1. เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง 2. ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่
ระยะหลังตรวจรักษา	มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
ระยะต่อเนื่อง	มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหายที่	มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดบวม น้ำ ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้
ระยะจำหน่าย	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฟอกเลือด 2. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลตัวเองที่บ้าน	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฟอกเลือด 2. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลตัวเองที่บ้าน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care)

วางแผนการพยาบาลโดยตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ปฏิบัติการพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>1.การประเมินผู้ป่วย</p> <p>- ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>ตามแบบแผนสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 Aspects of Care</p> <p>ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่ 12)</p>	<p>1.การประเมินผู้ป่วย</p> <p>- ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>ตามแบบแผนสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 Aspects of Care</p> <p>ผลลัพธ์ วินิจฉัยการพยาบาล (ตารางที่ 12)</p>
<p>2. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ : ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>2.1 มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</p> <p>S : “เหนื่อยเพลีย นอนราบไม่ได้”</p> <p>O : BUN 48.3 mg/dl , Cr 8.7 mg/dl</p> <p>O : pitting edema 2+</p> <p>วัตถุประสงค์ :</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1.ผู้ป่วยเหนื่อยเพลียลดลง อาการบวมลดลง นอนราบได้</p> <p>2. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต SBP = 90-140 มิลลิเมตรปรอท DBP = 60-90 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>2. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ : ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>2.1 มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</p> <p>S : “เหนื่อยเพลีย นอนราบไม่ได้”</p> <p>O : BUN 80.8 mg/dl , Cr 11.2 mg/dl</p> <p>O : pitting edema 2+</p> <p>วัตถุประสงค์ :</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1.ผู้ป่วยเหนื่อยเพลียลดลง อาการบวมลดลง นอนราบได้</p> <p>2. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต SBP = 90-140 มิลลิเมตรปรอท DBP = 60-90 มิลลิเมตรปรอท</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตอาการเหนื่อยเพลีย หายใจหอบเหนื่อย และจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา 2. ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง 3. ให้ออกซิเจนเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย และ ประเมิน O2 sat 4. จำกัดน้ำดื่ม 900 ml/day เพื่อลดภาวะน้ำเกิน 5. ดูแลให้ยา Lasix 250 mg IV stat then 1 gms IV drip in 24 hr. 6. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ และบันทึก I/O 7. ชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อประเมินอาการบวม <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เหนื่อยหอบลดลง RR 20 - 22 ครั้ง/นาที PR 80 - 900 ครั้ง/นาที BP 160/90 - 170/ 100 mmHg 3. ปลายเท้าและขาอุบวมลง นอนพักได้ 4. O2 saturation RA 99 % 5. I/O = 594 ml/900 ml 6. น้ำหนักเท่าเดิม 63 กก. 	<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตอาการเหนื่อยเพลีย หายใจหอบเหนื่อย จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา 2. ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง 3. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา O2 Cannula 5 lit/min และประเมิน O2 sat 4. จำกัดน้ำดื่ม 1000 ml/day เพื่อลดภาวะน้ำเกิน 5. ดูแลให้ยา Lasix 500 mg IV stat then 1 gms IV drip in 24 hr. 6. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ และบันทึก I/O 7. ดูแลให้ชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อประเมินอาการบวม <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เหนื่อยหอบลดลง RR 22 - 24 ครั้ง/นาที PR 90 ครั้ง/นาที , BP 160/90 mmHg 3. ปลายเท้าและขาอุบวมลง นอนพักได้ 4. O2 saturation 99 % c O2 cannula 5. I/O = 594 ml/900 ml 6. น้ำหนักเท่าเดิม 74 กก.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>2.2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฟอกเลือด</p> <p>S : “ไม่รู้วิธีการฟอกเลือด”</p> <p>S : “กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด”</p> <p>O : สีหน้าแสดงความวิตกกังวล</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจในการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือด ลดความวิตกกังวล</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาด้วยการฟอกเลือด</p> <p>2. ผู้ป่วยยอมรับการส่งตัวเพื่อทำ RRT</p> <p>3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายวิตกกังวล</p> <p>การพยาบาล</p> <p>1. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รับฟังด้วยความตั้งใจ และ อธิบายการดำเนินของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และแผนการรักษาพยาบาลให้เข้าใจ</p> <p>2. อธิบายสิทธิการรักษาผู้ป่วย ที่สามารถส่งตัวปรึกษาคลินิกโรคไตโรงพยาบาล 50 พรรษา</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษา ยอมรับการให้ส่งตัวเพื่อทำ RRT</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล</p>	<p>2.2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฟอกเลือด</p> <p>S : “ไม่รู้วิธีการฟอกเลือด”</p> <p>S : “กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด”</p> <p>O : สีหน้าแสดงความวิตกกังวล</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจในการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือด ลดความวิตกกังวล</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาด้วยการฟอกเลือด</p> <p>2. ผู้ป่วยยอมรับการส่งตัวเพื่อทำ RRT</p> <p>3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายวิตกกังวล</p> <p>การพยาบาล</p> <p>1. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รับฟังด้วยความตั้งใจ และ อธิบายการดำเนินของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และแผนการรักษาพยาบาลให้เข้าใจ</p> <p>2. อธิบายสิทธิการรักษาผู้ป่วย ที่สามารถส่งตัวปรึกษาคลินิกโรคไตโรงพยาบาล 50 พรรษา</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษา ยอมรับการให้ส่งตัวเพื่อทำ RRT</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความกังวล</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>3. การดูแลด้านความปลอดภัย</p> <p>3.1 เสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากการให้ยา ความเสี่ยงสูง</p> <p>S : “ไม่รู้วิธีสังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา” O : “ได้รับยา Nicardipine 2 mg IV stat ”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับผลข้างเคียงจากยาความเสี่ยงสูง</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยอธิบายอาการผิดปกติได้ เช่น ใจสั่น ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ คลื่นไส้</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการให้ยา</p> <p>3. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต SBP = 160 - 90 มิลลิเมตรปรอท DBP = 110 - 60 มิลลิเมตรปรอท HR 60 – 120 ครั้งต่อนาที</p> <p>การพยาบาล</p> <p>1. อธิบายถึงแผนการรักษาของแพทย์ในการให้ยา ความเสี่ยงสูงเพื่อลดความดันโลหิต</p> <p>2. บอกอาการที่ควรสังเกตหลังให้ยาความเสี่ยงสูง ได้แก่ ใจสั่น ร้อนวูบวาบ มึนงง คลื่นไส้</p> <p>3. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>4. บริหารการให้ยาตามคำแนะนำของเภสัชกร</p> <p>5. บันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังในใบ HAD และรายงานแพทย์ถ้าพบความผิดปกติ</p>	<p>3. การดูแลด้านความปลอดภัย</p> <p>3.1 เสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากการให้ยา ความเสี่ยงสูง</p> <p>S : “ไม่รู้วิธีสังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา” O : “ ได้รับยา 7.5 % NaHCO3 2 amp IV”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับผลข้างเคียงจากยาความเสี่ยงสูง</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยอธิบายอาการผิดปกติได้ เช่น ปากเบี้ยว นิ้วชา ตะคริว ท้องอืด ท้องผูก</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการให้ยา</p> <p>3. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต SBP = 140 - 90 มิลลิเมตรปรอท DBP = 90 - 60 มิลลิเมตรปรอท HR 60 – 140 ครั้งต่อนาที</p> <p>การพยาบาล</p> <p>1. อธิบายถึงแผนการรักษาของแพทย์ในการให้ยา ความเสี่ยงสูงเพื่อลดภาวะความเป็นกรดในร่างกาย</p> <p>2. บอกอาการที่ควรสังเกตหลังให้ยาความเสี่ยงสูง ได้แก่ ปากเบี้ยว นิ้วชา ตะคริว ท้องอืด ท้องผูก</p> <p>3. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>4. บริหารการให้ยาตามคำแนะนำของเภสัชกร</p> <p>5. บันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังในใบ HAD และรายงานแพทย์ถ้าพบความผิดปกติ</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยอธิบายอาการผิดปกติหลังให้ยาได้ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่พบอาการข้างเคียงจากการให้ยา</p> <p>3. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต 130/60 – 115/79 มิลลิเมตรปรอท HR 90 – 100 ครั้งต่อนาที</p>	<p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยอธิบายอาการผิดปกติหลังให้ยาได้ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่พบอาการข้างเคียงจากการให้ยา</p> <p>3. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต 162/89 – 165/79 มิลลิเมตรปรอท HR 88 – 92 ครั้งต่อนาที</p>
<p>4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล</p> <p>4.1 เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อยเพลีย วิงเวียน ศีรษะ”</p> <p>O : “ BP 205/95 mmHg ”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยเหนื่อยเพลียลดลง</p> <p>2. ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ</p> <p>3. ระดับความดันโลหิตอยู่ในค่าปกติ</p> <p>SBP = 120-139 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>DBP = 70-89 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล</p> <p>4.1 เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อยเพลีย วิงเวียน ศีรษะ”</p> <p>O : “ BP 172/93 mmHg ”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยเหนื่อยเพลียลดลง</p> <p>2. ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ</p> <p>3. ระดับความดันโลหิตอยู่ในค่าปกติ</p> <p>SBP = 120-139 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>DBP = 70-89 มิลลิเมตรปรอท</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>การพยาบาล</p> <p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุและอันตรายของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>2. แนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ ด้วยการใช้อาหารเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูง แจ็งชื่อยา สรรพคุณ การออกฤทธิ์ ขนาด วิธีการใช้ยา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>3. วัด V/S ประเมินอาการทุก 1 ชั่วโมงจนระดับความดันโลหิตลดลงคงที่</p> <p>4. สังเกตและสอบถามอาการปวดศีรษะ วิงเวียน</p> <p>5. ดูแลให้ได้รับยาลดระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์ Nicardipine 2 mg IV s</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 150/82 – 168/83 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>2. ไม่มีอาการวิงเวียน ปวดศีรษะ</p>	<p>การพยาบาล</p> <p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุและอันตรายของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>2. แนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ด้วยการใช้อาหารเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงชนิดรับประทาน อธิบายและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นให้ทราบ</p> <p>3. วัด V/S ประเมินอาการทุก 2 ชั่วโมงจนระดับความดันโลหิตลดลงคงที่</p> <p>4. สังเกตและสอบถามอาการปวดศีรษะ วิงเวียน</p> <p>5. ดูแลให้ได้รับยาลดระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษาของ แพทย์ Hydralazine 25 mg 1*2 oral pc, Enalapril 5 mg 1*1 oral pc</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 144/82 – 150/72 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>2. ไม่มีอาการวิงเวียน ปวดศีรษะ</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล</p> <p>4.2 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</p> <p>S : “เหนื่อยเพลีย ชาบวม ”</p> <p>O : “ K = 5.33 mol/L ”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ค่า K ระดับปกติ 3.5- 5.1 mmol/L</p> <p>2. V/S ปกติ โดยเฉพาะ SBP = 120-139 mmHg DBP = 70-89 mmHg</p> <p>3. ผู้ป่วยอาการบวมลดลง</p> <p>การพยาบาล</p> <p>1. ประเมินอาการโพแทสเซียมในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว</p> <p>2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>3. ดูแลทำ EKG และติดตามประเมินผล</p> <p>4. ดูแลให้ Kalimate 30 gm oral q 3hr x 3 dose ตามแผนการรักษา และติดตามผลตรวจค่า electrolyte หลังให้ยาครบ</p> <p>5. ส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p>	<p>4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล</p> <p>4.2 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</p> <p>S : “เหนื่อยเพลีย ชาบวม ”</p> <p>O : “ K = 5.35 mol/L ”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. . ค่า K ระดับปกติ 3.5- 5.1 mmol/L</p> <p>2. V/S ปกติ โดยเฉพาะ SBP = 120-139 mmHg DBP = 70-89 mmHg</p> <p>3. ผู้ป่วยอาการบวมลดลง</p> <p>การพยาบาล</p> <p>1. ประเมินอาการโพแทสเซียมในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว</p> <p>2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>3. ดูแลทำ EKG และติดตามประเมินผล</p> <p>4. ดูแลให้ Kalimate 30 gm oral q 3hr x 3 dose และติดตามผลตรวจค่า electrolyte หลังให้ยาครบ</p> <p>5. ให้ 50 % glucose 50 ml + RI 10 u IV ตามแผนการรักษา</p> <p>6. ส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>การประเมินผล</p> <p>1. ค่า K = 4.9. mmol/L</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และบอกชนิดอาหารที่เหมาะสมได้ 4 ข้อ</p>	<p>ประเมินผล</p> <p>1. ค่า K = 5.03 mmol/L</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และบอกชนิดอาหารที่เหมาะสมได้ 3 ข้อ</p>
<p>4.3 มีภาวะ Hypoglycemia</p> <p>S : “เหนื่อย ใจสั่น”</p> <p>O : “ DTX 51 - 65 mg% ”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ</p> <p>2. DTX อยู่ในช่วง 80 – 300 mg%</p> <p>การพยาบาล</p> <p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เหนื่อย ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น</p> <p>2. ดูแลให้ 50 % glucose 50 ml IV push ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3. เจาะ DTX ประเมินซ้ำหลังให้ยาครบ 15 นาที และ serial DTX q 4 hr keep 80 – 300 mg%</p> <p>4. ดูแลให้สารน้ำ 5 % D/N/2 1000 ml Iv drip 40 cc/hr ตามแผนการรักษา</p> <p>5. จัดให้ยาเบาหวานทั้งหมดตามแผนการรักษา</p> <p>6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p>	<p>4.3 มีภาวะ Hypoglycemia</p> <p>S : “เหนื่อย ใจสั่น”</p> <p>O : “ DTX 39 mg% ”</p> <p>O : “ มีเหงื่อออก ตัวเย็น ”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ</p> <p>2. DTX อยู่ในช่วง 80 – 200 mg%</p> <p>การพยาบาล</p> <p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เหนื่อย ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น</p> <p>2. ดูแลให้ 50 % glucose 50 ml IV push ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3. เจาะ DTX ประเมินซ้ำหลังให้ยาครบ 15 นาที และ serial DTX q 4 hr keep 80 – 200 mg%</p> <p>4. ดูแลปรับลด 50 % glucose 50 ml + RI 6 u IV ตามแผนการรักษา</p> <p>5. จัดให้ยาเบาหวานทั้งหมดตามแผนการรักษา</p> <p>6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิต 166/90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>2. ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น</p> <p>3. DTX 100 mg%</p>	<p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>2. ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น</p> <p>3. DTX 1115 mg%</p>
	<p>4.4 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดบวมน้ำ ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้</p> <p>S : “เหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้”</p> <p>O : “ RR 24 - 26 ครั้ง/นาที ”</p> <p>O : “ O2 sat 88 % with O2 mask c bag ”</p> <p>O : “ lung ; crepitation both lung ”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยเหนื่อยหอบลดลง</p> <p>2. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้ง/นาที</p> <p>3. O2 sat อยู่ในช่วง 96-100 % with O2 mask with bag ”</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานแพทย์ถึงอาการพร้อมออกซิเจนในร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ค่า O2 sat 88 % 2. Monitor V/S ประเมินอาการทุก 15 นาทีโดยเฉพาะอัตราการหายใจ 3. จัดทำนอนนอนศีรษะสูง 45 องศา 4. ดูแลให้ O2 mask c bag ขณะรอแพทย์มาตรวจเย็บอาการ 5. แพทย์ตรวจเย็บอาการ consult แพทย์โรงพยาบาล 50 พรรษา ให้ refer และ on ETT 6. ดูแลให้ยา valium 10 mg IV ก่อน ON ETT ตามแผนการรักษา และช่วยแพทย์ on ETT 7. ประสานหน่วยงานรังสีวินิจฉัยให้ทำ CXR หลังจาก on ETT 8. ดูแลทำ EKG ก่อน refer 9. ประสานข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อโรงพยาบาล 50 พรรษา และดูแลนำส่งผู้ป่วย <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ON ETT no. 7 dep 21 2. O2 sat 99 -100 % c ETT

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>5. การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>- ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการพยาบาลและให้การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>ประเมินผล</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง</p>	<p>5. การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>- ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการพยาบาลและให้การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>ประเมินผล</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง</p>
<p>6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว</p> <p>6.1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน</p> <p>S : “ซื้อยาแก้ปวดมากินเอง”</p> <p>S : “ชอบกินนมจืด”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้านได้</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติบอกชนิดและปริมาณของอาหารที่เหมาะสมได้ 2 ข้อ</p>	<p>6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว</p> <p>6.1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน</p> <p>S : “ดื่มเหล้าดองยาเป็นประจำ”</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้านได้</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติบอกชนิดและปริมาณของอาหารที่เหมาะสมได้ 2 ข้อ</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามการปฏิบัติดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายกับผู้ป่วยและญาติในการดำเนินโรคไตวายระยะสุดท้าย เพื่อปรับประคองคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น แนะนำไม่ให้ซื้อยาแก้ปวดร้านค้ามารับประทานเอง แนะนำการจำกัดปริมาณน้ำที่บ้าน ไม่เกิน 900 ซีซี ประสานโภชนาการในการให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค ติดตามเยี่ยมบ้าน ประสาน รพ สต. ให้ดูแลต่อเนื่อง <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยและญาติระบุชนิดอาหารและปริมาณที่เหมาะสมได้ เช่น ลดปริมาณน้ำดื่ม งดการกินกล้วย ลดการกินนม ผู้ป่วยบอกว่าจะไม่ซื้อยาแก้ปวดกินเอง 	<p>การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายกับผู้ป่วยและญาติในการดำเนินโรคไตวายระยะสุดท้าย เพื่อปรับประคองคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น แนะนำให้งดการดื่มเหล้าดองยา แนะนำการจำกัดปริมาณน้ำที่บ้าน ไม่เกิน 1000 ซีซี ประสานโภชนาการในการให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค ติดตามเยี่ยมบ้านและประสาน รพ สต.ดูแลต่อเนื่อง <p>ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยและญาติระบุชนิดอาหารและปริมาณที่เหมาะสมได้ เช่น ลดปริมาณน้ำดื่ม งดการกินกล้วย ผู้ป่วยบอกว่าจะไม่ดื่มเหล้าดองยาอีก
<p>7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย รักษาความลับข้อมูลผู้ป่วย ช่วยเหลือเอาใจใส่ ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม <p>ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติกล่าวขอบคุณ ในการได้รับข้อมูลถึงแผนการรักษาของแพทย์ มีสีหน้าคลายความวิตกกังวล ยอมรับการส่งตัวเพื่อรับการฟอกเลือด 	<p>7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย รักษาความลับข้อมูลผู้ป่วย ช่วยเหลือเอาใจใส่ ประสานสหสาขาวิชาชีพในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม <p>ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยและญาติกล่าวขอบคุณ ในการได้รับข้อมูลถึงแผนการรักษาของแพทย์ มีสีหน้าคลายความวิตกกังวล ยอมรับการส่งตัวเพื่อรับการฟอกเลือด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

วิเคราะห์

จากตารางที่ 13 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และ รายที่ 2 พบว่ามีความเหมือนกัน คือ

1. เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง
 2. ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่
 3. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหน้าที่
 4. มีภาวะ Hypoglycemia
 5. เสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากการให้ยาความเสี่ยงสูง
 6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฟอกเลือด
- วินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างคือ รายที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดบวมน้ำ ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้

สรุปกรณีศึกษา

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ผู้ศึกษาดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 aspect of care) เป็นแนวทางในการศึกษา ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลแบบแผนสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ผลการศึกษาผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 54 ปี มาด้วยอาการบวมตามแขนขา นอนราบไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยโรค CKD stage 5 with Fluid overload with DM with HT with DLP with Anemia แรกรับรู้สีกตัวดี หายใจหอบเล็กน้อย T 37.2 C , PR 96 /min , RR 20/min BP 205/95mmHg ,O2 RA 96% , Lung : Crepitation both lung ,No retraction no cyanosis , Pitting edema 2+ , MEWS score 1 คะแนน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกพบค่า DTX 288 mg% , BUN 48.3 mg/dl , Cr 8.7 mg/dl , K = 5.33 mol/L ได้รับยาฉีด Nicadipine 2 mg IV stat เพื่อควบคุมความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยาฉีด RI แก้ไขภาวะ Hyperglycemia ได้ยา Kalimate 30 gm oral q 3 hr x 3 dose แก้ไขภาวะ Hyperkalemia ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อบันทึกน้ำเข้าและออก หลังให้การรักษาผู้ป่วยมีภาวะ Hypoglycemia ได้รับ 50 % glucose 50 ml IV push งดยาเบาหวานและได้รับติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุกวัน DTX 100 – 200 mg% ระหว่างนอนโรงพยาบาลค่าความดันโลหิตอยู่ในค่าปกติ ค่า K = 4.9 mol/L ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้าน แพทย์นัดติดตามอาการ ผู้ป่วยมาตามนัด ติดตามอาการหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยตัดสินใจรับการฟอกเลือด ประเมินและวางแผนการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้านการรับประทานอาหาร ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติมีความรู้และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เลิกซื้อยาชุดแก้ปวดมากินเอง ความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายลดลง ปัญหาที่ยังคงอยู่ได้แก่ ภาวะไตเสื่อม ภาวะซีด ทบทวนความรู้ให้ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสม ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 60 ปี มาด้วยอาการ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ชาบวม เป็นมา 2 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยโรค CKD stage 5 with Fluid overload with DM with HT with DLP with Anemia แรกได้รับรู้สีกตัวดี หายใจหอบเหนื่อย T 37.2 C , PR 1066 /min , RR 26/min BP 172/93mmHg ,O2 RA 94% , Lung : Crepitation both lung ,No retraction no cyanosis , Pitting edema 2+ , MEWS score 2 คะแนน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แรกได้รับพบค่า DTX 128 mg% , BUN 80.8.3 mg/dl , Cr 11.2 mg/dl , K = 5.35 mol/L , CO2 = 16.1 mmol/L ได้รับ ยาฉีด 7.5 % NaHCO3 2 amp IV เพื่อลดภาวะความเป็นกรดในร่างกาย ได้ยาเกินเพื่อควบคุมความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ได้ยา Kalimate 30 gm oral q 3 hr x 3 dose แก้ไขภาวะ Hyperkalemia ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อบันทึกน้ำเข้าและออก หลังให้การรักษามีภาวะ Hypoglycemia ได้รับ 50 % glucose 50 ml IV push งดยาเบาหวานและได้รับติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุกวัน ค่า DTX 39 - 115 mg% ระหว่างนอนโรงพยาบาลค่าความดันโลหิต อยู่ในค่าปกติ ค่า K = 5.03 mol/L ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หลังให้การรักษาแก้ไขภาวะน้ำเกิน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโพแทสเซียมสูง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบมากขึ้น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งรักษาต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายจนอาการดีขึ้น ได้รับการส่งกลับเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลดอนมดแดง ติดตามอาการหลังจำหน่ายผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลแม่ข่าย แพทย์นัดติดตามอาการ ผู้ป่วยมาตามนัด ติดตามอาการหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยตัดสินใจรับการฟอกเลือด ประเมินและวางแผนการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้านการรับประทานอาหาร ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติมีความรู้และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เลิกกินเหล้าต้องยา ความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายลดลง ปัญหาที่ยังคงอยู่ ได้แก่ ภาวะไตเสื่อม ภาวะซีด ทบทวนความรู้ให้ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสม ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

อภิปรายผล

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ผู้ศึกษาใช้กระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) เป็นแนวทางในการศึกษาและปฏิบัติการพยาบาล จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแนวทางที่กำหนด พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ขาดความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการดูแลตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา รวมทั้งมีพฤติกรรมอื่นที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น เช่น การรับประทานยาชุดแก้ปวด ต้มเหล้าตองยา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรรัตน์ บึงสุทธิวงศ์ (2562) และสุรสวัสดิ์ พนมแก่น และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เช่น การไม่มาตรวจตามนัด การลืมรับประทานยาหรือการใช้สมุนไพรหรือยาอื่นร่วมโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพนำสู่การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care)

ผลลัพธ์ของการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรคทั้งด้านอาหาร การใช้ยารวมทั้งหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ได้แก่ เลิกซื้อยาชุดแก้ปวด เลิกการต้มเหล้าตองยา การจำกัดปริมาณน้ำดื่มต่อวัน

การวางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-Method

D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง เป็นโรคที่ไตเสื่อมหน้าที่ลงเรื่อยๆ โดยการเสื่อมนี้ไม่สามารถกลับคืนภาวะปกติได้ อาการจะค่อยๆเป็นๆไป อาการเริ่มแรกจะไม่มีอาการแสดง จะเริ่มมีอาการเมื่อเข้าสู่ระยะไตวาย และในที่สุดเป็นไตวายระยะสุดท้าย

M : Medicine ให้ความคำแนะนำเรื่องยาแก่ผู้ป่วย สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ การสังเกตอาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง แนะนำการงดฉีดยาเบาหวาน และการมาตรวจตามนัด

E : Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงอาหารและน้ำที่ทำให้เกิดอาการบวม

T : Theatment แนะนำการสังเกตอาการตนเองของผู้ป่วย ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แขน ขาบวม หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ให้รีบมาโรงพยาบาล ไม่ควรไปตรวจที่คลินิก

H : Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O : Out patient แนะนำการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้ รพ.สต. การขอความช่วยเหลือกับรพ. สต. กรณีมีภาวะฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจรักษาต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

D : Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ก๋วยเตี๋ยว นมจืด หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดการรับประทานเนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับไว้ในการดูแลเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 5 ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 90 วัน ผู้ป่วยรายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 ข้อ ให้การดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน ความดันโลหิตสูง มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้รับการแก้ไขภาวะ Hypoglycemia ไม่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยาความเสี่ยงสูง คลายความวิตกกังวลในการฟอกเลือด ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในการดูแลเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 47 วัน ผู้ป่วยรายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8 ข้อ ให้การดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์ 7 ข้อ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน ความดันโลหิตสูง มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้รับการแก้ไขภาวะ Hypoglycemia ไม่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยาความเสี่ยงสูง คลายความวิตกกังวลในการฟอกเลือด ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ข้อ ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ได้แก่ข้อ 4.2 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดบวมน้ำ ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้ ผู้ป่วยยังมีหายใจหอบ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 28-30 ครั้งต่อนาที O₂ sat อยู่ในช่วง 88-90 % with O₂ mask with bag ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ได้รับการแก้ไขภาวะ Hypoglycemia สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการใช้ยาได้ถูกต้อง ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ซึ่งสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลและ service plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน) กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ และได้รับการตรวจ HbA1c จำนวน 1 ครั้งต่อปี

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานในการวางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพมากขึ้น
3. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำมาตรฐาน คู่มือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย
4. ใช้เป็นแหล่งอ้างอิง ศึกษา ค้นคว้า การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย
5. ใช้เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่สนใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย
6. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการได้รับการที่มีมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยและญาติเกิดความท้อแท้ ความสิ้นหวัง ความกลัวและความกังวล ในการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ศึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถควบคุมภาวะโรค และปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเลือกการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ศึกษามีความยุ่งยากในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเหมือนกัน คือผู้ป่วยกังวลค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด และยุ่งยากในการเลือกสมาชิกในครอบครัวที่จะล้างไตทางช่องท้องให้ ผู้ศึกษาแก้ปัญหาโดยการให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในครอบครัว ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีความยุ่งยากรายละเอียดแตกต่างกันดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค มีอาการหายใจหอบมากแต่เลือกตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่คลินิกก่อนที่จะมาตรวจที่โรงพยาบาล เนื่องจากโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาจเสียชีวิตถ้าได้รับการล่าช้า ถ้าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องมีโอกาสเป็นซ้ำได้ ผู้ศึกษาจึงให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการสังเกตอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ และให้มาตรวจโรงพยาบาล

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่องและไม่มีคุณภาพ ผู้ศึกษาใช้หลักการให้คำปรึกษา และการสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษา จนยอมรับการส่งตัวเพื่อฟอกไต

2. ครอบครัวกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ยังไม่มีความพร้อมในการให้การดูแลเรื่องการล้างไตทางช่องท้อง เนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายเตรียมห้อง และค่าใช้จ่ายในการไปตรวจที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในการเตรียมวางสายหน้าท้อง ผู้ศึกษาให้ความรู้ในเรื่องการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่อง ที่ทำตอนกลางคืนได้ มีความสะดวกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ดูแล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

9. ข้อเสนอแนะ

การจัดทำผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย พบว่ายังมีข้อจำกัดบางประการสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน โดยสรุปข้อค้นพบเพื่อเสนอแนะเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. ควรมีพยาบาลประจำคลินิกโรคเบาหวาน และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบ case management แบบองค์รวมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการจัดการสอนสุขศึกษา สื่อความรู้เกี่ยวกับวิธีการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้เป็นทางเลือกในการตัดสินใจที่ง่ายขึ้น ช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ควรมีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงาน คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย
4. ควรมีการส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANI” “The Development and Professional Enhancement in BANI Era” ประเภทการนำเสนอผลงานวิชาการด้วยวาจา (Oral Presentation) รุ่นที่ 1 วันที่ 15 ตุลาคม 2566 เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ข้าพเจ้า นางสาวปารดา แก่นสาร เป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดคิดเป็น 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ปารดา*.....

(นางสาวปารดา แก่นสาร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่).....*9 / มิถุนายน / 2562*.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวปารดา แก่นสาร	<i>ปารดา</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*พีรดาพัฒน์*.....

(นางพีรดาพัฒน์ พงษ์ศิริ)

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่).....*10 / มิถุนายน / 2562*.....

(ลงชื่อ).....*สุวิทย์*.....

(นายสุวิทย์ พบลาภ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง

(วันที่).....*11 / มิถุนายน / 2562*.....

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลดอนมดแดง

2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยและมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลสมาคมเบาหวานโลกปี 2560 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 48 ของประชากรทั่วโลก และพบว่าประเทศไทยติด 1 ใน 5 ของประเทศที่มีคนเป็นเบาหวานมากที่สุด 4.4 ล้านคน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555) ที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง และจากการรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาสูงเกือบร้อยละ 30 คาดว่าผู้ป่วยมีจำนวนถึง 8 ล้านคนที่เป็นโรคเบาหวานแล้วมีภาวะไตเรื้อรัง ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะสูงขึ้นถึง 5.30 ล้านคน ภายในปีพ.ศ. 2583 (วิชัย เอกพลากร, 2557) โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังพบได้ประมาณร้อยละ 40 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มันและเค็ม ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน และภาวะเครียด เมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease, ESKD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน หลังจากที่มึนโยบายทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง และโรคไตวายระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยควรให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

โรงพยาบาลดอนมดแดงเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปี พ.ศ.2564 – 2566 จำนวน 34, 36 และ 43 รายตามลำดับ (คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี : HDC, 2566) มีข้อจำกัดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก ที่ต้องแบ่งอัตรากำลังรับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเป็นการดูแลโดยภาพรวม ไม่สามารถจัดทำคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายได้

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก จึงมีความประสงค์ที่จะพัฒนาคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลดอนมดแดง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในการชะลอความเสื่อมของไต อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างถาวร และมีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด โดยตรวจการทำหน้าที่ของไต ค่าอัตราการกรองลดลงผิดปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงความเป็นกรดต่างในร่างกาย โรคไตไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุโดยตรงหรือโรคประจำตัว หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะส่งผลให้ไตเสื่อมจนเป็นไตเรื้อรัง อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคไตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคอื่น แต่จะมีอาการที่คล้ายกัน ในระยะเริ่มต้นจะไม่มีอาการแสดงของโรคไต แต่อาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หากไม่มีการชะลอความเสื่อมของไตจะทำให้เกิดไตวายระยะสุดท้ายในที่สุด ผู้ป่วยจะเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีภาวะซีด ขาและหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด ชักหรือสับสน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า BUN และ Creatinine สูง (BUN > 60mg/dl , Creatinine clearance < 15 ซีซี/นาที) ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง ระดับโปแตสเซียมสูง ระดับฟอสเฟตสูง จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตหรือปลูกถ่ายไต การทำงานของไตที่เสื่อมลง ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังจนถึงไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับบริการในคลินิกของโรงพยาบาลดอนมดแดง ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ และความตระหนักในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ต้องมีความรู้ความสามารถในการให้การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษา ทักษะการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว โดยพัฒนาระบบให้บริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังให้มีคุณภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้เหมาะสม เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. การบริการในคลินิกโรคเบาหวานยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดระบบการจัดการ เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก การบริการล่าช้าและดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ทำให้อัตราการเกิดไตวายในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น แนวทางแก้ไขคือการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ในการเฝ้าระวังและสังเกตภาวะแทรกซ้อน แนวทางแก้ไขคือการศึกษาหรือรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน แนวทางแก้ไขคือการประสานเครือข่าย รพ.สต. ในการติดตามเยี่ยม และการติดตามเยี่ยมโดยใช้ระบบ Telemedicine

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลดอนมดแดงมีระบบบริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวาย
3. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ตระหนักความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับการคัดกรองร้อยละ 80
2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 80

ลงชื่อ) *Chon*

(นางสาวปณรดา แก่นสาร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *9* / *11* / *2567*

ผู้ขอประเมิน

3.แบบแสดงการสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 มิถุนายน 2566 ถึง 30 ตุลาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมาย

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป และร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ป่วยเป็นเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

อาการของโรคเบาหวาน

1. ปัสสาวะบ่อย เนื่องจากไตมีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ระดับหนึ่ง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าไตไม่สามารถดูดกลับน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมาในปัสสาวะซึ่งมีความเข้มข้นของปัสสาวะสูงจึงมีการดึงน้ำตาลมากมากกว่าปกติ ทำให้ปัสสาวะบ่อย

2. การหิวน้ำมาก พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอแห้ง เป็นผลมาจากการสูญเสียน้ำออกมามากทางปัสสาวะ ร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำ

3. หิวบ่อยและรับประทานจุ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายขาดพลังงานจึงมีการหิวบ่อยและรับประทานจุตามมา

4. น้ำหนักลด จากการที่ร่างกายขาดอินซูลินทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้อย่างปกติ ส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงาน ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้
2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน เช่นภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นต้น

การรักษาด้วยยา

การเริ่มรักษาผู้ป่วยเบาหวาน แพทย์พิจารณาเลือกใช้ยาจากชนิดของเบาหวาน ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยมีทั้งยากินและยาฉีด ยาที่ใช้รักษาเบาหวาน (Oral Antidiabetic drugs) ที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันมี 2 พวก คือ

1. Sulfonylurea, and Sulfapyrimidines
2. Biguanide ภาวะ Hypoglycemia จะเกิดขึ้นได้จากการใช้ Oral Hypoglycemic drugs

3.แบบแสดงการสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 มิถุนายน 2566 ถึง 30 ตุลาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมาย

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือต่ออินซูลิน ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป และร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ป่วยเป็นเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

อาการของโรคเบาหวาน

1. ปัสสาวะบ่อย เนื่องจากไตมีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ระดับหนึ่ง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าไตไม่สามารถดูดกลับน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมาในปัสสาวะซึ่งมีความเข้มข้นของปัสสาวะสูงจึงมีการดึงน้ำตาลออกมามากกว่าปกติ ทำให้ปัสสาวะบ่อย
2. การหายน้ำมาก พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอแห้ง เป็นผลมาจากการสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะ ร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำ
3. หิวบ่อยและรับประทานจุ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายขาดพลังงานจึงมีการหิวบ่อยและรับประทานจุตามมา
4. น้ำหนักลด จากการที่ร่างกายขาดอินซูลินทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้อย่างปกติ ส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงาน ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้
2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน เช่นภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นต้น

การรักษาด้วยยา

การเริ่มรักษาผู้ป่วยเบาหวาน แพทย์พิจารณาเลือกใช้ยาจากชนิดของเบาหวาน ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยมีทั้งยากินและยาฉีด ยาที่ใช้รักษาเบาหวาน (Oral Antidiabetic drugs) ที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันมี 2 พวก คือ

1. Sulfonylurea, and Sulfapyrimidines
2. Biguanide ภาวะ Hypoglycemia จะเกิดขึ้นได้จากการใช้ Oral Hypoglycemic drugs

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ความหมาย

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับโครงสร้าง หรือการทำงานที่ของไตอย่างใดอย่างหนึ่ง ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เช่น การมีนิ่ว มีโปรตีนหรือเม็ดเลือดในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตปกติหรือผิดปกติก็ได้ เป็นภาวะที่ไตทำหน้าที่เสื่อมลงไปเรื่อยๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้ไตฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้ อาการจะค่อยเป็นไป จนทำให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายในที่สุด

กายวิภาคศาสตร์และพยาธิสรีรวิทยา

ไตเป็นอวัยวะคู่ อยู่นอกช่องท้องด้านหลังติดกับกระดูกสันหลัง รูปร่างคล้ายเมล็ดถั่ว ถูกห่อหุ้มด้วยกลุ่มเนื้อเยื่อไขมัน โดยมีน้ำหนักทั้งสองข้างรวมกันประมาณ 300 กรัม ขอบบนของไตขวาทับอยู่บนกระดูกซี่โครงซี่ที่ 11 ส่วนไตซ้ายอยู่สูงกว่าเล็กน้อย ขอบบนอยู่ประมาณกระดูกซี่โครงซี่ที่ 12 ขอบล่างอยู่ที่กระดูกเอวชั้นที่ 3 วัดได้ 11.5 x 7.5 x 2.5 เซนติเมตร ซึ่งการเสื่อมของไตและการถูกทำลายของหน่วยไต มีผลทำให้อัตราการกรองลดลง การขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณของครีตินินและยูเรียในโตรเจนสูงขึ้น มีผลทำให้ไตเสียความสามารถในการขับของเสียมากขึ้น ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกาย ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคพันธุกรรม การติดเชื้อ เป็นต้น เมื่ออัตราการกรองของเสียทำงานที่ 10 – 20 มลต่อนาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของยูเรียในร่างกายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

ระยะของโรคและการแสดง

ระยะที่ 1 ระยะที่เมื่อไตถูกทำลายแต่อัตราการกรองที่ไตยังปกติ โดยมีค่าเกิน 0 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย และมีค่า serum creatinine น้อยกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระยะนี้ยังไม่พบอาการผิดปกติ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เมื่อไตถูกทำลายมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตลดลง แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าโรคไตวายเรื้อรัง คืออัตราการกรองที่ไตมีค่าต่ำกว่า 90 แต่ไม่เกิน 60 มิลลิลิตรต่อนาที เริ่มพบความผิดปกติในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรัง มีอัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 60 จนถึง 30 มิลลิลิตรต่อนาที และมีค่า serum creatinine ประมาณ 1.2-2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อาจตรวจพบภาวะซีด หรือความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่โรคไตมีความรุนแรงมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 30 จนถึง 15 มิลลิลิตรต่อนาที และมีค่า serum creatinine ประมาณ 3-5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยจะมีอาการแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวม เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด หอบเหนื่อย สับสน ซึม ภาวะยูริเมีย ต้องทำการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หรือการปลูกถ่ายไต การรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

การรักษาแบบประคับประคอง เป็นการรักษาด้วยยาและการจัดการเกี่ยวกับอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานที่ของไตที่เหลืออยู่หรือการรักษาอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนการช่วยเหลือให้สุขสบาย

3.แบบแสดงการสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 มิถุนายน 2566 ถึง 30 ตุลาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมาย

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป และร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ป่วยเป็นเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

อาการของโรคเบาหวาน

1. ปัสสาวะบ่อย เนื่องจากไตมีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ระดับหนึ่ง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าไตไม่สามารถดูดกลับน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมาในปัสสาวะซึ่งมีความเข้มข้นของปัสสาวะสูงจึงมีการดึงน้ำตาลตามมามากกว่าปกติ ทำให้ปัสสาวะบ่อย
2. การหายน้ำมาก พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอแห้ง เป็นผลมาจากการสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำ
3. หิวบ่อยและรับประทานจุ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายขาดพลังงานจึงมีการหิวบ่อยและรับประทานจุตามมา
4. น้ำหนักลด จากการที่ร่างกายขาดอินซูลินทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้อย่างปกติ ส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงานร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้
2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน เช่นภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นต้น

การรักษาด้วยยา

การเริ่มรักษาผู้ป่วยเบาหวาน แพทย์พิจารณาเลือกให้ยาจากชนิดของเบาหวาน ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยมีทั้งยากินและยาฉีด ยาที่ใช้รักษาเบาหวาน (Oral Antidiabetic drugs) ที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันมี 2 พวก คือ

1. Sulfonylurea, and Sulfapyrimidines
2. Biguanide ภาวะ Hypoglycemia จะเกิดขึ้นได้จากการใช้ Oral Hypoglycemic drugs

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ความหมาย

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับโครงสร้าง หรือการทำงานที่ของไตอย่างใดอย่างหนึ่ง ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เช่น การมีนิ่ว มีโปรตีนหรือเม็ดเลือดในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตปกติหรือผิดปกติก็ได้ เป็นภาวะที่ไตทำหน้าที่เสื่อมลงไปเรื่อยๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้ไตฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้ อาการจะค่อยเป็นไป จนทำให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายในที่สุด

กายวิภาคศาสตร์และพยาธิสรีรวิทยา

ไตเป็นอวัยวะคู่ อยู่นอกช่องท้องด้านหลังติดกับกระดูกสันหลัง รูปร่างคล้ายเมล็ดถั่ว ถูกห่อหุ้มด้วยกลุ่มเนื้อเยื่อไขมัน โดยมีน้ำหนักทั้งสองข้างรวมกันประมาณ 300 กรัม ขอบบนของไตขวาทับอยู่บนกระดูกซี่โครงซี่ที่ 11 ส่วนไตซ้ายอยู่สูงกว่าเล็กน้อย ขอบบนอยู่ประมาณกระดูกซี่โครงซี่ที่ 12 ขอบล่างอยู่ที่กระดูกเอวขึ้นที่ 3 วัดได้ $11.5 \times 7.5 \times 2.5$ เซนติเมตร ซึ่งการเสื่อมของไตและการถูกทำลายของหน่วยไต มีผลทำให้อัตราการกรองลดลง การขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณของครีตินินและยูเรียในโตรเจนสูงขึ้น มีผลทำให้ไตเสียความสามารถในการขับของเสียมากขึ้น ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกาย ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคพันธุกรรม การติดเชื้อ เป็นต้น เมื่ออัตราการกรองของเสียทำงานที่ 10 – 20 มลต่อนาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของยูเรียในร่างกายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

ระยะของโรคและอาการแสดง

ระยะที่ 1 ระยะที่เนื้อไตถูกทำลายแต่อัตราการกรองที่ไดยังปกติ โดยมีค่าเกิน 0 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย และมีค่า serum creatinine น้อยกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระยะนี้ยังไม่พบอาการผิดปกติ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตลดลง แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าโรคไตวายเรื้อรัง คืออัตราการกรองที่ไตมีค่าต่ำกว่า 90 แต่ไม่เกิน 60 มิลลิลิตรต่อนาที เริ่มพบความผิดปกติในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรัง มีอัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 60 จนถึง 30 มิลลิลิตรต่อนาที และมีค่า serum creatinine ประมาณ 1.2-2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อาจตรวจพบภาวะซีด หรือความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่โรคไตมีความรุนแรงมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 30 จนถึง 15 มิลลิลิตรต่อนาที และมีค่า serum creatinine ประมาณ 3-5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยจะมีอาการแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวม เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด หอบเหนื่อย สับสน ซึม ภาวะยูรีเมีย ต้องทำการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางเยื่อของห้องอย่างต่อเนือง หรือการปลูกถ่ายไต การรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

การรักษาแบบประคับประคอง เป็นการรักษาด้วยยาและการจัดการเกี่ยวกับอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานที่ของไตที่เหลืออยู่หรือการรักษาอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนการช่วยเหลือให้สุขสบาย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรัง

1. รักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรค
2. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสีย เช่น การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา
3. ชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วของไต เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย ป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน ค้นหาสาเหตุแลแก้ไข เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นต้น
การบำบัดทดแทนไต

การบำบัดทดแทนไต คือการกำจัดของเสียและน้ำทดแทนไตที่ไม่ทำงาน แบ่งได้ 3 อย่างคือ การรพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง และการปลูกถ่ายไต ทั้งนี้แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งมี 3 วิธี ดังนี้

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นการกำจัดของเสียและน้ำออกจากเลือด โดยเลือดออกทางเส้นเลือดดำผ่านตัวกรองที่กรองของเสียและน้ำ ด้วยกลไกการแพร่ออกจากเลือด เมื่อเลือดผ่านตัวกรองจะกลายเป็นเลือดดีกลับสู่ร่างกาย โดยกระบวนการนี้ควบคุมด้วยเครื่องไตเทียม ใช้ระยะเวลาฟอกเลือด 4 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตต่ำ ตะคริว การเกิดภาวะใช้ระหว่างฟอกเลือด ภาวะคัน เป็นต้น

2. การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) เป็นการกำจัดของเสียและน้ำผ่านทางหน้าท้อง โดยใส่น้ำยาผ่านสายยางเข้าไปในช่องท้อง ซึ่งสายนี้ต้องผ่าตัดฝังเข้าไปในช่องท้อง วิธีการคือใส่น้ำยาเข้าไปทางสายเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วปล่อยออก วิธีนี้สามารถทำที่บ้านหรือที่ทำงานได้ โดยต้องทำทุกวัน ผู้ป่วยสามารถเลือกเวลาทำด้วยตัวเองได้ สิ่งสำคัญคือ ญาติและผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการทำให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปัจจุบันมีการใช้เครื่องโดยไม่ต้องมีการเปลี่ยนน้ำยาเอง มักทำในเวลากลางคืน เรียกว่าเครื่อง automate Peritoneal dialysis

3. การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) โดยการใช้ไตจากผู้บริจาค ซึ่งต้องเป็นไตที่สามารถเข้ากันได้ ถือเป็น การรักษาที่ดีที่สุด เนื่องจากไตเมื่อทำหน้าที่ได้แล้วจะทำหน้าที่ทดแทนไตเดิมได้โดยสมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวกว่าการบำบัดวิธีอื่น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานผู้ป่วยนอก มีส่วนร่วมในการให้การดูแลคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากข้อมูลทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ครอบคลุมนั้น ต้องอาศัยกระบวนการหลักและปัจจัยต่าง ๆ หลายอย่างเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เลือกรีวิวการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตัวเองได้ โดยผู้ศึกษาได้นำข้อมูลแบบแผนสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 Aspects of Care มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่

1. Assessment คือ การประเมินผู้ป่วยเพื่อการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อสอดคล้องกับการรักษา
2. Symptom distress management คือ การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น ความปวด
3. Safety คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และมีอุปกรณ์เพียงพอต่อการใช้งาน
4. Disease specific clinical risk คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค
5. Continuing of care คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐาน
6. Empowerment คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้
7. Satisfaction คือ ความพึงพอใจ สัมพันธภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วย

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. การคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2
4. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
5. การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2
6. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
7. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
8. การพยาบาลและการรักษาโรคไตเรื้อรัง
9. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย
10. การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา หลังการตรวจรักษา
11. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจมากมาย จากการสำรวจสถิติผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่าจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เผยสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนกว่า 5 ล้านคน หรือเปรียบเทียบกับ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป กำลังป่วยด้วยโรคเบาหวานและมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 1 แสนคนต่อปี โดยจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 40 ที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วยขณะที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษามีเพียงร้อยละ 54.1 หรือเพียง 2.6 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา

ปัจจุบันในคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลดอนมดแดง มีผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รับการรักษาที่โรงพยาบาลดอนมดแดง ในปี 2564 จำนวน 34 ราย ปี 2565 จำนวน 36 ราย และปี 2566 จำนวน 43 ราย เนื่องจากโรคไตวายระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ในปัจจุบันการรักษาแบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ การปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดเรื่องผู้บริจาคไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นวิธีการรักษาที่นิยมมาก แต่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงและเครื่องมีไม่เพียงพอ การล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง เหมาะกับผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยและญาติจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนในการรักษา การปฏิบัติตัว ตลอดจนการปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากการให้การพยาบาล การให้คำแนะนำ ให้การปรึกษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยในการเลือกการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเอง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความรู้ สามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้ถูกต้อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเองได้

ขอบเขตและวิธีการศึกษา

กรณีศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลดอนมดแดง จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 Aspects of Care และข้อมูลแบบแผนสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล โดยครอบคลุมระยะก่อนการตรวจรักษา ขณะตรวจ หลังการตรวจรักษา การติดตามดูแลต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทวนทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา ทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจ ขณะตรวจ หลังการตรวจ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย จำนวน 2 ราย
3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง
5. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
6. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน
7. เผยแพร่ผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ผู้ป่วยหญิง	ผู้ป่วยชาย
อายุ	54 ปี	60 ปี
สถานภาพสมรส	หม้าย	สมรส
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
อาชีพ	ทำนา	ทำนา
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	ชั้น ป. 4	ชั้น ป. 4
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
วัน Admit	5 กรกฎาคม 2566	13 กรกฎาคม 2566
วัน D/C	12 กรกฎาคม 2566	15 กรกฎาคม 2566
รวมวันนอน	7 วัน	3 วัน
โรคประจำตัว	DM with HT with DLP with ESRD	DM with HT with DLP with ESRD

วิเคราะห์

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย ความแตกต่างที่พบ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนวันนอน
โรงพยาบาลและมีความเหมือนกันคือโรคร่วมและโรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล ศาสนา อาชีพ การศึกษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	บวมตามแขนขา นอนราบไม่ได้ เป็นมา 7 วัน	หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ขาบวม เป็นมา 2 ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	7 วันก่อนมาบวมที่ขา 2 ข้าง นอนราบไม่ได้ ไอแห้งๆ มีหอบเหนื่อยเป็นพักๆ ปัสสาวะออกดี วันนี้ขาบวมมากจึงมาโรงพยาบาล	3 วันก่อนมาหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ขาบวม ปัสสาวะออกน้อย 2 ชั่วโมงก่อนมา หายใจหอบมาก เวียนศีรษะ ไปรักษาคลินิก แนะนำให้มาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่เคยผ่าตัด ไม่แพ้อาหาร ไม่แพ้ยา	เคยผ่าตัดนิ้วที่กระเพาะปัสสาวะ ไม่การแพ้อาหาร แพ้ยา cloxacillin
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกครอบครัวสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อ	สมาชิกครอบครัวสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อ ภรรยาไม่มีโรคประจำตัว

วิเคราะห์

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย มีอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเหมือนกัน ได้แก่ บวมตามแขนและขา นอนราบไม่ได้ หายใจหอบเหนื่อย ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย

ความแตกต่างที่พบ ได้แก่ รายที่ 2 มีประวัติการแพ้ยาและเคยผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	S : “รับรู้ว่าจะต้องได้รับการฟอกไต”	S : “รับรู้ว่าจะต้องได้รับการฟอกไต”
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	S : “ซึ้อยาแก้ปวดกินเอง” S : “ ชอบกินนมงดน้ำ”	S : “ดื่มเหล้าต้องยาเสพติดละ 2 - 3 ครั้ง”
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	S : “ปัสสาวะไม่แสบขัด” S : “ ไม่มีอาการท้องผูก”	S : “ปัสสาวะไม่แสบขัด” S : “ไม่มีอาการท้องผูก”
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	S : “ทำกิจกรรมประจำวันได้เอง” S : “ไม่เคยออกกำลังกาย”	S : “อ่อนเพลีย ทำกิจกรรมได้น้อย” O : “ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง”
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	S : นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อย” S : “ไม่เคยใช้ยานอนหลับ” O : “หน้าตาอ่อนเพลีย”	S : “นอนราบไม่ได้ หายใจหอบ” S : “ไม่เคยใช้ยานอนหลับ” O : “หน้าตาอ่อนเพลีย”
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	O : “รับรู้วัน เวลา สถานที่” O : “การได้ยิน ได้กลิ่น รับรสปกติ”	O : “รับรู้วัน เวลา สถานที่” O : “การได้ยิน ได้กลิ่น รับรสปกติ”
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	S : “วิตกกังวลค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด” O : “สีหน้าวิตกกังวล”	S : “วิตกกังวลค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด” O : “สีหน้าวิตกกังวล”

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	S : “สัมพันธภาพในครอบครัวดี เป็นสมาชิกในครอบครัว” O : “มีบุตรมานอนเฝ้าและเพื่อนบ้านมาเยี่ยม”	S : “สัมพันธภาพในครอบครัวดี เป็นสมาชิกในครอบครัว” O : “มีบุตรมานอนเฝ้า”
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	S : “ประจำเดือนหมดได้ 4 ปีแล้ว”	S : “ไม่มีโรคต่อมลูกหมากโต”
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	S: “เมื่อมีปัญหาจะคุยกับลูก บางครั้งไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน” O : “2 Q ไม่มีภาวะเสี่ยง”	S : “เมื่อมีปัญหาจะคุยกับสามีและลูก บางครั้งไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน” O : “2 Q ไม่มีภาวะเสี่ยง”
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	S : “ไปวัดทำบุญทุกวันพระ” O : “ห้อยพระที่คอ”	S : “ไปวัดทำบุญเมื่อมีเทศกาลต่างๆ”

วิเคราะห์

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แบบแผนสุขภาพที่เหมือนกันคือ รับรู้ว่าต้องได้รับการฟอกไต มีโภชนาการที่ไม่เหมาะสม คือการซื้อยาแก้ปวดกินเอง การดื่มเหล้าตองยา มีการแบบแผนการขับถ่ายปกติ แบบแผนสติปัญญาการรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีการปรับตัวในการเผชิญความเครียดเหมือนกัน และมีความเชื่อความศรัทธาเหมือนกัน ความแตกต่างที่พบ ได้แก่ รายที่ 2 นอนหลับพักผ่อนไม่ค่อยได้ มีหายใจหอบเหนื่อยอ่อนเพลีย ต้องทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
สภาพทั่วไป	ผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง	ผู้ป่วยมาโดยรถนอน มีหายใจหอบ นอนราบไม่ได้
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 เซนติเมตร BMI 21.35	รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 74 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 23.43
สัญญาณชีพ	T 37.2 C PR 96 /min RR 20/min BP 205/95mmHg O2 sat RA 96%	T 37.2 C PR 106 /min RR 24 - 26/min BP 172/93mmHg O2 sat RA 90%
ผิวหนัง	ผิวหนังดำแดง capillary refill 2 sec	ผิวหนังดำแดง capillary refill 3 sec
ศีรษะ	ศีรษะสมมาตรกันสองข้าง ไม่พบรอยโรค ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีเทา	ศีรษะสมมาตรกันสองข้าง ไม่พบรอยโรค ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีเทา
ตา	ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อบุตาซีด ไม่มีอาการบวม การมองเห็นปกติ	ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อบุตาซีด ไม่มีอาการบวม การมองเห็นปกติ
หู	ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน	ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน
จมูก	จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน เยื่อบุจมูก ไม่อักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัด หลังออกจากจมูก ไตกลิ่นปกติ	จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน เยื่อบุจมูกไม่ อักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลัง ออกจากจมูก ไตกลิ่นปกติ
ปาก	ริมฝีปากไม่แห้ง	ริมฝีปากแห้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
คอ	รูปร่างลักษณะปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โต การกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คล้ำไม่พบก้อน	รูปร่างลักษณะปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โต การกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คล้ำไม่พบก้อน
ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก	หายใจหอบเล็กน้อย RR 20 - 22/min	หายใจหอบเหนื่อย RR 24 - 26/min
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียงmurmur เส้นเลือดคอไม่โป่งพอง	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียงmurmur เส้นเลือดดำคอไม่โป่งพอง
ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ	ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวา ระดับ 5 แขนขาข้างซ้ายระดับ 5 ไม่มีแขนขาอ่อนแรง	ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวา ระดับ 5 แขนขาข้างซ้ายระดับ 5 ไม่มีแขนขาอ่อนแรง
ระบบทางเดินอาหาร	คล้ำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง	คล้ำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดไม่เจ็บ มีแผลเป็นผ่าตัดนิวฤณน้ำดี
ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์	ใส่สายสวนปัสสาวะ	ใส่สายสวนปัสสาวะ
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รูปร่างตาขยายเท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประสาทรับความรู้สึกปกติ GCS : E4V5M6	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รูปร่างตาขยายเท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประสาทรับความรู้สึกปกติ GCS : E4V5M6
ระบบต่อมไร้ท่อ	ต่อมไร้ท่อไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ	ต่อมไร้ท่อไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

วิเคราะห์

จากตารางที่ 4 จากการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีสภาพร่างกายรูปร่างปกติ ร่างกายสมส่วน การทำงานของระบบต่างๆ ทำงานปกติ การตรวจร่างกายแรกเริ่มมีความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างกันคือ รายที่ 2 ต้องนอนบนรถนอน มีการหายใจหอบ อัตราการหายใจเร็วผิดปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำ ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจ complete blood count (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
Hemoglobin	11.5 - 17 %	Hb 7.4	ต่ำกว่าปกติ	Hb 7.6	ต่ำกว่าปกติ
Hematocrit	35 - 49 %	23	ต่ำกว่าปกติ	23	ต่ำกว่าปกติ
WBC	4,000 - 10,000 cell/mm	9,110	ปกติ	4,400	ปกติ
RBC	4.2 - 5.4 x10 ⁶ cell/mm ³	3.31	ต่ำกว่าปกติ	2.57	ต่ำกว่าปกติ
PLT. count	140,000 - 400,000 cell/mm	275,000	ปกติ	142,000	ปกติ
Neutrophil	40 - 75 %	69	ปกติ	68	ปกติ
Lymphocyte	20 - 45 %	24	ปกติ	15	ปกติ
Monocyte	0 - 5 %	3	ปกติ	4	ปกติ
Eosinophil	1 -6 %	4	ปกติ	12	ปกติ

วิเคราะห์

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะซีดเหมือนกัน ส่วนการตรวจอย่างอื่นผลอยู่ในระดับปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ 6 แสดงผลการตรวจ blood chemistry (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
Sodium (Na)	ค่าปกติ 136-145 mmol/L	139	ปกติ	136	ปกติ
Potassium (K)	ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L	5.33	สูงกว่าปกติ	5.35	สูงกว่าปกติ
Chloride (Cl)	ค่าปกติ 98-107 mmol/L	110.5	สูงกว่าปกติ	109.7	สูงกว่าปกติ
CO2	ค่าปกติ 22-29 mmol/L	20	ต่ำกว่าปกติ	17.1	ต่ำกว่าปกติ

วิเคราะห์

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีค่าเกลือแร่ในร่างสูงผิดปกติที่เหมือนกัน คือ Potassium และ Chloride และค่า CO2 ต่ำผิดปกติเหมือนกัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจค่าไต (Renal Function Test (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
BUN	7.8- 20.0 mg/dl	48.3	สูงกว่าปกติ	80.8	สูงกว่าปกติ
Creatinine	M 0.8 – 1.3 mg/dl , F 0.5 – 0.9 mg/dl	8.7	สูงกว่าปกติ	11.2	สูงกว่าปกติ
eGFR		13.2	CKD stage 5	4.39	CKD stage 5

วิเคราะห์

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีค่าไตสูงผิดปกติที่เหมือนกัน ค่า eGFR แสดงถึงภาวะไตวายระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจค่าไต (Renal Function Test (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
BUN	7.8- 20.0 mg/dl	48.3	สูงกว่าปกติ	80.8	สูงกว่าปกติ
Creatinine	M 0.8 – 1.3 mg/dl , F 0.5 – 0.9 mg/dl	8.7	สูงกว่าปกติ	11.2	สูงกว่าปกติ
eGFR		13.2	CKD stage 5	4.39	CKD stage 5

วิเคราะห์

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีค่าไตสูงผิดปกติที่เหมือนกัน ค่า eGFR แสดงถึงภาวะไตวายระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
<p>5 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBC ,electrolyte ,BUN, creatinine - EKG 12 lead - CXR - Furosemide 250 mg IV stat - DTX stat 288 mg% - RI 10 u stat - DTX 1 hr หลังให้ RI 269 mg% - Hydralazine 2 tab oral stat 11.20 น. - Retained foley's cath - Hydralazine 2 tab oral stat 12. 30 น. , BP ซ้ำ 1 hr = 208/96 mmHg - DTX preameal hs keep 80 -200 mg% - Kalimate 30 gm oral q 3 hr x 3 dose - Nicadipine 2 mg IV stat - Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr - ส่ง Electrolyte tomorrow - Keep O2 sat ≥ 95% - Keep BP ≤ 180/110 mmHg 	<p>5 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restrict fluid 900 ml/day - Low salt diet - Off Mixtard 32-0-24 u sc - Simvastatine 20mg 1x hs oral - Amlodipine 10 mg 1x1 oral OD - Sodamint 300 mg 1x2 oral pc - CACO3 1250 mg ½ x2 oral pc - FF 200 mg 1x2 oral pc - At 21.50 น. Hold ยา DM ทุกตัว <p>6 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - GPZ 1x2 oral pc <p>7 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atenolol 1x1 oral pc - Sodamint 300 mg 1x3 oral pc - CACO3 1250 mg 1 x2 oral pc - FF 200 mg 1x3 oral pc

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
<p>5 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - At 20.20น. DTX 51 mg% ให้ 50 % glucose 50 ml IV push - DTX 65 mg% หลังให้กลูโคส 1ชม. - At 21.50น. DTX 65 mg% ให้ 50 % glucose 50 ml IV push - DTX 61 mg% หลังให้กลูโคส 1ชม. - ให้ 50 % glucose 50 ml IV push - 5 %D/N/2 1000 ml IV drip 40 cc/hr - DTX พรงนี้เข้า 	
<p>6 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr - DTX preameal + hs keep 80 -300 mg% , DTX 11.00 น. = 193 mg% 	
<p>7 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr - DTX preameal + hs keep 80 -300 mg% - Electrolyte, BUN/Cr. พรงนี้ 	
<p>8 กค 66</p> <ul style="list-style-type: none"> - Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr DTX preameal + hs keep 80 -300 mg 	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา(ต่อ)

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
9 กค 66 <ul style="list-style-type: none">- Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr- DTX premeal + hs keep 80 -300 mg%	
10 กค 66 <ul style="list-style-type: none">- Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr- DTX premeal + hs keep 80 -300 mg%- If BP > 180/110 notify	
11 กค 66 <ul style="list-style-type: none">- Furosemide 1 gm IV drip in 24 hr- DTX premeal + hs keep 80 -300 mg%	
12 กค 66 <ul style="list-style-type: none">- D/C , F/U 2 wks- Refer OPD case CKD clinic ทำ RRT	
HM <ul style="list-style-type: none">- Simvastatine 20mg 1x hs oral- Amlodipine 10 mg 1x1 oral OD- Sodamint 300 mg 1x3 oral pc- CACO3 1250 mg 1 x2 oral pc- FF 200 mg 1x3 oral pc- Lasix 500 mg 1x2 oral pc- Folic 5 mg 1x1 oral pc	

3.แบบแสดงการสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 มิถุนายน 2566 ถึง 30 ตุลาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมาย

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือต่ออินซูลิน ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป และร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้ป่วยเป็นเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

อาการของโรคเบาหวาน

1. ปัสสาวะบ่อย เนื่องจากไตมีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ระดับหนึ่ง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าไตไม่สามารถดูดกลับน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมาในปัสสาวะซึ่งมีความเข้มข้นของปัสสาวะสูงจึงมีการดึงน้ำตาลออกมามากกว่าปกติ ทำให้ปัสสาวะบ่อย
2. การหายน้ำมาก พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอแห้ง เป็นผลมาจากการสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำ
3. หิวบ่อยและรับประทานจุ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายขาดพลังงานจึงมีการหิวบ่อยและรับประทานจุตามมา
4. น้ำหนักลด จากการที่ร่างกายขาดอินซูลินทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้อย่างปกติ ส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงานร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

1. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้
2. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน เช่นภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นต้น

การรักษาด้วยยา

การเริ่มรักษาผู้ป่วยเบาหวาน แพทย์พิจารณาเลือกใช้ยาจากชนิดของเบาหวาน ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยมีทั้งยากินและยาฉีด ยาที่ใช้รักษาเบาหวาน (Oral Antidiabetic drugs) ที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันมี 2 พวก คือ

1. Sulfonylurea, and Sulfapyrimidines
2. Biguanide ภาวะ Hypoglycemia จะเกิดขึ้นได้จากการใช้ Oral Hypoglycemic drugs

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ความหมาย

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของไตอย่างใดอย่างหนึ่ง ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เช่น การมีนิ่ว มีโปรตีนหรือเม็ดเลือดในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตปกติหรือผิดปกติก็ได้ เป็นภาวะที่ไตทำหน้าที่เสื่อมลงไปเรื่อยๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้ไตฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้ อาการจะค่อยเป็นไป จนทำให้เกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายในที่สุด

กายวิภาคศาสตร์และพยาธิสรีรวิทยา

ไตเป็นอวัยวะคู่ อยู่นอกช่องท้องด้านหลังติดกับกระดูกสันหลัง รูปร่างคล้ายเมล็ดถั่ว ถูกห่อหุ้มด้วยกลุ่มเนื้อเยื่อไขมัน โดยมีน้ำหนักทั้งสองข้างรวมกันประมาณ 300 กรัม ขอบบนของไตขวาทำอยู่บนกระดูกซี่โครงซี่ที่ 11 ส่วนไตซ้ายอยู่สูงกว่าเล็กน้อย ขอบบนอยู่ประมาณกระดูกซี่โครงซี่ที่ 12 ขอบล่างอยู่ที่กระดูกเอวชั้นที่ 3 วัดได้ 11.5 x 7.5 x 2.5 เซนติเมตร ซึ่งการเสื่อมของไตและการถูกทำลายของหน่วยไต มีผลให้อัตราการกรองลดลง การขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณของครีตินินและยูเรียในโตรเจนสูงขึ้น มีผลทำให้ไตเสียความสามารถในการขับของเสียมากขึ้น ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่จากร่างกาย ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคพันธุกรรม การติดเชื้อ เป็นต้น เมื่ออัตราการกรองของเสียทำงานที่ 10 – 20 มลต่อนาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของยูเรียในร่างกายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

ระยะของโรคและอาการแสดง

ระยะที่ 1 ระยะที่เนื้อไตถูกทำลายแต่อัตราการกรองที่ไตยังปกติ โดยมีค่าเกิน 0 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย และมีค่า serum creatinine น้อยกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระยะนี้ยังไม่พบอาการผิดปกติ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตลดลง แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าโรคไตวายเรื้อรัง คืออัตราการกรองที่ไตมีค่าต่ำกว่า 90 แต่ไม่เกิน 60 มิลลิตรต่อนาที เริ่มพบความผิดปกติในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรัง มีอัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 60 จนถึง 30 มิลลิตรต่อนาที และมีค่า serum creatinine ประมาณ 1.2-2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อาจตรวจพบภาวะซีด หรือความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่โรคไตมีความรุนแรงมากขึ้น มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 30 จนถึง 15 มิลลิตรต่อนาที และมีค่า serum creatinine ประมาณ 3-5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยจะมีอาการแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอัตราการกรองที่ไตต่ำกว่า 15 มิลลิตรต่อนาที ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวม เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด หอบเหนื่อย สับสน ชีพ ภาวะยูริเมีย ต้องทำการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางเยื่อบุของท้องอย่างต่อเนื่อง หรือการปลูกถ่ายไต การรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

การรักษาแบบประคับประคอง เป็นการรักษาด้วยยาและการจัดการเกี่ยวกับอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่หรือการรักษาอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนการช่วยเหลือให้สุขสบาย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มีภาวะวิกฤติหรือคุกคามที่ได้รับการส่งต่อ: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 11 กันยายน 2565-30 พฤศจิกายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ความรู้ทางวิชาการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (ST Segment Elevation Myocardial Infarction - STEMI) หมายถึงภาวะที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายเฉียบพลันที่มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด ST segment elevation เป็นภาวะที่มีความสำคัญมากเนื่องจากพบบ่อยและมีอัตราการตายสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาที่

สาเหตุ ภาวะ STEMI เกิดจากการที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง สาเหตุส่งเสริมที่ทำให้ภาวะหลอดเลือดตีบแข็งเกิดเร็วขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่หรือความเครียด การขาดการออกกำลังกาย โรคอ้วน อายุ และเพศ ประวัติในครอบครัว

พยาธิสรีรวิทยา เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary atherosclerosis) เริ่มจากการอักเสบของเซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด (Endothelium cell) เซลล์ที่เรียกว่า หรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะ STEMI ประมาณ ร้อยละ 95 มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจแบบเฉียบพลันจะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านไป

อาการและอาการแสดง ภาวะ STEMI ประมาณร้อยละ 95 เกิดจากการที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลันทำให้ขัดขวางการไหลเวียนของเลือด และการส่งออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ จึงเกิดอาการดังต่อไปนี้

1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิด Angina pectoris โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการแน่นอึดอัดรู้สึกหายใจไม่ออก เจ็บร้าวไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านในร้าวขึ้นกรามหรือลำคอได้
2. อาการคลื่นไส้อาเจียน
3. อาการเหงื่อแตกตัวเย็น
4. อาการไข้ อาจจะมีไข้ 38-39 องศาเซลเซียส
5. อาการทางหัวใจและหลอดเลือด
6. อาการอื่น ๆ ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการเป็นลมหมดสติ มาด้วยหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนอาการเจ็บหน้าอกอาจไม่เป็นแบบที่กล่าวมาข้างต้นก็ได้ เรียกว่า Atypical chest pain อาจเจ็บบริเวณลิ้นปี่ เหมือนท้องอืดท้องเฟ้อ คลื่นไส้อาเจียน อาการของ STEMI มักจะไม่ใช้ลักษณะเจ็บแปล็บ ๆ ผู้ป่วยไม่สามารถชี้ได้ว่าเจ็บที่จุดใดจุดหนึ่ง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

การวินิจฉัย การวินิจฉัยโรค STEMI ส่วนใหญ่อาศัยประวัติเจ็บหน้าอกชนิด Angina pectoris ร่วมกับการตรวจดังต่อไปนี้

1. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะช่วยในการวินิจฉัย STEMI ได้เนื่องจากตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพจะเป็นฉนวนกันไม่ให้กระแสไฟฟ้าผ่านจึงสามารถดูได้จากกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ โดยข้อกำหนดลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก European society of cardiology American College of Cardiology และ American Heart Association มีดังนี้ ST segment elevation อย่างน้อย 1 มิลลิเมตรใน lead avL- 1L- avR, V4-V6, ST segment elevation อย่างน้อย 2 มิลลิเมตรใน lead V1-V3, New left bundle branch block (LBBB)

2. การตรวจเลือดเพื่อตรวจระดับ Cardiac enzymes

3. ภาพรังสีทรวงอก

4. การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ

การรักษา เป้าหมายการรักษา คือ การจำกัดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดเฉียบพลันไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายขยายเป็นวงกว้างและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย การรักษาโดยทั่วไปมีดังนี้

1. การรักษาเบื้องต้น ประกอบด้วย การให้ยาต้านเกล็ดเลือด การให้ออกซิเจน การให้ยา NTG ลดอาการเจ็บหน้าอก โดยให้ยาแก้ปวด Morphine การให้ยา Beta-blocker

2. การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจควรเปิดหลอดเลือดที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากมีอาการเจ็บแน่นอกหรืออย่างช้าไม่เกิน 12 ชั่วโมง การรักษามุ่งที่การละลายลิ่มเลือดที่อุดตันออกโดยพิจารณาการรักษา 2 วิธีได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการถ่างขยายหลอดเลือดฉุกเฉิน (Primary percutaneous coronary intervention : PCI)

3. การรักษาด้วย การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

4. การรักษาด้วยยาต่างๆ ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีดังนี้ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการช็อกจากหัวใจ ภาวะหัวใจห้องล่างแตก ภาวะหัวใจล้มเหลวและปอดบวม น้ำฝนของหัวใจห้องล่างโป่งพอง มีรูทะลุระหว่างห้องหัวใจ ลิ้นหัวใจไม่ตรัสรั่ว กลุ่มอาการหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยมีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หรือมีภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบร่วมด้วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการ
รักษาในโรงพยาบาล การพยาบาลขณะอยู่ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีดังนี้

1. ประเมินด้านร่างกาย เช่น ใช้มือกุมหน้าอก คิ้วขมวด (Levine's sign) อาการไม่สุขสบายต่างๆ
คลื่นไส้อาเจียน รูปร่างลักษณะน้ำหนักเกิน
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพรวมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อเนื่อง
3. ซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ อาการเจ็บหน้าอก ประวัติการรักษา หรือเอกสารส่งตัว บันทึก ลักษณะ
ของการเจ็บหน้าอก ระยะเวลา บริเวณที่เจ็บและประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้ Pain score
4. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 Lead รายงานแพทย์ทันที
5. ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 2-4 ลิตรต่อนาที ถ้าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้ว
ต่ำกว่าร้อยละ 95 และจัดทำนอน Absolute bed rest ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง
6. เปิดเส้นเลือดดำและส่งเลือดตรวจ Cardiac enzyme ได้แก่ CPK และ Troponin-T
7. ให้ยาตามการรักษาของแพทย์และระวังภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ASA gr.5 , Isordil , Clopidogrel
8. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก
9. เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือฉุกเฉินพร้อมใช้
10. กรณีที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน
11. ประสานงานกับรถและทีมส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง ส่งต่อข้อมูลอาการ
และการดูแลรักษาที่ได้รับ
12. จัดเจ้าหน้าที่นำส่งผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพก่อนและหลังการเคลื่อนย้าย ยกกรวกันเตียงขึ้นขณะ
เคลื่อนย้าย ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3.ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

3.2 ความชำนาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. มีความชำนาญในการบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้านโครงการและแผนปฏิบัติการ ด้านแนวทางการรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรค
2. ความชำนาญในด้านการบริหาร บริการ วิชาการ การประสานงานในหน่วยบริการทางการแพทย์ เช่น งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อและกลุ่มงานการพยาบาล
3. ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis/Septic shock) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)
4. มีความชำนาญในการจัดการผลลัพธ์ทางการแพทย์ การประกันคุณภาพการพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับเขตและประเทศ

3.3 ความเชี่ยวชาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ความเชี่ยวชาญด้านการบริหารโครงการ การวิเคราะห์ปัญหา การปฏิบัติงาน การวางแผนแก้ไขปัญหา แผนงานโครงการ เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการปฏิบัติงานพยาบาลและที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน รวมถึงการหาแหล่งทุนสนับสนุนโครงการและแผนงาน
2. ความเชี่ยวชาญด้านการประสานงาน ในการชี้แจงให้รายละเอียดข้อมูล ข้อคิดเห็น คำแนะนำ แนวทางปฏิบัติข้อเท็จจริงที่มีรายละเอียดยากและยากมาก และมีความหลากหลายของบุคคล และสถานการณ์แวดล้อมที่แตกต่างกัน เพื่อสื่อสารความเข้าใจและสร้างความร่วมมือให้กับผู้ปฏิบัติ ทีมสหวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก
3. ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความเชี่ยวชาญในการพัฒนาระบบบริการด้วย Service plan โดยใช้เครื่องมือตามหลักของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางของ The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) โดยประกอบด้วย นโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ขอบข่าย คำจำกัดความ แบบประเมินการให้คะแนนอาการเตือนโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด Chest pain Check list การประเมินและพิจารณาผู้ป่วยก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยาละลายลิ้มเลือด Streptokinase การประเมินและดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่มีภาวะช็อค การประเมินและดูแลผู้ป่วยวิกฤติขณะส่งต่อปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

3.4 ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ประสบการณ์ในการวางแผนและร่วมวางแผนในด้านการบริหารจัดการ การปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพของงานที่ยากมาก โดยต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญที่สูงมากในการแก้ปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เพื่อวิเคราะห์ ตัดสินใจกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา และพัฒนาเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ผลสัมฤทธิ์ของงานตามที่กำหนด เช่น ประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการ พยาบาลตามมาตรฐาน NQA

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

3.4 ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ประสบการณ์การพัฒนาคณาการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสบการณ์การประกันคุณภาพการพยาบาลในหน่วยบริการพยาบาล

2. ประสบการณ์ในการนิเทศทางการพยาบาลและร่วมการนิเทศทางการพยาบาล รวมถึงการตรวจสอบกำกับ ติดตาม ประเมินผล การพัฒนาคณาการพยาบาลในระดับกลุ่มงานและหน่วยงานทางการพยาบาล

3. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้วยจรรยาบรรณวิชาชีพแห่งตน เจตคติในด้านคุณธรรม จริยธรรม จิตอาสาในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ จิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสังคม

3.5 ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.5.1 ทฤษฎีการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS ทฤษฎีการประเมิน Assessment Frame และแนวคิดเกี่ยวกับแบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS โดย Dr.June C. Abbey (Holloway, 1979) ประกอบด้วย 6 ด้าน ที่กล่าวถึงการประเมิน Assessment Frame เพราะเป็นกระบวนการประเมินผู้ป่วยระยะเร่งด่วนและเร็วที่สุด ตามลำดับดังนี้

1. Prearrival เป็นการประเมินภาพรวมของผู้ป่วยมองเห็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. Admission Quick Check ประเมินเร่งด่วนเพื่อดูหน้าที่ของการหายใจและหัวใจว่ามี การหายใจและการกำซาบออกซิเจนเข้าสู่อวัยวะที่สำคัญของร่างกาย

3. Comprehensive Admission Assessment เป็นการประเมินเชิงลึกถึงประวัติการ รักษาในอดีต ประวัติทางสังคม และการตรวจร่างกายทุกระบบ ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้สอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยได้ทันที

4. Ongoing Assessment เป็นการประเมินต่อเนื่องตามความต้องการที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาเฉพาะตัวของผู้ป่วย การรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ

3.5.2 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ซึ่งแต่ละแบบแผนคือ พฤติกรรมของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพบุคคลที่จะทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้

3.5.3 การ Triage ผู้ป่วยที่ ER โดยใช้ MOPH triage

3.5.4 การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-method

ซึ่งการนำกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลนั้น พยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาล(Nursing process) ในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยนำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (ST-segment elevation myocardial infarction: STEMI) เป็นภาวะที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด โดยแยกจาก ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือ ECG (Electro cardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI) และ Unstable angina ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอก หรือหน้ามืดเป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิตของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 5-10 โดยจากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2563 พบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน อีกทั้งข้อมูลจากกรมการแพทย์ ปี 2562 พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตัน หายอุดตันโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นการรักษาที่มีประโยชน์ สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan เขตสุขภาพที่ 10 สาขาโรคหัวใจโดยมีเป้าหมายลดอัตราการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โดยใช้ระบบช่องทางด่วน (STEMI Fast Track) ไปยังศูนย์เฉพาะทางหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลดอนมดแดงสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการวินิจฉัย (diagnosis to needle time) ภายใน 30 นาที ถ้ามีข้อบ่งชี้ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของจังหวัดที่จัดทำขึ้น จากสถิติของผู้รับบริการของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า มีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับการรักษา ปี 2562 - 2565 จำนวน 5,3,3 และ 4 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มีแผนการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางหัวใจมีข้อบ่งชี้และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดตามแพทย์เฉพาะทางจำนวน 1 ราย, 1 ราย, 0 ราย และ 1 ราย ซึ่งสามารถให้ยาได้ทันตามเวลาตามข้อบ่งชี้ คิดเป็นร้อยละ 100, 100, 0 และ 100 และได้รับการส่งต่อในระบบทางด่วนพิเศษ (STEMI Fast track) ไปที่ศูนย์เฉพาะทางหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 5 ราย, 3 ราย, 3 ราย และ 4 ราย พยาบาลเป็นคนแรกที่ต้องได้พบผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญมากเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การวางแผนการดูแลในโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์สรีระวิทยาของหัวใจ พยาธิกำเนิดของโรค การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง ตลอดจนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การประเมินคัดกรองอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตั้งแต่แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดูแลให้ได้รับ วินิจฉัย การรักษาอย่างทันที่ การบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการประสานงานและให้การพยาบาลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎีพยาธิสภาพโรคเลือดหัวใจตายเฉียบพลันรายกรณีศึกษา
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดหัวใจตายเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน 2 รายกรณีโดยใช้กรอบแนวคิดFANCAS การคัดแยกสถานะความเจ็บป่วย(Triage) ร่วมกับแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนเป้าหมายและกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล ที่ถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และไม่เสียชีวิต

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเลือดหัวใจตายเฉียบพลัน 2 รายกรณีที่เข้ารับบริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลดอนมดแดง

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนมดแดง โดยการประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Triage) ใช้กรอบแนวคิดFANCAS ร่วมกับแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ตัดสินใจให้การพยาบาล ใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ช่วยชีวิตเร่งด่วน เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจคุกคามถึงชีวิต รวมถึงการดูแลระหว่างส่งต่อ การติดตามต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ทำการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 11 กันยายน 2565 ถึง วันที่ 12 กันยายน 2565

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 19 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 19 มีนาคม 2566

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ โดยเขียนในรูปแบบ Gant Chart ดังนี้

กิจกรรม	พ.ค.66	มิ.ย.66	ก.ค.66	ส.ค.66	ก.ย.66	ต.ค.66
1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย	/					
2. เลือกเรื่อง/ผู้ป่วยเพื่อศึกษา	/					
3. ขออนุมัติหัวหน้างาน/หัวหน้า พยาบาล/ผู้อำนวยการ รพ. เข้าถึงข้อมูล ผู้ป่วย	/					
4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง		/				
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาล			/			
6. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของ กระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่ เกี่ยวข้อง				/		
7. สรุปผลการศึกษา				/		
8. เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็น รูปเล่ม					/	
9. เผยแพร่ผลงาน						/

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 22.31 น. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลดอนมดแดง ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ด้วยอาการ 6 ชั่วโมง (Onset 16.30 นาฬิกา วันที่ 11 กันยายน 2565) ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บตรงกลาง มีเหงื่อแตกตัวเย็น ราวไปที่สะบักซ้าย แขนซ้าย มีอาการขณะกำลังนอนพัก ระดับความปวด (Pain score) 10/10 คะแนน จึงทำการกึ่งส่วนตัวและนอนพักสังเกตอาการตนเอง จนถึงเวลา 22.15 น.อาการยังไม่ทุเลา จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล มาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่องดี หายใจสม่ำเสมอมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกระดับความปวด (Pain score) 10/10 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 168/113 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ น้ำหนัก 74 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 25.6 kg/m² ได้รับการคัดกรองและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมอ่านค่าและแปลผลเบื้องต้นพบ ST elevation I, aVL, V4, V5, V6 ST depress III, aVF รายงานแพทย์ทราบทันทีพร้อมประเมินความเสี่ยง แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบคลื่น ST ยก (Anterior wall ST Elevation Myocardial Infarction) เข้าสู่ระบบ Fast track ปรึกษาแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ส่งภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมประวัติคัดกรอง Chest pain check list ทางไลน์พร้อมโทรศัพท์แจ้งประวัติและอาการ และอาการสำคัญ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase แพทย์เฉพาะทางวางแผนการรักษาการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นโดยการให้ยา ASA 300 mg เคี้ยวแล้วกลืน Clopidogrel 4 tab รับประทานทางปาก Isosorbide dinitrate tablet 5 mg อมใต้ลิ้น เปิดเส้นเลือดเพื่อเตรียมให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, Coagulogram, BUN, Creatinine, Electrolyte ประเมินข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือดพร้อมให้ข้อมูลผู้ป่วยละญาติ เตรียมและดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด Streptokinase เฝ้าระวังสังเกตอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 5 นาที ขณะให้ยาในนาที่ที่ 25 ผู้ป่วย มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีอาการไอ ผื่นคันขึ้นตามใบหน้า ร่างกายหน้าบวม หายใจมีเสียงหวีด อาการเจ็บหน้าอกเท่าเดิม Pain score 10/10 คะแนน สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิต 159/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วย หยุดให้ยาพร้อมรายงานแพทย์ทันทีและแพทย์ได้ปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้หยุดการให้ยาและสั่งการรักษาแก้ไขภาวะแพ้ เป็น Dexamethasone 5 mg และยา Chlorpheniramine 10 mg ทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาอาการแน่นหน้าอก ผื่นคันลดลงสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 145/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ เตรียมการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อเปิดเส้นเลือดด้วยวิธี Primary PCI เตรียมกล่องยาฉุกเฉินและประสานส่งต่ออาการ เตรียมเจ้าหน้าที่พยาบาลส่งต่อด้วยรถพยาบาล Mobile ICU นำส่งผู้ป่วยด้วยระบบ FAST TRACT STEMI เวลา 00.40 นาฬิกา (วันที่ 12 กันยายน 2565) ขณะนำส่งดูแลมอนิเตอร์คลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยวัดสัญญาณชีพทุก 10 นาทีและประเมินระดับความรู้สึกตัว

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กรณีศึกษาที่ 1 (ต่อ) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100-120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90-150/100 มิลลิเมตรปรอท ค่า O2 ปลายนิ้ว 98-99% ประเมินอาการและความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS: E4V5M6 ถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา 01.10 น. นำส่งผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหัวใจ รายงานอาการของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการนำส่งผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหัวใจและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รับทราบและดูแลต่อเนื่อง รวมระยะเวลาการดูแลในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง 2 ชั่วโมง 39 นาที ผลการติดตามการดูแลต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น ได้รับการรักษาโดยการทำ Primary Percutaneous Cardiac Intervention to right coronary artery 2 เส้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีนัดเปิดเส้นเลือดหัวใจเพิ่ม ช่วงเดือนมกราคม 2566

ระหว่างรับไว้ใน การดูแลผู้ป่วยพบวินิจัยทางการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้คือ

1. ระยะวิกฤตฉุกเฉินงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.1 เสี่ยงต่อการหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากหัวใจไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้เพียงพอ

1.2 เสี่ยงต่อปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการอุดตันสมบูรณ์ที่หลอดเลือดหัวใจ

1.3 ไม่สบายเนื่องจากเจ็บหน้าอกจากการอุดตันสมบูรณ์ที่หลอดเลือดหัวใจ

1.4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด

1.5 มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด streptokinase แพ้ยาแบบรุนแรง

2. ระยะส่งต่อไปรักษาต่อที่ห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

2.1 เสี่ยงต่ออาการทรุดลงระหว่างส่งต่อเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. การติดตามดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

2.2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ และภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2566 เวลา 12.30 น. ผู้ป่วยชายไทยวัย 62 ปี HN 51164 มาโรงพยาบาลตอมตแดงที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ด้วยอาการ 1 ชั่วโมง (Onset 11.30 นาฬิกา วันที่ 19 มีนาคม 2566) ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการมาด้วยอาการ หายใจหอบเหนื่อย ไอ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หายใจไม่อิ่ม มีโรคประจำตัวคือเส้นเลือดหัวใจตีบ ใส่บอลลูน ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ ปี 2563 (LAD,LCX) ความดันโลหิตสูงและ CKD stage 3 ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทานยาตลอด ต้มเครื่องต้มชูกำลังนานๆครั้ง ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการดื่มสุรา/ สูบบุหรี่ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 74/52 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ คะแนนความปวด Pain score 5/10 คะแนน น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร BMI 18.6 kg/m² ได้รับการคัดกรองและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีพร้อมอ่านค่าแปลผลเบื้องต้น พบ ST elevate ที่ II,III, aVF, ST-depress V2-V6 ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางดูแลผู้ป่วย STEMI รายงานแพทย์ทราบทันที แพทย์อ่านค่าแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบคลื่น ST ยก (Inferior wall ST-elevation Myocardial Infarction e RV infarction) ส่งผลค่าตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและอาการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางศูนย์หัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พยาบาลเตรียมพร้อมช่วยแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยเพื่อแก้ไขภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องและการกำซาบของเนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลายลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ได้รับการแก้ไขโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด 7.5 มิลลิเมตร ลึก 21 เซนติเมตร หลังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 74/48 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีภาวะช็อก (cardiogenic shock)จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รีบทำการแก้ไขภาวะวิกฤตคุกคามผู้ป่วยโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1000 ml IV drip load 1,000 ml ที่แขนซ้าย หลังให้สารน้ำครบ ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 72/48 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 94 เปอร์เซ็นต์ คะแนนความปวด Pain score 5/10 คะแนน Lung : fine Crepitation เพิ่มการรักษาโดยให้ยากระตุ้นความดันโลหิตเป็นยา Dopamine 250 mg ใน 5%DW 250 ml IV drip rate 10 cc/hrs. ที่แขนขวา และให้สารน้ำต่อในอัตรา 80 ซีซีต่อชั่วโมง ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ : CBC , Coagulogram ,BUN ,Creatinine ,Electrolyte, DTX ประเมินการทำงานของไตโดยการใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายไว้ ปัสสาวะออก 200 มิลลิลิตร แพทย์เฉพาะทางวางแผนทำการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการสวนหัวใจ Primary PCI แบบเร่งด่วน ประสานการส่งต่อและนำส่งข้อมูลให้กับโรงพยาบาลศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เตรียมรถพยาบาลชั้นสูง พร้อมยา และอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต เตรียมกล่องยาฉุกเฉินและประสานส่งต่ออาการ เตรียมเจ้าหน้าที่พยาบาลส่งต่อด้วยรถพยาบาล Mobile ICU นำส่งผู้ป่วยด้วยระบบ FAST TRACT STEMI เวลา 13.20 นาฬิกา ขณะนำส่งดูแลมอนิเตอร์คลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยวัดสัญญาณชีพทุก 10 นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0-37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-80 ครั้งต่อนาที หายใจผ่านใส่ท่อช่วยหายใจ ความดันโลหิต 100/60-120/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 98-99 เปอร์เซ็นต์ ประเมินอาการและความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กรณีศึกษาที่ 2 (ต่อ) ทำตามคำบอกได้ GCS: E4VTM6 ถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา 14.00 น. นำส่งผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหัวใจ รายงานอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการนำส่งผู้ป่วย และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รับทราบและดูแลต่อเนื่อง รวมระยะเวลาการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง 2 ชั่วโมง ผลการติดตามการดูแลต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการทำการ Primary Percutaneous Cardiac Intervention to right coronary artery ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะส่งต่อ ไปรักษาที่ห้องสวนหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และการติดตามเยี่ยมอาการ

1. ระยะวิกฤตฉุกเฉินงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล :

1.1 การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องและการกำซาบของเนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลายลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง

1.2 มีภาวะช็อก (cardiogenic shock) จากเนื่องจากปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลงจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการอุดตันสมบูรณ์ที่หลอดเลือดหัวใจ

1.3 เสี่ยงต่อการหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากหัวใจไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้เพียงพอ

1.4 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บหน้าอกจากการอุดตันสมบูรณ์ที่หลอดเลือดหัวใจ

2. ระยะส่งต่อไปรักษาต่อที่ห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

2.1 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างส่งต่อเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ

3. การติดตามประเมินต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3.1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ และภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บ น่นหน้าอก เจ็บตรงกลาง มีเหงื่อแตกตัวเย็น ร้าวไปที่สะบักซ้าย แขนซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง	หายใจหอบเหนื่อย ไอ จุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ หายใจไม่อิ่ม เป็นมา 1 ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	6 ชม.ก่อนมาขณะนั่งพัก มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บตรงกลาง มีเหงื่อแตกตัวเย็น ร้าวไปที่สะบักซ้าย แขนซ้าย คิดว่าเป็นอาการปวดที่เกิดจากการทำงาน จึงอาบน้ำแล้วนอนพักสังเกตอาการ จะเข้านอนแต่อาการเจ็บแน่นไม่ทุเลา รู้สึกว่าจะเจ็บมากขึ้น จึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล	1 ชม.ก่อนมา มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไอ จุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ หายใจไม่อิ่ม ไม่มีคลื่นไส้ ไม่บวม ปัสสาวะออกดี ขับถ่ายปกติ pain score 5 ญาตินำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ LAD ,LCX ใสบอลลูน ,CKD stage 3 กังวลใจว่าอาการป่วยครั้งนี้รุนแรงจึงรีบเข้ารับการรักษา
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มีโรคประจำตัว เคยผ่าตัดจากประสบอุบัติเหตุ เมื่อปี 2538	โรคประจำตัว คือ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ LAD ,LCX ใสบอลลูน ,CKD stage 3 รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว คนในครอบครัวสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี	ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว คนในครอบครัวสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
สภาพทั่วไป	11 กันยายน 2566 22.31 น. เข้ารับบริการด้วยรถยนต์ส่วนตัว เดินมาเอง ผู้ป่วยชายไทยวัยกลางคน ผิวสีดําแดง รูปร่างออกท้วม เสื้อผ้าและการแต่งกายสะอาดเหมาะสม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล	19 มีนาคม 2566 12.00 น. เข้ารับบริการด้วยรถยนต์ส่วนตัว มาด้วยรถเปลนอน ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ กลางคน ผิวสีดําแดง รูปร่างผอม เสื้อผ้าและการแต่งกายสะอาดเหมาะสม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก 74 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 25.6 kg/m ²	น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร BMI 18.6 kg/m ²
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 66 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168/113 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 74/52 มิลลิเมตรปรอท
ความสมบูรณ์ของออกซิเจน	98 เปอร์เซ็นต์	99 เปอร์เซ็นต์
ผิวหนังและเล็บ	ผิวสีดําแดง capillary refill 2 sec	ผิวสีดําแดง capillary refill 2 sec
ศีรษะ	บริเวณศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีดํา	บริเวณศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีดํา
ตา	ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่เหลือง ไม่มีอาการบวม รูม่านตาขยายเท่ากัน 2 มิลลิเมตร มีการตอบสนองต่อแสงของตาสองข้างดี การมองเห็นปกติ	ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่เหลือง ไม่มีอาการบวม รูม่านตาขยายเท่ากัน 2 มิลลิเมตร มีการตอบสนองต่อแสงของตาสองข้างดี การมองเห็นปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (ต่อ)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้ (ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
หู	ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน	ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน
จมูก	จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ผนังกันช่องจมูกไม่คดโค้ง เยื่อจมูกไม่มีการอักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ	จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ผนังกันช่องจมูกไม่คดโค้ง เยื่อจมูกไม่มีการอักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ
ปาก	ปากและฟันปกติดี ทานอาหารได้ดี	ปากและฟันปกติดี ทานอาหารได้ดี
คอ	รูปร่างลักษณะปกติ หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมไทรอยด์ไม่โต มีการเคลื่อนไหวในการกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คลำไม่พบก้อน	รูปร่างลักษณะปกติ หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมไทรอยด์ไม่โต มีการเคลื่อนไหวในการกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คลำไม่พบก้อน
ระบบทางเดินหายใจ และทรวงอก	ทรวงอกไม่เบี้ยว การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียง clear both lung ไม่มีหน้าอกบวม	ทรวงอกไม่เบี้ยว การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที หายใจหอบเหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียง clear both lung ไม่มีหน้าอกบวม
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur ชีพจรเต้น 66 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 168/113 มิลลิเมตรปรอท เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง	หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur ชีพจรเต้น 64 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 74/52 มิลลิเมตรปรอท เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (ต่อ)

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้ (ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ	ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวา ระดับ 5 แขนขาข้างซ้าย ระดับ 5	ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวา ระดับ 5 แขนขาข้างซ้าย ระดับ 5
ระบบทางเดินอาหาร	คลำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดเจ็บ ไม่มีรอยแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง	คลำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดเจ็บ ไม่มีรอยแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง
ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์	ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส	ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส
ระบบประสาท	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS E4V5M6 รูปร่างตาขยาย เท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ทำทางและการเคลื่อนไหวไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประสาทรับความรู้สึกปกติ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS E4V5M6 รูปร่างตาขยาย เท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ทำทางและการเคลื่อนไหวไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประสาทรับความรู้สึกปกติ
ระบบต่อมไร้ท่อ	ต่อมไร้ท่อไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ	ต่อมไร้ท่อไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ
ประเมินสภาพจิตใจ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี	ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจ complete blood count (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
Hemoglobin	ค่าปกติ 12-16%	15.7%	ค่าปกติ	15.8%	ค่าปกติ
Hematocrit	ค่าปกติ 35-49%	45%	ค่าปกติ	47%	ค่าปกติ
WBC	ค่าปกติ 5,000-10,000 cell/mm	6,870 cell/mm	ค่าปกติ	12,420 cell/mm	ค่าปกติ
PLT count	ค่าปกติ 150,000-400,000 cell/mm	277,000 cell/mm	ค่าปกติ	226,000 cell/mm	ค่าปกติ
Neutrophil	ค่าปกติ 55-75%	39%	ต่ำกว่าปกติ	48%	ต่ำกว่าปกติ
Lymphocyte	ค่าปกติ 25-35%	49%	สูงกว่าปกติ	39%	สูงกว่าปกติ
Monocyte	ค่าปกติ 2-10%	8%	ค่าปกติ	2%	ค่าปกติ
Eosinophil	ค่าปกติ 1-3%	4%	ค่าปกติ	10%	สูงกว่าปกติ
Hemoglobin	ค่าปกติ 12-16%	15.7%	ค่าปกติ	15.8%	ค่าปกติ
Hematocrit	ค่าปกติ 35-49%	45%	ค่าปกติ	47%	ค่าปกติ
WBC	ค่าปกติ 5,000-10,000 cell/mm	6,870 cell/mm	ค่าปกติ	12,420 cell/mm	สูงกว่าปกติ
PLT count	ค่าปกติ 150,000-400,000 cell/mm	277,000 cell/mm	ค่าปกติ	226,000 cell/mm	ค่าปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ

ตารางที่ 6 แสดงผลการตรวจ blood chemistry (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วย นับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
Sodium	ค่าปกติ 135-145 mmol/L	137.3 mmol/L	ค่าปกติ	137.8 mmol/L	ค่าปกติ
Potassium	ค่าปกติ 3.5-5.3 mmol/L	4.09 mmol/L	ค่าปกติ	3.12 mmol/L	ค่าปกติ
Chloride	ค่าปกติ 95-105 mmol/L	105.6 mmol/L	ค่าปกติ	102.7 mmol/L	ค่าปกติ
CO2	ค่าปกติ 21-34 mmol/L	22.0 mmol/L	ค่าปกติ	25.4 mmol/L	ค่าปกติ
Troponin-T	ค่าปกติ < 50 ng/L	108 ng/L	สูงกว่าปกติ	< 40 ng/L	สูงกว่าปกติ

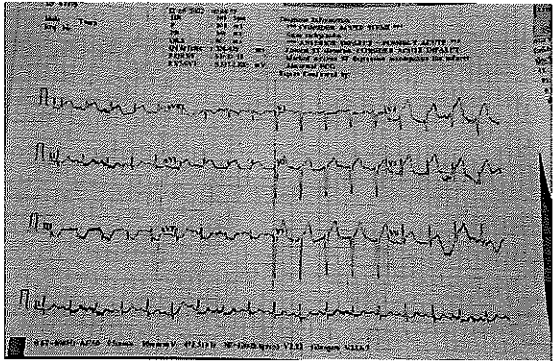
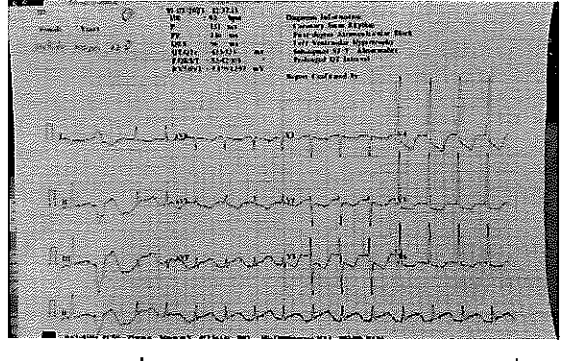
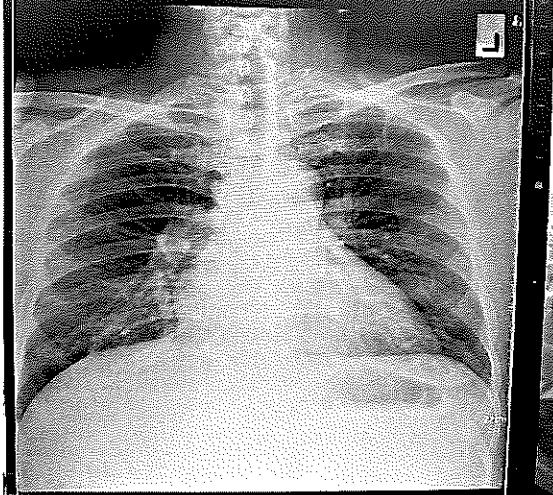
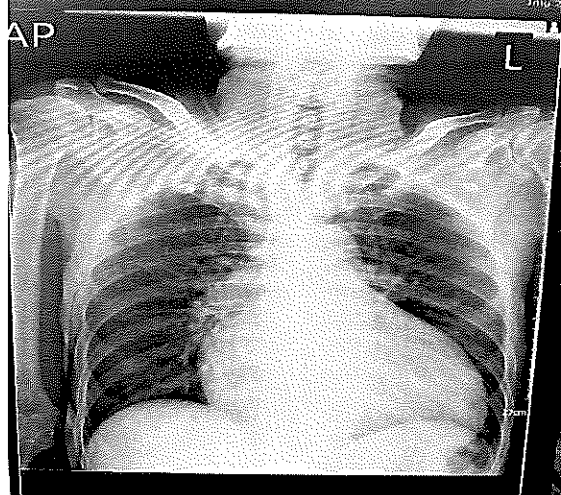
ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจค่าไต (Renal Function Test (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
BUN	ค่าปกติ 6.0-20.0 mg/dL	9.7 mg/dL	ค่าปกติ	25.1 mg/dL	สูงกว่าปกติ
Creatinine	ค่าปกติ 0.9-1.3 mg/dL	0.7 mg/dL	ค่าปกติ	2.6 mg/dL	สูงกว่าปกติ
eGFR	> 90 mL/min/1.73m ²	114.77 mL/min/1.73m ²	ค่าปกติ	58.48 mL/min/1.73m ²	ไตเสื่อม ระดับ 3

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ

ตารางที่ 7 ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเอกซเรย์ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
 <p>การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ : EKG : ST elevation I, aVL, V4, V5, V6 ST depress III, aVF</p>	 <p>การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ : EKG : ST elevate ที่ II, III, aVF, ST-depress V2-V6</p>
 <p>ผลการฉายภาพรังสีเอกเรย์ No Cardiomegaly No infiltration</p>	 <p>ผลการฉายภาพรังสีเอกเรย์ Cardiomegaly No infiltration</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p>11 กันยายน 2565 เวลา 22.31 น.</p> <ul style="list-style-type: none">- On 0.9 % NSS 1,000 ml IV 80 cc/hrs.- Isordril 5 mg at 23.03 น.- ASA 300 mg เคี้ยว at 23.00 น.- Clopidogrel 75 mg 4 tab oral at 23.00 น- Retain Foley catheter: urine 500 ml- Streptokinase 1.5 ml drip in 1 hrs.at 23.45 น.- หยุดให้ยาเวลา 00.15 น. เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน มีผื่นขึ้น ใบหน้าบวม แน่นหน้าอก หายใจเสียงหวีด- Dexamethasone 5 mg IV เวลา 00.18 น.- Chlorpheniramine 10 mg IV เวลา 00.20- Refer Fast tract STEMI เวลา 00.40 น.วันที่ 12 กันยายน 2565 ไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ Plan Primary PCI	<p>19 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น.</p> <ul style="list-style-type: none">- On 0.9% NSS 1,000 ml IV load 1000 ml then rate 80 ml/hrs.- Dopamine 250 mg.ผสมใน 5%DW 250 ml. IV drip rate 10 cc/hrs.- On ET-tube ขนาด 7.5 มิลลิเมตร ลึก 21 เซนติเมตร- Retain Foley catheter: urine ออก 200 ml- Refer Fast tract STEMI เวลา 13.20 น. ไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ Plan Primary PCI**แพทย์เฉพาะทางแนะนำไม่ให้ยาด้านเกล็ดเลือด ASA และ Clopidogrel

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ตารางการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา : วิเคราะห์เปรียบเทียบ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มีภาวะวิกฤติหรือคุกคาม กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลดอนมดแดง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 44 ปีไม่มีโรคประจำตัว สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน นาน 20 ปี ดื่มสุราบ่อยครั้ง สัปดาห์ละ 1 ขวดเล็ก ดื่มน้ำกาแฟและเครื่องดื่ม ชูกำลัง ทุกวัน ไม่ได้ออกกำลังกาย	ผู้ป่วยชายไทยวัย 62 ปี ประวัติโรคหัวใจขาดเลือด (LAD ,LCX) ผ่าตัดใส่บอลลูนปี 2563 และ CKD stage 3 รับประทานยา ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา	ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีโรคประจำตัวแต่มีพฤติกรรมเสี่ยงคือประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ รายที่ 2 มีโรคร่วม คือ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ LAD ,LCX ใส่บอลลูน ,CKD stage 3 และโรค Hypertension ซึ่งทั้งสองรายมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค
2.พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง	6 ชม.ก่อนมา เจ็บแน่นหน้าอก เจ็บตรงกลาง มีเหงื่อแตกตัวเย็น ร้าวไปที่สะบักซ้าย แขนซ้าย มีอาการขณะกำลังนอนพัก ไม่บวม ปัสสาวะปกติ pain score 10 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST elevation I, aVL,V4,V5,V6 ST depress III ,aVF เจาะ Troponin ให้ผล 108 แพทย์วินิจฉัยโรคเบื้องต้น Acute myocardial infarction at anterior wall MI	1 ชั่วโมงก่อนมา หายใจหอบเหนื่อย ไอ จุกแน่น ได้ลิ้นปี่ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไม่มีคลื่นไส้ ไม่บวม ปัสสาวะออกดี ขับถ่ายปกติ pain score 5 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST elevation II, III, aVF ST Depress V1-V4 เจาะ Troponin ให้ผล < 40 แพทย์วินิจฉัยโรคเบื้องต้น Inferior wall STEMI e Reciprocal change e RV infarction	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็น acute myocardial infarction (Anterior wall MI) หลอดเลือดด้านซ้ายอุดตัน ส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้า ด้านซ้าย รายที่ 2 เป็นacute myocardial infarction (inferior wall MI) หลอดเลือดด้านขวาอุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนล่าง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ตารางการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา: วิเคราะห์เปรียบเทียบ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มีภาวะวิกฤติหรือคุกคาม กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลดอนมดแดง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
3.การรักษา	-ASA (300 mg) 1tab oral stat -Plavix (75mg) 4 tab oral stat - Isosorbide dinitrate sublingual tablet 5 mg stat -ให้ 0.9 % NSS 1000 ml 80 cc/hrs. - ให้ Streptokinase 1.5 mu ผสมใน 0.9 NSS 100 ml vein drip in 60 นาที -Dexa 5 mg v stat -chlorpheniramine 10 mg v stat -On foley catheter	-ให้ 0.9 %NSS 1000 ml load 1000 ml -ให้0.9 % NSS 1000 ml 80 cc/hrs. -On foley catheter -Dopamine 250 mg ผสมใน 5%D/W 250 ml vein drip 10 cc/hrs. -On Endotracheal tube No. 7.5 deep 21	ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อ แก้ไขภาวะวิกฤติบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น รายที่ 1 ได้รับยา antiplatelet anticoagulant และยา ละลายลิ่มเลือด ได้รับ การแก้ไขภาวะแพ้ยาละลายลิ่มเลือดจนปลอดภัย รายที่ 2 ได้รับการให้ยา กระตุ้นหัวใจได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ แก้ไขภาวะ Cardiogenic shock จนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต
4.ปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล	ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 7แผนการดูแลสามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล	ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 7แผนการดูแลสามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล	ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ คัดกรองและดูแลเบื้องต้น ได้รับการปฏิบัติการ พยาบาลตามแนว ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใน ระยะวิกฤตขณะอยู่ในพื้นที่ และการปฏิบัติการพยาบาล ขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ
5.การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อใน ระบบทางด่วน (STEMI FAST TRACK) ไปศูนย์หัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อใน ระบบทางด่วน (STEMI FAST TRACK) ไปศูนย์หัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อตามมาตรฐานทั้ง 2 ราย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การวางแผนการจำหน่ายในกรณีศึกษา ตามหลัก D-Method

D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction หรือ MI) หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงใหญ่และขนาดกลางเป็นผลให้จำกัดการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดการอุดตันหรือการไหลเวียนลดลงอย่างรุนแรงในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery) จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจน

จนถึงขนาดไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย

M: Medicine แนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา ได้แก่ ยา clopidogrel 75 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, ยา ASA 81 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ป้องกันอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม

T: Treatment แนะนำการเฝ้าสังเกตอาการตนเองของผู้ป่วย การสังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น หายใจไม่สะดวกให้รีบมาพบแพทย์

H: Health การส่งเสริม ฟิ้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O: Out patient แนะนำการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน การเรียกหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉิน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D: Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารที่มีโปรตีน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
Door to EKG (ภายใน 10 นาที)	100%	100%	97.5%	100%
Door to Drug (ASA,ISD) ภายใน 15 นาที	100%	100%	100%	100%
Diagnosis to streptokinase (หลังจากแพทย์เฉพาะทาง สปส. วินิจฉัย) \leq 30 นาที	\geq 80%	ไม่มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ให้ยา Streptokinase	100%	100%
Diagnosis to Refer ภายใน 30 นาที	100 %	100 %	100 %	100 %
อุบัติการณ์ผู้ป่วย MI เสียชีวิตที่ ER	0 ราย	1	0	0
อุบัติการณ์ผู้ป่วย AMI เสียชีวิตขณะส่งต่อ	0 ราย	0	0	0

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. พยาบาลสามารถให้การคัดกรองและรักษาการพยาบาลได้ถูกต้องและรวดเร็ว
2. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีความเข้าใจต่อโรคและสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว
4. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถ้ากลับเป็นอีกครั้ง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)
2. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบชนิด STEMI ที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติ
3. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย
4. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ
5. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)
6. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบชนิด STEMI ที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์หัตถนวนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มีภาวะวิกฤติหรือคุกคามที่ได้รับการส่งต่อ: กรณีศึกษา 2 ราย ซึ่ง ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการที่แตกต่างกัน ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 44 ปี เจ็บแน่นหน้าอกก่อนมา 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ทำให้ระยะตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงระยะเวลาการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดใช้เวลาประมาณ 7 ชั่วโมง 15 นาที และยังพบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงเวลาให้ยาละลายลิ่มเลือด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 44 นาที ซึ่งมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบช่วงล่าช้าอยู่ในช่วงเวลาปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจักษุแพทย์เฉพาะทางส่งการรักษาใช้เวลา 27 นาที และ ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาทำให้ใช้เวลาตัดสินใจนาน จึงทำให้การตัดสินใจในการให้ยาล่าช้า เจ้าหน้าที่ยังขาดความมั่นใจในการเตรียมยาจึงทำให้ใช้เวลาเตรียมยานาน ช่วงให้ยาผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาที่รุนแรงผู้ป่วยแพ้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ทำให้ต้องหยุดให้ยาละลายลิ่มเลือดส่งผลให้การเปิดหลอดเลือดด้วยวิธีให้ยาไม่สำเร็จ ต้องแก้ไขภาวะแพ้ยาละลายลิ่มเลือด และผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคจึงส่งผลให้ตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้าเนื่องจากไม่ทราบว่าอาการป่วยที่เป็นอยู่จะเป็นภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง เข้ารับบริการด้วยรถยนต์ส่วนตัว

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 62 ปี หายใจหอบเหนื่อย ไอ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เหนื่อย หายใจไม่มื่อก่อนมา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีคลื่นไส้ ไม่บวม ปัสสาวะออกดี ชับถ่ายปกติ pain score 5 คะแนน ผู้ป่วยรายนี้เคยเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบเมื่อปี 2563 ทำให้รู้ รับประทานเกี่ยวกับโรคทำให้เข้ารับบริการเร็ว ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะวิกฤติคุกคามรุนแรงคือมีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและมีภาวะช็อก (Cardiogenic shock) หากแก้ไขล่าช้าอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้ต้องรีบแก้ไขภาวะวิกฤติอย่างรวดเร็ว ทันที และต้องรีบส่งตัวไปเปิดเส้นเลือดด้วยวิธี Primary Percutaneous Cardiac Intervention to right coronary artery โดยเร็ว ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับบริการด้วยรถยนต์ส่วนตัว

ด้านการปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(Acute Coronary Syndrome :ACS)ชนิด ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) จะมีภาวะวิกฤติหรือคุกคามที่แตกต่างตามพยาธิสภาพของเส้นเลือดบริเวณที่อุดตัน วินาทีที่ผ่านไปจะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยงอุดตันเกิดการบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น การรักษาสิ่งที่สำคัญคือต้องรีบเปิดเส้นเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด จึงจำเป็นต้องใช้พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลให้การพยาบาลทั้งในเรื่องของการ คัดกรอง การประเมิน การให้การพยาบาลในโรงพยาบาล การส่งต่อ การติดต่อประสานรายงานแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลดอนมดแดง มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉินระยะสั้น จำนวน 3 คน และมีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์สูงอยู่อย่างจำกัด ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้การจัดการพยาบาลจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนมาก พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติโดยใช้องค์ความรู้และความสามารถในการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาและระบุปัจจัยเสี่ยงอย่างรวดเร็ว รวมถึงการกำหนดข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ถูกต้อง ครอบคลุม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

ตัดสินใจวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การพยาบาล ที่ถูกต้องทันเวลา ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะฉุกเฉินวิกฤติที่แตกต่างกันและต้องให้การดูแลเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตหลายอย่างในคราวเดียวกันพยาบาลจะต้องมีทักษะที่ดีในการคัดกรอง ประเมิน เฝ้าระวัง สื่อสารกับแพทย์อย่างรวดเร็ว อีกทั้งนอกเวลาราชการอัตรากำลังในการปฏิบัติงานที่จำกัด การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดีจึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

ด้านการสื่อสาร การสื่อสารกับทีมแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลปลายทางกับโรงพยาบาลต้นทางเป็นการสื่อสารผ่านระบบ line application ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว การสอบถามและการให้การรักษาที่เพิ่มเติมไปก่อนส่งและระหว่างนำส่งจึงไม่เกิดขึ้นทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การดูแล

ด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรมีข้อจำกัด เช่น ความคับแคบ จำนวนเตียงสังเกตอาการที่แออัดในพื้นที่ การไม่มีห้องแยกโรคในห้องฉุกเฉิน อัตรากำลังที่มีจำกัดหรือแม้แต่รถส่งต่อไม่เพียงพอบางช่วงเวลา สิ่งเหล่านี้แม้ไม่ใช่ความยุ่งยากโดยตรง แต่ก็ใช้องค์ประกอบที่ส่งผลให้การจัดการทางการพยาบาลมีความยุ่งยากมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องใช้ทักษะการจัดการพยาบาลขั้นสูง เช่น กรณีรถส่งต่อไม่เพียงพอในการส่งตัวผู้ป่วย การประเมินจัดลำดับความรุนแรงคัดกรองก่อนหลังในการส่งต่อ การติดตามระบบรถส่งต่อแบบเรียลไทม์ ดังนั้น จึงต้องใช้การกำกับดูแลและการนิเทศทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือช่วยให้การจัดการทางการพยาบาลให้มีความต่อเนื่อง เป็นรูปธรรมและสอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ด้านผู้ป่วย ด้านระบบบริการ การเข้าถึงบริการล่าช้า เนื่องจากไม่ทราบเกี่ยวกับอาการป่วยฉุกเฉิน ไม่เข้าถึงโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินยังน้อย เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าขั้นตอนการเรียกใช้บริการยุ่งยาก และรอนาน จึงเป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับบริการด้วยรถยนต์ส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ถูกคัดกรองและดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ได้รับการประสานงานก่อนมาถึงโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มโอกาสการดูแลให้รวดเร็วขึ้น

8.2 ด้านสถานที่ให้บริการ การให้บริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการดูแลที่ต้องใช้ความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์ระบบการดูแลแบบเดิมพบว่าปัญหาไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน บุคลากรบางท่าน ไม่ทราบว่าต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดที่จุดไหนอย่างไร

8.3 ระบบการขอคำปรึกษา ไม่ทราบช่องทางด่วน ปรึกษาล่าช้า ใช้เวลานาน เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจในโรงพยาบาลตอมตแดง

8.4 ด้านผู้ให้บริการ ขาดทักษะและ ความรู้ในการบริหารยา ให้บริการแบบแยกส่วน

8.5 ในการประสานความร่วมมือ การสื่อสารข้อมูล ส่งกลับข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยังต้องการการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อการส่งกลับผู้ป่วยและการประสานข้อมูลเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและเป็นความท้าทายที่ต้องพัฒนาต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกพื้นที่ที่คลินิกโรคเรื้อรังทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในชุมชนผ่านสื่อในชุมชนต่างๆ ผ่านทุกช่องทาง เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าหมายเลขฉุกเฉิน 1669 คือหมายเลขจำเป็น เมื่อมีภาวะวิกฤติฉุกเฉินให้เรียกใช้บริการ เพื่อการดูแลที่รวดเร็วปลอดภัย

2. ควรวางระบบการประเมินและเฝ้าระวังการดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS ที่เหมาะสม และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน การประเมินผู้ป่วยให้รวดเร็วและถูกต้อง, การวินิจฉัย และการให้การรักษาย่างทันเวลาจะช่วยลดอัตราการตายได้

3. ควรทำการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ACS ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมพยาบาลใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS เพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการอ่านค่าและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย

4. ควรส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

5. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการสนับสนุน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และควรมีการวางแผนเพื่อพัฒนาบุคลากรด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่โรงพยาบาลชุมชนก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

6. ส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะก่อนมาโรงพยาบาล ระยะในโรงพยาบาล และระยะส่งต่อระหว่างสถานบริการ และควรมีการทบทวนปรับปรุงแนวปฏิบัติเป็นระยะ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และบริบทของพื้นที่ และควรมีการวิจัยเชิงผลลัพธ์ในการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยในแต่ละระยะ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

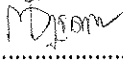
10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

1. นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” “The Development and Professional Enhancement in BANI Era” ประเภทการนำเสนอผลงานวิชาการด้วยวาจา (Oral Presentation) รุ่นที่ 1 วันที่ 15 ตุลาคม 2566 เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มีภาวะวิกฤติหรือคุกคามที่ได้รับการส่งต่อ:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

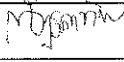
๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

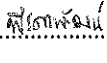
ข้าพเจ้า นางสาวณัฐธราทิพย์ สุธงกุล เป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด คิดเป็น 100 %
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

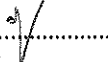
(ลงชื่อ) 
(นางสาวณัฐธราทิพย์ สุธงกุล)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) 9 / มกราคม / 2567
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวณัฐธราทิพย์ สุธงกุล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางพีรดาพัฒน์ พงษ์ศิริ)
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
(วันที่) 10 / มกราคม / 2567
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายสุวัฒน์ พบลาม)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง
(วันที่) 11 / มกราคม / 2567
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

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

**แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1.เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลดอนมดแดง ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)

2.หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ในปี 2030 ว่าประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นอันดับสองรองจากมะเร็ง หากไม่มีการจัดการผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) อย่างเหมาะสมรวดเร็ว บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายจะขยายกว้างขึ้นจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายจะเสียชีวิตภายในหนึ่งชั่วโมงแรกเนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตยังไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลาที่โดยการเปิดเส้นเลือดหัวใจซึ่งมี Golden period ภายใน 6-12 ชั่วโมงด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) และการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary PCI) ดังนั้นเวลาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างหนึ่งที่มีภาวะมีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจทันทีทันใด ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้หัวใจได้รับความเสียหาย โดยเฉพาะกลุ่ม ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) ผู้ป่วยมักมีอาการอยู่ในภาวะวิกฤติ มีโอกาสสูญเสียชีวิตกะทันหันสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากการศึกษา พบว่าระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานเกิน 20 นาที จะให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดตายอย่างถาวร ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอาจนำไปสู่ภาวะช็อก (cardiogenic shock) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จากข้อมูลสถิติของปี 2562-2564 งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลดอนมดแดง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน 5 คน 3 คนและ 3 คน ตามลำดับผู้ป่วยได้รับการส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 5 คน 3 คนและ 3 คน ตามลำดับได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase จำนวน 0 คน 1 คน และ 1 คน ตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต แต่เป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญและเกิดความพิการเรื้อรัง นำไปสู่การใช้ทรัพยากร ในการดูแลรักษาที่สูงจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต จากการทบทวนพบประเด็นปัญหาและความเสี่ยงที่สำคัญด้านการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response) ในขั้นตอน Patient care process ด้านต่างๆของโรงพยาบาลดอนมดแดง มีดังนี้ 1. ด้านการประเมิน/คัดกรองของพยาบาล พบปัญหาการประเมิน/คัดกรอง 5 ประเด็น ดังนี้ 1)ด้านการคัดกรอง/ประเมินอาการแรกรับผู้ป่วย/ การสอบถามประวัติผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน 2) การประเมินแยกโรคคลาดเคลื่อน 3) การรายงานแพทย์ล่าช้า > 10 นาที 4) ระยะเวลาการดูแลในหน่วยงานจนถึงการส่งต่อช้ากว่าเกณฑ์ (30 นาที) 5) ระยะเวลาออกจากหน่วยงาน-รพ.ที่รับส่งต่อช้ากว่าเกณฑ์ (40 นาที) 2. ด้านการวินิจฉัยโรค ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ในผู้ป่วยรายที่ซับซ้อนบางครั้งไม่มั่นใจในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 3. ด้านการส่งต่อต้องส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการทำผ่าตัดเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ จากอุบัติการณ์ดังกล่าวจึงสนใจที่จะพัฒนาสมรรถนะ

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

พยาบาลวิชาชีพจบใหม่และที่มาปฏิบัติงานใหม่ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ล่าช้า ส่งผลให้วินิจฉัยล่าช้าและรักษาไม่ทันเวลาและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาในการแปลผล EKG และการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยมุ่งหวังว่าผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายในระยะเวลา 6-12 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก และได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อการรักษาที่สูงขึ้นในเวลาอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI โรงพยาบาลดอนมดแดง
2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใหม่ในการคัดกรอง/แปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ถูกต้อง
3. เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใหม่ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเป็นไปตามมาตรฐาน
4. เพื่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต
5. เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วย ACS เพิ่มมากขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลดอนมดแดง มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน 5 คน 3 คน และ 3 คน ตามลำดับผู้ป่วยได้รับการส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 5 คน 3 คนและ 3 คน ตามลำดับได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase จำนวน 0 คน 1 คน และ 1 คน ตามลำดับไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต แต่เป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญและเกิดความพิการเรื้อรัง นำไปสู่การใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาที่สูงจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิต จากการทบทวนพบประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ยังพบความล่าช้า และไม่ได้ตรงตามเวลามาตรฐาน และพบความเสี่ยงที่สำคัญด้านการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response) ในขั้นตอน Patient care process จากอุบัติเหตุการดังกล่าวจึงสนใจที่จะพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ในการคัดกรองผู้ป่วย ที่มีข้อบ่งชี้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ล่าช้าและรักษาไม่ทันเวลาเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่นอกเวลาในการแปลผล EKG และการให้ยาละลายลิ่มเลือดของงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยมุ่งหวังว่าผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายในระยะเวลา 6-12 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก และได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อการรักษาที่สูงขึ้นในเวลาอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายได้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

3.2 แนวความคิด

จากนโยบายการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจเน้นให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI สามารถเข้าถึงบริการการรักษาเฉพาะแบบเร่งด่วนด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในเวลา ที่รวดเร็วเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลทั้งทางด้านโครงสร้าง งบประมาณและผลลัพธ์ที่ต้องการโดยต้องอาศัยการขับเคลื่อนด้านนโยบายและความร่วมมือในระดับเครือข่าย เพื่อให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ดำเนินการ ปรับปรุงมิติด้านกระบวนการครอบคลุม องค์ความรู้และสมรรถนะของบุคลากร แนวทางปฏิบัติและระบบการ ควบคุมกำกับคุณภาพงาน โดยการประยุกต์ใช้มาตรฐานการรักษาพยาบาล การสื่อสารประสานงานระหว่าง โรงพยาบาลและทีมสุขภาพและผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด นับแต่ มาถึงโรงพยาบาลและลดอัตราการตายของผู้ป่วยและจากการพัฒนาแนวทางการดูแล/ การส่งต่อ/ระบบบริการ ช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI การพัฒนาระบบที่เกิดจากปัญหา การให้บริการโดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีกรอบ แนวคิดของการพัฒนาที่ชัดเจนส่งผลให้เกิดแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน ชนิด STEMI มีความชัดเจนสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลตอมตแดง โดยเน้นการทำให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาที่เฉพาะด้วยยาละลายลิ่มเลือดในเวลา ที่รวดเร็วที่สุดเพื่อรักษา กล้ามเนื้อหัวใจไว้ให้ได้มากที่สุดซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การเสียชีวิตได้ แนวทางการดูแลที่ พัฒนาขึ้นนี้เริ่มตั้งแต่การได้รับแจ้งจากผู้ป่วยโดยศูนย์รับแจ้งเหตุหรือทีมการแพทย์ฉุกเฉินที่ออกมารับเป็นผู้แจ้ง (activated fast track) ทำให้ทีมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่มีศักยภาพสูงกว่า การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกำกับ ด้วยบทบาทหน้าที่และระยะเวลาที่กำหนดไว้ชัดเจน โดยมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะเพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติ อย่างมั่นใจและเป็นแนวทางเดียวกันสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ในเวลาที่รวดเร็ว ลดระยะเวลาในการให้ยา ละลายลิ่มเลือดได้ และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว เนื่องจากมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สร้างความมั่นใจให้แก่ทีมในการปฏิบัติและผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงขึ้นเนื่องจากได้รับบริการที่รวดเร็ว การ พัฒนาระบบช่องทางด่วนในการรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ทำให้สามารถคัด กรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ในเวลาที่รวดเร็วขึ้นสามารถคัดกรองอาการ และแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ถูกต้องผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น สามารถให้ยาละลายลิ่ม เลือดในเวลา ที่รวดเร็วขึ้นและมีอัตราการตายลดลง การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ถือ ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงเพราะเป็นความ ปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก เนื่องจากการคัดกรองผู้ป่วยและประเมินอาการมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีมี ความปลอดภัยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดความพึงพอใจในการรับบริการ นอกจากนี้การจัดระบบที่ช่วยให้ ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วด้วยการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System: EMS) จัดทำบัตรสมาชิกระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีผลต่อระบบหลอดเลือดหัวใจ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

3.2 แนวความคิด(ต่อ)

เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย เป็นต้น ชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 และวิธีแจ้งอาการเมื่อเกิดอาการฉุกเฉินจะสามารถทำให้เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีของวงล้อ เดมมิ่ง PDCA (Plan, Do, Check, and Act) มาพัฒนาร่วมกับหลักการความปลอดภัยของผู้ป่วย Patient safety เพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพ ให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้

3.3 ข้อเสนอ

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตอมตแดงในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ตามวงจรคุณภาพเดมมิ่งจะช่วยป้องกันปัญหาที่ไม่ควรเกิดและลดความสับสนในการทำงาน ลดการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น และมีการทำงานที่มีการตรวจสอบเป็นระยะ ทำให้การทำงานรัดกุมมากยิ่งขึ้น การตรวจสอบนำไปแก้ไขปรับปรุงได้ แบ่งการปฏิบัติงานเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (P : Plan)

1.1 ประชุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด

STEMIและนำเข้าสู่ที่ประชุมที่มนาด้านคลินิกเพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติ

1.2 วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงทบทวนกรณีศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลันตั้งแต่ปี 2562-2564 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนและสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

1.3 กำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน

1.4 จัดเตรียมแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

แบบฟอร์มการประเมินสมรรถนะพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

1.5 ประชุมชี้แจงแนะนำการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

1.6 วางแผนส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลเข้าอบรมให้ความรู้การแปลผล EKG ที่ทางจังหวัดจัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

และจัดทำโครงการจัดอบรมในโรงพยาบาลตอมตแดงโดยเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญมาอบรม

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (D : Do) นำแนวทางสู่การปฏิบัติดังนี้

2.1การดำเนินงาน Pre-Hospital

- พัฒนาระบบให้บริการ EMS ให้เชื่อมโยงระบบส่งต่อ, เจ้าหน้าที่กู้ชีพตำบล อบรมกู้ชีพในการคัดกรองผู้ป่วย
- การคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน ให้ความรู้ Symptom awareness, modify risk factor ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไผมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น
- เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารกับทีมกู้ชีพตำบลให้คำปรึกษาและการขอคำปรึกษาผ่าน Line App และโทรศัพท์มือถือ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

3.3 ข้อเสนอ (ต่อ)

2.2 การดำเนินงาน In-Hospital

- จัดตั้งทีม พัฒนาสมรรถนะพยาบาล: อบรมการพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรเวชปฏิบัติฉุกเฉิน พร้อมปฏิบัติงานดูแลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI 24 ชั่วโมง
- เพิ่ม Competency พยาบาล ER อบรมการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เบื้องต้นทุกปี
- จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยระหว่าง OPD/ER เพื่อใช้ปฏิบัติเป็นแนวเดียวกัน เน้นการประเมินคัดกรองให้รวดเร็ว
- ปรับปรุงแบบคัดกรองให้ครอบคลุมโดยกำหนด Criteria ผู้ป่วยที่ต้องทำ EKG 12 leads (ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ severe dyspepsia อายุ 35 ปี ขึ้นไป กลุ่มเสี่ยงโรค DM, HT, DLP)
- ติดป้ายแจ้งเตือนการคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ OPD/ ER/ IPD
- จัดทำช่องทางด่วน Fast Track STEMI มีการส่ง Line consult CCU เพื่อ consult แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
- ทบทวน case STEMI ทุกรายเพื่อหาสาเหตุของปัญหาเพื่อนำมาป้องกันและแก้ไขปัญหา

2.3 การดำเนินงาน Inter-hospital

- พัฒนารูปแบบรถส่งต่อผู้ป่วย STEMI เป็นรถส่งต่อขั้นสูง: ไอซียูเคลื่อนที่ (Mobile ICU) มีการส่ง สัญญาณชีพและอาการแบบ Real Time Telemedicine พร้อมพยาบาลส่งต่อ ENP ดูแลรักษา ประเมิน ผู้ป่วยตลอดการส่งต่อพร้อมการสื่อสารโต้ตอบกับศูนย์ส่งต่อจังหวัดผ่าน Line App
- เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ยา และเครื่องมือในรถส่งต่อให้พร้อมใช้ โดยยึดหลักนวัตกรรมการ ABCDE (5ส)

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

- ติดตามทบทวนการรักษาและการส่งต่อ ตัวชี้วัด วิเคราะห์สรุปผลและนำเสนอทุกเดือน

4. ขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง (Act)

- ติดตามผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือนและปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นหรือแนวทางแก้ไข

การรับทราบข้อมูลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติในการรักษามีความแตกต่างกันและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่จบเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉินมีจำนวนน้อย ไม่สามารถจัดขึ้นปฏิบัติการได้ทุกเวร

3.5 แนวทางการแก้ไข

1. เพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายครอบคลุมและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงต้องมีการให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกราย
2. ควรมีช่องทางการปรึกษาอาการผิดปกติของผู้ป่วยระหว่างกับแพทย์ในโรงพยาบาลตอนมดแดงกับแพทย์หัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ทันทีที่ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ระยะเวลาดำเนินงาน

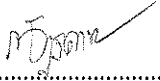
เดือน เมษายน 2566 ถึง เดือนกันยายน 2566

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. องค์กรและเจ้าหน้าที่มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ชัดเจนและครอบคลุมตั้งแต่การดูแลในที่เกิดเหตุ การดูแลขณะนำส่ง (Pre-Hospital) การดูแลในโรงพยาบาล (In-Hospital) การดูแลขณะส่งต่อ (Transfer) เป็นแนวทางที่ดีสามารถนำไปใช้งานได้จริง
2. ได้แนวทางในการดูแลคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือกลุ่มเสี่ยงที่ตรงตามบริบทโรงพยาบาลตอมตแดง
3. ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้รวดเร็วมากขึ้นลดอัตราการเสียชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4. ผู้ป่วยเข้ารับบริการและใช้บริการหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น
5. พยาบาลวิชาชีพจบใหม่หรือมาปฏิบัติงานใหม่สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และ มีความรู้การแปลผล EKG ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ
6. พยาบาลวิชาชีพจบใหม่และเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติใหม่มีความรู้และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ได้ตามมาตรฐาน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ภายใน 6-12 ชั่วโมง ร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและการส่งต่อที่ถูกต้อง รวดเร็ว ร้อยละ 100
3. บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสู่การปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 100
4. อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยเฉียบพลัน STEMI มากกว่าร้อยละ 50
5. อัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตจากการดูแลผิดพลาดล่าช้า ร้อยละ 0

(ลงชื่อ) 

(นางสาวณัฐรดาทิพย์ สุธงกุล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อผลงาน ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

The Effectiveness of the Application of the Health Education and Behavioral Development Program for the Elderly in Donmoddaeng District, Ubonratchatani Province.

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑. ความรู้ความชำนาญงาน

๓.๑.๑. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๑.) ความหมายของผู้สูงอายุ

ที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุแห่งโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๕ ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “ผู้สูงอายุ” (Old Age) หมายถึงบุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

๒.) การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช (๒๕๔๒ : ๕๐) ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดขึ้นเป็นธรรมดาในชีวิตที่มีวุฒิภาวะแล้ว ภายใต้อิทธิพลแวดล้อม และจะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุ แบ่งเป็น ๓ แบบคือ

๑. ความสูงอายุทางร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล

๒. ความสูงอายุทางจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากยิ่งขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การรับรู้การแก้ปัญหา เจตคติ ตลอดจนบุคลิกภาพ สิ่งเหล่านี้มีการพัฒนามากขึ้น

๓. ความสูงอายุทางสังคม (Sociological Aging) หมายถึง บทบาท สถานภาพในครอบครัว และการทำงานรวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับอายุการแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

๓.๑.๒ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

๑) ผิวหนัง ผิวหนังขาดการติ่งตัว ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ที่บริเวณใบหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มขึ้นที่บริเวณหน้าท้องและต้นขา บริเวณที่ไขมันลดลงนี้ จะทำให้ผิวหนังได้รับอันตรายได้ง่าย รวมทั้งการกดทับ

เส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังจะหนา การซึมผ่านของออกซิเจน และอาหารเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่ำ ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง แดงง่าย เหี่ยวยุ่น ต่อมเหงื่อเหี่ยวแฟบ ขับเหงื่อได้น้อย ทำให้ผิวหนังแห้ง กระด้าง บางครั้งเป็นสาเหตุทำให้เกิดผื่นคัน ต่อมเหงื่อทำงานลดลงทนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิไม่ได้ดี เกิดความร้อนหนาวไม่คงที่

๒) ปากและฟัน ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กล่าวคือ ฟันจะหลุด และต้องใช้ฟันปลอม กล้ามเนื้อในการเคี้ยวมีแรงน้อยลงตลอดจนกล้ามเนื้อในการกลืนก็เปลี่ยนแปลงด้วย พบว่าหลอดเร็งของกล้ามเนื้อ Pharyngeal

๓) ตา เมื่ออายุมากขึ้นเลนส์ตาเสื่อมความสามารถในการปรับระยะภาพสายตาระยะยาวเนื่องจากความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลง การปรับกำลังขยายเพื่อดูของใกล้เป็นไปได้ไม่ดีโดยจะพบเมื่ออายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป

๔) หู การสูญเสียของความสามารถการได้ยินพบได้ในผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่าประมาณ ๑/๔ ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี จะมีอาการหูตึง อาการหูตึงเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของ Receptor ซึ่งรวมทั้งการสูญเสีย Hair Cells ซึ่งอยู่ใน Cochlea ภาวะดังกล่าวนี้ เรียกว่า อาการหูตึงในผู้สูงอายุ (Presbycusis)

๕) ผมและขน อัตราการงอกของผมลดลงในผู้สูงอายุ และเส้นผมมีขนาดเล็กลงด้วย ผมที่งอกน้อยลงในผู้สูงอายุนั้นเกิดเนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ของ Melanocyte ของ Hair Follicle Bulb สำหรับการเจริญเติบโตของเส้นผม นั้น ก็ยังมีความแตกต่างกัน เพราะเส้นผมที่บางบริเวณจะเติบโตเร็ว ในหญิงที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี จะมีขนที่บริเวณริมฝีปาก และคางเพิ่มขึ้น ส่วนเส้นผมที่บริเวณศีรษะลดน้อยลง รวมทั้งขนรักแร้ และบริเวณหัวเหมา สำหรับผู้ชายนั้นผมบนศีรษะ และเคราลดน้อยลง แต่มีขนเพิ่มขึ้นที่บริเวณหู คิ้ว และรูจมูก

๖) หัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุ พบโรคของหัวใจ และหลอดเลือดได้บ่อย การเปลี่ยนแปลงในระดับโมเลกุลที่สำคัญคือ Collagen ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของลิ้นหัวใจ เยื่อบุภายในหัวใจ (Endocardium) เยื่อบุหัวใจ (Epicardium) และ Collagen ผังแทรกอยู่ทั่วไปภายในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ถึงแม้ว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นบริเวณเยื่อบุ Collagen จะเพิ่มมากขึ้น แต่คุณสมบัติของ Collagen เปลี่ยนไปที่สำคัญคือ ความยืดหยุ่นจะลดลง ทำให้มีผลต่อการหดและคลายตัวของหัวใจ

๓.๑.๓ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งยังมีงานทำ รวมทั้งทฤษฎีที่พยายามจะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มี ๕ แนวคิด คือ

๑. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะทางสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถานะของผู้สูงอายุในสังคมนั้นก็จะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย

๒. ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานภาพของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุในสังคมนั้น ถ้าในสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุน้อย สถานภาพของผู้สูงอายุก็จะดีกว่าในสังคมที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก

๓. ทฤษฎีเกียรติภูมิ ทฤษฎีนี้เห็นว่า สถานภาพของผู้สูงอายุมักจะดี ถ้าผู้สูงอายุในสังคมนั้นเป็นผู้สูงอายุที่เป็นประโยชน์

๔. ทฤษฎีการแยกตนเอง ทฤษฎีนี้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุแล้วลูกหลาน และชุมชนมักจะให้ความสำคัญ และความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้สูงอายุก็ควรจะลดกิจกรรมเกี่ยวข้องกับสังคมลงเช่นเดียวกัน

๕. ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีนี้ถึงแม้ผู้สูงอายุจะรู้ว่าสังคมและลูกหลานให้ความสนใจน้อยลง เมื่อถึงวัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุก็ไม่ควรจะสนใจ แต่ควรเป็นตัวของตัวเอง ทำงานให้เพลิดเพลินตามลำพัง ตามความสามารถ ถ้าจะให้ชีวิตมีความสุขก็จงพอใจในชีวิต จงเป็นตัวของตัวเอง และพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี

๓.๑.๔ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

จากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของเซลล์สมองในวัยชรา ซึ่งส่วนประกอบของเซลล์สมองลดลง การเผาผลาญของสมองต่ำลงทำให้ความรู้สึก ความคิดช้า ประสิทธิภาพการทำงานของสมองต่ำลง ความคิดและสติปัญญาเสื่อมถอยลงไปด้วย ความคิดมักจะมีคงที่ การมีเหตุผลน้อยความจำเสื่อมลง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อบุคลิกภาพและอารมณ์ของผู้สูงอายุ บ่อยครั้งพบว่าผู้สูงอายุสับสนง่าย ความจำเลอะเลือน ยึดมั่นในสิ่งที่ตนเองเชื่อถือ ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกจะแตกต่างกันในแต่ละคนลักษณะอารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก มีดังนี้

๑) ความคิดยึดมั่น พบว่าความคิดอ่านของผู้สูงอายุจะคงที่ และยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม เกิดขึ้นเพราะความจำเสื่อม อันสืบเนื่องมาจากความอ่อนแอทางกายและการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้การรับรู้ต่างๆ ลดลง

๒) ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง เนื่องจากเวลามากขึ้น ประสบการณ์ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความสนใจของผู้สูงอายุจึงหมกมุ่นอยู่กับเรื่องของตนเอง และยึดตนเองเป็นศูนย์กลางแห่งความคิด ลักษณะเด่นชัดคือผู้สูงอายุมักชอบเล่าเรื่องราวในอดีต ความสนใจในเรื่องการแต่งกายลดลง แต่จะเพิ่มความสนใจในการดำเนินชีวิตประจำวันทีพอใจมากขึ้น เช่น คนที่เคยดื่มอาจจะดื่มจัดขึ้น

๓) การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้จิตใจไม่มั่นคง อารมณ์ไม่คงที่ เปล่าเปลี่ยว จะหงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อยวิตกกังวล หวาดระแวง หลงผิด หรือแสดงความโกรธแค้นคนที่อยู่ใกล้ชิด

๔) ด้านกลัวความแก่ เพราะเป็นสาเหตุให้ความสามารถ ความจำ ความสวยงามลดลง และคิดต่อไปว่า ถ้าแก่แล้วลูกหลานจะรังเกียจ ไม่เอาใจใส่ ไม่เป็นที่น่านับถือ กลัวเป็นภาระของครอบครัว กลัวไม่มีใครเลี้ยงดู กลัวตาย

๕) ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น กลัวถูกทอดทิ้ง และรู้สึกช่วยตนเองไม่ได้น้อยใจ โกรธ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ไม่ค่อยมีเหตุผล บางครั้งดูเหมือนเด็กที่ต้องคอยดูแลเอาใจใส่

๖) ยึดมั่นในความคิดตนเอง เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เสื่อมไป และความกังวลที่ต้องเผชิญกับสิ่งใหม่ๆ

๗) ต้องการร่วมสนทนามากขึ้น ถ้าปล่อยให้อยู่คนเดียวจะน้อยใจว่าถูกทอดทิ้ง

๘) พฤติกรรมทางเพศอาจเปลี่ยนแปลงไป ในผู้หญิงรู้สึกว่าจะไม่สวยงามเหมือนแต่ก่อนเกิดความอาย ในผู้ชายเกิดความกังวลว่าจะไม่มีสมรรถภาพ อาจแสดงไอ้อวด เจ้าชู้

ประคอง อินทรสมบัติ (๒๕๔๙ : ๑๐-๑๕) ได้กล่าวถึงการประเมินภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุว่าการตัดสินใจ สุขภาพโดยอาศัยเพียงรูปแบบทางคลินิกคือปราศจากโรคและความพิการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกตินั้นไม่เพียงพอ เพราะภาวะการเจ็บป่วยนั้นอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากการสู่วัย อาการนำของความเจ็บป่วยอาจแสดงนำด้วยการพร่องทางการทำหน้าที่ จึงจำเป็นต้องใช้การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่เป็นอย่าง เป็นปรนัยในแต่ละด้านคือ สุขภาพกาย กิจวัตรประจำวัน ภาวะทางจิตและสังคม ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพมากกว่าจะใช้พยาธิสภาพหรือความพิการ เพราะการเจ็บป่วยทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมได้

สิทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (๒๕๔๒ : ๑๐๐) ได้ประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์สถานะและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

๑. ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนไม่ถึง ร้อยละ ๑๐ แต่อัตราการครองเตียงมีถึง ร้อยละ ๓๐ ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ความต้องการและการใช้ระบบบริการต่างๆ สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

๒. โรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย คือ โรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคที่มีผลต่อความเคลื่อนไหว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุ เป็นต้น โรคที่มีผลต่อประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้นและอุบัติเหตุ

๓. โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ภาวะดุกพรุน ความดันโลหิตสูงโรคข้อและกระดูก เบาหวาน และกลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร

๔. ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม และโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อย และมีความสำคัญ เช่น เดียวกัน ทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต

๕. ประมาณร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุ จะมีโรคหรือปัญหาทางสุขภาพมากกว่า ๑ ชนิด ขึ้นไป

๖. ร้อยละ ๑๙ ของผู้สูงอายุไทยมีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรที่จะทำได้ (ทุพพลภาพระยะยาว) และประมาณร้อยละ ๗ ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น

๗. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา รายได้ การมีอาชีพก่อนวัย ๖๐ ปี การมีอาชีพอยู่ในปัจจุบัน เพศ สถานภาพทางสังคม บุตรหลานที่ให้ความช่วยเหลือ และสภาพอารมณ์ แต่ผลการวิจัยที่สำคัญในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงาน หรือมีงานรับผิดชอบจะมีอัตราการตายต่ำกว่าผู้สูงอายุ ที่ไม่มีงานรับผิดชอบ โดยไม่ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพ

๘. แนวโน้มของปัญหาทางสุขภาพ ทั้งโรคภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพาจะสูงขึ้นในอนาคต ทำให้การใช้จ่ายทางด้านทรัพยากรด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า จะมากอย่างมหาศาล และมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและเร่งด่วน

ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

๑. แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (๒๕๒๖ : ๑๐) กล่าวว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะได้โดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ หมายถึง ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหามาตรฐานเหล่านี้ เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (๒๕๒๖ : ๑๐) ว่าได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้หรือความสามารถ ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) ออกเป็น ๖ ระดับ เรียงจากขั้นง่ายไปสู่ยาก และสามารถนำ มาวัดพฤติกรรมทางด้านความรู้ ดังนี้

ขั้นที่ ๑ ความรู้ ความจำ (Knowledge)

ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหา วิชาโดยเฉพาะ

ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน

ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี โครงสร้างและหลักการ

ขั้นที่ ๒ ความเข้าใจ (Comprehension)

การแปลความ

การตีความ

การขยายความ

ขั้นที่ ๓ การนำไปใช้ (Application)

การนำสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง

ขั้นที่ ๔ การวิเคราะห์ (Analysis)

การวิเคราะห์ความสำคัญ ส่วนประกอบของสิ่งต่างๆ

การวิเคราะห์หลักการ

ขั้นที่ ๕ การสังเคราะห์ (Synthesis)

การสังเคราะห์ข้อความเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึกไปยังบุคคลอื่น

การสังเคราะห์แผนงานเป็นการเสนอแผนการทำงานที่คิดจะทำขึ้น

การสังเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่ออธิบายข้อมูลหรือส่วนต่างๆ

ขั้นที่ ๖ การประเมินผล (Evaluation) เป็นการตัดสินใจว่า อะไรดี ไม่ดี อย่างไร โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ แบ่งเป็น ๒ อย่าง

การประเมินผลเพื่ออาศัยข้อเท็จจริงภายใน

การประเมินผลโดยอาศัยเกณฑ์ภายนอก

สรุปว่า “ความรู้” หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับ และเก็บรวบรวมสะสมไว้ โดยได้รับความรู้ต่างๆ จากการสังเกต ประสบการณ์ รายงานการรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ ต้องชัดเจน

ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้ หมายถึง ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับและสามารถในการแสดงออกมาในลักษณะ ความจำ ความเข้าใจ ความสามารถในการเปรียบเทียบตีความให้หมายความหรือประเมินค่าเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

๒. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกมาทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และ สังเกตไม่ได้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (๒๕๒๖ : ๙๘) แบ่งพฤติกรรมมนุษย์ออกเป็น ๒ ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน ซึ่งหมายถึง กิจกรรมหรือ

ปฏิกริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสม และสั่งการ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมเช่น การบีบตัวของลำไส้ การฉีกเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายและความคิด ความรู้สึก เจตคติความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัด หรือสัมผัสได้ และพฤติกรรมภายนอกซึ่งหมายถึงปฏิกริยา หรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืนนั่ง เดิน การขับรถ ฯลฯ พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้โดยอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยา ควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้ต่างๆ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

๒.๑ พฤติกรรมสุขภาพ มี ๒ ลักษณะด้วยกันคือ

๒.๑.๑ ลักษณะของการกระทำที่เป็นผลดี หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพ

๒.๑.๒ ลักษณะของการไม่กระทำที่เป็นผลดี หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพ

๒.๒ พฤติกรรมสุขภาพนั้น ครอบคลุมการกระทำหรือไม่กระทำทั้ง ๓ ด้าน ด้วยกันคือในส่วนที่เป็นความรู้ ความเข้าใจ ในส่วนที่เป็นเจตคติ ความรู้สึกนึกคิดและค่านิยม และส่วนที่เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำโดยตรง

๒.๓ กระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือปลูกฝังและพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม เป็นกระบวนการสุขศึกษา

๒.๔ เป้าหมายสุดท้ายของการเรียนรู้ตามกระบวนการตามสุขศึกษา คือบุคคลสามารถตัดสินใจปฏิบัติตน ที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง และตัดสินใจไม่ปฏิบัติตนในเรื่องที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง

๒.๕ พฤติกรรมสุขภาพ มี ๓ ระดับด้วยกัน คือ

๒.๕.๑ ระดับแรก เป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดกฎหมาย

๒.๕.๒ ระดับที่สอง เป็นการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะหรือแนวทางที่ควรปฏิบัติต่างๆ

๒.๕.๓ ระดับที่สาม เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลเอง ในลักษณะของค่านิยมทางสุขภาพ หรือสไตลชีวิตของคน โดยมีจิตสำนึกและจิตวิญญาณเป็นพื้นฐานตั้งนั้น การใช้กลวิธี และวิธีการทางสุขศึกษา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในแต่ละระดับ จะมีวิธีการที่แตกต่างกัน

๓. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ เป็นปฏิกริยา ที่แสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสังเกตเห็นได้หรือสังเกตเห็นไม่ได้ เพื่อให้บุคคล มีสุขภาพดี แตกต่างกันออกไปตามสภาพวัฒนธรรมสังคม ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ๒๕๒๖ :๑๐-๑๕ ; อ้างอิงมาจาก Tawaddie. ๑๙๗๑) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น ๒ ชนิด คือพฤติกรรมภายในหมายถึง พฤติกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสมและสั่งการมีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ ความคิด เจตคติ ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่ก็ยังสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ หรือสัมผัสได้ พฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งบุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เช่นการขับรถ นั่งนอน เดิน

ความหมายของ “สุขภาพ”

บลัม (จินตนา ยูนิพันธ์. ๒๕๓๒ : ๒๐ ; อ้างอิงมาจาก Blum. ๑๙๘๑) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่ทำหน้าที่ต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ ดำรงรักษาความสมดุลระหว่างความต้องการทางสังคม ปลอดภัยจากความไม่พึงพอใจ ไม่พอใจ ความพิการหรือโรคภัยไข้เจ็บ มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ตนปลอดภัย อยู่รอด มีความพอใจในความสุขในการดำรงชีวิต

เวบสเตอร์ (ผ่องศรี ศรีมรกต. ๒๕๔๐ : ๑-๒ ; อ้างอิงมาจาก Webster. ๑๙๙๔) ได้ให้ความหมายสุขภาพไว้ว่าเป็นสภาพที่มีความปกติสุข ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคความเจ็บปวด หรือความพิการบกพร่องทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ ให้ความหมายของสุขภาพว่าคือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและ ทางจิตวิญญาณ

ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ”

องค์การอนามัยโลก (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, ๒๕๔๓ : ๘ ; อ้างอิงมาจาก องค์การอนามัยโลก, ๒๕๔๐) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) คือกระบวนการเพิ่มสมรรถภาพให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (๒๕๔๓ : ๘) ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

ความหมายของ “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ”

กอชแมน (จินตนา ยูนิพันธ์, ๒๕๓๒ : ๑๕ ; Gochman, ๑๙๘๒) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึงการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำ ทั้งที่สังเกตเห็นอย่างชัดเจน (Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีเช่น นิสัยในการพักผ่อน ออกกำลังกาย บุคลิกภาพการใช้จ่าย รวมไปถึงสิ่งที่ต้องอาศัย วิธีการประเมินเนื่องจากสังเกตไม่ได้เช่น ความเชื่อ ความคาดหวังค่านิยม แรงจูงใจ การรับรู้

เพนเดอร์ (Pender, ๑๙๘๗ a : ๔) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาพดี และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อยกระดับให้เกิดภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม อันนำไปสู่ความผาสุกและมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งพฤติกรรมนั้นอาจสังเกตได้หรือไม่ได้และสามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวัน

๓. ตัวชี้แนะการกระทำในการกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้แนะการกระทำภายใน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ที่กระตุ้นให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมออกมา ตัวชี้แนะการกระทำภายในบุคคลได้แก่ การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง ที่มีต่อการพัฒนาการและความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นผลของการออกกำลังกายทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข จะเป็นตัวชี้แนะให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายต่อไป ตัวชี้แนะการกระทำภายนอกได้แก่ การสนทนากับผู้อื่นในเรื่องต่างๆ เช่นลักษณะของการบริโภคอาหาร

ลอร์เรน กรีน (Green, ๑๙๙๑ : ๒๒-๓๒) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework ซึ่งเป็นคำย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Cause in Education Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพศึกษาที่มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัย (Multiple Factors) จึงต้องมีการ วิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดวิธีการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกรีนได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพไว้ ๓ ปัจจัย คือ

๑. ปัจจัยหลัก (Predisposing Factors) หมายถึงปัจจัยที่เป็นพื้นฐานก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยนี้มีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับแต่ละคน ซึ่งปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลประกอบด้วย ความรู้ ทศคติและการปฏิบัติ การรับรู้ ความเชื่อ เน้นการรับรู้เป็นกุญแจของความต้องการความรู้ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติ

๒. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชนและทักษะที่ช่วยให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมได้ และสามารถที่จะใช้ทรัพยากรเหล่านั้น ซึ่งปัจจัยเอื้อนี้เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิด/ไม่ให้เกิดพฤติกรรมพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้าน

๒.๑ ทักษะ ต้องการให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ

๒.๒ มีแหล่งทรัพยากร เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ

๒.๓ มีแหล่งบริการ ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการ

๓. ปัจจัยเสริม (Reinforce Eing Factors) หมายถึง เป็นแรงเสริมแรงกระตุ้นให้กระทำ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจาก บุคคล กลุ่มบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในการยอมรับ/ไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น

พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยทั้ง ๓ ดังกล่าวคือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า แนวคิดของเพนเดอร์น่าจะเหมาะสมในการนำมาศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะเป็นแนวคิดแบบองค์รวม คือ มีการส่งเสริมป้องกัน ให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

๔. กระบวนการกลุ่ม

๔.๑ ความหมายของกระบวนการกลุ่ม ได้มีผู้ให้ความหมายกระบวนการกลุ่มไว้ดังนี้

ธีระ ชัยยุทธยรรยง (๒๕๔๕ : ๖๑-๖๗) ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มว่าหมายถึง การรวมกันของบุคคลต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทำให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและเกิดการพัฒนาในสมาชิกทุกคนในกลุ่ม

หลุย จำปาเทศ (๒๕๓๔ : ๑๘-๒๕) กล่าวว่ากระบวนการกลุ่ม หมายถึง วิชาที่ว่าด้วยการเคลื่อนไหวของกลุ่มไปตามธรรมชาติของกลุ่ม หรือไปตามกลไกหนึ่ง วิธีใดวิธีหนึ่งโดยจะมีแรงผลักดันหรืออิทธิพลบังคับจากภายในภายนอกก็ตาม แต่กลุ่มหรือสมาชิกของกลุ่มจะเป็นผู้ประพฤติปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของกลุ่มนั้น

นิรันดร์ จุลทรัพย์ (๒๕๔๒ : ๕๔) กล่าวสรุปคำว่ากลุ่มสัมพันธ์ มีความหมายเช่นเดียวกับกระบวนการกลุ่มโดยที่กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเกี่ยวข้องกันของบุคคลภายในกลุ่มทั้งกายวาจา อารมณ์ ความรู้สึก กิริยาท่าทาง และบรรยากาศภายในกลุ่ม ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงมีการปรับตัว ปรับความสัมพันธ์ต่อกันในลักษณะที่ต่อเนื่องกันเสมอ ส่วนกลุ่มสัมพันธ์จะเกี่ยวข้องกับสาเหตุเบื้องหลังของพฤติกรรมในกลุ่ม

ความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกันของบุคคลภายในกลุ่มสมาชิก ทำกิจกรรมร่วมกันช่วยกันคิด เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายและเกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา

เทคนิคกระบวนการกลุ่ม

ทิตินา แคมมณี (๒๕๒๒ : ๔๐) ได้เสนอเทคนิคในการจัดกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ว่าสามารถที่จะใช้เทคนิคต่อไปนี้ ซึ่งอาจจะเป็นเทคนิคเดียวหรือหลายเทคนิคประกอบกันคือ

๑. เกม (Game) เป็นการสอนโดยการเรียนรู้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ผู้เล่นยินยอมตกลงกันที่จะปฏิบัติตามเงื่อนไขใดเงื่อนไขหนึ่งเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการซึ่งมักจะมึผลออกมาในรูปของการแพ้ การชนะ การเล่นเกมจะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ยุทธวิธีต่าง ๆ และการเรียนมีชีวิตรื่นคลาย และผู้เรียนเกิดความสนุกสนานในการเรียน

๒. บทบาทสมมติ (Role Playing) เป็นการสอนที่ใช้ตัวละครที่สมมติขึ้นจากสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมาเป็นเครื่องมือในการสอน ในการให้ผู้เรียนสวมบทบาทนั้น ๆ และได้แสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองเกี่ยวกับบทบาทนั้นออกมาวิธีการนี้ ช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษาวิเคราะห์ถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของตนและของผู้อื่นได้อย่างลึกซึ้ง และช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจในบทบาทและแง่มุมที่แตกต่างไปจากตน

๓. กรณีตัวอย่าง (Case) เป็นการสอนที่ใช้กรณีเป็นเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริง ๆ นำมาดัดแปลงและใช้เป็นสื่อ ตัวอย่าง หรือเครื่องมือ ในการให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์และอภิปรายกัน เป็นการช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการใช้ความคิด ในการแก้ปัญหาหลาย ๆ แบบ วิธีการนี้ช่วยให้ผู้เรียนคิดและพิจารณาข้อมูลที่ได้รับอย่างถี่ถ้วน นอกจากนั้นยังช่วยให้การเรียนรู้มีลักษณะใกล้เคียงกับความเป็นจริง ซึ่งมีส่วนทำให้การเรียนรู้มีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น

๔. สถานการณ์จำลอง (Simulation) เป็นการสอนที่ใช้สถานการณ์ที่จำลองขึ้นให้เหมือนจริงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงมาเป็นเครื่องมือในการสอน โดยการให้ผู้เรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้น มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น และใช้ข้อมูลที่มีสภาพคล้ายกับข้อมูลในความเป็นจริงในสถานการณ์นั้น และมีปฏิริยาโต้ตอบกัน วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสทดลองแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งในสถานการณ์จริงผู้เรียนอาจจะไม่กล้าแสดงออก

๕. กลุ่มย่อย (Small Group) การใช้กลุ่มย่อยในการสอน ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้โดยทั่วถึง รวมทั้งช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากกันและกันกล่าวคือ ได้เรียนรู้ถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของกันและกัน การปรับตัว การมีปฏิสัมพันธ์ต่อการเรียนรู้บทบาทหน้าที่ต่าง ๆ และการแก้ปัญหาตัดสินใจร่วมกัน นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ความรู้ และความคิดเห็นจากกันและกันด้วยเทคนิคการใช้กลุ่มย่อยซึ่งมีหลายวิธีด้วยกัน แต่ที่นิยมใช้กันมากก็มีกลุ่มระดมสมองที่เรียกว่า Brainstorming Group นอกจากนั้นก็ยังมี Bull Session, Buzz Session, Fishbowl Technique และ Syndicate เป็นต้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ.๒๕๔๘ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๖.๗ ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าคือ ๑๔ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จากเดิมน้อยละ ๑๐.๓ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ (Institute for Population and Social Research Mahidol University. Situation of the Thai elderly, ๒๐๑๗) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งผลที่ตามมาจากสถานการณ์สังคมสูงวัย คือผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและความต้องการการช่วยเหลือเป็นจำนวนมากขึ้นจากการคาดการณ์สภาวะสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศใน ปีพ.ศ.๒๕๕๘ พบว่ามีภาวะทุพพลภาพระยะยาวถึงร้อยละ ๑๘.๘ ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันด้านสุขลักษณะส่วนตัว ร้อยละ ๖.๙๐ อีกทั้งต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านและที่พักอาศัย ร้อยละ ๔.๗๐ และต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกหรือเคลื่อนย้ายได้เอง ร้อยละ ๐.๙๐ (Wirojrat, Amnatsatsue, Sasat, Malatum, & Narongsak, ๒๐๑๔) ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย ตามภูมิภาคต่างๆยังพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่สองของประเทศซึ่งรองจากกรุงเทพมหานครและจังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ด้วยสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ๑๘.๘๙(Institute for Population and Social Research Mahidol University. Situation of the Thai elderly, ๒๐๑๗)

การส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเป็นการชะลอกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นปกติสุข เป็นวิธีการเชิงรุกอันหนึ่งเพื่อรองรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จากการศึกษาในระดับประเทศ พบว่า มีผู้สูงอายุ ๑ ใน ๔ คน(๓) มีปัญหาสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ มีการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ผู้สูงอายุในประเทศไทยร้อยละ ๑๖ รับประทานอาหารไม่ครบ ๓ มื้อ รับประทานอาหาร ผัก และผลไม้ไม่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น(๕) โดยผู้สูงอายุที่รับประทานผักทุกวันเพียงร้อยละ ๗๖ เท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ ๒๕ และดื่มสุรา ร้อยละ ๒๓ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ(๒) ดังนั้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และจากการสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุทั้งหมด ๑๒ คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกาย เนื่องจาก มีปัญหาสุขภาพ เช่นปวดหลัง ส่วนการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านยังไม่มี มีเฉพาะในระดับตำบล โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนในการทำกิจกรรมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนปัญหาสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง สำหรับพฤติกรรม รับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารรสเค็ม สำหรับด้านความสัมพันธ์กับ

สมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อยเนื่องจากต้องอยู่บ้านตามลำพัง บุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้าน สำหรับความสัมพันธ์ในชุมชนนั้น จะมีการพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นบางครั้ง และการสนับสนุนทางสังคม จะได้รับการสนับสนุนเพียงชีพของผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล

จากปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์กระบวนการทางสุขศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่ม เป็นหลักในการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ให้ผู้สูงอายุสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันและชะลอการเจ็บป่วย และความเสื่อมของร่างกาย

๔.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

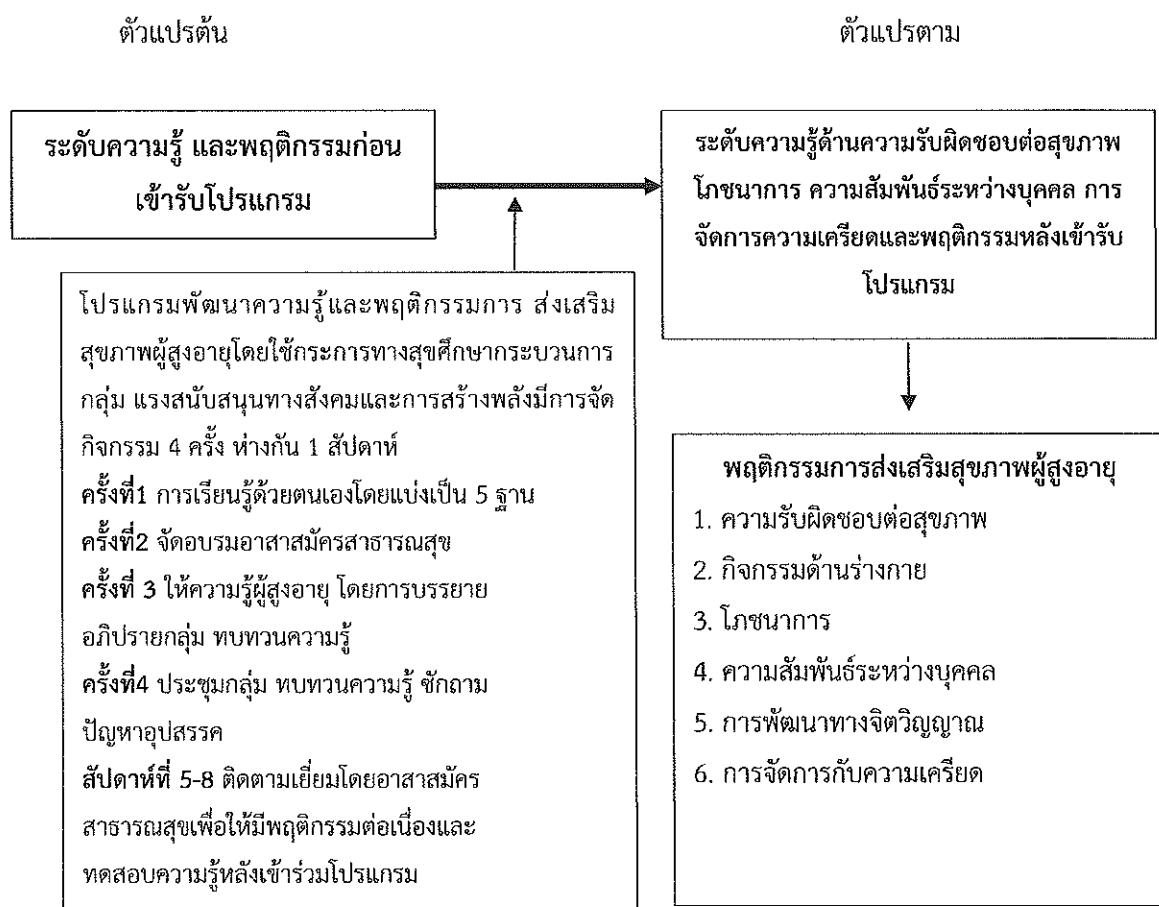
๑. เปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทดลอง (Paired Sample t-test)

๒. เปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง (Independent t-test)

๔.๓ สมมติฐานการวิจัย

๑. หลังทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง

๔.๔ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพที่ ๑.๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๔.๕ วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparsion Group) รวบรวม ข้อมูลตามตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบ Two Group Design โดยแบ่งเป็น ๖ ขั้นตอน ดังนี้

๑) รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง	O๑ _____ X _____ O๒
กลุ่มเปรียบเทียบ	O๓ _____ O๔
O๑, O๓	หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง
O๒ , O๔	หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลอง
X	หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาพประกอบ ๓ รูปแบบการวิจัย

แผนการทดลอง

	O๑									O๒
กลุ่มทดลอง	X๑	X๒	X๓	X๔	S๑	S๒	S๓	S๔		
สัปดาห์ที่	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘		
	O๓ _____ P _____ O๔									
กลุ่มเปรียบเทียบ										
สัปดาห์ที่ ๑-๘	1	2	3	4	5	6	7	8		

ภาพประกอบ ๔ แผนการวิจัย

O๑ , O๓ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

O๒ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการทดลองเสร็จสิ้นโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม

O๔ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ภายหลังจากใส่โปรแกรมพัฒนาความรู้

X๑ หมายถึง การจัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้ง ๑ คือ การจัดกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องควรปฏิบัติอย่างไร และจะมีผลดีต่อร่างกายอย่างไร ใช้เวลา ๑ วันแบ่งเป็น ๕ ฐาน

X๒ หมายถึง การจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

X๓ หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ ๒ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองโดยการบรรยายและ อภิปรายกลุ่ม เพื่อทบทวนความรู้ หลังจากให้โปรแกรมพัฒนาความรู้ใน ครั้งที่ ๑ ไปแล้ว และรับทราบปัญหาพร้อมกัน ๑ ครั้ง ใช้เวลาครึ่งวัน (๑-๓ ชั่วโมง)

X๔ หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ ๓ โดยการประชุมกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนการเรียนรู้และซักถามปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการแก้ปัญหาพร้อมกัน ๑ ครั้งใช้เวลาครึ่งวัน (๑-๓ ชั่วโมง)

5๑ – 5๓ หมายถึง การติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข อสม. รับผิดชอบการสนับสนุนติดตามจะเริ่มในสัปดาห์ที่ ๕ ถึงสัปดาห์ที่ ๗ จึงได้มีการประชุมชี้แจง อสม. ก่อนเพื่อแนะนำบทบาทของ อสม. และวิธีการให้การสนับสนุน

5๔ หมายถึง การติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย ก่อนสรุปและเก็บข้อมูล หลังทดลอง

P=ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปกติ

๒) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑. ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอดอนมดแดงจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน ๔ ตำบล มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น ๔,๑๘๘ คน

๒. กลุ่มตัวอย่าง

๒.๑ ประชาชนอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป

๒.๒ มีความรู้อ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด การมองเห็นและสามารถร่วมกิจกรรมได้

๒.๓ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

๒.๔ สามารถเข้าร่วมโครงการได้ทุกครั้ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

๑. พิจารณาตำบลที่มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุต่อเนื่อง ซึ่งมีทั้งหมด ๔ ตำบล โดยดูข้อมูลจากรายงานเมืองไทยสุขภาพดี อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. คัดเลือก ๒ ตำบล โดยการสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มทดลองเป็นตำบลเหล่าแดง และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นตำบลดอนมดแดง

๓. การคัดเลือกหมู่บ้านตัวอย่าง กลุ่มทดลอง โดยการคัดเลือกจากหมู่บ้านใน ๑ ตำบล คือ ตำบลเหล่าแดง ซึ่งมีจำนวน จำนวน ๗ หมู่บ้าน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยเขียนรายชื่อหมู่บ้านลงในกระดาษ ๑ ชื่อต่อ ๑ แผ่น แล้วจับฉลากครั้งแรกเป็นหมู่บ้านทดลอง ซึ่งได้กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุหมู่ ๓ และเลือกหมู่บ้านตัวอย่าง กลุ่มเปรียบเทียบ ได้กลุ่มเปรียบเทียบคือ ผู้สูงอายุหมู่ที่ ๗

๔. เลือกผู้สูงอายุที่สมัครใจและมีคุณลักษณะของประชากรที่ได้กล่าวมาข้างต้นเข้าร่วม โครงการโดยการจับฉลากเลือก ๑ คน ต่อ ๑ หลังคาเรือน ตามสภาพทางภูมิศาสตร์ของหมู่บ้าน โดยได้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจำนวน ๓๘ คนจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีทั้งหมดในหมู่บ้านที่เป็นหมู่บ้านทดลอง และผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน ๓๘ คน

๓) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๑ โปรแกรมการพัฒนาความรู้และส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๒ แผนการประชุมกลุ่มของกลุ่มทดลอง เพื่ออภิปรายปัญหา อุปสรรควางแผนแก้ไขในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน ๒ ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ ครั้งวัน (๑-๓ ชั่วโมง)

๑.๓ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน โดยการไปเยี่ยมเยียน แนะนำกระตุ้น และการติชมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๑ ครั้ง ในสัปดาห์ที่ ๕ ถึง ๗ โดยกลุ่มทดลองทุกคนจะได้รับการเยี่ยม ๑ ครั้ง ตามคัมละแวกบ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบ

๑.๔ ผลิตสื่อให้ความรู้

- เรื่อง ชี้นำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- การออกกำลังกาย อาหารสำหรับผู้สูงอายุ
- แนะนำการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ ส่วนได้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สภาพปัญหาและ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพ การควบคุมสุขภาพ ความสามารถหรือสมรรถนะตนเอง คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม สุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบปรนัยชนิด ๒ ตัวเลือก (ใช่, ไม่ใช่)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ให้ ๑ คะแนน

ตอบผิด ให้ ๐ คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนน ๓ ระดับ(๑) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
คะแนนเฉลี่ย มากกว่า ๑๑.๘๖ คะแนน (มากกว่าร้อยละ ๘๐)	ความรู้ระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย ๙.๐๐-๑๑.๘๕ คะแนน (ร้อยละ ๖๐-๗๙)	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย น้อยกว่า ๙.๐๐ คะแนน (เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ ๖๐)	ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ ๓ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ เป็นแบบประเมินค่า มีมาตรวัด ๓ หน่วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่แสดงการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ปฏิบัติเป็นประจำ = ๒ คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = ๑ คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย = ๐ คะแนน

ข้อความที่แสดงการปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ปฏิบัติเป็นประจำ = ๐ คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = ๑ คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย = ๒ คะแนน

ค่าคะแนนในหมวดความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น ๓ ระดับ(๑)

คะแนนเฉลี่ย

เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของคะแนนเต็ม มีระดับคะแนนต่ำ

ร้อยละ ๖๐ ของคะแนนเต็ม มีระดับคะแนนปานกลาง

มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของคะแนนเต็ม มีระดับคะแนนสูง

๔) การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

๑.๑ โปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาความรู้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเบื้องต้นจากการประเมินผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รวมทั้งศึกษา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัยได้แก่ กระบวนการกลุ่ม การสร้างพลัง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำมากำหนดเนื้อหาในการส่งเสริมพฤติกรรมผู้สูงอายุพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม กระบวนการกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้อง

๒. การสร้างแบบสัมภาษณ์

๒.๑ ศึกษาทฤษฎี เอกสาร คู่มือวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวข้อง นำมาสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามประเด็นที่ต้องการวัดในแต่ละตัวแปร

๒.๒ กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี

๒.๓ สร้างข้อความตามแบบสัมภาษณ์ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

๒.๔ ตรวจสอบคุณภาพ ของแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา การใช้ภาษา ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

๒.๕ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสัมภาษณ์ ไปทดสอบกับผู้สูงอายุตำบลคำไฮใหญ่ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี (คนละกลุ่มกับตัวอย่าง) จำนวน ๓๐ คน แล้วนำมาวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ ให้มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

๒.๕.๑ การหาคุณภาพของแบบวัดการรับรู้ นำแบบวัดการรับรู้มาตรวจให้คะแนนโดยให้ ๑ คะแนนสำหรับข้อที่ตอบถูก และให้ ๐ คะแนน สำหรับข้อที่ตอบผิด รวมคะแนนของแต่ละคน จากนั้นนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อวัดระดับความยากง่าย (Difficulty Level) เลือกใช้ข้อความที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง ๐.๒ - ๐.๘ และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .๗๒๒๗

๒.๕.๒ การหาคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำมาตรวจให้คะแนนตามหลักเกณฑ์ แล้วรวมคะแนนของแต่ละคน จากนั้นนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .๘๙๐๗

๕) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มี ๓ ระยะ ดังนี้

๑. ระยะก่อนทดลอง พัฒนาเครื่องมือวิจัย ประสานงานเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย โดยชี้แจงวิธีดำเนินการวิจัย ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการวิจัยต่อผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อความร่วมมือในการวิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลให้คัดเลือกและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และวัดความรู้

๒. ระยะทดลอง กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา ๘ สัปดาห์ ประกอบด้วย

๑) ขั้นตอนที่ ๑ สร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลาประมาณ ๑๕ นาที

๑. ทดสอบความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพศึกษา

๒. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวและให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง

๓. สร้างความคุ้นเคยเป็นกันเอง โดยการเล่นเกมสรวลกัน

๔. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน แนวทางการปฏิบัติตนในฐานะ

สมาชิกกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย

๒) ขั้นตอนที่ ๒ ระยะดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ ๙๐ นาที

๑) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ๔ กลุ่ม

๒) แยกเข้าฐานโดย กลุ่มที่ ๑ เข้าฐานที่ ๑ กลุ่มที่ ๒ เข้าฐานที่ ๒ ตามลำดับ

x ๑.๑ ฐานที่ ๑ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นพิษภัยจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผลดีของการตรวจสุขภาพประจำปีและเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมด้านร่างกายเช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ โดยมีการสาธิตการออกกำลังกายที่

ถูกต้อง เหมาะสม ประโยชน์ของการออกกำลังกายการพักผ่อน นอนหลับที่เหมาะสม การขับถ่าย แล้วตอบคำถามว่าหากไม่ปฏิบัติตามจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคอะไร สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

x ๑.๒ ฐานที่ ๒ มีเนื้อหาเกี่ยวกับด้านโภชนาการ โดยมีโมเดลประกอบพร้อมกับสาธิตอาหารของผู้สูงอายุและเนื้อหาเกี่ยวกับคุณค่าของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

x ๑.๓ ฐานที่ ๓ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การให้คำปรึกษาและการปรึกษากับบุคคลในนอกรอบครัว

x ๑.๔ ฐานที่ ๔ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และการทำสมาธิฟังธรรม

x ๑.๕ ฐานที่ ๕ นำความรู้แต่ละฐานมาสรุปลงในฟิวเจอร์บอร์ด

กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ ๑-๖ ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปกติ และนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวัดความรู้และสรุปกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ ๑ และ ๗

๓. ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถาม เล่นเกมส์เพื่อผ่อนคลายความเครียด สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปเนื้อหา จากประเด็นที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและวัดความรู้ สรุปผลการควบคุมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอบถามข้อสงสัยให้ตัวแทนกลุ่ม สรุปความรู้ที่ได้รับ พร้อมให้ข้อเสนอแนะกล่าวขอบคุณ และมอบเครื่องนับก้าวใช้เวลาประมาณ ๑ ชั่วโมง กลุ่มเปรียบเทียบ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและวัดความรู้เรื่องและสร้างการรับรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ ๓ ชั่วโมง

๔. ปิดการทำกลุ่ม

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา ๘ สัปดาห์ ประกอบด้วย

กิจกรรมสร้างความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นพิษภัยจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผลดีของการตรวจสุขภาพประจำปี

กิจกรรมด้านร่างกายเช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ โดยมีการสาธิตการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม ประโยชน์ของการออกกำลังกายการพักผ่อน นอนหลับที่เหมาะสม การขับถ่าย แล้วตอบคำถามว่าหากไม่ปฏิบัติตามจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคอะไร สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

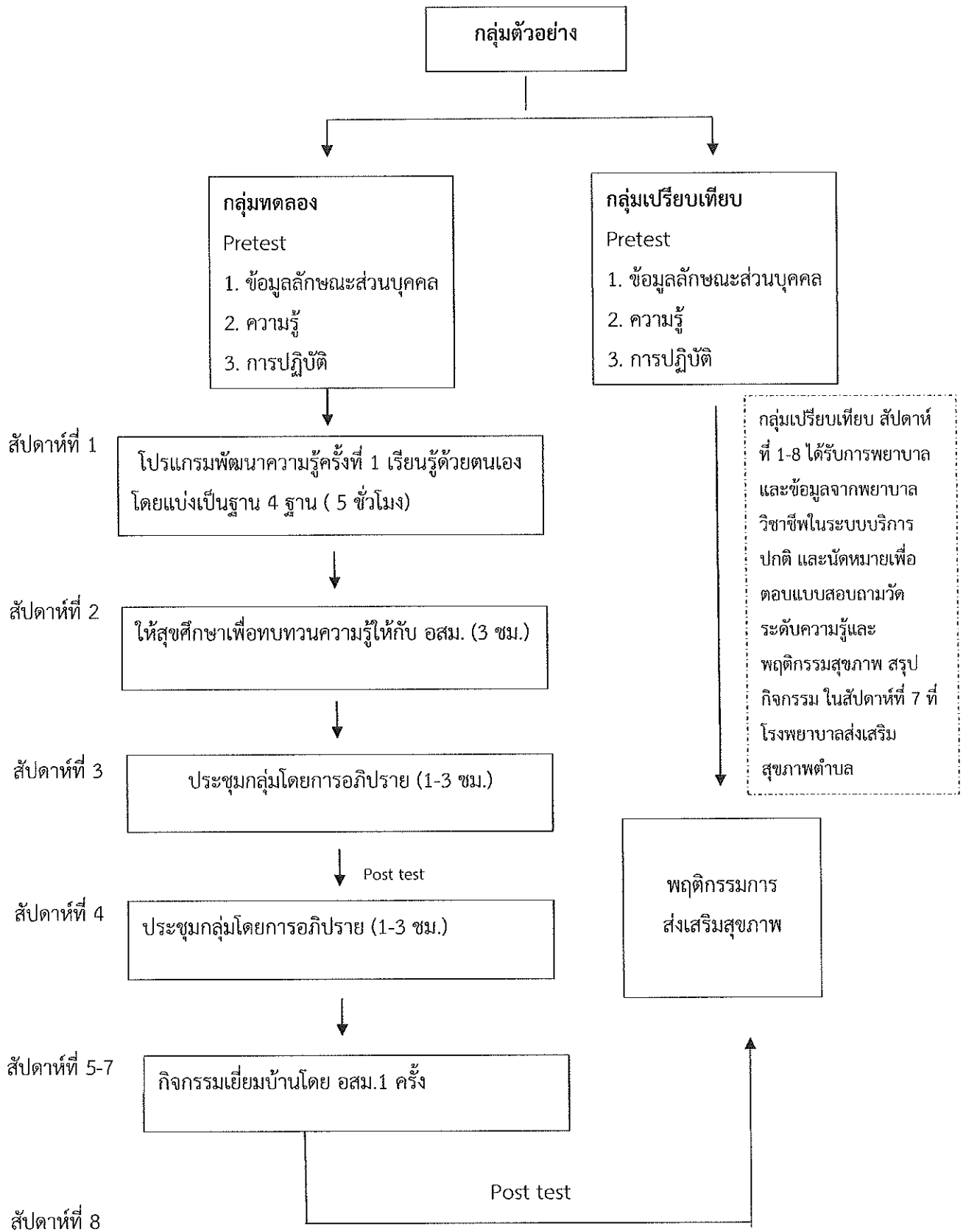
กิจกรรมด้านโภชนาการ โดยมีโมเดลประกอบพร้อมกับสาธิตอาหารของผู้สูงอายุและเนื้อหาเกี่ยวกับคุณค่าของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

กิจกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การให้คำปรึกษาและการปรึกษากับบุคคลในนอกรอบครัว

กิจกรรมอภิปรายกลุ่ม เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง

ดำเนินกิจกรรม การออกติดตามและเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำกลุ่มทดลองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในละแวกบ้าน จำนวน ๑ ครั้ง ในระยะเวลา ๓ สัปดาห์

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Post-test) ภายหลัง ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้เป็นเวลา ๘ สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



๖) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .๐๕ และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้

๑. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

๒. เปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

๓. เปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

๗) การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ คือ SSJ.UB ๒๕๖๖-๐๕๒ ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๗

๔.๖ ผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๗๖ คน ที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๕๒.๖) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส แบบอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ ๕๗.๙) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา เป็นระดับประถมศึกษา (ร้อยละ ๗๓.๗) อาชีพหลัก ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง แห่เลี้ยงรายได้ ได้จากบุตรหลาน (ร้อยละ ๖๕.๘) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง (ร้อยละ ๕๐.๐) ภาระหนี้สิน พบว่าไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ ๖๓.๒) สถานที่พักอาศัย พบว่ามีบ้านเป็นของตนเอง (ร้อยละ ๙๔.๗) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๗๑.๑)

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๕๐.๑) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส แบบอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ ๖๓.๒) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา เป็นระดับประถมศึกษา (ร้อยละ ๖๘.๔) อาชีพหลัก ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง แห่เลี้ยงรายได้ ได้จากบุตรหลาน (ร้อยละ ๕๐.๐) ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง (ร้อยละ ๕๗.๙) ภาระหนี้สิน พบว่าไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ ๕๗.๐) สถานที่พักอาศัย พบว่ามีบ้านเป็นของตนเอง (ร้อยละ ๘๔.๒) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๘๙.๕)

ส่วนที่ ๑ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

๑. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตาราง ๑ เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้รายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ความรู้รายด้าน	N	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
		\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	๓๘			ปานกลาง			สูง		
- ระดับความรู้		๑๐.๔๔	๒.๕๖		๑๑.๘๙	๑.๕๑		.๕๓๘	.๕๙๒
กลุ่มเปรียบเทียบ	๓๘								
- ระดับความรู้		๑๑.๕๘	๒.๕๕	ปานกลาง	๑๑.๕๕	๒.๕๔	ปานกลาง	-๒.๓	.๐๒๔

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตาราง ๑ พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ (\bar{X} ๑๑.๕๘) และและผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (\bar{X} = ๑๐.๔๔) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ (\bar{X} = ๑๑.๕๕) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่า และกลุ่มทดลอง (\bar{X} = ๑๑.๘๙) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตาราง ๒ การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	N	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
		\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	๓๘			ปานกลาง			สูง		
- ระดับความรู้		๗๗.๓๔	๔.๕๗		๘๐.๘๖	๑.๕๑		-๐.๔๗	.๙๖๒
กลุ่มเปรียบเทียบ	๓๘								
- ระดับความรู้		๗๗.๓๔	๕.๐๘	ปานกลาง	๗๖.๗๓	๒.๕๔	ปานกลาง	๓.๗๖๔	.๐๐๑**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

จากตาราง ๒ พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ (\bar{X} = ๗๗.๓๔) และและผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (\bar{X} = ๗๗.๓๔) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (\bar{X} = ๘๐.๘๖) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ (\bar{X} = ๗๖.๗๓) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้และระดับพฤติกรรมหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประเด็น	N	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p-value
		\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ		
-ระดับความรู้	๓๘	๗๗.๓๔	๔.๕๗	ปานกลาง	๗๗.๓๔	๕.๐๘	ปานกลาง	-	.๐๐๒**
-ระดับพฤติกรรม	๓๘	๘๐.๘๖	๕.๕.๓๖	สูง	๗๖.๗๓	๔.๑๑	ปานกลาง	๑.๐๐	.๓๒๔

**อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

จากตาราง ๓ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง (\bar{X} = ๗๗.๓๔) และหลังการทดลอง (\bar{X} = ๗๖.๗๓) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (\bar{X} = ๗๗.๓๔) และ หลังการทดลอง (\bar{X} = ๘๐.๘๖) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

๔.๗ สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกายด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการกับความเครียดด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการกับความเครียดดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ ๒ อธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการใช้สื่อการสอน เช่น บรรยาย แจกแผ่นพับ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการทางสุศึกษา และกระบวนการกลุ่มสามารถทำให้กลุ่มทดลอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิไลวรรณ ชูเชิด (๒๕๔๓) ที่ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลินที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่ด้านการมาตรวจตามนัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๑. ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.58$) และและผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 10.44$) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มไม่แตกต่างกัน

๒. ภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.58$) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่า และกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 11.88$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

๓. ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 17.34$) และและผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 17.34$) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มไม่แตกต่างกัน

๔. ภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 18.86$) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 17.73$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังจากทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

๖. ผู้สูงอายุในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 17.34$) และหลังการทดลอง ($\bar{X} = 17.73$) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

๗. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 17.34$) และ หลังการทดลอง ($\bar{X} = 18.86$) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เชิงคุณภาพ

ภายหลังการจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกายด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการกับความเครียดด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการกับความเครียด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. โปรแกรมนี้สามารถช่วยเพิ่มความรู้ในด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้มีทักษะที่เพียงพอในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ทั้งยังสามารถเสริมทักษะในการใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่สามารถส่งเสริมสุขภาพได้

๒. โปรแกรมนี้สามารถสร้าง motivation และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ ในกรณีนี้คือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย, การบริโภคอาหารที่เหมาะสม, การนอนหลับที่เพียงพอ, และกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั่วไป

๓. การมีกิจกรรมที่น่าสนใจและมีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดความเหงาและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุได้ โปรแกรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่มีความน่าสนใจสามารถเป็นอีกหนึ่งวิธีในการสนับสนุนทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

๔. ผู้สูงอายุที่มีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้สามารถทำกิจกรรมทั้งหลายในชีวิตประจำวันได้อย่างสมบูรณ์และสุขภาพดี

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การสร้างโปรแกรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุอาจต้องการการปรับเทคนิคในการส่งเสริมการเรียนรู้และการเข้าใจข้อมูล เนื่องจากมีความแตกต่างทางสภาพภาพและประสบการณ์การเรียนรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุ

๒. ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพที่ต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ทำให้ต้องพิจารณาปัญหาสุขภาพที่พวกเขาเผชิญหน้ามีการรับรู้และการจัดการที่เฉพาะเจาะจง

๓. การดำเนินการโปรแกรมนี้อาจต้องการทรัพยากรทางการเงิน เช่น การพัฒนาและดำเนินการโปรแกรม, การจัดอบรม, และการสนับสนุนทางเทคนิค ที่สามารถเป็นความยุ่งยากในกรณีที่ไม่มียุทธศาสตร์เพียงพอ

๔. ผู้สูงอายุอาจมีความคาดหวังและมุ่งมั่นที่แตกต่างกัน โปรแกรมต้องสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การดำเนินโปรแกรมที่มีประสิทธิผลนั้นมักต้องการงบประมาณที่เพียงพอ การหาทุนจากหน่วยราชการหรือผู้สนับสนุนอื่น ๆ อาจเป็นทางเลือกที่ยากลำบาก

๒. ผู้สูงอายุบางคนอาจมีความต้องการในด้านการดูแลสุขภาพหรือการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ ทำให้การดำเนินโปรแกรมต้องมีการร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์และจิตวิทยา

๓. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุอาจเป็นที่ยากลำบาก เนื่องจากพวกเขามีประสบการณ์และวิถีชีวิตที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ยาก

๔. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือภาวะสุขภาพที่รุนแรงอาจทำให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปด้วยความยุ่งยากมากขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จัดโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการทางสุขศึกษา กระบวนการกลุ่ม แร่งสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลการพัฒนาทางปัญญา และการจัดการความเครียดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการความเครียด เพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรหาโอกาสจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการความเครียด ที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ต่อไป

๒. การนำวิธีทางสุขศึกษาหลายๆ วิธี ร่วมกับการสาธิต การทดลองฝึกปฏิบัติและการทำข้อตกลงร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการความเครียด ได้ถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้นจึงควรนำกลวิธีดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

๓. ในการวิจัยครั้งนี้ ผลการจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และพฤติกรรมดีกว่าก่อนจัดโปรแกรมสุขศึกษาแต่ควรจะได้มีการหาความแตกต่างว่า ปัจจัยใดที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางปัญญา และการจัดการความเครียด

๔. มีกิจกรรมการทำข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพ และได้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ตีพิมพ์ผลงานในวารสารศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๒ (เดือน กรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวประพัฒสร ไสวเวียง สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



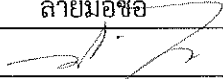
(นางสาวประพัฒสร ไสวเวียง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๕ /มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวประพัฒสร ไสวเวียง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายสุวิทย์ พบลภ)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง

(วันที่) ๕ /มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายสุวิทย์ พบลภ)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง

(วันที่) ๕ /มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันแนวโน้มประชากรสูงอายุ ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๑๔.๗ (๙.๕ ล้านคน) และคาดว่าในปี ๒๕๖๘ ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเกิน ร้อยละ ๒๐ (๑๔.๔ ล้านคน) นั้นหมายถึง เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aging Society) และคาดว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aging Society) คือ ร้อยละ ๓๐ ในปี ๒๕๗๘ การที่จะคงสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุโดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๘๐ ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า ๗๒ ปี เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบการทำงานของร่างกายจะเสื่อมประสิทธิภาพลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น รองลงมา คือ ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่พ้นจากวัยทำงานสู่วัยเกษียณอายุ เนื่องจากสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลงไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม รายได้ลดลง การพึ่งพิงจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ตลอดจนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุซึ่งล้วนแล้วแต่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และภาวะต่างๆ ที่มาจากความเสื่อมสภาพของร่างกายและจิตใจ จิตสังคม เมื่อเจ็บป่วยจึงทำให้ออนโรงพยาบาลนาน เสียค่าใช้จ่ายมาก เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้ง่ายขึ้น จนทำให้การพึ่งพาสูงขึ้นทำให้เกิดความเครียด เกิดภาวะทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามมา และถ้าผู้สูงอายุและญาติได้รับการดูแลที่ดี มีแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องข้อมูลการดูแลจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจะทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำปรึกษา การฝึกทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้กับเครือข่ายการดูแล จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตได้ตามอัตรภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรัชนกแดนเขตต์ ซึ่งพบว่า แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การให้ความรู้ และการมีอุปกรณ์ในการดูแลในช่องปากจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดีคำแนะนำปรึกษาดูแลที่ถูกต้องจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติได้ซึ่งสอดคล้องกับสุริยะ จงแพและคณะ พบว่าการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวพุทธธรรมแนววิถีพุทธ โดยการประเมินสภาพ การให้ความรู้ การดูแลแบบกลุ่ม และการฝึกทักษะชีวิตจะทำให้คนไข้ลดภาวะซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับทัศนีย์ อนันท์วัน ที่กล่าวว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งพบว่าการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย การส่งต่อเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การให้คำแนะนำพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตลอดจนการส่งต่อการดูแลสู่ชุมชนร่วมกับหน่วยงานในชุมชน ติดตามเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคลสามารถลดอัตราการตายจาก ร้อยละ ๕.๘๗ เหลือ ร้อยละ ๒.๔๙ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองพึงพอใจกับระบบบริการที่ได้รับในระดับมากที่สุดร้อยละ ๖๑.๕๐ และงานวิจัยของชัชวาลย์ ขจรอนันต์ ซึ่งพบว่าระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพทำให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพคนพิการครอบคลุมแบบองค์รวมและต่อเนื่องทั้ง การเตรียมความพร้อม ฝึกทักษะ และการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพผลของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการ

อำเภอดอนมดแดง มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๔,๐๕๕ คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ๓,๗๒๘ คน ติดบ้าน จำนวน ๖๗ คน และ ติดเตียง จำนวน ๕ คน จากการสำรวจฐานข้อมูลจากโปรแกรม HI พบว่า ๕ อันดับโรค ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลดอนมดแดง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไตวายเรื้อรัง และ ไชมันในเลือดสูงและอาการอื่นๆ ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ บางครั้งต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิด

แผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ข้อติด การติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ กลายเป็นคนไข้ติดบ้าน ติดเตียงที่ไม่มาสารรถดูแลตัวเองได้ เป็นภาระผู้ดูแลที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งการสูญเสียรายได้ รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดปัญหา

จากการวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลดอนมดแดง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ และโรคหัวใจ เมื่อเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน เกิดภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ใช้เวลาดูแลฟื้นฟูนาน ค่าใช้จ่ายสูง เป็นภาระครอบครัว ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ พบปัญหาหน้างานบ่อย ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๔ ราย แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการและสั่ง Consult ในคลินิก Long Term Care และ Care Manager (CM) เข้าไปประเมินและให้การดูแลพบว่าไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลต่อเนืองที่บ้าน จำนวน ๒ ราย มีการกลับมารักษาซ้ำใน ๒๘ วัน จำนวน ๑ ราย มีภาวะแทรกซ้อน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้เวลาทำ Group meeting นาน ๑ ชั่วโมง และเมื่อ Care Manager ไม่อยู่เจ้าหน้าที่อื่นไม่สามารถปฏิบัติงานแทนได้ทำให้เกิดอุบัติเหตุการล้ม ความเสี่ยง ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพจากญาติที่มสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเครือข่ายในชุมชน ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ : โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ขึ้น เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและหาแนวทางการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ก่อนจำหน่ายสู่ชุมชนและเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอ ดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
๒. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนา โดยใช้กระบวนการตามแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ ACE Star Model of knowledge transformation ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ดังนี้

- ๑) การค้นหาความรู้
- ๒) การสังเคราะห์งานวิจัย
- ๓) การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์ลงสู่การปฏิบัติ
- ๔) นำความรู้สู่การปฏิบัติจริง และ

๕) การประเมินผล ซึ่งได้นำแนวทางการดูแลแบบบูรณาการไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนมดแดง ที่ติดผู้ป่วยนอก นอนรักษาในโรงพยาบาล และแพทย์ส่ง Consult Long Term Care จำนวน ๓๐ ราย ที่สมัครเข้าร่วมวิจัย ระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๖

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนมดแดง เกณฑ์คัดเข้าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยในทั้งนอนรักษาและไม่ได้นอนรักษาในโรงพยาบาล และแพทย์ส่ง Consult Long Term Care เกณฑ์คัดออกผู้มี ภาวะพึ่งพิงอายุต่ำกว่า ๖๐ ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๖

เครื่องมือวิจัยแบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ การอยู่อาศัยกับคนในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และโรคประจำตัว

ส่วนที่ ๒ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล การประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่อง ภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล การประเมินความรู้ในการดูแลร่างกาย ทักษะการใช้ อุปกรณ์ ความจำเป็น/ความต้องการใช้อุปกรณ์ การดูแลของสหวิชาชีพ การขึ้นทะเบียน Long Term Care และการประสานงานเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องการหาคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง จำนวน ๕ คน ได้ ได้แก่ แพทย์ จำนวน ๑ คน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน ๓ คน และ สาขาการบริหารการพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก จำนวน ๑ คน เมื่อผู้เชี่ยวชาญได้ พิจารณาความเกี่ยวข้องของเครื่องมือแล้วและได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ได้เท่ากับ .๙๖

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

๑. ขั้นเตรียมการ

๑. ศึกษาข้อมูลบริบทพื้นที่

๒. จัดทำโครงร่างวิจัย

๓. ประกาศนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๔. จัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง

๕. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒. ขั้นตอนการดำเนินการโดยใช้ Model การแปลงรูปแบบของความรู้ใน ACE Star Model ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน คือ

๑. การค้นหาความรู้ (Knowledge discovery) โดยการสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์ในงานวิจัยที่เป็น primary research ดำเนินการตามรูปแบบของการพัฒนาการวิจัยสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ผลการพัฒนาพบว่าม้งงานวิจัยที่นำมาศึกษา จำนวน ๕ เรื่อง

๒. การสังเคราะห์งานวิจัยที่มีอยู่โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบได้ความรู้ที่สอดคล้องโดยไม่มี ข้อขัดแย้งกัน (Evidence Summary) โดยนำมาสรุป จนได้ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง

๓. การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์ลงสู่การปฏิบัติ (Translation) สิ่งที่สังเคราะห์ได้ คือ รูปแบบการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง และ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง เมื่อได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้นำไปหา คุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) เท่ากับ .๙๖

๔. การบูรณาการ (Integration) คือ การนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง โดยการนำแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง สู่การปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่า คะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลดอนมดแดง แผนกผู้ป่วยนอก และแพทย์ส่ง Consult ผู้จัดการผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) จำนวน ๓๐ คน

๕. การประเมินผล (valuation) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง โดยใช้กระบวนการตามแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ ACE Star Model of

knowledge transformation ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความรู้ (Knowledge discovery) การสังเคราะห์งานวิจัยโดยทบทวนอย่างเป็นระบบ (Evidence Summary) การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์สู่การปฏิบัติ (Translation) การบูรณาการ (Integration) และการประเมินผล (Evaluation) ทำให้ได้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง ประกอบด้วย การดำเนินงาน ๕ ขั้นตอน

คือขั้นตอนที่ ๑ การค้นหากลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาล โดยการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุ หัวหน้างาน และคณะกรรมการดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Patient Care Team : PCT) เพื่อให้รับทราบนโยบาย ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีสสุขภาพทุกคนและให้ทุกแผนกมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดอนมดแดง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยการใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผลพบ ว่า มีการ Consult จำนวน ๓๐ ราย

ขั้นตอนที่ ๒ แพทย์ส่ง Consult ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) หลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการและพบว่าเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงมีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน แพทย์พิจารณาส่ง Consult ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) เพื่อให้การพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๓ การพยาบาลโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาวให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีประสานเชื่อมต่อกับผู้จัดการการดูแลเครือข่ายสุขภาพระดับระดับอำเภอให้ไปติดตามดูแล ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โดยการประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ประเมินผู้ดูแล ความรู้ผู้ป่วยและญาติความรู้ในการดูแลร่างกาย ทักษะการดูแลและการใช้อุปกรณ์ การจัดหาอุปกรณ์ การดูแลโดยสหวิชาชีพก่อนจำหน่าย การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น Pop up ใน Hi และการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง หลังการดูแลตามแนวทาง ได้มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในแบบบันทึกรายการ Consult จำนวน ๓๐ ราย

ขั้นตอนที่ ๔ ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในโปรแกรม Hi และเขียนบันทึก Pop up ใน Hi เพื่อเป็นการสื่อสารว่าผู้สูงอายุรายนี้ได้รับการดูแลตามแนวทางผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว

ขั้นตอนที่ ๕ ส่งต่อเครือข่าย เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการแล้ว ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ปัญหาอุปสรรค และข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้กับ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอดอนมดแดง จำนวน ๔ แห่ง เพื่อให้ติดตามการดูแลและนำข้อมูลขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) เพื่อขออนุมัติงบประมาณในการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ติดตาม ดูแล และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมอย่าง ต่อเนื่องการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการโดยการแปลงรูปแบบของความรู้ใน ACE Star Model ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนทำให้ได้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ โรงพยาบาลดอนมดแดง

วงรอบที่ ๑ หลังนำแนวทางการดูแลไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ๑๐ คน แรก พบว่า พยาบาลในตึกเกิดความสับสนในการประเมินและแยกกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการสับสนในการ consult จึงมีการประชุมทีมพยาบาลผู้ดูแลในแต่ละแผนก รวม ๕ คน เพื่อคืนข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และวางแผนการพยาบาลร่วมกันโดยให้แยกกลุ่ม ผู้สูงอายุออกให้ชัดเจนและกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ต้องมีคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน ถ้ามากกว่า ให้ Consult ศูนย์เยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ Consult Palliative Care

วงรอบที่ ๒ เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๑๐ ราย เมื่อผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลดูแลตามแนวทางแล้ว ญาติได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแล ทำให้เกิดคำถามว่า จะทราบได้อย่างไรว่าญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ จึงได้มีการประชุมปรึกษาหารือกับคณบดี ปัญหา ค้นหาวิเคราะห์ปัญหาที่พบในครั้งที่ ๒ ร่วมกับทีม แพทย์และพยาบาล ที่ให้การดูแลแต่ละแผนก จำนวน ๕ คน พบว่าการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างทีมในการดูแล หลังการประชุมได้แนวทาง โดยการทำ Check list ในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเน้นการติดตามผลหลังให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแล ที่ระบุในกิจกรรมได้แก่ การประเมินความรู้ในการดูแลสภาพร่างกายของผู้ดูแล ประเมินความรู้และทักษะการใช้อุปกรณ์ในผู้ดูแล ประเมินความจำเป็น/ความต้องการในการใช้อุปกรณ์ โดยประเมิน การให้ความรู้ /สอน สาธิตและให้ญาติลงมือปฏิบัติ จำนวนสองครั้ง

ครั้งที่ ๑ เป็นการให้การพยาบาลโดยผู้จัดการผู้สูงอายุ และประสานพยาบาลในเวรประจำดึกให้ความรู้และฝึกทักษะในการพยาบาล อย่างต่อเนื่องเพื่อสื่อสารให้กับบุคลากรที่ดูแลทราบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพจนเกิดทักษะและให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง ก่อนจำหน่าย โดยใช้แบบ Check list ติดไว้หน้าชาร์จเวรระเบียบผู้ป่วย

ครั้งที่ ๒ เป็นการประเมินผลการฝึก ปฏิบัติของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายโดยพยาบาลผู้ให้การดูแลประจำดึกผู้ป่วย ผลพบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด ๑๐ ราย ผ่านการฝึกปฏิบัติทั้งหมด กรณีไม่ผ่าน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุจะประสานแพทย์เวรในการขยายเวลาฝึกทักษะการดูแลเพิ่มเติมจนกว่าผู้ดูแล มีทักษะและ สามารถปฏิบัติได้ อย่างถูกต้องจึงจำหน่ายได้ หลังนำแบบประเมินไปใช้ ทำให้เกิดความสะดวก ง่ายต่อการประเมิน ความก้าวหน้าของญาติในการดูแลสะดวกและวัดผลได้ ทำให้สามารถจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกสู่ชุมชนได้ง่ายก่อนจำหน่ายสู่ชุมชนพบปัญหาที่สำคัญคืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ทั้งที่นอนลม เตียง ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ รวมทั้งอุปกรณ์ทำแผล จึงมีการประชุมทีมพยาบาลในการดูแล ในวงรอบที่ ๓ วงรอบที่ ๓ การประชุมทีมพยาบาลในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๕ คน และได้แนวทางว่า กรณีมีความจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน เช่น มีแผลกดทับ จำเป็นต้องมีเตียง ที่นอนลมและชุดทำแผล ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) ประสานศูนย์เยี่ยมบ้านในการจัดหาอุปกรณ์ให้ครบก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กรณีอุปกรณ์ไม่มี หรือไม่ครบ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ประสานผู้จัดการดูแลระดับตำบลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่อาศัยเพื่อประสานในการจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่อง และให้ประสานงานต่อองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อของบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการจัดซื้ออุปกรณ์เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในชุมชนเมื่อนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีคะแนน ดัชนีบาร์ ธเอลดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน ปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ๓ วงรอบ ทำให้ได้แนวทางการดูแลที่ครอบคลุม

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ระบบนี้คาดว่าจะส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระยะวัยทำงานหรือพักผ่อน

๒. การพัฒนาระบบที่สนับสนุนความอิสระของผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

๓. ระบบคาดว่าจะเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ รวมถึงการให้ข้อมูลและการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ

๔. ระบบนี้คาดว่าจะส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และสนับสนุนการเชื่อมต่อกับชุมชนและครอบครัว.

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. การวัดระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตทั่วไป เช่น การมีกิจกรรมทางสังคม, การรักษาสุขภาพ, และความอิสระในการดำรงชีวิตประจำวัน มากกว่าร้อยละ ๘๐
๒. การวัดประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสังคม รวมถึงความพร้อมให้บริการและคุณภาพของบริการเอง
๓. การวัดการพัฒนาทักษะและความรู้ของบุคลากรที่ทำงานในระบบดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับความต้องการของกลุ่ม
๔. การวัดการเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกับชุมชน รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมทางวัฒนธรรม

(ลงชื่อ)

(นางสาวประพัฒสร ไสวเวียง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๕ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ✓
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนสิงหาคม ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๖๕ รวม ๕ เดือน

กิจกรรม	๒๕๖๕					๒๕๖๖
	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ต.ค.
๑. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย	✓					
๒. เลือกเรื่อง/ผู้ป่วยเพื่อศึกษา	✓					
๓. ขออนุมัติหัวหน้างาน/หัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ในการ เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	✓					
๔. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง	✓					
๕. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล รายที่ ๑		✓	✓			
๖. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล รายที่ ๒			✓	✓		
๗. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตาม ขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง				✓	✓	
๘. สรุปผลการศึกษา					✓	
๙. เขียนรายงานการศึกษาและจัดทำเป็นรูปเล่ม					✓	
๑๐. เผยแพร่ผลงานทางวารสาร						✓

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้

๓.๑.๑ โรคปอดอักเสบ

- คำจำกัดความ
- สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง
- พยาธิสรีรวิทยา
- การวินิจฉัยโรค
- ภาวะแทรกซ้อน
- การรักษา
- การป้องกัน
- การพยาบาล

๓.๑.๒ 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 ซึ่งวินิจฉัยการพยาบาลบางข้อ ไม่จำเป็นต้องมีคำว่า เนื่องจาก และใช้คำว่า ภาวะ ได้ ลักษณะคล้ายกับ Focus cutting

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้

๓.๑.๒ แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

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

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

๓.๑.๓ การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑.๔ ยาที่ใช้ในผู้ป่วย

ยาที่ใช้ในผู้ป่วย ได้แก่ Ventolin, Berodual, Hydrocortisone, GG syrup, Bromhexine, E.KCl, Ceftriaxone, Clindamycin, Amoxicillin syrup, Augmentin

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์

การพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลมีการปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพตามบทบาท ความรับผิดชอบของวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยแบบองค์รวมและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

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 เศรษฐฐานะ และแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ

๑.๕) กรณีผู้ป่วยเด็กให้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรับภูมิคุ้มกัน พัฒนาการตามวัย และแบบแผนการเลี้ยงดู

๒) การประเมินในระยะการดูแลต่อเนื่อง

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. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๓.๒) กรณีผู้ป่วยวาระสุดท้ายควรประเมินซ้ำ

๔) สื่อสารข้อมูลที่ได้จากการประเมินและผลการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ด้วยวาจาและเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร

๔.๑) รายงานข้อมูลที่เป็นเร่งด่วนไปยังผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อการตัดสินใจให้การช่วยเหลือหรือเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

๔.๒) บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินอย่างถูกต้อง เป็นระบบต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายอย่างถูกต้องและครบถ้วน เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและการให้การพยาบาล

๓.๒.๒ การวินิจฉัยการพยาบาล

๑) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการพยาบาลตามระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

๒) กำหนดปัญหาและความต้องการที่กำลังเกิดขึ้น เกิดขึ้นแล้ว และมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๓) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับแผนการดำรงชีวิตประจำวัน การป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

๔) นำข้อมูลที่ประเมินได้ในระยะการดูแลต่อเนื่องมาแก้ไข หรือกำหนดปัญหา และความต้องการใหม่ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆ เปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจน

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. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

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) เฝ้าระวังอาการไม่สุขสบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๘) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงความไม่สุขสบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ อธิบายถึงแนวทางการช่วยเหลือและวิธีการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น

๙) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายพร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนและการขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายและอาการรบกวนต่าง ๆ

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. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๓) กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละวัน ตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๔) กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการสอน เลือกลงใช้ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน ให้สอดคล้องกับปัญหา

๕) ประสานงานหรือประชุมปรึกษารื้อกับบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาผู้ป่วย

๖) ประชุมปรึกษารื้อระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรคของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ร่วมวิเคราะห์และปรับปรุงแผนการจำหน่าย

๗) บันทึกและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจำหน่ายทุกราย

๘) ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทาง การส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลกำหนด

๙) วิเคราะห์สาเหตุของการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่ Re-admission ทุกราย เพื่อนำไปสู่ การปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย

๓.๒.๖ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๑) ประเมินหรือตรวจสอบข้อมูลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลภายหลังปฏิบัติการพยาบาลทันที หรือในเวลาที่กำหนดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

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) ค้นหาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

๓) กำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมผสมผสานแผนเข้ากับแผนการพยาบาลและแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

๔) ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมของผู้ป่วยแต่ละรายให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

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

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. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๓) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยเคารพในสิทธิและยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้นหรือเชื้อชาติศาสนา

๔) ปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ถูกล่วงล้ำหรือละเมิดสิทธิส่วนบุคคลในทางที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการปฏิเสธการรักษาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือผู้ป่วยวาระสุดท้าย

๕) ก่อนให้การพยาบาลใด ๆ แก่ผู้ป่วย ควรบอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบ แม้ในภาวะไม่รู้สึกรู้สีกตัว

๖) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล

๗) ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างและกำกับให้สมาชิกทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล แม้ในภาวะไม่รู้สึกรู้สีกตัว

๓.๒.๑๑ การบันทึกทางการพยาบาล

๑) บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุม

๒) ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึก และรายงานทางการพยาบาล

๓) ทบทวนเอกสารรายงานผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ในการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน

๔) ใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน ให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย

๕) ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมา

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง การอักเสบอย่างเฉียบพลันของเนื้อปอด ซึ่งประกอบไปด้วยถุงลม เนื้อปอดที่คั่นอยู่ระหว่างผนังถุงลม โดยอาจมีการอักเสบเฉพาะกลีบ (Lobar pneumonia) หรือมีการอักเสบรอบ ๆ หลอดลม (Bronchopneumonia) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนี้จะกระจายเป็นหย่อม ๆ ออกรอบหลอดลมในปอดกลีบเดียวกันหรือหลาย ๆ กลีบก็ได้ หรืออักเสบในผนังถุงลม (Interstitial pneumonia) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะพบวามนังของถุงลมบวม และมีเซลล์ชนิดโมโนนิวเคลียร์ และไฟบรินแทรกกระจายอยู่ทั่วไป ในรายที่มีการอักเสบอย่างรุนแรงอาจพบเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) ใดด้วย หรือบางครั้งอาจพบมี Exudate จำนวนเล็กน้อยอยู่ในถุงลม และอาจมีการทำลายผนังถุงลมเกิดขึ้น (ทวี โชติพิทยสุนนท์, ๒๕๖๒; Jain et al, ๒๐๒๓) อุบัติการณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ทั่วโลกพบมีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมากกว่า ๑,๔๐๐ รายต่อเด็ก ๑๐๐,๐๐๐ คน หรือ ๑ รายต่อเด็ก ๗๑ คนทุกปี โดยอุบัติการณ์สูงสุดเกิดขึ้นในเอเชียใต้ (๒,๕๐๐ รายต่อเด็ก ๑๐๐,๐๐๐ คน) และแอฟริกาตะวันออกและกลาง (๑,๖๒๐ รายต่อเด็ก ๑๐๐,๐๐๐ คน) (Unicef, ๒๐๒๓) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลในระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค คาดการณ์ว่าจะพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑๑๔,๕๔๔ ราย อัตราป่วย ๑๗๒.๔๗ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน เสียชีวิต ๑๑๔ ราย อัตราป่วยตายน้อยละ ๐.๑๐ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) ส่วนอุบัติการณ์โรคปอดอักเสบในผู้ใหญ่ในโลกในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบได้ที่ ๑.๕-๑๔ รายต่อประชากร ๑,๐๐๐ ราย (Regunath & Oba, ๒๐๒๒) ทวีปเอเชียในปี ๒๕๖๕ พบรายงานอัตราตายของทวีปเอเชียแปซิฟิก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ที่ร้อยละ ๑.๑-๓๐ ของผู้ป่วยปอดอักเสบในประเทศญี่ปุ่นและจีน (NIMS & Respiratory, ๒๐๒๒) ส่วนประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ ๑๙๑,๘๑๔ ราย ซึ่งค่าการพยากรณ์ที่ได้จะพบจำนวนผู้ป่วยสูง ๒ ช่วง คือ ช่วงที่ ๑ ช่วงต้นปี (เดือนมกราคม-มีนาคม) จะพบผู้ป่วยประมาณ ๑๖,๐๐๐ รายต่อเดือน และช่วงที่ ๒ (เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน) จะพบผู้ป่วยประมาณ ๒๐,๐๐๐ รายต่อเดือน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนอกจากอายุ ซึ่งมักพบในเด็กและผู้สูงอายุแล้ว ยังมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคนี้ได้ในผู้ใหญ่ ได้แก่ ฝุ่น คิววัน สารเคมี และการมีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ เนื่องบุคคลกลุ่มนี้จะมีภูมิคุ้มกันโรครักษา (หิว โซติพิทยสุนนท์, ๒๕๖๒) และในเด็กมีลักษณะกายวิภาคและสรีรวิทยาของลักษณะทางเดินหายใจเล็กและสั้นไปด้วย Cilia โบกพัดเจริญไม่เต็มที่ การสร้างเยื่อเมือกในการดักจับเชื้อโรคไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ติดเชื้อได้ง่าย (สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก, ๒๕๖๒) ผลกระทบการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในเด็ก จะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ เด็กเกิดความเจ็บป่วยบ่อยครั้ง จากภาวะไข้ ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันได้ไม่สมบูรณ์ ด้านอารมณ์ ได้แก่ เด็กมักเกิดความกลัว ความเครียด เนื่องจากต้องมีความเข้าใจ มีการเรียนรู้ และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ด้านสังคม พบว่า เด็กจะมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวลดลง การเรียนรู้ทางสังคมจึงลดลงตามไปด้วย และด้านสติปัญญา เด็กจะเกิดความคิดหยุดชะงัก ไม่สามารถแยกจากสิ่งที่กำลังคิดออกจากความจริงได้ (สุทธิณี สุปรียาพร และคณะ, ๒๕๖๔) ส่วนผู้ใหญ่จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม ของเศรษฐกิจครอบครัวและสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และถ้ารอดชีวิตจะหลงเหลือรอยโรคที่ปอดทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี, ๒๕๖๓) จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ ทั้งเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลเด็กได้ถูกต้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเด็ก

หอผู้ป่วยในชาย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบุณทรภิก มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน ๓๐ เตียง รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยชายทุกโรคทั้งอายุรกรรม ศัลยกรรมและจิตเวช อายุตั้งแต่ ๑ เดือนจนถึงผู้สูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาและให้การพยาบาล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย จำนวน ๑,๙๒๐, ๑,๕๔๗ และ ๒,๖๘๙ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Pneumonia จำนวน ๑๙๒, ๕๕๕ และ ๑๒๘ รายตามลำดับ ซึ่งทั้ง ๓ ปี มีผู้ป่วยโรค Pneumonia ที่มีภาวะ Electrolyte imbalance จำนวน ๑๑๑, ๓๘๗ และ ๘๗ คน คิดเป็นอัตรา ๕๗.๘๑, ๖๙.๗๓ และ ๖๗.๙๗ ของผู้ป่วยโรค Pneumonia ตามลำดับ จากสถิติวิเคราะห์ได้ว่าโรค Pneumonia มักมีภาวะ Electrolyte imbalance แทรกซ้อนมากกว่าร้อยละ ๕๐ ซึ่งเป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งจะส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ ด้วยพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ดังนั้นการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ แก้ไขความไม่สมดุลของเกลือแร่ และดูแลให้ยาปฏิชีวนะจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย รอดชีวิต และอาการดีขึ้น เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และความแตกต่างระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ พยาบาลจะต้องสามารถส่งเสริมให้บิดามารดาสามารถดูแลบุตรเพื่อป้องกันการเป็น Recurrent Pneumonia ต่อเนื่องที่บ้าน และการสอนการไอแบบมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะและดูแลสุขภาพให้แข็งแรงเสมอในผู้ป่วยที่เป็นวัยผู้ใหญ่ เพื่อป้องกัน Recurrent Pneumonia เช่นเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล โดยศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย

๔.๒.๒ เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) แนวคิดการดูแลแบบ ๗ Aspects of care และดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อให้ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย อย่างปลอดภัย ได้มาตรฐาน และครอบคลุมแบบองค์รวม

๔.๓.๒ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ทั้งนี้ป้องกันไปถึงความพิการและการเสียชีวิต

๔.๓.๓ เพื่อสร้างเอกสารหลักฐาน ให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการรักษาพยาบาลทั้งในและนอกหน่วยงาน ใช้เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ผู้ศึกษาดูงาน นักศึกษาพยาบาล

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล จำนวน ๒ ราย ณ หอผู้ป่วยในชาย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบุรณศิริ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดการพยาบาลตามหลัก Nursing process บูรณาการกับแนวคิดการดูแลแบบ ๗ Aspects of care และแนวคิด Holistic care ทุกระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติที่เสี่ยงและคุกคามต่อชีวิต หรือเกิดจากการใช้ยาอันตรายต่าง ๆ ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต รวมทั้งการใช้เครื่องมือทางการแพทย์และเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและประเมิณผลลัพธ์การพยาบาล

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๕ กันยายน ๒๕๖๕ (๔ วัน)

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๘ ตุลาคม -๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ (๕ วัน)

เผยแพร่ผลงาน โดยนำเสนอกรณีศึกษา ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต ปี ๒๕๖๗ (Change and Challenges in the Next Normal) วันที่ ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษา ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

๔.๕.๑ ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคในหอผู้ป่วย

๔.๕.๒ เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล จำนวน ๒ ราย

๔.๕.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๕.๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค การพยาบาลตาม Nursing process บูรณาการกับแนวคิดการดูแลแบบ ๗ Aspects of care และแนวคิด Holistic care ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

๔.๕.๕ ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

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

๔.๕.๗ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง นำมาวางแผนการพยาบาลการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ (อารมณ์) สังคม (ครอบครัว) และจิตวิญญาณ

๔.๕.๘ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ โดยยึดแนวความคิดการดูแลแบบ ๗ Aspects of care และแนวคิด Holistic care ทั้งในระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๔.๕.๙ สรุปผลการพยาบาล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิด

๔.๕.๑๐ เรียบเรียงผลงานเพื่อจัดทำเอกสารบทความวิจัย และตรวจสอบความถูกต้อง

๔.๕.๑๑ ส่งเผยแพร่ผลงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิของการประชุมตรวจสอบและชี้แนะ

๔.๕.๑๒ แก้ไขกรณีศึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

๔.๕.๑๓ รวบรวมรูปเล่มที่ได้รับการเผยแพร่ผลงาน

๔.๖ สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ ๑

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๔ ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ๘ วันก่อนมา เข้าป่าและลงน้ำเพื่อประกอบอาชีพ รู้สึกไม่สบายตัว ๗ วันก่อนมา มีไข้ต่ำ ๆ ตอนเย็นทุกวัน รับประทานยาลดไข้ อาการพอทุเลา และ ๑ วันก่อนมา ไข้สูง ไอแห้ง หายใจหอบเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล แรกรับ Temp ๓๘.๑°C, P ๘๘ bpm, R ๒๘ bpm, BP ๑๐๘/๖๘ mmHg O_๒sat ๙๕-๙๖%RA ฟัง Lung พบ Crepitation both lung, คลำตับ ๒ FB, BW ๖๙ kgs, Ht ๑๗๐ cms, BMI ๒๓.๘๘ kg/m^๒ ๑๓. ผล Chest x-ray พบ Perihilar Infiltration both lung, WBC ๑๑,๓๔๐ cell/mm^๓, Neutrophil ๘๑%, Lymphocyte ๑๑%, Na ๑๓๐ mEq/L, Cl ๙๓ mEq/L, SGOT ๖๗ U/L, SGPT ๑๑๐ U/L, ALP ๑๙๔ U/L แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia with Hyponatremia with Acute hepatitis ให้การรักษาดังนี้ ระบบทางเดินหายใจ O_๒ cannula, พ่น Berodual ,ยา Bromhexine ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone และ Clindamycin, Rx Na+Cl ต่ำ ด้วย ๐.๙%NaCl vein, Rx Acute Hepatitis ด้วยยาปฏิชีวนะ และ ๐.๙%NaCl, ให้ยา Paracetamol (๕๐๐) ๑ tabs oral prn และยาจำหน่าย Augmentin x ๖ วัน ให้การพยาบาลตามระยะ พบปัญหาแต่ละระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ๑) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ดูแลให้ได้รับ O_๒ cannula ให้ยาพ่นและยาแก้ไอละลายเสมหะ เคาะปอด สอนการหายใจ ประเมิน V/S, O_๒ sat จัดทำนอนศรีษะสูงเพื่อให้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมินผล ค่าO_๒ sat ๙๘% และผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ๒) มีภาวะติดเชื้อที่ปอดและที่ตับ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone และ Clindamycin ดูแล Hygiene care และ Unit care ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อเฝ้าระวังภาวะ Sepsis โดยการใช้ SOS score ประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ และ ๓) มีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค แผนการรักษา เปิดโอกาส

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖ สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑ (ต่อ)

ให้พบแพทย์ ประเมินผล สีหน้าคลายวิตกกังวล ระยะต่อเนื่อง ๑) มีภาวะ Electrolyte imbalance ดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับ ๐.๙%NaCl vein drip ประเมินภาวะขาดน้ำ ปวดศีรษะ ซึมลง คลื่นไส้อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก อ่อนล้า หดแรง บันทึก I/O และติดตามค่า Na และ Cl ประเมินผล ค่า Na ๑๓๕ mEq/L, Cl ๑๐๐ mEq/L และไม่พบ ภาวะแทรกซ้อนจาก Na และ Cl ต่ำ ๒) มีโอกาสพร่องสารน้ำอาหารเนื่องจากการเผาผลาญพลังงานสูง ดูแลให้ ๐.๙%NaCl vein drip ดูแลให้ได้รับอาหารธรรมดา ทำความสะอาดช่องปากเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร งดอาหาร หวานมันจากตับอักเสบ ประเมินผล ผู้ป่วยน้ำหนักไม่ลด รับประทานอาหารได้ตามสมควร ๓) ไม่สุขสบายเนื่องจาก มีไข้ ดูแลให้ยา Paracetamol (๕๐๐) ๑ tabs prn ดูแลและแนะนำให้เช็ดตัวลด แนะนำ force oral fluid จัด สิ่งแวดล้อมให้สงบ และดูแลให้พักผ่อน ประเมินผล Temp ๓๗.๓°C ไข้ลดลง พักผ่อนได้ และ ๔) เสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากสารพิษคั่ง ติดตามอาการสารพิษคั่ง ได้แก่ สับสน มึนงง ง่วงซึม อ่อนเพลีย มีปัญหาใน การเรียบเรียงคำพูด การเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น มือสั่น เคลื่อนไหวร่างกายช้าลง และชัก แนะนำอาหารประเภท โปรตีน เน้นการให้ปลามากกว่าเนื้อ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ดูแลให้ ๐.๙%NaCl vein drip เพื่อเพิ่มการขับ สารพิษ ติดตามค่า SGOT, SGPT และ ALP ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการของสารพิษคั่ง SGOT ๕๖ U/L, SGPT ๗๓ U/L, ๑๖๖ U/L ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอีก และระยะก่อนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำตามแนวทาง DMETHOD ได้แก่ D: ให้ ความรู้เรื่องโรค M: การให้ความรู้เกี่ยวกับยา E: การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม T: การสอนการดูแล เบื้องต้น เช่น การให้ยาลดไข้ การไอขับเสมหะที่ถูกวิธี และการฝึกการหายใจ H: การส่งเสริมสุขภาพ O: การ กลับมาตรวจตามนัด และ D: แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับวัยทำงาน ผู้ป่วยสนองต่อการรักษาพยาบาล อาการดี ขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน โดยนอนโรงพยาบาล ๔ วัน

กรณีศึกษาที่ ๒

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ ๔ ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ๒ วัน ก่อนมา ไข้ ไอ มีน้ำมูก ไปรักษาที่ รพ. สด. ไข้ลดลงเป็นช่วง ๆ และ ๑ วัน ก่อนมา ไข้สูง ไอมีเสมหะ หายใจหอบ บิดามารดาจึงพามาโรงพยาบาล แรกเริ่ม มีกราฟการเจริญเติบโตเป็นไปตามเกณฑ์ รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ เลี้ยงโดยบิดามารดา Temp ๓๘.๖°C, P ๑๔๔ bpm, R ๔๖ bpm, BP ๙๒/๖๔ mmHg O_๒sat ๙๔-๙๕%RA ฟัง Lung พบ Crepitation + Wheezing both lung ผล Chest x-ray พบ Perihilar Infiltration both lung, WBC ๑๗,๗๕๐ cell/mm^๓, Lymphocyte ๑๖%, K ๒.๙๗ mEq/L แผนการรักษา ระบบทางเดินหายใจ O_๒ cannula, พ่นยา Ventolin, ยา GG syrup, ยา ปฏิชีวนะ Ceftriaxone ยาด้านการอักเสบ Hydrocortisone, Rx Hypokalemia ด้วย E.KCl ๑๐ ml ยาลดไข้ Paracetamol syrup ๙ ml oral prn และ ยาจำหน่าย Amoxycillin syrup x ๒ วัน ให้การพยาบาลตามระยะ พบปัญหาแต่ละระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ๑) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ดูแลให้ ได้รับ O_๒ cannula ให้ยาพ่นและยาแก้ไอละลายเสมหะ เคาะปอด ประเมิน V/S, O_๒ sat จัดทำนอนศรีษะสูง เพื่อให้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมินผล ค่าO_๒ sat ๙๗% และผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ๒) มีภาวะติดเชื้อที่ปอด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxoneดูแล Hygiene care และ Unit care ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก ปราศจากเชื้อเฝ้าระวังภาวะ Sepsis โดยการใช้ SOS score ดูแลให้ยาด้านการอักเสบ Hydrocortisone ประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ และ ๓) บิดามารดามีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากการ เจ็บป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและบิดามารดา เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามปัญหาเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย อธิบายให้บิดามารดา เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค แผนการรักษา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖ สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

เปิดโอกาสให้พบแพทย์ ประเมินผล สีหน้าบิดามารดาคล้ายวิตกกังวล ระยะต่อเนื่อง ๑) มีภาวะ Electrolyte imbalance ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ E.KCl ๑๐ ml ประเมินการทำงานของ Muscle ๓ ชนิด ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและตะคริว ท้องอืดและท้องผูก บันทึก I/O และติดตามค่า K ประเมินผล ค่า K๓.๖๔ mEq และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก K ต่ำ ๒) มีโอกาสพร่องสารน้ำอาหารเนื่องจากการเผาผลาญพลังงานสูง ดูแลให้ ๕%DN/๒ vein drip ดูแลให้ได้รับอาหารธรรมดา ทำความสะอาดช่องปากเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร แนะนำบิดามารดาให้นำอาหารที่เด็กชอบมาได้รับประทาน ประเมินผล ผู้ป่วยน้ำหนักไม่ลด รับประทานอาหารได้ตามสมควร และ ๓) มีโอกาสชักเนื่องจากไข้สูง ดูแลให้ยา Paracetamol syrup ๙ ml prn ดูแลและแนะนำสอนบิดามารดาให้เช็ดตัวลดไข้ แนะนำ force oral fluid จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และดูแลให้พักผ่อน ประเมินผล Temp ๓๗.๖°C ไม่มีอาการชักจากไข้สูง และระยะก่อนจำหน่าย พบว่าบิดามารดาพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำตามแนวทาง DMETHOD ได้แก่ D: ให้ความรู้เรื่องโรค M: การให้ความรู้เกี่ยวกับยา E: การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับเด็ก T: การสอนการดูแลเบื้องต้น เช่น การให้ยาลดไข้ การสังเกตอาการที่ผิดปกติ H: การส่งเสริมสุขภาพ การรับวัคซีนตามนัด O: การกลับมาตรวจตามนัด และ D: แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับวัยเด็ก ผู้ป่วยสนองต่อการรักษาพยาบาล อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน โดยนอนโรงพยาบาล ๕ วัน

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. เพศ/อายุ	- ชาย ๕๔ ปี	- ชาย ๔ ปี
๒. อาการสำคัญ	- ไข้ ไอ หายใจหอบ เป็นก่อนมา ๑ วัน	- ไข้ ไอ หายใจหอบ เป็นก่อนมา ๑ วัน
๓. อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	- ๘ วันก่อนมา เข้าป่าและลงน้ำเพื่อประกอบอาชีพ รู้สึกไม่สบายตัว - ๗ วันก่อนมา มีไข้ต่ำ ๆ ตอนเย็นทุกวัน รับประทานยาลดไข้ อาการพอทุเลา - ๑ วัน ก่อนมา ไข้สูง ไอแห้ง หายใจหอบเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล	- ๒ วัน ก่อนมา ไข้ ไอ มีน้ำมูก ไปรักษาที่ รพ.สต. ไข้ลดลงเป็นช่วงๆ - ๑ วัน ก่อนมา ไข้สูง ไอมีเสมหะ หายใจหอบญาติจึงพามาโรงพยาบาล
๔. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- ภูมิแพ้โรคประจำตัว ภูมิแพ้การแพ้ยาลูก - ภูมิแพ้การสูบบุหรี่ ต่อมสุราเป็นครั้งคราว	- เคยมีประวัติการรักษาด้วยอาการไอ หายใจหอบ - ภูมิแพ้การแพ้ยาลูกและแพ้อาหาร
๕. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	- ครอบครัวภูมิแพ้โรคทางพันธุกรรม และโรคติดต่อร้ายแรง	- ครอบครัวภูมิแพ้โรคทางพันธุกรรม และโรคติดต่อร้ายแรง
๖. การวินิจฉัยโรค	- Pneumonia with Hyponatremia with Acute hepatitis	- Pneumonia with Hypokalemia BW=๑๗ kgs, Ht=๑๐๕ cms, มีกราฟการเจริญเติบโตเป็นไปตามเกณฑ์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๗. น้ำหนัก/ ส่วนสูง/กราฟ การเจริญเติบโต/ BMI	-BW=๖๙ kgs, Ht=๑๗๐ cms, BMI=๒๓.๘๘ kg/m ^๒	-BW=๑๗ kgs, Ht=๑๐๕ cms, มีกราฟการ เจริญเติบโตเป็นไปตามเกณฑ์
๘. ประวัติการ คลอด	-	-คลอดปกติ หลังคลอดสมบูรณ์ แข็งแรง จำหน่ายกลับบ้านพร้อมมารดา
๙. ประวัติการรับ วัคซีน	-	-ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ
๑๐. ประวัติการ เลี้ยงดู	-	-ได้รับการเลี้ยงดูโดยบิดามารดา ดูแลแบบไม่ได้ ตามใจหรือบังคับมากเกินไป
๑๑. พัฒนาการ	-	-พัฒนาการด้าน Gross motor (GM), Fine Motor (FM), Receptive Language (RL), Expressive Language (EL), Personal and Social (PS) ปกติ
๑๒. การตรวจ ร่างกาย ที่ ผิดปกติ	-ฟัง Lung พบ Crepitation both lung, คลำตับ ๒ FB	-ฟัง Lung พบ Crepitation + Wheezing both lung
๑๓. ผล Chest x-ray	-Perihilar Infiltration both lung	-Perihilar Infiltration both lung
๑๔. ผล Lab ที่ ผิดปกติ	-WBC ๑๑,๓๔๐ cell/mm ^๓ , Neutrophil ๘๑%, Lymphocyte ๑๑%, Na ๑๓๐ mEq/L, Cl ๙๓ mEq/L, SGOT ๖๗ U/L, SGPT ๑๑๐ U/L, ALP ๑๙๔ U/L	-WBC ๑๗,๗๕๐ cell/mm ^๓ , Lymphocyte ๑๖%, K ๒.๕๗ mEq/L
๑๕. สัญญาณ ชีพ	-Temp ๓๘.๑°C, P ๘๘ bpm, R ๒๘ bpm, BP ๑๐๘/๖๘ mmHg O _๒ sat ๙๕-๙๖%RA	-Temp ๓๘.๖°C, P ๑๔๔ bpm, R ๔๖ bpm, BP ๙๒/๖๔ mmHg O _๒ sat ๙๔- ๙๕%RA

วิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย พบว่า

๑. เพศ/อายุ: ผู้ป่วยทั้ง ๒ มีความแตกต่างกันในด้านอายุแสดงให้เห็นว่าทุกอายุสามารถเป็นโรคปอด
อักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุลได้เหมือนกัน

๒. อาการสำคัญ: ผู้ป่วยทั้ง ๒ มีอาการนำมารักษาโรงพยาบาลเหมือนกัน แสดงให้เห็นถึงลักษณะอาการของ
โรคที่สำคัญคือ ไข้ ไอ หายใจหอบ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

๓. อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ผู้ป่วยเด็กไม่มีที่มาของการเกิดโรค แต่ผู้ป่วยรายที่ ๑ มีที่มาของการเกิดโรค คือการเข้าป่าและลงน้ำแล้วติดเชื้อปอดอักเสบ

๔. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: เป็นส่วนที่ต้องแสดงให้รู้ว่า เด็กจะยังไม่มีประวัติการเสพยาเสพติด ดังนั้นประเด็นนี้จะนำเสนอในเฉพาะกรณีศึกษาผู้ใหญ่เท่านั้น ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดโรคได้

๕. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: กรณีนี้จะทำให้ทราบว่า รายที่เป็นเด็กอาจติดเชื้อหวัดจากบุคคลรอบข้างได้ แต่ในผู้ใหญ่พบว่าติดเชื้อโรคจากการประกอบอาชีพหรือการทำมาหากิน

๖. การวินิจฉัยโรค: สืบให้ทราบว่าพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งรายที่ ๑ ถึงแม้เป็นผู้ใหญ่ แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเชื้อโรครุนแรงมากกว่า

๗. น้ำหนัก/ส่วนสูง/กราฟการเจริญเติบโต/BMI: ในเด็กแสดงให้เห็นว่าการเจริญเติบโตแสดงถึงภาวะโภชนาการที่ต้องส่งเสริมให้เจริญเติบโต ส่วนผู้ใหญ่ต้องควบคุม BMI ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

๘. ประวัติการคลอด, ๙. ประวัติการรับวัคซีน, ๑๐. ประวัติการเลี้ยงดู, ๑๑. พัฒนาการ ทั้ง ๔ ประเด็นนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำเสนอในผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ทราบถึงประวัติและการวางแผนการพยาบาลโดยให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและเลี้ยงดูต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนผู้ใหญ่จะไม่ได้กล่าวถึงในส่วนข้อมูลเหล่านี้

๑๒. การตรวจร่างกายที่ผิดปกติ: ผู้ป่วยปอดอักเสบทั้ง ๒ ราย ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation เช่นเดียวกัน แต่ในผู้ใหญ่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วยจะพบว่า คลำตับได้ ๒ FB

๑๓. ผล Chest x-ray: ผู้ป่วยปอดอักเสบทั้ง ๒ ราย มีผลเหมือนกันคือ Perihilar Infiltration both lung

๑๔. ผล Lab ที่ผิดปกติ: ผู้ป่วยปอดอักเสบ แสดงถึงการติดเชื้อที่ปอด ได้แก่ WBC, Neutrophil และ Lymphocyte ซึ่งทั้ง ๒ ราย มีความผิดปกติเช่นเดียวกัน

๑๕. สัญญาณชีพ: แสดงให้เห็นถึงการติดเชื้อ ซึ่งทั้ง ๒ ราย มีอาการนำมารักษาพยาบาลด้วยอาการไข้

แผนการรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑๖. แผนการรักษา	-ระบบทางเดินหายใจ O _๒ cannula, พ่น Berodual ,ยา Bromhexine -ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone และ Clindamycin -Rx Na+Cl ต่ำ ด้วย ๐.๙%NaCl vein -Rx Acute Hepatitis ด้วยยาปฏิชีวนะ และ ๐.๙%NaCl -ยา Paracetamol (๕๐๐) ๑ tabs oral prn -ยาจำหน่าย Augmentin x ๖ วัน	ระบบทางเดินหายใจ O _๒ cannula, พ่นยา Ventolin, ยา GG syrup, -ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone -ยาด้านการอักเสบ Hydrocortisone -Rx Hypokalemia ด้วย E.KCl ๑๐ ml -ยาลดไข้ Paracetamol syrup ๙ ml oral prn -ยาจำหน่าย Amoxycillin syrup x ๒ วัน

วิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย พบว่า แผนการรักษาหลัก ๆ ของโรคปอดอักเสบทั้งเด็กและผู้ใหญ่ คือการให้ออกซิเจน ยาละลายเสมหะ เพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ให้อาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อโรคที่ปอด และรักษาระบบอวัยวะให้สมดุล ซึ่งทั้ง ๒ ราย มีแนวทางการรักษาเช่นเดียวกัน ส่วนกรณีศึกษาผู้ใหญ่มีภาวะตับอักเสบ ซึ่งภาวะนี้ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

แผนการรักษา (ต่อ)

เลือดดำ จะทำให้ค่าการทำงานของตับ ได้แก่ SGOT ๖๗ U/L, SGPT ๑๑๐ U/L, ALP ๑๙๔ U/L ที่ขึ้นเมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ

การพยาบาล

ระยะแรกรับ

กรณีศึกษาที่ ๑

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

OD: RR ๒๘ bpm ค่า O_2 sat ๙๕%

OD: Chest x-ray พบ Infiltration both lung

OD: Crepitation both lung

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน การพยาบาล

๑. ดูแลให้ได้รับ O_2 cannula ดูแลให้ยาพ่นและยาแก้ไอละลายเสมหะ เคาะปอด สอนการหายใจ

๒. ประเมิน V/S, O_2 sat เพื่อประเมินภาวะพร่อง O_2 เพื่อเฝ้าระวังภาวะ RF

๓. ดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อนเพื่อลดการใช้พลังงานและออกซิเจน

๔. จัดทำนอนศีรษะสูงเพื่อให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ

ประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ และไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน O_2 sat ๙๘%

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะติดเชื้อที่ปอดและที่ตับ

OD: WBC ๑๑,๓๔๐ cell/mm^๓, Neutrophil ๘๑%, Lymphocyte ๑๑%,

OD: Temp ๓๘.๑°C, P ๘๘ bpm

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ การพยาบาล

๑. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone และ Clindamycin

๒. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อเฝ้าระวังภาวะ Sepsis โดยการใช้ SOS score

๓. ดูแล Hygiene care และ Unit care

๔. ประเมิน V/S ติดตามผล Lab และ CxR

ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ

กรณีศึกษาที่ ๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

OD: หายใจหอบ RR ๔๖ bpm ค่า O_2 sat ๙๔%,

OD: Chest x-ray พบ Infiltration both lung

OD: Crepitation + Wheezing both lung

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน การพยาบาล

๑. ดูแลให้ได้รับ O_2 cannula ดูแลให้ยาพ่นและยาแก้ไอละลายเสมหะ เคาะปอด

๒. ประเมิน V/S, O_2 sat เพื่อประเมินภาวะพร่อง O_2 เพื่อเฝ้าระวังภาวะ RF

๓. ดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อนเพื่อลดการใช้พลังงานและออกซิเจน

๔. จัดทำนอนศีรษะสูงเพื่อให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ และไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน O_2 sat ๙๗%

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะติดเชื้อที่ปอด

OD: WBC ๑๗,๗๕๐ cell/mm^๓, Lymphocyte ๑๖%

OD: Temp ๓๘.๖°C, P ๑๔๔ bpm

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ การพยาบาล

๑. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone

๒. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ เฝ้าระวังภาวะ Sepsis โดยการใช้ SOS score

๓. ดูแล Hygiene care และ Unit care

๔. ดูแลให้ยาด้านการอักเสบ Hydrocortisone

๕. ประเมิน V/S ติดตามผล Lab และ CxR

ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล

ระยะแรกเริ่ม (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ มีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย

SD: ผู้ป่วยถามว่า “อาการจะดีขึ้นไหม”

OD: สิ้นหัวใจวิตกกังวล

Obj: เพื่อลดภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย

การพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุย ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและมีท่าที่เป็นมิตร

๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

๓. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค แผนการรักษา

๔. อนุญาตให้ญาติดูแลผู้ป่วย และอยู่เฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลา

๕. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และ Empowerment

ญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

๖. เปิดโอกาสให้พบแพทย์ นัดเวลาที่แน่นอน เป็นสื่อกลางในการพูดคุยระหว่างญาติกับแพทย์

ประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล หน้าตาแจ่มใสขึ้น มีส่วนร่วมและเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ ๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ มารดามีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย

SD: มารดาถามว่า “เมื่อไหร่ลูกจะดีขึ้น

OD: สิ้นหัวใจวิตกกังวล

Obj: เพื่อลดภาวะวิตกกังวลของบิดามารดา

การพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุย ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและมีท่าที่เป็นมิตร

๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

๓. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค แผนการรักษา

๔. อนุญาตให้ญาติดูแลผู้ป่วย และอยู่เฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลา

๕. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และ Empowerment ญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

๖. เปิดโอกาสให้พบแพทย์ นัดเวลาที่แน่นอน เป็นสื่อกลางในการพูดคุยระหว่างญาติกับแพทย์

ประเมินผล: ญาติคลายความวิตกกังวล หน้าตาแจ่มใสขึ้น มีส่วนร่วมและเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลระยะแรกเริ่ม พบว่ามีปัญหา มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีภาวะติดเชื้อที่ปอด และมีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย ซึ่งทั้ง ๒ รายจะมีปัญหาเหมือนกัน การให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาจะเหมือนกัน ส่วนปัญหาที่ ๓ ผู้ศึกษาสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยเด็กความวิตกกังวลของบิดามารดาจะมากกว่าปกติ อาจเนื่องด้วยว่าเด็กเปรียบเสมือนเป็นแก้วตาดวงใจของบิดามารดา จึงส่งผลให้ความกังวลว่าบุตรจะเป็นอะไรไปมากกว่าผู้ใหญ่ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

ระยะต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ ๑

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีภาวะ Electrolyte imbalance

OD: Na ๑๓๐ mEq/L, Cl ๙๓ mEq/L

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Electrolyte imbalance

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ๐.๙%NaCl vein drip
 ๒. ประเมินภาวะขาดน้ำ ปวดศีรษะ ซีมลง คลื่นไส้ อาเจียนกล้ามเนื้อกระตุก อ่อนล้าหมดแรง
 ๓. บันทึก I/O และติดตามค่า Na และ Cl
- ประเมินผล: Na ๑๓๕ mEq/L, Cl ๑๐๐ mEq/L และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก Na และ Cl ต่ำ

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีโอกาสพร่องสารน้ำอาหาร เนื่องจากมีการเผาผลาญพลังงานสูง

OD: การเจ็บป่วยทำให้มีการ adenosine triphosphate (ATP) สูง รับประทานอาหารไม่เพียงพอ

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ ๐.๙%NaCl vein drip
 ๒. ดูแลให้ได้รับอาหารธรรมดาตามแผนการรักษา
 ๓. แปรงฟันทำความสะอาดช่องปากเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร
 ๔. แนะนำญาติให้นำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทาน งดอาหารหวานมันจากตับอักเสบ
- ประเมินผล: ผู้ป่วยน้ำหนักไม่ลด รับประทานอาหารได้พอควร

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

OD: Temp ๓๘.๑°C, P ๘๘ bpm

Obj: เพื่อลดไข้และผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ยา Paracetamol (๕๐๐) ๑ tabs prn

กรณีศึกษาที่ ๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีภาวะ Hypokalemia

OD: K=K ๒.๙๗ mEq/L

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypokalemia

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ E. KCl ๑๐ ml
 ๒. ประเมินการทำงานของ Muscle ๓ ชนิด ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติหวั่นไหว, กล้ามเนื้ออ่อนแรงและตะคริว, ท้องอืดและท้องผูก
 ๓. บันทึก I/O และติดตามค่า K
- ประเมินผล: K=๓.๖๙ mEq และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก K ต่ำ

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีโอกาสพร่องสารน้ำอาหาร เนื่องจากมีการเผาผลาญพลังงานสูง

OD: การเจ็บป่วยทำให้มีการ adenosine triphosphate (ATP) สูง รับประทานอาหารไม่เพียงพอ

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ ๕%DN/๒ vein drip
 ๒. ดูแลให้ได้รับอาหารธรรมดาตามแผนการรักษา
 ๓. แปรงฟันทำความสะอาดช่องปากเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร
 ๔. แนะนำบิดามารดาให้นำอาหารที่เด็กชอบมาให้รับประทาน
- ประเมินผล: ผู้ป่วยน้ำหนักไม่ลด รับประทานอาหารได้พอควร

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ มีโอกาสชักเนื่องจากไข้สูง

OD: Temp ๓๘.๖°C, P ๑๔๔ bpm

Obj: เพื่อลดไข้และผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะชัก

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ยา Paracetamol syrup ๙ ml prn

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

ระยะต่อเนื่อง (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑

๒. ดูแลและแนะนำญาติให้เช็ดตัวลดไข้
 ๓. ดูแลให้ ๐.๙%NaCl vein drip และแนะนำ force oral fluid
 ๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และดูแลให้พักผ่อน
- ประเมินผล: Temp ๓๗.๓°C พักผ่อนได้

กรณีศึกษาที่ ๒

๒. ดูแลและแนะนำสอนบิดามารดาให้เช็ดตัวลดไข้
 ๓. ดูแลให้ ๕%DN/๒ vein drip และแนะนำ force oral fluid
 ๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และดูแลให้พักผ่อน
- ประเมินผล: Temp ๓๗.๖°C จากไข้สูง

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๔ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

เนื่องจากสารพิษคั่งในเลือด

OD: SGOT ๖๗ U/L, SGPT ๑๑๐ U/L, ALP ๑๙๓ U/L

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสารพิษคั่ง

การพยาบาล

๑. ติดตามอาการสารพิษคั่ง ได้แก่ สับสน มึนงง ง่วง ซึม อ่อนเพลีย มีปัญหาในการเรียบเรียงคำพูด มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น มือสั่น เคลื่อนไหวร่างกายช้าลง และชัก
 ๒. แนะนำอาหารประเภทโปรตีน เน้นการรับประทานปลามากกว่าเนื้อ
 ๓. ดูแลให้ประทานอาหารที่ประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต พวกแป้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง
 ๔. ดูแลให้ ๐.๙%NaCl vein drip เพื่อเพิ่มการขับสารพิษ
 ๖. ติดตามค่า SGOT, SGPT และ ALP
- ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการของสารพิษคั่ง SGOT ๕๖ U/L, SGPT ๗๓ U/L, ๑๖๖ U/L ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอีก

วิเคราะห์เปรียบเทียบการพยาบาลระยะต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมีปัญหาที่เหมือนกันคือ การมีภาวะ Electrolyte imbalance รายที่ ๑ มี Hyponatremia และ Hypochloremia และรายที่ ๒ มีภาวะ Hypokalemia การพยาบาลต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Electrolyte imbalance และปัญหามีโอกาสพร่องสารน้ำอาหารเนื่องจากการเผาผลาญพลังงานสูง ซึ่งทั้ง ๒ มีภาวะนี้เหมือนกัน แต่ต้องเฝ้าระวังพิเศษในผู้ป่วยเด็กเนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้เด็กเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ ส่วนปัญหาไข้สูง ในเด็กต้องเฝ้าระวังพิเศษเนื่องจากเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี จะเกิดภาวะชักจากไข้สูงได้ ซึ่งถ้าเป็นบ่อย ๆ เด็กอาจเป็น Epilepsy ได้ และต้องรีบเช็ดตัวลดไข้ให้อุณหภูมิการเย็นลง ส่วนผู้ใหญ่จะไม่ชัก แต่ไม่สุขสบาย ซึ่งต้องทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นโดยการลดไข้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

ระยะต่อเนื่อง (ต่อ)

ส่วนผู้ป่วยรายที่ ๑ มีภาวะสารพิษคั่ง จากการทำงานของตับผิดปกติจากการผลกระทบของเชื้อโรคต่อตับ การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ไม่มีการรักษาเด่นชัดในเรื่องของการใช้ยาขับสารพิษ เช่น การใช้ N-Acetylcysteine หรือ Lactulose เนื่องจากค่า SGOT, SGPT และ ALP ไม่สูงมาก จึงไม่มีแผนการรักษา แต่พยาบาลต้องทราบว่า การให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำทางหลอดเลือดดำจะทำให้ค่า SGOT, SGPT และ ALP ตีขึ้นเมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อแล้ว

ระยะก่อนจำหน่าย

กรณีศึกษาที่ ๑

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ เกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

SD: ญาติถามว่า “ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นโรคแบบนี้อีกไหม”

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำได้

การพยาบาล
ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ตามแนวทาง DMETHOD ได้แก่

D: ให้ความรู้เรื่องโรคและปัจจัยการเกิดโรค

M: การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่จะได้รับกลับบ้าน

E: การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบหายใจ

T: การสอนการดูแลเบื้องต้น เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้ การไอขับเสมหะที่ถูกต้อง และการฝึกการหายใจ

H: การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การทำงานอดิเรก

O: การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามสภาพปอด

D: แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับวัยทำงาน เน้นพลังงาน ลดน้ำตาลและไขมัน

ประเมินผล: ญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ป่วยรับทราบพร้อมจะนำไปปฏิบัติ

กรณีศึกษาที่ ๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ บิดามารดาพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

SD: บิดามารดาถามว่า “เด็กจะกลับมาเป็นโรคแบบนี้อีกไหม”

Obj: เพื่อให้บิดามารดาสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำได้

การพยาบาล

ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ตามแนวทาง DMETHOD ได้แก่

D: ให้ความรู้เรื่องโรคและปัจจัยการเกิดโรค

M: การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่จะได้รับกลับบ้าน

E: การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบหายใจ

T: การสอนการดูแลเบื้องต้น เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้ การเคาะปอด

H: การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นและเล่นดนตรี และการรับวัคซีนตามวัย

O: การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามสภาพปอด

D: แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับวัยเด็ก/วัยทำงาน เน้นโปรตีน ลดอาหารกรูปรอบ และน้ำหวาน

ประเมินผล: บิดามารดามีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กต่อเนื่องที่บ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

ระยะก่อนจำหน่าย (ต่อ)

วิเคราะห์ปัญหาการพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย พบว่า ทั้ง ๒ ราย ใช้หลักการเตรียมการจำหน่ายเหมือนกัน คือ แนวทาง DMETHOD แต่ในรายที่ ๒ หรือผู้ป่วยเด็ก การคำแนะนำในส่วนของตัว H: ในผู้ป่วยเด็กต้องเน้นพิเศษ คือ การรับวัคซีนตามวัย และ D: แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับวัยเด็กโดยเน้นโปรตีนและพลังงานเพื่อให้เด็กเจริญเติบโตเป็นอนาคตที่ดีของชาติต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ที่หอผู้ป่วยในชาย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖

ข้อมูล	ค่าเป้าหมาย	ปี		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	-	๑,๙๒๐	๑,๕๔๗	๒,๖๘๙
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Pneumonia (คน)	-	๑๙๒	๕๕๕	๑๒๘
จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาซ้ำ (ครั้ง)	<๒๐%	๙๘ (๕๑.๐๔)	๓๑๖ (๕๖.๙๔)	๖๗ (๕๒.๓๔)
จำนวนผู้ป่วยโรค Pneumonia มีภาวะ Electrolyte imbalance (คน)	-	๑๑๑	๓๘๗	๘๗
อัตราการเกิดภาวะ Electrolyte imbalance ในผู้ป่วยโรค Pneumonia (คน)	-	๕๗.๘๑	๖๙.๗๓	๖๗.๙๗
อัตราตายจากโรค Pneumonia	<๕	๐	๐	๐
ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการให้บริการ (ร้อยละ)	๙๐	๙๑.๑๒	๙๒.๐๘	๙๓.๒๑

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ทั้ง ๒ ราย ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในชาย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบุษราคัม ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ทั้งในระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันไปถึงความพิการและการเสียชีวิต โดยมีการประเมินปัญหาและให้การพยาบาลตามหลักวิทยาศาสตร์ ด้วยกระบวนการพยาบาล (Nursing process) บูรณาการกับแนวคิดการดูแล ๗ Aspects of care และดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) อีกทั้งได้รับการสอน แนะนำ และอธิบายเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้เกิดแนวทางการพยาบาล และทำให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบทั้ง ๓ ปี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้า หาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย เพื่อเพิ่มความชำนาญ ในการปฏิบัติกรพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

๖.๑.๒ เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการ เพื่อนำความรู้สู่พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย

๖.๑.๓ จัดทำเป็นมาตรฐานการดูแลให้ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ ในการศึกษา ค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๑.๔ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่มาฝึกอบรมดูงาน และนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๑.๕ เป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ ในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๒ ผลกระทบ

การศึกษารายกรณีครั้งนี้ไม่พบผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล และระบบการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล แต่ผลของการศึกษาพบว่าเกิดประโยชน์ในการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษากรพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ทั้ง ๒ ราย พบประเด็น ความยุ่งยากจากการให้การพยาบาล ได้แก่

๗.๑ การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลสอดคล้องกับ แผนการรักษาของแพทย์ และที่สำคัญคือการประเมิน ประเมินซ้ำ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา พยาบาลต้องมีความเข้าใจถึงการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ ว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยต้องให้ออกซิเจนตามความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ออกซิเจน cannula และพ่นยาขยาย หลอดลม พร้อมทั้งต้องประเมินเสียงผิดปกติของลมผ่านปอดเพื่อประเมินการขยายหลอดลม ร่วมกับการฉีดยา ด้านการอักเสบ Hydrocortisone โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก เพื่อลดบวมของหลอดลมเพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และไม่เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว

๗.๒ พยาบาลต้องสามารถทำให้การไอขับเสมหะของผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพ โดยในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ ต้อง แนะนำและสอนสาธิตให้ผู้ป่วยสามารถไอได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถขับออกมาได้เป็นอย่างดี และผู้ป่วยเด็ก ต้องสามารถดูดเสมหะในคอผ่านช่องปากได้อย่างนุ่มนวล รวมถึงการจัดทำอนติรีชสูง ๓๐-๔๕ องศา ซึ่งจะส่งผลให้เสมหะไหลลงไประวมที่ส่วนล่างของหลอดลม ร่วมกับการให้ยาขับเสมหะ จะช่วยให้การขับเสมหะขบออก ง่ายขึ้นและหมดไว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๓ พยาบาลต้องทำการลดปริมาณเชื้อที่ปอด โดยการให้ยาปฏิชีวนะ ด้วยการให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พร้อมทั้งให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล จัดสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้ปราศจากฝุ่นและเชื้อโรค จะช่วยลดการกระตุ้นทำให้เกิดภาวะติดเชื้อ และต้องมีความรู้ในการประเมินเฝ้าระวัง Sepsis โดยการใช้ SOS score

๗.๔ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบ โดยเฉพาะการเกิดภาวะอิเล็กโทรลัยท์ขาดสมดุล ซึ่งต้องมีความรู้ว่ามีผู้ป่วยเกิดการสูญเสียน้ำจากการมีไข้ การหายใจ จากน้ำมูกและเหงื่อ โดยเฉพาะเด็กเสียน้ำจากน้ำตา ที่เรียกว่า Insensible water loss ร่วมกับการดื่มน้ำน้อยและรับประทานอาหารไม่ได้ จะทำให้สูญเสียอิเล็กโทรลัยท์ ได้แก่ Sodium, Chloride และ Potassium โดยเฉพาะ Potassium ที่มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อทั้ง ๓ ประเภท ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ท้องผูกหรือท้องอืด และกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นตะคริว ส่วน Sodium และ Chloride ผู้ป่วยจะแสดงอาการขาดน้ำ ปากแห้ง กระหายน้ำ บัสสาวะออกน้อย ที่รุนแรงอาจเกิดภาวะ Hypovolemic shock ได้ พยาบาลจะต้องสามารถประเมินอาการเหล่านี้ได้ และสามารถบริหารยาและสารน้ำกลุ่มเกลือแร่ให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลัก ๑๐ Rs

๗.๕ การวางแผนการจำหน่ายโดยเน้นการป้องกันการเป็นโรคซ้ำ เนื่องจากระยะของพยาธิสภาพของโรคระยะที่ ๓ ที่เรียกว่า ระยะ Stage of resolution เนื้อปอดจะมีรอยโรค (Lesion) ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยเป็นโรค พยาบาลจะต้องมีกรอบแนวคิดในการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย โดยใช้หลักการ DMETHOD หรือมีการวางแผนการจำหน่ายไว้ตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือบิดามารดาของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อนได้ โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีฝุ่นไร การหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่ป็นไข้หวัด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยทั้ง ๒ วัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษารายกรณีครั้งนี้ไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการทั้งในด้านแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านบุคลากร ด้านครุภัณฑ์ และด้านผู้บริหาร ส่วนด้านผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี การประสานงานกับหน่วยปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัว เป็นไปอย่างเรียบร้อยไม่มีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านและในชุมชน ไม่มีข้อร้องเรียนจากญาติและไม่เกิดความเสียหายต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านบริหาร

๙.๑.๑ วางแผนและเรียงลำดับการส่งพยาบาลประจำการเข้าอบรมการพยาบาล นอกสถานที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล

๙.๑.๒ วางแผนจัดอบรมหรือประชุมเชิงปฏิบัติการภายในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๙.๒ ด้านบริการ

๙.๒.๑ ให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๙.๒.๒ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในด้านการป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน

๙.๒.๓ ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอิเล็กโทรลัยท์ขาดสมดุล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๙.๒ ด้านบริการ (ต่อ)

๙.๒.๔ แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อป้องกันการเป็น Recurrent pneumonia โดยใช้แนวคิด DMETHOD

๙.๓ ด้านวิชาการ

๙.๓.๑ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการพ่นยาแบบละอองฝอย

๙.๓.๒ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยในชาย

๙.๓.๓ พัฒนาแนวปฏิบัติการบริหารยากลุ่ม Corticosteroids

๙.๓.๔ สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิดต่าง ๆ

๙.๓.๕ สร้างแนวปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงเด็กวัยก่อนเรียน

๙.๓.๕ สร้างแนวปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงาน โดยนำเสนอกรณีศึกษา ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต ปี ๒๕๖๗ (Change and Challenges in the Next Normal) วันที่ ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวพัชรา สาภิรัช สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวพัชรา สาภิรัช)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

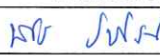
ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพัชรา สามีราช	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางศิริรัตน์ สัตนา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบุณทรีก

(วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุณทรีก

(วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลบุณศรี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอักเสบเป็นการอักเสบจนเกิดการติดเชื้อของเนื้อเยื่อถุงลม ทำให้ตำแหน่งของการแลกเปลี่ยนก๊าซ บวมและมีสารคัดหลั่ง ส่งผลทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ มีอาการหายใจหอบจาก ผู้ป่วยพร้อมออกซิเจน จัดเป็นภาวะร้ายแรงและอาจมีอาการรุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้ หรือเชื้อโรคอาจลุกลามเข้าสู่ กระแสเลือดอาจทำให้เสียชีวิตได้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการติดเชื้อปอดอักเสบจากชุมชน (Community acquired pneumonia) (อุ้นเรือน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี, ๒๕๖๓; Regunath & Oba, ๒๐๒๒) และด้วยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น จะพบวามันงของถุงลมบวม และมีเซลล์ชนิดโมโนนิวเคลียร์ และไฟบรินแทรกกระจายอยู่ทั่วไป ในรายที่มีการ อักเสบอย่างรุนแรงอาจพบเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) ไตดวย หรือบางครั้งอาจพบมี Exudate จำนวน เล็กน้อยอยู่ในถุงลม และอาจมีการทำลายผนังถุงลมเกิดขึ้น (ทวี โชติพิทยสุนนท์, ๒๕๖๒; Jain et al, ๒๐๒๓) อุบัติการณ์โรคปอดอักเสบในผู้ใหญ่ในโลกในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบได้ที่ ๑.๕-๑๔ รายต่อประชากร ๑,๐๐๐ ราย (Regunath & Oba, ๒๐๒๒) ทวีปเอเชียในปี ๒๕๖๕ พบรายงานอัตราการตายของทวีปเอเชียแปซิฟิก ที่ร้อยละ ๑.๑-๓๐ ของผู้ป่วยปอดอักเสบในประเทศญี่ปุ่นและจีน (NIMS & Respiratory, ๒๐๒๒) ส่วนประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบ ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ ๑๙๑,๘๑๔ ราย ซึ่งค่าการพยากรณ์ที่ได้จะพบจำนวนผู้ป่วยสูง ๒ ช่วง คือ ช่วงที่ ๑ ช่วงต้นปี (เดือนมกราคม-มีนาคม) จะพบผู้ป่วยประมาณ ๑๖,๐๐๐ รายต่อเดือน และช่วงที่ ๒ (เดือนสิงหาคม- พฤศจิกายน) จะพบผู้ป่วยประมาณ ๒๐,๐๐๐ รายต่อเดือน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) และจากรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๓ รองลงมาจากโรคมะเร็งทุกชนิดและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง พบว่าจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ๕๓.๓ ต่อประชากรแสนคน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ๒๕๖๕) สาเหตุที่ทำให้ เกิดโรค ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนอกจากอายุ ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุแล้ว ยังมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคนี้ ได้แก่ ฝุ่น คิววัน สารเคมี และการมีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้จะมีภูมิ ต้านทานโรคต่ำ (ทวี โชติพิทยสุนนท์, ๒๕๖๒) โรคปอดอักเสบส่วนผู้ใหญ่จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม ของเศรษฐกิจครอบครัวและสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และถ้ารอดชีวิตจะหลงเหลือรอยโรค ที่ปอดทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป

โรงพยาบาลบุณศรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรราชธานี เป็นโรงพยาบาลระดับ F๑ มีจำนวนเตียงไว้ รับผู้ป่วย จำนวน ๖๐ เตียง ซึ่งหอผู้ป่วยในชายเป็นหนึ่งในจำนวน ๒ หอผู้ป่วยหลักของโรงพยาบาล รับผู้ป่วยเข้ารับรักษา ได้ ๓๐ เตียง จากสถิติผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาและให้การพยาบาล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย จำนวน ๑,๙๒๐, ๑,๕๔๗ และ ๒,๖๘๙ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Pneumonia จำนวน ๑๙๒, ๕๕๕ และ ๑๒๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐, ๓๕.๘๗ และ ๔.๗๖ ของผู้ป่วยทั้งหมด ตามลำดับ ซึ่งทั้ง ๓ ปี มีผู้ป่วย โรคปอดอักเสบ เข้ารับการรักษาซ้ำ จำนวน ๙๘, ๓๑๖ และ ๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๐๔, ๕๖.๙๔ และ ๕๒.๓๔ ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ทั้งหมดตามลำดับ จะเห็นว่าอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรคปอดอักเสบ มีอัตราสูง มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งค่าเป้าหมายอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบสูง กว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ ๒๐ ซึ่งโรคปอดอักเสบส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม ของ เศรษฐกิจครอบครัวและสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก

ดังนั้นผู้เสนอข้อเสนอแนวคิดในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยในชาย มีความตระหนักในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และบุคลากรเกี่ยวข้อง มีความตระหนักในปัญหาดังกล่าว จึงต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยในชายขึ้น โดยหอผู้ป่วยในชายมีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ปฏิบัติติดต่อกันมา แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การปฏิบัติที่แน่นอนและเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่มีกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน จึงนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยในชายครั้งนี้ อันจะนำไปสู่การลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ รวมถึงส่งผลต่อการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

หอผู้ป่วยในชาย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบุณยศรี มีเตียงรับผู้ป่วย จำนวน ๓๐ เตียง จากสถิติผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาและให้การพยาบาล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย จำนวน ๑,๙๒๐, ๑,๕๔๗ และ ๒,๖๘๙ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Pneumonia จำนวน ๑๙๒, ๕๕๕ และ ๑๒๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐, ๓๕.๘๗ และ ๔.๗๖ ของผู้ป่วยทั้งหมด ตามลำดับ ซึ่งทั้ง ๓ ปี มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เข้ารับการรักษาซ้ำ จำนวน ๙๘, ๓๑๖ และ ๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๐๔, ๕๖.๙๔ และ ๕๒.๓๔ ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายหรือตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยที่กำหนดไว้ เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ต้องทำให้เกิดการพัฒนาครั้งนี้พบว่า

๑. ด้านผลกระทบของโรคปอดอักเสบ

- ๑.๑ ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ (อารมณ์) สังคม และจิตวิญญาณ
- ๑.๒ ผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องเสียเวลา สูญเสียรายรับ และจิตใจหดหู่
- ๑.๓ ผลกระทบต่อสังคมและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยบุคลากรของ PCC ต้องไปฝึกสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบหลังจำหน่ายเพิ่มเติม และต้องเสียเวลาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อติดตามผลการรักษา
- ๑.๔ ผลกระทบต่อโรงพยาบาลหรือประเทศชาติที่ต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะค่ายาปฏิชีวนะ และค่าความเสื่อมของอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจ และเครื่อง Monitor เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ

๒. ด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรในหอผู้ป่วยในชายยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

๓. ด้านระบบการปฏิบัติงาน พบว่าหอผู้ป่วยในชายยังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ที่สามารถปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันได้

ผู้เสนอผลงานแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงานซึ่งเป็นหัวหน้างานหอผู้ป่วยในชายจึงต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยในชายขึ้น เพื่อให้บุคลากรมีระบบในการปฏิบัติงาน และมีการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ตามวงจรคุณภาพของเดมมิง (The Deming cycle) (Deming in Mycoted, ๒๐๐๔) ซึ่งเป็นแนวคิดการพัฒนาระบบการทำงานอย่างเป็นระบบมี ๔ ขั้นตอน ได้แก่

๑) Plan คือ การวางแผนกำหนดระบบและขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ครอบคลุมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการและขั้นตอน

๒) Do คือ การปฏิบัติตามแผนหรือระบบที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระหว่างและหลังการปฏิบัติตามระบบ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงานขั้น Check ต่อไป

๓) Check คือ การตรวจสอบหรือการประเมินผลการปฏิบัติตามระบบ โดยการตรวจสอบการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามระบบที่กำหนดหรือไม่

๔) Act คือ การนำข้อมูลจากการประเมินผลในชั้น Check ที่พบว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อพัฒนาระบบให้มีความครอบคลุมมากขึ้น เมื่อปฏิบัติตามระบบแล้วผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยในชาย

เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๒. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบหายจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดความพิการ

ระยะดำเนินการ

เมษายน – กันยายน พ.ศ.๒๕๖๗

วิธีการและขั้นตอน

ขั้นเตรียม (plan)

๑. ประชุมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคน ทุกระดับในหอผู้ป่วย ที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วย เพื่อแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ

๒. ทำ KM การดูแลรักษาและการให้พยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากกลุ่มงานการพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงาน และตัวแทนผู้ป่วย รวมถึงแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในชาย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีและนำสู่การปฏิบัติ ณ หอผู้ป่วยในชาย

๓. สืบค้นงานวิจัย นวัตกรรม งาน CQI และ Evidence base ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทำการทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ พร้อมปรับปรุงแนวทางหรือแนวปฏิบัติ ให้เข้ากับบริบทของหอผู้ป่วยในชาย

๔. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๕. จัดทำแผนการวางแผนการจำหน่าย

๖. นำแบบประเมิน SOS score มาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยในชาย

๗. จัดทำมาตรฐานการรักษากับแพทย์เฉพาะทาง และทำเป็น Standard order

๘. ประสานงานสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร บุคลากรห้องตรวจทางปฏิบัติการ นักเทคนิคการแพทย์ (X-ray) และนักกายภาพบำบัด

๙. สร้างแบบประเมินความรู้ความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

๑๐. สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ขั้นดำเนินการ (Do)

๑. ให้การดูแลรักษาและพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบกรณีผู้ป่วยรับใหม่จาก OPD และ ER ตามระบบ ทั้งแพทย์ เภสัชกร บุคลากรห้องตรวจทางปฏิบัติการ นักเทคนิคการแพทย์ (X-ray) นักกายภาพบำบัด และพยาบาล

๒. ให้การดูแลรักษาและพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบกรณีผู้ป่วยรับ Refer กลับ เพื่อรับยาปฏิชีวนะให้ครบ ตามระบบ ทั้งแพทย์ เภสัชกร บุคลากรห้องตรวจทางปฏิบัติการ นักเทคนิคการแพทย์ (X-ray) นักกายภาพบำบัด และพยาบาล

ขั้นประเมินผล (Check) และรายงานผล

๑. ประเมินผลการปฏิบัติงานตามระบบว่ามีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง โดยประเมินผลจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงาน และตัวแทนผู้ป่วย รวมถึงแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ซึ่งจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ
๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจของพยาบาล โดยใช้แบบประเมินเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
๓. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล
๔. ประเมินผลจากอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรคปอดอักเสบ

ขั้นการนำข้อมูลจากมาปรับปรุง (Act)

นำผลการประเมินผลการปฏิบัติงานตามระบบเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรค คณะกรรมการของพยาบาล คณะกรรมการของผู้ป่วยและผู้ดูแล อัตราตายจากโรคปอดอักเสบ และอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรคปอดอักเสบ มาวิเคราะห์และปรับปรุงระบบต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยในชาย ไว้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
- ๔.๒ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ และสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของหอผู้ป่วยในชาย
- ๔.๓ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบลดลง
- ๔.๔ จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง
- ๔.๕ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการของหอผู้ป่วย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ มีแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยในชาย
- ๕.๒ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ และสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยในชาย ร้อยละ ๑๐๐
- ๕.๓ คณะกรรมการความรู้ความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ผ่านเกณฑ์ มีระดับคะแนนร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
- ๕.๔ คณะกรรมการความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อระบบบริการของหอผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ย ๓.๕๑ ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐
- ๕.๕ อัตราผู้ป่วยโรคปอดอักเสบกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลงเหลือ ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐

(ลงชื่อ) *นศก สุทธิพร*

(นางสาวพัชรา สาภิรัช)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในผู้สูงอายุที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ – กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวาน หมายถึง การที่ร่างกายมีระดับน้ำตาล (กลูโคส) ในเลือดสูงกว่าปกติ สาเหตุจากอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างมาจากตับอ่อนไม่สามารถทำหน้าที่ในการนำน้ำตาลในเลือดเข้าไปในเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย เพื่อนำไปใช้เป็นพลังงาน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง สืบเนื่องจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และตับอ่อนผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ หรือไม่มีการผลิตอินซูลิน จึงไม่สามารถนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้อย่างเต็มที่ ทำให้ระดับน้ำตาลยังคงอยู่ในเลือดสูง ถ้ามีการขาดอินซูลินอย่างสมบูรณ์ (เบาหวานชนิดที่ ๑) หรือถ้าอินซูลินทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (เบาหวานชนิดที่ ๒) จะทำให้น้ำตาลเกิดการสะสมเพิ่มมากขึ้นในเลือด จนในที่สุดน้ำตาลจะเข้าสู่ปัสสาวะ ทำให้เกิดอาการบ่งชี้ว่าเป็นเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ ทิวบ่อย เหนื่อยง่าย อาการอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงเวลานี้ คือ เป็นแผลหายช้ามีการติดเชื้อบ่อย ๆ สายตาพร่ามัว น้ำหนักลดปราศจากสาเหตุ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (relative insulin deficiency) มักพบในคนอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายในคนเอเชีย ๒๓ กก./ม.) อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ใน พ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานทั้งสองชนิดสามารถมีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และ ๒ สามารถพบได้ในเด็กและผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ บางรายสามารถเกิดภาวะ diabetic ketoacidosis ได้ทำให้การวินิจฉัยจากอาการแสดงทางคลินิกในช่วงแรกทำได้ยาก และต้องใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น การตรวจระดับ antibody หรือ C-peptide และใช้การติดตามผู้ป่วยในระยะต่อไปร่วมด้วย

สาเหตุของโรคเบาหวาน สามารถแบ่งออกเป็น ๒ ชนิด ได้แก่

โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเซลล์ที่สร้างอินซูลินในตับอ่อน ทำให้อินซูลินขาดการสร้างอินซูลิน ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ จึงจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดระยะยาว

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบชัดเจน แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม นอกจากนี้ ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักตัวมาก การขาดการออกกำลังกาย และวัยที่เพิ่มขึ้น เซลล์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ยังคงมีการสร้างอินซูลิน แต่ทำงานไม่เป็นปกติเนื่องจากมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้เซลล์ที่สร้างอินซูลินค่อยๆ ถูกทำลายไป บางคนเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนโดยไม่รู้ตัว และต้องการยาในการรับประทาน และบางรายต้องใช้อินซูลินชนิดฉีด เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด

อาการของโรคเบาหวาน

๑. ปัสสาวะมากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้น

๒. ปัสสาวะกลางคืนบ่อยขึ้น (ระหว่างช่วงเวลาที่เข้านอนแล้วจนถึงเวลาตื่นนอน)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓. ทิวน้ำบ่อยและต็มน้ำในปริมาณที่มาก
๔. เหนื่อยง่ายไม่มีเรี่ยวแรง
๕. น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะถ้าหากน้ำหนักเคยมากมาก่อน
๖. ติดเชื้อบ่อยกว่าปกติ เช่น ติดเชื้อทางผิวหนังและกระเพาะอาหาร
๗. สายตาพร่ามองเห็นไม่ชัดเจน
๘. เป็นแผลหายช้า

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคเบาหวานใช้ผลการตรวจเลือดเป็นหลัก

๑. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ มก./ดล.
๒. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ณ เวลาใดๆ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มก./ดล.
๓. การตรวจความทนต่อน้ำตาลกลูโคส ระดับพลาสมากลูโคสที่ ๒ ชั่วโมงหลังต็มน้ำตาลกลูโคส มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มก./ดล.
๔. การตรวจวัดระดับ A๑C ณ เวลาใดๆ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๖.๕ %

อาการแทรกซ้อน

๑. ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่

๑.๑ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โดยจะพบว่าน้ำตาลในเลือดมักต่ำกว่า ๗๐ mg/dl มักพบในผู้ที่กำลังรักษาโดยใช้อินซูลินหรือยาเม็ดในขณะที่ได้รับยาตามปกติ แต่ในผู้ป่วยที่ออกกำลังกายมากผิดปกติหรือรับประทานอาหารไม่ได้หรือได้รับยาบางชนิด ต้มสุรามาก ผู้ป่วยจะมีอาการตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว อ่อนเพลีย เหงื่อออก ใจสั่น เป็นลม วิงเวียน มึนงง ตาพร่ามัว ถ้าไม่ได้รับน้ำตาลทดแทนจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติในที่สุด

๑.๒ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) โดยจะพบใน ๒ ลักษณะ คือ

๑.๒.๑ ภาวะกรดในเลือดสูง (Diabetic ketoacidosis : DKA) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน หรือในรายที่มีอินซูลินน้อยมาก มีการดื้อต่ออินซูลิน ภาวะเครียด มีไข้ ติดเชื้อ โดยจะมีอินซูลินน้อยมาก และมีการหลังฮอริโมนกลูคาگون คอร์ติซอล แคมพิโคลาไมน ซึ่งออกฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้กลูโคสเป็นพลังงานได้ตามปกติ ร่างกายจึงมีการสลายไขมันออกมาใช้เป็นพลังงานทดแทน จึงเกิดสารคีโตนมากขึ้น ทำให้มีภาวะเป็นกรดในเลือดสูงขึ้น ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบลึก มีกลิ่นอะซิโตน ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงมากกว่า ๒๕๐ mg/dl มีโซเดียมไบคาร์บอเนตต่ำกว่า ๑๕ mEq/L และมีสารคีโตนในปัสสาวะ มีคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะมากขึ้นเกิดการขาดน้ำถ้าไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะ ซึม สับสน หมดสติลงและอาจจะเสียชีวิตได้

๑.๒.๒ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรด (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma : HHNC) มักพบในผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร่างกายยังคงมีอินซูลินพอ ไม่เกิดการสลายของไขมันจนถึงขั้นภาวะกรดในเลือดสูง แต่มีอินซูลินไม่เพียงพอในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงมาก มีอาการซึม สับสน ไม่รู้สึกตัวและมีอาการขาดน้ำอย่างมาก เช่น ผิวหนังแห้ง ตาลึก ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเหมือนภาวะกรดในเลือดสูง แต่อาจพบน้ำตาลในเลือดสูงกว่า ๔๐๐ mg/dl และมีออสโมลาลิตีในพลาสมาสูงกว่า ๓๑๕ มิลลิออสโม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒. ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง ได้แก่

ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา (Diabetic retinopathy)

เกิดจากการที่น้ำตาลเข้าไปใน endothelium ของ หลอดเลือดเล็กๆ ในลูกตา ทำให้หลอดเลือดเหล่านี้มีการสร้างไกลโคโปรตีนซึ่งจะถูกขย่ายออกมาเป็น Basement membrane มากขึ้น ทำให้ Basement membrane หนา แต่เพราะ หลอดเลือดเหล่านี้จะฉีกขาดได้ง่าย เลือดและสารบางอย่างที่อยู่ในเลือดจะรั่วออกมา และมีส่วนทำให้ Macula บวม ซึ่งจะทำให้เกิด Blurred vision หลอดเลือดที่ฉีกขาดจะสร้างแขนงของ หลอดเลือดใหม่ออกมามากมายจนบดบังแสงที่มดกกระทบยัง Retina ทำให้การมองเห็นของผู้ป่วยแยลง

ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy)

พยาธิสภาพของหลอดเลือดเล็กๆ ที่ Glomeruli จะทำให้ Nephron ยอมให้ albumin รั่วออกไปกับ filtrate ได้ Proximal tubule จึงต้องรับภาระในการดูดกลับสารมากขึ้น ซึ่งถ้าเป็นนานๆ ก็จะทำให้เกิด Renal failure ได้ ซึ่งผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน ๓ ปี นับจากแรกเริ่มมีอาการ

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic neuropathy)

หากหลอดเลือดเล็กๆ ที่มาเลี้ยงเส้นประสาทบริเวณปลายมือปลายเท้าเกิดพยาธิสภาพ ก็จะทำให้เส้นประสาทนั้นไม่สามารถนำความรู้สึกต่อไปได้ เมื่อผู้ป่วยมีแผล ผู้ป่วยก็จะไม่รู้ตัว และไม่ดูแลแผลดังกล่าว ประกอบกับเลือดผู้ป่วยมีน้ำตาลสูง จึงเป็นอาหารอย่างดีให้กับเหล่าเชื้อโรค และแล้วแผลก็จะเน่า และนำไปสู่ Amputation ในที่สุด

เส้นเลือดแดงใหญ่อุดตัน

อาการเส้นเลือดแดงใหญ่อุดตันมักเกิดขึ้นโดยเฉพาะบริเวณขา อาการที่พบได้บ่อยคือ มีอาการปวดขามากเมื่อเดินหรือวิ่ง และตื้อขึ้นเมื่อพักหรือห้อยขาลงที่ต่ำ ปลายเท้าเย็น ขนขาร่วง ผิวหนังบริเวณขาแฉงมัน ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดอุดตันจนปลายเท้าขาดเลือด ติดเชื้อ และอาจต้องตัดนิ้วเท้า หรือขาทิ้งในที่สุด

เส้นเลือดหัวใจตีบ

ภาวะนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหากตีบรุนแรงอาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่งผลให้การบีบตัวของหัวใจลดลง เกิดหัวใจวาย ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเสียชีวิตเฉียบพลันได้

เส้นเลือดสมองตีบ

อาการเส้นเลือดสมองตีบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่นกัน เมื่อเกิดภาวะเส้นเลือดสมองตีบ ทำให้การทำงานของสมองและเส้นประสาทบริเวณที่ขาดเลือดลดลงหรือไม่ทำงาน ส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด หรือมีอาการชาครึ่งซีก

การรักษา

การควบคุมโรคเบาหวาน เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับระดับคนทั่วไป ซึ่งสามารถทำได้ ๓ ดังต่อไปนี้

๑. การควบคุมอาหาร เป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุด เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญอาหารคาร์โบไฮเดรต ส่งผลให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นจึงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ทั้งเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่จะต้องจัดการหรือควบคุมอาหารด้วยตนเองซึ่งจะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลและช่วยให้การทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ผู้ป่วยต้องควบคุมอาหารโดยรับประทาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาหารตรงตามเวลา ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาหารที่ผู้ป่วยต้องได้รับคือ คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ ๕๐-๖๐ โปรตีนร้อยละ ๒๐ และไขมันร้อยละ ๓๐ ต้องจำกัดน้ำตาลหรืออาหารประเภท แป้ง ผลไม้หวาน หรือผลไม้แห้ง และควรแบ่งอาหารออกเป็นมื้อๆ ตามเวลาหรืออาจแบ่งอาหารออกเป็น อาหารหลักวันละ ๓ ครั้ง คือ เช้า กลางวันและเย็น ร่วมกับอาหารเสริมมื้อเล็กๆ ก่อนนอน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในกรณีที่ได้รับยาลดน้ำตาลในเลือดนอกจากนี้การรับประทานอาหารมื้อใหญ่ๆ จำนวนครั้งละมากๆ จะทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มมากกว่ารับประทานอาหารมื้อเล็กๆ ควรมีการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีเส้นใย ซึ่งสามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด อาหารพวกนี้จะทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง และลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ ซึ่งมีการแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารเส้นใย จำนวน ๒๐-๔๐ กรัม/วัน การควบคุมเบาหวานด้วยอาหารนั้นมักจะใช้เกณฑ์ของการควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงกว่า ๑๓๐ mg/dl

๒. การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ โดยสามารถทำให้ระดับน้ำตาลลดต่ำลงได้ เนื่องจากขณะออกกำลังกายจะต้องใช้พลังงานและแหล่งพลังงานที่สำคัญที่สุดของร่างกายคือ น้ำตาล หากออกกำลังกายเพียงพอร่างกายจะใช้น้ำตาลในเลือดเพื่อเปลี่ยนไปเป็นพลังงานมากพอที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายทำให้น้ำเนื้อเยื่อของร่างกายไวต่ออินซูลินมากขึ้น กล่าวคืออินซูลินปริมาณเท่าเดิมแต่ร่างกายจะสามารถใช้น้ำตาลได้มากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อหลายๆ ส่วนได้เคลื่อนไหวออกแรงพร้อมๆ กัน และไม่ต้องใช้แรงมาก เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะๆ และการว่ายน้ำ เป็นต้น การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรเป็นครั้งละประมาณ ๒๐-๔๕ นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง

๓. การฉายยา ซึ่งอาจให้เป็นยารับประทานหรือยาฉีด แล้วแต่อาการของผู้ป่วย โดยยารับประทาน จะออกฤทธิ์กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินมากขึ้น ทำให้มีการใช้กลูโคสมากขึ้นหรือมีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างน้ำตาลจากขบวนการ Gluconeogenesis ลดการดูดซึมของน้ำตาล ในขณะที่ยาฉีดเป็นการให้เพื่อทดแทนอินซูลินที่ขาดไป เนื่องจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่ได้ เนื่องจากโรคเบาหวานที่กล่าวมาทั้งสองชนิดมีความแตกต่างกันดังนั้นการรักษาจะแตกต่างกัน ในเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน การให้ยารับประทานจะไม่ได้ผลเนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้จึงต้องให้ยาฉีด ในขณะที่เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินถ้าเป็นในระยะแรก การควบคุมด้วยอาหารอย่างเดียวอาจได้ผลในการรักษา

เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖)

การรักษาโรคเบาหวาน ต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมือนคนปกติให้ได้มากที่สุดดังนั้นการรักษาผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานอาศัยผลการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด แนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้

เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สถานะผู้ป่วยเบาหวาน	เป้าหมายระดับ HbA๑c	ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (มก./ดล.)
ผู้ใหญ่ทั่วไป	<๗ %	๘๐ - ๑๓๐
ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ไม่มีโรคร่วม	๗.๐ - ๗.๕ %	๘๐ - ๑๓๐
ผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนปานกลาง	<๘ %	๙๐ - ๑๕๐
ผู้สูงอายุที่ความซับซ้อนมาก	ไม่ระบุค่า	๑๐๐ - ๑๘๐

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)
การรักษาโรคและข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

๑. Mixtard

สรรพคุณ ฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่ร่างกายสามารถสร้างขึ้นเองได้ โดยฮอร์โมนชนิดนี้จะถูกผลิตขึ้นจากตับอ่อน ทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในให้เหมาะสม ทั้งนี้อินซูลินที่ใช้ในทางการแพทย์นั้นสังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อรักษาโรคเบาหวาน ทั้งในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ และ ๒ ร่วมกับการใช้ยาชนิดอื่น ๆ หรือเมื่อการใช้ยาชนิดอื่น ๆ ไม่ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจ เป็นอินซูลินผสมชนิดที่ออกฤทธิ์เร็วและปานกลาง ยามีลักษณะเป็นน้ำขุ่น ออกฤทธิ์ภายในเวลา ๑๕-๓๐ นาที ดังนั้น ควรฉีดยาก่อนอาหาร มีฤทธิ์อยู่นาน ๒๔ ชั่วโมง

อาการไม่พึงประสงค์

มือสั่น ใจสั่น / หัวใจ เหนือออกมาก ตาลาย หน้ามืด/วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ทิวมาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพลีย ซึมลง ตัวเย็น เป็นลม/หมดสติ

๒. NPH

สรรพคุณ คือฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่ร่างกายสามารถสร้างขึ้นเองได้ โดยฮอร์โมนชนิดนี้จะถูกผลิตขึ้นจากตับอ่อน ทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในให้เหมาะสม ทั้งนี้อินซูลินที่ใช้ในทางการแพทย์นั้นสังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อรักษาโรคเบาหวาน ทั้งในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ และ ๒ ร่วมกับการใช้ยาชนิดอื่น ๆ หรือเมื่อการใช้ยาชนิดอื่น ๆ ไม่ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจ เป็นชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate Acting) คืออินซูลินที่จะเข้าสู่กระแสเลือด ๑-๒ ชั่วโมง และออกฤทธิ์สูงสุดระหว่างเวลา ๔-๑๒ ชั่วโมง และออกฤทธิ์ต่อเนื่อง ๑๔-๒๔ ชั่วโมง

อาการไม่พึงประสงค์

๑. อินซูลินเป็นยาที่ทำให้เกิดการแพ้ได้น้อยมาก แต่อาจพบได้ โดยส่งผลให้เกิดอาการแพ้ทั่วร่างกาย หรือบวมแดงบริเวณที่ฉีดซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

๒. ผู้ป่วยจึงควรหมั่นสังเกตอาการตลอดเวลาที่ใช้อินซูลินในการรักษา โดยผลข้างเคียงที่มักพบ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักตัวขึ้น ทั้งนี้ หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นควรรีบไปพบแพทย์โดยด่วน ได้แก่ รู้สึกวิตกกังวล มึนงง ซึมเศร้า ตาพร่ามัว มีอาการหนาวสั่น และมีเหงื่อออก ตัวเย็น เกิดอาการชักกระตุก ชัก หรือตัวสั่น ผิวหนังซีด หรือมีผื่นขึ้น ปากแห้ง ใจ กลืนลำบาก ปัสสาวะน้อยลง หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นผิดปกติ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ ทิว หรือกระหายน้ำบ่อยขึ้น ความอยากอาหารลดลง มีอาการเหน็บชาที่มือ เท้า หรือริมฝีปาก กล้ามเนื้อเกร็ง แน่นหน้าอก เกิดอาการเหนื่อย อ่อนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ

การพยาบาลและคำแนะนำการใช้ยาคืออินซูลิน

๑. สามารถฉีดยาได้หลายบริเวณเช่น หน้าท้อง ต้นแขน ต้นขา สะโพก ฉีดบริเวณหน้าท้องจะสม่ำเสมอที่สุด ดีที่สุด อย่ายัดยาซ้ำที่จุดเดียวกัน เพราะอาจเกิดเป็นไตแข็ง ทำให้ยาดูดซึมได้ไม่ดีตำแหน่งที่ฉีดใหม่ควรมีระยะห่างจากครั้งหลังสุดประมาณ ๑ นิ้ว

๒. ถ้าใช้อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางหรือนาน (น้ำขุ่น) เมื่อนำยาออกมาใช้ ควรคลึงขวดยาในฝ่ามือไปมาทั้งสองข้าง ห้ามเขย่าขวด

๓. ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นอาการที่ควรระมัดระวังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยสังเกตได้คือ ปวดศีรษะ รู้สึกเหมือนทิวมากผิดปกติ เหนือออก ผิวซีด หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย วิงเวียนศีรษะ มือสั่น ใจสั่น ผู้ป่วยควรพกของหวาน เช่น ลูกอม น้ำผลไม้ หรือน้ำหวานติดตัวไว้ และควรสังเกตอาการของตนเองอยู่เสมอ

๔. หากมีอาการกระหายน้ำผิดปกติ ปัสสาวะมากขึ้น ทิวบ่อย ปากแห้ง ผิวแห้ง ลมหายใจมีกลิ่นคล้ายผลไม้ มีอาการร่วงซึม สายตามัวหรือน้ำหนักลดผิดปกติ อาจหมายถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงควรรีบไปพบแพทย์ทันที เพื่อความปลอดภัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๕. นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรพกเอกสารที่แสดงว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และรับการรักษาแบบใด อยู่ติดตัวไว้เสมอ เพื่อในกรณีฉุกเฉิน แพทย์ที่ต้องรักษาผู้ป่วยจะได้รักษาอย่างถูกวิธี

๖. สำหรับสตรีมีครรภ์สามารถใช้อินซูลินได้แต่ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด เพื่อไม่ให้น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไปจนส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ส่วนสตรีที่อยู่ในช่วงให้นมบุตร ใช้อินซูลินได้เช่นกัน แต่มักใช้อินซูลินน้อยกว่าปกติ ทั้งนี้ อินซูลินที่ใช้จะไม่ตกค้างในน้ำนม และไม่ส่งผลกระทบต่อทารกที่ดื่มของแม่ที่ใช้อินซูลิน

๗. ขณะที่การฉีดยาอินซูลินเข้าใต้ผิวหนังด้วยตนเอง ไม่ควรฉีดยาซ้ำที่บริเวณเดิมเกิน ๒ ครั้ง และไม่ควรรีใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น เชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ดังนั้นเมื่อใช้เสร็จแล้วควรทิ้งเข็มฉีดยาลงในบรรจุภัณฑ์ที่สามารถป้องกันเข็มทะลุออกมาได้ และควรเก็บให้ห่างไกลจากมือเด็กและสัตว์เลี้ยง

๘. ในการเก็บรักษาอินซูลิน ผู้ป่วยจะต้องระมัดระวังเป็นอย่างมากและหมั่นสังเกตตัวยาอยู่เสมอ อินซูลินแต่ละยี่ห้อจะมีลักษณะของน้ำยาที่แตกต่างกัน คืออาจมีสีใส หรือสีขุ่นก็ได้ แต่ถ้าลักษณะของยาเปลี่ยนไปจากเดิม ควรหยุดใช้และแจ้งแพทย์ผู้รักษาเพื่อเปลี่ยนยาใหม่ ควรเก็บยาไว้ในที่เย็น เช่น ตู้เย็น หรือตู้แช่ ที่มีอุณหภูมิประมาณ ๒-๘ องศาเซลเซียส หลีกเลี่ยงการเก็บยาไว้ในช่องแช่แข็ง และไม่ควรรีให้ยาถูกแสงแดด หรือโดนความร้อนโดยตรงเพราะอาจทำให้ยาเสื่อมสภาพ ทั้งนี้ อินซูลินที่เปิดใช้แล้ว หรือที่ถูกบรรจุในปากกา สามารถเก็บไว้ในอุณหภูมิห้องไม่เกิน ๓๐ องศาเซลเซียสได้ ยาที่เปิดใช้แล้วจะอายุไม่เกิน ๒๘ วัน หากใช้ไม่หมดภายในเวลาดังกล่าวต้องทิ้งแล้วเปลี่ยนขวดใหม่

๓. Glipizide ๕ mg

สรรพคุณ ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ในการรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยกลไกในการทำงานคือช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ตับอ่อนสามารถสร้างอินซูลินได้มากขึ้น

อาการไม่พึงประสงค์

๑. อาการคลื่นไส้เล็กน้อย ท้องเสีย ท้องผูก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มีผื่นแดงตามผิวหนัง เป็นต้น
๒. หากผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา Glipizide ได้แก่ มีผื่นลมพิษ หายใจลำบาก มีอาการบวมบริเวณใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้นและคอ นอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีอาการอื่น ๆ เช่น
 - มีรอยฟกช้ำ เลือดออกง่าย มีอาการเหนื่อย หายใจสั้นและหัวใจเต้นเร็ว
 - ลิ้นไส้ ปวดท้องส่วนบน มีอาการคัน ความอยากอาหารลดลง ปัสสาวะมีสีเข้ม อุจจาระมีสีโคลน และตัวเหลือง

- ตัวซีด มีไข้ มีอาการมึนงง

- ปวดศีรษะตื้อๆ คลื่นไส้อย่างรุนแรง และอาเจียน หายใจเต้นแรงและเร็ว มีอาการเหงื่อออกและกระหายน้ำ หรือมีความรู้สึกเหมือนจะหมดสติ

การพยาบาลและคำแนะนำการใช้ยา

๑. การรับประทานยาดังกล่าว ผู้ป่วยควรรับประทานยาก่อนรับประทานอาหาร ๓๐ นาที แต่หากรับประทานยาแค่เพียงวันละ ๑ ครั้ง ผู้ป่วยควรรับประทานยาก่อนอาหารเช้า ๓๐ นาที และหากเป็นยาชนิดออกฤทธิ์เร็ว ห้ามหัก กัด หรือแบ่งยาโดยเด็ดขาดเพราะจะทำให้ประสิทธิภาพของยาเสื่อมลง

๒. ผู้ป่วยที่เข้ายาดังกล่าวควรสังเกตอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยอาจเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำได้ จึงควรพกของหวานเช่น ลูกอม น้ำผลไม้ ผลไม้อบแห้งติดตัวไว้เสมอ เพื่อเป็นตัวช่วยในการเพิ่มน้ำตาลหากเกิดอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยผู้ป่วยสามารถสังเกตได้ว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก รู้สึกมึนงง หงุดหงิด วิงเวียนศีรษะ หรือมีอาการตัวสั่น นั่นแปลว่าผู้ป่วยมีอาการของภาวะ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

น้ำตาลในเลือดต่ำ

๓. ผู้ป่วยต้องระมัดระวังเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงด้วยเช่นกัน โดยสามารถสังเกตได้จากอาการ กระหายน้ำผิดปกติ ปัสสาวะบ่อย ทิว ปากแห้ง สมหทัยใจมีกลิ่นเหมือนผลไม้ มองไม่เห็น น้ำหนักลด เป็นต้น

๔. สำหรับสตรีมีครรภ์หรือวางแผนว่าจะตั้งครรภ์ ไม่ควรใช้ยาดังกล่าวโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อน เนื่องจากยาชนิดนี้อาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรุนแรงได้ ดังนั้น หากจำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าว ผู้ป่วยควรได้รับทราบถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับจากการใช้ยาชนิดนี้เพียงพอบเพื่อตัดสินใจร่วมกับแพทย์

๕. สตรีที่อยู่ในช่วงให้นมบุตร ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยาดังกล่าว เนื่องจากยาชนิดนี้อาจเจือปนไปในน้ำนมได้ แม้จะเป็นในปริมาณที่น้อย แต่หากต้องใช้ยาดังกล่าว มารดาควรดูแล และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กอย่างใกล้ชิด เพื่อไม่ให้ตัวยาที่อาจเจือปนไปทำให้ทารกเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

๔. Lorazepam ๑ mg

สรรพคุณ เป็นยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลหรือผู้ที่มีความวิตกกังวลจากระดับสารเคมีในสมองที่ไม่สมดุลกัน และยังสามารถใช้รักษาอาการอื่น อย่างอาการนอนไม่หลับอันเกิดจากความวิตกกังวล หรือช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา

อาการไม่พึงประสงค์

๑. การใช้ยา Lorazepam อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงทั่วไปที่ไม่เป็นอันตราย เช่น ง่วงซึม วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลียคล้ายจะเป็นลม สับสน พูดจาเลอะเลือน รวมถึงอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงได้ด้วย

๒. ผลข้างเคียงรุนแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และควรไปพบแพทย์หากมีอาการ มีดังนี้

- กล้ามเนื้ออ่อนแรง และกลืนอาหารลำบาก
- รู้สึกกระสับกระส่ายหรือตื่นตัวอย่างกะทันหัน
- ง่วงซึมมาก ไม่รู้สึกตัว หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ
- อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติ
- เปลือกตาหย่อน สายตาและการมองเห็นเปลี่ยนไป
- ปวดท้องบริเวณท้องล่างของลำตัว ปัสสาวะสีเข้ม หรือมีภาวะดีซ่าน
- มีอาการสับสน ก้าวร้าว หรือประสาทหลอน
- มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง

การพยาบาลและคำแนะนำการใช้ยา

๑. ยา Lorazepam สามารถใช้ได้กับเด็กอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป ไปจนถึงผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยควรใช้ยาตามปริมาณที่แพทย์กำหนดเท่านั้นและไม่หยุดใช้ยาเองทันทีโดยไม่มีคำสั่งจากแพทย์ เพราะอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการขาดยา เช่น อาการชัก รวมถึงควรปรึกษาแพทย์หากรู้สึกว่าการใช้ยาไม่ได้ผล

๒. ก่อนใช้ยา ผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับประวัติการใช้ยา การแพ้ยา รวมถึงโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพต่าง ๆ ที่กำลังเป็นอยู่ การรับประทานยาในรูปแบบเม็ดหรือแคปซูลควรรับประทานยาทั้งเม็ดในคราวเดียว ไม่ควรหัก บด หรือเคี้ยวยาก่อนรับประทาน

๓. ในกรณีที่ลืมรับประทานยา ควรรับประทานยาให้เร็วที่สุดเมื่อนึกขึ้นได้ แต่หากนึกขึ้นได้ตอนใกล้เวลา รับประทานยามื้อถัดไป ให้ข้ามไปรับประทานยาในมื้อถัดไปโดยไม่เพิ่มปริมาณยาเป็นสองเท่า และควรเก็บยาในภาชนะปิดที่อุณหภูมิห้อง รวมถึงหลีกเลี่ยงความชื้น ความร้อน และแสง เพื่อป้องกันไม่ให้ยาเสื่อมสภาพ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔. ยา Lorazepam อาจทำปฏิกิริยากับยา วิตามิน หรือสมุนไพรบางชนิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงหรือทำให้ยามีประสิทธิภาพลดลง โดยเฉพาะยาต่อไปนี้

- ยาที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาท เช่น ยาแก้แพ้บางชนิด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาต้านอาการทางจิต ยากล่อมประสาท ยาต้านอาการซึมเศร้า และยาสลบ เพราะอาจเพิ่มฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางมากขึ้น
- ยาระงับอาการปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เช่น ยามอร์ฟิน (Morphine) เพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงในการกดระบบประสาท กดระบบหายใจ ทำให้เกิดอาการโคม่าและนำไปสู่การเสียชีวิตได้
- ยาแก้เมารถยาสโคโพลามีน (Scopolamine) เพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงในการกดระบบประสาทและทำให้เกิดอาการประสาทหลอน
- ยารักษาโรคหอบหืด เช่น ยาทีโอฟิลลีน (Theophylline) ยาอะมิโนฟิลลีน (Aminophylline) เพราะอาจทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง
- ยารักษาโรคลมชักเช่นยาลาลโปรเอท (Valproate) เพราะอาจเพิ่มความเข้มข้นของของเหลวในเลือด

๕. Simvastatin ๒๐ mg

สรรพคุณ เป็นยาที่ใช้รักษาภาวะไขมันในเลือดสูง โดยตัวยาคจะออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่สร้างคอเลสเตอรอล ทำให้ปริมาณคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง และช่วยเพิ่มคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) ในเลือด อีกทั้งยังอาจช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง รวมถึงช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหัวใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย

อาการไม่พึงประสงค์

๑. ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ยาซิมวาสแตติน ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องผูก หรือมีอาการของไข้หวัด เช่น เจ็บคอ คัดจมูก และจาม นอกจากนี้ การใช้ยาซิมวาสแตตินอาจทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ กดแล้วเจ็บ อ่อนเพลีย หรืออาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับไตซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ แต่จะพบได้น้อย

๒. ผู้ที่ใช้ยาควรรีบไปพบแพทย์หากพบอาการข้างเคียงดังต่อไปนี้

- สัญญาณของการเกิดปัญหาเกี่ยวกับตับ เช่น คลื่นไส้ ปวดท้องส่วนบน มีอาการคัน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด และเกิดภาวะดีซ่าน
- สัญญาณของการเกิดปัญหาเกี่ยวกับไต เช่น ปัสสาวะน้อยหรือไม่ปัสสาวะ มีอาการแสบขัดเมื่อปัสสาวะหรือปัสสาวะได้ลำบาก มีอาการบวมที่เท้าหรือข้อเท้า รู้สึกอ่อนเพลีย และหายใจสั้น

๓. สัญญาณของอาการแพ้ยา เช่น เกิดผื่นลมพิษ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ และมีอาการบวมบริเวณใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น และลำคอ

การพยาบาลและคำแนะนำการใช้ยา

๑. ผู้ป่วยที่ใช้ยาซิมวาสแตตินในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงอาจต้องใช้ยาเป็นระยะเวลานาน และอาจต้องหยุดใช้ยานี้ในระยะเวลาหนึ่งหากผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือมีเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ใด ๆ อยากรู้ก็ตาม ผู้ป่วยห้ามหยุดใช้ยาเองนอกเหนือจากคำสั่งของแพทย์ อีกทั้งผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการตรวจเลือดบ่อยครั้งในขณะที่กำลังใช้ยาดังกล่าว

๒. ในกรณีที่ลืมรับประทานยาควรรีบรับประทานทันทีเมื่อทราบ แต่หากใกล้เวลารับประทานยาครั้งถัดไปให้ข้ามไปรับประทานยาของครั้งถัดไปแทน ไม่ควรเพิ่มปริมาณยาเป็นสองเท่า ส่วนการเก็บรักษาควรเก็บในที่ที่มีอุณหภูมิ ๒๐-๒๕ องศาเซลเซียส เก็บยาให้ห่างจากเด็กและสัตว์เลี้ยง รวมถึงเก็บให้ห่างจากความร้อนและความชื้นเพื่อป้องกันไม่ให้ยาเสื่อมสภาพด้วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓. การใช้ยาซิมาวาสเตตินเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาเท่านั้น ผู้ป่วยจะต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างครบถ้วน หลีกเลี่ยงอาหารที่อาจเพิ่มไขมันในเลือด ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และควบคุมน้ำหนัก ตามคำแนะนำของแพทย์ควบคู่กันไปด้วย

๔. ยาซิมาวาสเตตินอาจทำปฏิกิริยากับยา วิตามิน หรือสมุนไพรบางชนิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงหรือทำให้ยามีประสิทธิภาพลดลง โดยเฉพาะยาต่อไปนี้

- ยารักษาโรคหัวใจชนิดอื่น เช่น Amiodarone , Amlodipine , Diltiazem , Verapamil
- กลุ่มยาปฏิชีวนะบางชนิด เช่น Clarithromycin , Erythromycin หรือ Telithromycin
- กลุ่มยาด้านเชื้อราบางชนิด เช่น Ketoconazole , Itraconazole , Posaconazole
- ยาด้านไวรัสสำหรับใช้รักษาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เช่น Nelfinavir
- กลุ่มยาด้านการแข็งตัวของเลือด เช่น Warfarin

๖. Tar shampoo

สรรพคุณ เป็นยาที่ใช้รักษาโรคผิวหนังและปัญหาหนังศีรษะได้หลายชนิด เช่น โรคสะเก็ดเงิน โรคกลาก โรคเซ็บเดิร์ม (Seborrheic Dermatitis) รังแค อาการคันหรือระคายเคืองหนังศีรษะ โดยตัวยามีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย รวมถึงมีคุณสมบัติในการช่วยลดอาการคัน บวมแดง ผดผื่น และอาการตกสะเก็ดของผิวหนัง

อาการไม่พึงประสงค์

อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงทั่วไปอย่างการเกิดผื่น สิว เกิดอาการระคายเคืองที่ผิวหนัง หรือผิวหนังไวต่อแสงแดด อาการเหล่านี้มักไม่รุนแรงและไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย แต่ในบางกรณีก็สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงต่อร่างกาย เช่น ผิวหนังมีอาการบวม แสบร้อน หรือระคายเคืองอย่างรุนแรงได้เช่นกัน หากเกิดอาการเหล่านี้ขึ้นควรหยุดใช้ยาทันทีและรีบไปพบแพทย์ นอกจากนี้ ยังรวมถึงอาการที่เป็นสัญญาณของการแพ้ยา เช่น เกิดผื่นลมพิษ หายใจลำบาก มีอาการบวมที่ใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น และลำคอ ก็เป็นอาการฉุกเฉินที่ควรรีบไปพบแพทย์ด้วยเช่นกัน

การพยาบาลและคำแนะนำการใช้ยา

๑. การใช้ยา ควรใช้ตามคำแนะนำของแพทย์หรือคำแนะนำบนฉลากเท่านั้น ไม่ควรใช้ยาในปริมาณที่มากกว่าหรือน้อยกว่ารวมถึงใช้ยาในระยะเวลาานกว่าที่กำหนด เพราะอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงตามมาได้ หลังจากการใช้ยาควรมีอาการดีขึ้นภายใน ๒ สัปดาห์สำหรับเด็ก และ ๔ สัปดาห์สำหรับผู้ใหญ่ หากอาการไม่ดีขึ้น หรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ เกิดขึ้นควรปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม

๒. การใช้ยาในรูปแบบเจล ควรทาเจลให้ทั่วผิวหนังที่เกิดโรคในปริมาณที่พอเหมาะ จากนั้นถูเบา ๆ และทิ้งเจลไว้บนผิวหนังประมาณ ๕ นาทีจึงค่อยใช้ทิชชูซับเจลส่วนเกินออก ส่วนการใช้ยาในรูปแบบแชมพู ควรเขย่าขวดก่อนใช้ทุกครั้ง ซิลิโคนแชมพูลงบนหนังศีรษะที่เปียกให้ทั่วแล้วล้างออก จากนั้นซิลิโคนแชมพูอีกครั้ง ปล่อยให้แห้ง ฟองเยอะ ๆ ทิ้งไว้ประมาณ ๕ นาที แล้วจึงล้างออกด้วยน้ำให้สะอาด

๓. ในกรณีที่ลืมใช้ยา ควรใช้ยาให้เร็วที่สุดเมื่อนึกขึ้นได้ แต่หากนึกขึ้นได้ตอนใกล้กับเวลาใช้ยาครั้งถัดไป ให้ข้ามไปใช้ยาในครั้งถัดไปโดยไม่เพิ่มปริมาณยาเป็นสองเท่า สำหรับการเก็บยาควรปิดฝาให้แน่นเมื่อไม่ได้ใช้ยา และควรเก็บยาในภาชนะปิดที่อุณหภูมิห้อง รวมถึงหลีกเลี่ยงความชื้น ความร้อน และแสง เพื่อป้องกันไม่ให้ยาเสื่อมสภาพ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๗. LCD ๕%+๐.๑%TA cream

สรรพคุณ รักษาโรคสะเก็ดเงิน และรักษาอาการคันของผิวหนังที่มีอาการอักเสบระดับปานกลาง
อาการไม่พึงประสงค์

๑. หากมีอาการเหล่านี้ ให้หยุดยาและรีบพบแพทย์ ได้แก่ ลมพิษ หน้า เปลือกตา ริมฝีปากบวม หน้าที่เป็นลม แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ผื่นแดง ตุ่มพอง ผิวหนังหลุดลอก มีจ้ำตามผิวหนัง หรือเลือดออกผิดปกติ

๒. หากมีอาการเหล่านี้ ไม่จำเป็นต้องหยุดยา ยกเว้นถ้ามีอาการรุนแรงให้ไปพบแพทย์ ได้แก่ ระคายเคืองที่ผิวหนัง เป็นผื่นลักษณะคล้ายสิ่ว หรือผิวไวต่อแสง

การพยาบาลและคำแนะนำการใช้ยา

๑. เป็นยาใช้ภายนอก ห้ามรับประทาน

๒. ทาบางๆ บริเวณที่เป็น วันละ ๑-๒ ครั้ง หรือตามแพทย์สั่ง และล้างมือหลังใช้ยาทุกครั้ง

๓. เก็บยาในบรรจุภัณฑ์เดิมที่ได้รับ เก็บในที่อุณหภูมิไม่เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส ไม่ให้โดนแสง ความร้อน ความชื้น

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นกระบวนการแรกในกระบวนการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อจะนำไปสู่การ การวินิจฉัยปัญหา และการวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผลต่อไป พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย เพื่อให้ได้ข้อมูลภาวะสุขภาพที่ถูกต้องมากที่สุด ในบทนี้จะกล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ หลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและทฤษฎีของโอเร็ม

๑. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึงแนวคิดหรือความคิดของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อันเป็นการประเมินตนเองทั้งหมดทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพในอดีต และปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการรับรู้ส่วนบุคคล เช่น สภาพร่างกาย ความเชื่อ การแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นผลสะท้อนของการประเมินตนเองทั้งหมดทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับร่างกายที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดและความคิดเห็นส่วนบุคคล (Speak; et al. ๑๙๘๙: ๙๓-๑๐๐) การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นส่วนของการสังเกตสถานภาพของสุขภาพ เป็นความคิดเห็นและความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและประเมินระดับภาวะสุขภาพของพวกเขาที่มีผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมความรับผิดชอบและเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง (Pender. ๑๙๘๗: ๖๔)

ผลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยในมิติของความสามารถและพื้นฐานของลักษณะส่วนบุคคลที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีผลกระทบทำให้เกิดแนวทางที่บุคคลคิดและเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตและนำบุคคลไปสู่ความกังวลหรือห่วงใยในทุกสิ่งที่เขาสังเกตเห็น ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ จึงหมายถึง กระบวนการทางด้านความคิด และความเข้าใจของบุคคลที่แปลความหมายหรือประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในด้านภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินไป (Orem. ๑๙๙๑: ๑๕๑-๑๕๓)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

บรูค และคนอื่นๆ (วณิตา กองแก้ว, ๒๕๔๙: ๓๕; อ้างอิงจาก Brook; et al. ๑๙๗๙) ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้เสนอเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพโดยทั่วไปและได้พัฒนาเป็นแบบวัดตัวการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Preception) มีประเด็นการวัด ๖ ด้านคือ

๑. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน เช่น ความเจ็บป่วยรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยใดๆ ประสบการณ์การเหล่านี้ย่อมทำให้บุคคลรับรู้ประมวลผลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบัน การรับรู้ในอดีตอาจทำให้การรับรู้ปัจจุบันบิดเบือนจากความเป็นจริงได้ เพราะความประทับใจที่เกิดขึ้นในครั้งแรกในกระบวนการรับรู้ของบุคคลมีความคงทนมาก และการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกันด้วย

๒. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจุบัน (Current Health) ก่อนที่บุคคลแต่ละคนจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามที่เป็นจริง และครบถ้วนวันละครั้ง หรือบ่อยกว่าก็ได้ ด้วยความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี หรือเจ็บป่วย การประเมินของแต่ละบุคคลเป็นไปตามความหมายของ “สุขภาพ” ตามที่เขาคิด การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก็ได้ ถ้าภาวะความภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อสุขภาพของเขาน้อย เช่น กรณีที่อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้รับในปัจจุบันอาจขัดกันกับความประทับใจในอดีตมาก การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ก็สามารถเกิดขึ้นได้เหมือนกัน การรับรู้จะทำให้บุคคลนั้นเล่ารายละเอียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

๓. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook) เมื่อบุคคลเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยของเขาจะส่งผลต่อการทำงานหรือความพิการของร่างกาย บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองซึ่งทำให้มีความหวังหรือหมดหวังได้ ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวังจะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีความหวังน้อยหรือหมดหวัง บุคคลจะรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตในทางลบ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันด้วย

๔. ความห่วงกังวลและตระหนักในภาวะสุขภาพ (Health Worry and Concern) เป็นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองบุคคล มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่จะควบคุมโรคและป้องกันความพิการจากโรคได้

๕. การรับรู้ถึงความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย (Resistance or Susceptibility to illness) การที่บุคคลได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองโดยรับรู้ถึงจุดอ่อนเกี่ยวกับสุขภาพตน เช่น รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย หรือมีความต้านทานต่อโรคดี แตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่ได้รับ

๖. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (Sickness Orientation) การที่บุคคลจะเข้าใจและสามารถบอกถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้หรือประสบการณ์จากการเจ็บป่วยนั้น เช่น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ ผลการรักษาหรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง นอกจากนั้นบุคคลที่เจ็บป่วยต้องยอมรับว่าขณะนี้ตนเองเจ็บป่วย และต้องการการดูแลตนเอง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพหมายถึง เป็นการที่บุคคลตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในสภาพไหน โดยการที่บุคคลจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้มากน้อยแค่ไหนก็ขึ้นอยู่กับอายุ สภาพสังคม และวัฒนธรรมที่ผู้นั้นอาศัยอยู่ ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต และความคาดหวังที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น โดยวิธีการที่จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ชัดเจน หรือเชิงประจักษ์ก็คือการประเมินภาวะสุขภาพ

๒. แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นจะต้องดำเนินการทั้งในระดับบุคคลระดับครอบครัว ระดับองค์กรและระดับชุมชนซึ่งการเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับนั้น มีกระบวนการที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้ (ธนวรรธน์ อิมสมบูรณ์ ๒๕๕๖)

๑. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข หรือขาดพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข มีสาเหตุ ๒ ประการด้วยกัน คือ สาเหตุแรก บุคคลอื่นๆ ได้รับการเรียนรู้จนเกิดการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพมาอย่างผิดๆ หรือไม่ถูกต้อง โดยไม่ได้มีการปรับปรุงหรือแก้ไขในภายหลัง ส่วนสาเหตุที่สองได้แก่การที่บุคคลอื่นๆ ไม่ได้ได้รับการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจำเป็นต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขมาก่อน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือบางที่เรียกว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จะให้กับบุคคลต่างๆ ที่จา เป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการสำหรับการพัฒนาสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เอง ของครอบครัว หรือของชุมชน แล้วแต่กรณีโดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงขึ้นมาจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

๑.๑ บุคคลที่มีการกระทำ หรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เมื่อตนเองหรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวที่ตนดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย เช่น ไม่รับรู้และตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง

๑.๒ บุคคลที่มีการกระทำหรือการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือสุขภาพไม่ดีเช่น การกินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดที่ปรุงอย่างสุกๆ ดิบๆ หรือดิบๆ การบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดและไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการการสูบบุหรี่ ฯลฯ

๑.๓ บุคคลขาดการปฏิบัติตามแนวทางของการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอหรือต่อเนื่อง

๑.๔ บุคคลขาดการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคในชุมชน เช่น ไม่มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหนะนำโรคไข้เลือดออก การไม่นำสุนัขหรือแมวที่เลี้ยงอยู่ไปฉีดวัคซีน การกำจัดอุจจาระในสวน ฯลฯ

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจึงต้องมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้อง หรือการทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นเกิดขึ้น แล้วแต่กรณีเช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การกินปลาร้าต้มสุก กินลาบปลาสุก กินก้อยปลาสุก ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย นำสุนัขหรือแมวไปฉีดวัคซีน ฯลฯ ดังนั้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องมีประสิทธิภาพสูงพอที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้จนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวเป็นวิถีชีวิต ที่บุคคลทุกคนในครอบครัวได้ปฏิบัติหรือได้กระทำอยู่ซึ่งมีทั้งวิถีชีวิตที่ถูกต้องเป็นผลดีต่อสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพของบุคคลต่างๆ ในครอบครัวและวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องเป็นผลเสียต่อสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพของบุคคลต่างๆ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวต่างๆ ให้ได้ผลดีต้องใช้กระบวนการเรียนรู้แบบการเสริมแรง กล่าวคือ ต้องทำให้บุคคลต่างๆ ในครอบครัวเป็นตัวกระตุ้นเตือนและโน้มน้าว และจูงใจซึ่งกัน และกัน เพื่อให้มีการเรียนรู้ได้ดีการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ต้องทำกับบุคคลทั้งครอบครัวไปพร้อมๆ กันโดยให้สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ได้ปฏิสัมพันธ์กัน ในทางสร้างสรรค์ให้มากที่สุด ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีการหยิบยกประเด็นของสุขภาพมาอภิปรายกัน ในระหว่างสมาชิกครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งทางสุขภาพบุคคลในครอบครัวได้รับทางอ้อมมาจากเพื่อนๆ หรือบุคคลอื่นๆ พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในครอบครัว ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพต่อไปนี้

๒.๑ แบบแผนการเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง

๒.๒ พฤติกรรมความปลอดภัยในเคสสถานและการจราจร

๒.๓ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและโภชนาการ

๒.๔ พฤติกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

๒.๕ พฤติกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อนหย่อนใจ

๒.๖ พฤติกรรมความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือน

๒.๗ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมและการดูแลรับผิดชอบปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว มีองค์ประกอบที่สำคัญ ๓ ประการด้วยกัน คือการสื่อสารและความสัมพันธ์ในระหว่างสมาชิกในครอบครัวกิจกรรมที่ครอบครัวกระทำร่วมกันและประสบการณ์และอิทธิพลที่สมาชิกในครอบครัวได้รับจากสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ดังนั้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว จึงต้องศึกษาบริบทของครอบครัวและจัดทางที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้นในระดับครอบครัวได้ดีที่สุด

๓. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กร

องค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชนหรือในสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรทางสุขภาพ หรือองค์กรอื่นๆ ก็ตามมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต่างๆ ที่อยู่ในองค์กรและครอบครัว รวมทั้งประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก พฤติกรรมสุขภาพขององค์กรจึงเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญต่อการเรียนรู้ของบุคคลต่างๆ ที่ให้การยอมรับองค์กรนั้น เช่น การกระทำขององค์กรที่มีต่อการป้องกัน โรคการป้องกันอุบัติเหตุและการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในสังคมถูกโน้มน้าไปในทางความคิดเห็น ความเชื่อและการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพด้วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรจึงเป็นสิ่งจำเป็นมากเช่น พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา นิรภัยในการขับรถยนต์ของบุคลากรในองค์กรต่างๆ พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของบุคลากรในองค์กรต่างๆ พฤติกรรม การดื่มน้ำสมุนไพรและอาหารสุขภาพของบุคลากรในองค์กรต่างๆ เป็นต้น

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขององค์กร จึงเป็นการดำเนินการในลักษณะของการสร้างกระแสในสังคม แล้วโน้มน้าเข้าสู่องค์กรในระดับ นโยบาย และประชาคมขององค์กรนั้นๆ เพื่อให้เป็นความต้องการของสมาชิกภายในองค์กรนั้น ๆ เองในที่สุด

๔. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นวิถีชีวิตอย่างหนึ่งที่คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้กระทำหรือปฏิบัติกันอยู่ พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมที่ไม่ได้พัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เปลี่ยนแปลงในสังคม พฤติกรรมสุขภาพบางก็เป็นกรปฏิบัติกันมาอย่างผิดๆ ที่ถ่ายทอดกัน มาจากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขของชุมชนในส่วนรวม เช่น การนำสุนัขไปฉีดวัคซีน การปรับปรุงด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ต้องอาศัยการสร้างพลังและความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น โดยให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับ ปัญหาของชุมชนเอง หาวิธีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาของตนเอง ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยพลังของชุมชนเอง ดำเนินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ๆ เป็นระยะๆ ด้วยความพยายามของชุมชนเองจึงจะ ได้ผลและมีความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงตลอดไป ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน จึงเป็น องค์ประกอบหนึ่งของงานสาธารณสุขที่ต้องพัฒนาขึ้นมาให้เป็นวิถีชีวิตของคนในชุมชน ดังได้กล่าวมาแล้ว การเรียนรู้ของชุมชนจนกระทั่งฝังลึกลงไปเป็นวิถีชีวิต มีหลักการที่สำคัญ ๕ ประการด้วยกัน คือ

๔.๑ ประชาชนในชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับ สุขภาพในเชิงบวกมากกว่า เชิงลบ กล่าวคือประชาชน เข้าใจว่าการมีสุขภาพดีไม่ได้หมายถึง การได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย แต่หมายถึงการป้องกันโรคและ การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องเจ็บป่วยซึ่งมีความสำคัญมากที่สุด

๔.๒ ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน ต้องเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้ง สาเหตุของปัญหาซึ่งส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดได้แก่การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง หรือ ทั้งชุมชนทำให้เกิดขึ้นมาแล้วมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพของคนทั้งชุมชน การป้องกัน หรือแก้ไขปัญหา ให้ได้ผลต้องกระทำหรือดำเนินการที่สาเหตุของปัญหา นั่นคือ ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ชุมชน

๔.๓ ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน ยอมรับว่ามีความจำเป็นที่บุคคลต่างๆ ครอบครัวต่างๆ และชุมชน โดยส่วนรวมต้องปรับเปลี่ยนการกระทำหรือการปฏิบัติของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี

๔.๔ การเรียนรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ ก็ตามต้องอาศัยแรงกระตุ้น และแรงเสริมจากบุคคลอื่นๆ หรือครอบครัวอื่นๆ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๔.๕ การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนให้ได้ผลต้องอยู่บนพื้นฐานของการบูรณาการ (Integration) กับการพัฒนาอาชีพ เศรษฐกิจ สังคมและการเมืองควบคู่กัน ไป ซึ่งจะทา ให้ชุมชนเห็นคุณค่าของ การมีสุขภาพดีและเห็นผลเสียของการเจ็บป่วย รวมทั้งตระหนักในภาระต่างๆ ที่ชุมชน โดยส่วนรวมแบกรับ ร่วมกันโดยไม่อาจจะเลี่ยงได้

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการจัดกิจกรรมหรือปฏิกิริยาใดๆ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งสามารถวัด ได้ ระบุได้และทดสอบได้พฤติกรรมสุขภาพนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพราะฉะนั้นการที่จะทำให้คนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้นั้นจะต้องแก้ไขที่ต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรม ไม่ใช่ แก้ที่ปลายเหตุเพราะผลที่เกิดขึ้น เช่น วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขโดยใช้กฎหมายบังคับ เป็นวิธีแก้ปัญหาที่ ปลายเหตุจะได้ผลในช่วงระยะสั้นๆ เท่านั้น การบังคับจะไม่เกิดผลดีในระยะยาว วิธีการแก้ปัญหาที่ได้ผลคงทน ถาวรนั้นควรที่จะทำให้บุคคลนั้นยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร โดยควรทำให้เขาได้เกิด การตระหนักในความสำคัญของสุขภาพ และยอมรับด้วยตัวของเขาว่าเขาควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกตอง เป็นต้น ทั้งนี้หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลทำให้เกิดเป็นปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ ที่ไม่ถูกต้องต่อไป

๓. หลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

สุขภาพองค์รวม (Holistic health) การพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการกับคนในเรื่อง สุขภาพ ดังนั้น การมองคนและสุขภาพในลักษณะองค์รวม จึงเป็นข้อบ่งชี้ของการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลแบบ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

องค์รวมเป็นหัวใจสำคัญของศาสตร์ทางการแพทย์ คำว่าองค์รวม “Holism” หมายถึง ความเป็นจริงทั้งหมด ความสมบูรณ์ทั้งหมดทางการแพทย์บุคคลแบบองค์รวม คือ การดูแลบุคคลที่บูรณาการวิธีการที่จะคงความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการดูแลนั้นจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายของชีวิต ความรู้ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันไป สุขภาพองค์รวม (Holistic health) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข มิได้จำกัดเพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้นการประเมินสุขภาพ (Health assessment) เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับตรวจร่างกาย การส่งตรวจและวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ตัดสินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการก่อนพิจารณา เลือกแนวทางซึ่งต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์หลายด้าน ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

๑. การประเมินสภาพ (assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการจากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการแพทย์และการแก้ปัญหา

๒. วินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นข้อความที่บอกถึงการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ซึ่งการวินิจฉัยการพยาบาลไม่ใช่ความต้องการหรือโรค

๓. การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลรายบุคคล

๔. การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention/ implementation) เป็นการเตรียมพร้อมในการปฏิบัติโดยทบทวนแผนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน การจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง การให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางแผนไว้ และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล

๕. การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนการตัดสินประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายของผู้รับบริการหรือไม่การประเมินสุขภาพ พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและกลุ่มอาการ ต่างๆ มีความสามารถในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้นข้อมูลต่างๆ การวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการดูแลผู้ป่วย และต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการคิดวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการและตรงกับความเป็นจริง รวมทั้งใช้คุณธรรมจริยธรรม ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล มีการใช้ถ้อยคำที่สุภาพ อ่อนโยน และอดทน อดกลั้นต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมต้องประเมินสภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณพร้อมกันไปเพื่อให้ได้ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม แหล่งที่มาของข้อมูล แบ่งเป็น ๒ ประเภท (นงนภัทร รุ่งเนย, ๒๕๖๐; Jensen, ๒๐๑๙)

๑. ข้อมูลอัตนัย (Subjective data: SD) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของบุคคลต่างๆ เช่น ผู้รับบริการ จากผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติ ผู้เลี้ยงดู ผู้พบเห็นเหตุการณ์ และรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพขณะดูแลผู้ป่วย ขณะรับส่งเวร ญาติ บุคคลใกล้ชิด โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจัดเป็นแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ(primary data) ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วย เช่นอาการ (Symptom) ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วย ได้จากคำบอกเล่า (Subjective Symptom) เช่น เจ็บหน้าอก ปวดท้อง เหนื่อยหอบมาก เป็นต้น เป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถ ในการดูแลตนเอง สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ส่วนข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องจัดเป็น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ(secondary data)

๒. ข้อมูลปรนัย (Objective data: OD) เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบและวัดประเมิน ได้จาก การสังเกตและตรวจวัดด้วยเครื่องมือ เช่น สัญญาณชีพ การตรวจร่างกาย การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือต่างๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการบันทึกประวัติจากรายงานต่างๆ เช่น เวชระเบียน บันทึกทางการแพทย์ หมายส่งต่อ เช่น อาการแสดง (Sign) ของโรคที่สังเกตได้จากการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ เรียกว่าอาการที่ตรวจพบ (Objective sign) เช่น การบวม ตัว ตาเหลือง ท้องมาน เป็นต้น

การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

การประเมินสุขภาพ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านสุขภาพ ทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ การประเมินสุขภาพทางกาย และการประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ ดังนี้

๑. การประเมินสุขภาพทางกาย เป็นการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัด ส่วนสูง การวัดสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายตามระบบ โดยการดู ฟัง เคาะ คลำ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยปกติก็จะมีการตรวจเลือด เช่น การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count :CBC) การตรวจการทำงานของตับ (Liver function test: LFT) การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis: UA) เป็นต้น

๒. การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสังเกต สัมภาษณ์ และการตรวจส่วนต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารเพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ อาจแบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๒.๑ การประเมินด้านจิตสังคม (Psychosocial assessment) เป็นการประเมินสุขภาพด้านจิตใจอารมณ์ และสังคม อาจประเมินได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหว และอาการแสดงอื่นๆ เช่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ร้องไห้ ลูกลี้ลูลน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น และการประเมินด้านสังคมเป็นการประเมินผลกระทบทางจิตที่ เกี่ยวข้องกับสังคม เช่น อัตมโนทัศน์ การรับรู้ตนเอง ทั้งทางด้านร่างกายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประเมินความสามารถเข้ากันได้ดี ความไว้วางใจ ความคาดหวังและ ความสามารถพึ่งตนเองและผู้อื่น อิทธิพลจากวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อในเรื่องการรับประทานอาหารซึ่งมีผลต่อสุขภาพ เป็นต้น

๒.๒ การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) การประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินลักษณะภายในที่มีผลต่อการแสดงออก ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ความมั่นคงทางศาสนา คุณธรรม ความศรัทธา ความเชื่อมั่นในคุณงามความดี การเผชิญปัญหา วิธีการหรือแนวทางที่ใช้แก้ปัญหาเมื่อมีความเครียด ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เมื่อเจ็บป่วย ครั้งนี้ทำให้ต้องลาออกจากงาน รายได้ลดลง บุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตที่อาจทำให้เกิดความเครียด เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การลาออกจากงาน การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย หากพบที่มีความเป็ยงเบนจากปกติการประเมินทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งสำคัญมากประการหนึ่ง เพราะกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณมีการเชื่อมโยงไม่สามารถแยกออกจากกันได้ซึ่งพยาบาลมักจะละเลยในการประเมิน ทางจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการโดยมิได้ตั้งใจ เช่น การตัดสายสัญญาณจากมือผู้ป่วยออกก่อนส่งห้องผ่าตัด การเก็บพวงมาลัยหัวเตียงผู้ป่วยทิ้งเพื่อรักษาความสะอาดของ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สิ่งแวดล้อม โดยไม่ได้คำนึงถึงความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย หรือบางครั้งอาจประเมินเพียงว่าผู้ป่วย นับถือศาสนาใด โดยไม่ได้สอบถามข้อมูลความเชื่อก่อน แต่สรุปเองว่าผู้ป่วยมีหลักธรรมตามศาสนา ความเชื่อและการปฏิบัติที่เข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย จะช่วยลดความวิตกกังวลและความทุกข์ใจได้ และการปฏิบัติทางจิตวิญญาณเช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือธรรมะ การสวดมนต์ มีผลทำให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลายหลายส่วน ได้แก่กระบวนการเผาผลาญพลังงานลดลง การหายใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หัวใจเต้นช้าลง เป็นต้น

การดูแลและเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีความสุขและผ่อนคลาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะใกล้ตาย เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต ภาวะสูญเสีย เช่น สูญเสียอวัยวะหรือความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น หรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยเฉพาะการผ่าตัดที่ไม่สามารถคาดการณ์ ผลการผ่าตัดที่ชัดเจนได้ ท้องตั้งครรภ์ ท้องระยะคลอด และผู้สูงอายุ การที่ผู้ป่วยและครอบครัว จะผ่านประสบการณ์เหล่านี้ได้ต้องอาศัยความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณและการเอาใจใส่ดูแลจากผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งทีมสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยทุกคนโดยเฉพาะผู้ใช้บริการที่มีภาวะดังกล่าว ซึ่งมักมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ มากกว่าผู้ใช้บริการทั่วไปและรวบรวมข้อมูลด้านชีวิตจิตสังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม

๔. การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, ๑๙๙๔) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่างๆ ในเลือดโดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนเป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย ๑๑ ด้าน ดังนี้

๑. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ

๒. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะ โภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน

๓. การขับถ่าย เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัย ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การ พัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด

๕. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

๖. สติปัญญาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

๗. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์อัตมโนทัศน์และความภูมิใจในตนเอง

๘. บทบาทและสัมพันธ์ภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารและพัฒนาการด้านสังคม

๙. เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

๑๐. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียดเป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด

๑๑. คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

๕. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

นักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จำแนกทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่คือทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา มีรายละเอียดดังนี้(ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว, ๒๕๔๗ : ๔๑-๔๔)

๒.๑ ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย ๔ ทฤษฎีดังนี้

๒.๑.๑ ทฤษฎีว่าด้วย คอนลาเจน (Collagen Theory) เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอนลาเจนและไฟบรัส โปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยหดสั้นเข้า ปรากฏรอยย่นมากขึ้น ถ้าอยู่ตรงข้อต่อจะมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจน ซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ ๓๐-๓๕ปี บริเวณที่มีการจับตัวได้แก่ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อหลอดเลือดและหัวใจ

๒.๑.๒ ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันปดติน้อยลง พร้อม ๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้นทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วไม่มีการแบ่งเซลล์ตัวใหม่เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

๒.๑.๓ ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดจากกรรมพันธุ์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายช่วงคนเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว

๒.๑.๔ ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theories)ทฤษฎีแรกกล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ(Mutation)ทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำหรือได้รับขนาดสูงทันที จะมีผลทำให้เซลล์ชีวิตสั้นลงสำหรับทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA เป็นเอ็นไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผิดปกติจะผลิตสารภายในเซลล์ จะมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลงมากจะมีผลให้เสียชีวิต

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒.๑.๕ ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร เชื่อว่าหลังใช้งานเสร็จแล้วมีการสึกหรอแต่สิ่งมีชีวิตต่างจากเครื่องจักรตรงที่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้เอง เช่น เนื้อเยื่อบางชนิดได้แก่ ผิวหนังเยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เก่าที่หายไประหว่างต่อเนื่อง เป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอยแต่ในระบบเซลล์อื่น ๆ เช่น เซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อ จะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่อีก ทั้งยังถูกทำลายทำให้มีการทำหน้าที่ของอวัยวะของระบบนั้น ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

๒.๑.๖ ทฤษฎีว่าด้วยการอดซึมบกพร่อง (Deprivation Theory) เมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น เนื่องจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ระบบต่างๆ ภายในร่างกายเป็นผลทำให้การดูดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ในเลือดไปสู่อวัยวะต่างๆ ได้รับออกซิเจน สารอาหารไม่เพียงพออวัยวะจึงเสื่อมลง

๒.๑.๗ ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) กล่าวว่า ในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ พบว่า มีการสะสมของสารบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และสารนี้จะไม่พบในคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย สารที่สะสมนี้มีผลแทรกแซงขบวนการเผาผลาญของเซลล์ ทำให้ประสิทธิภาพของการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงในที่สุดจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

๒.๑.๘ ทฤษฎีว่าด้วยสารอนุมูลอิสระที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึงการใช้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่น ๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ ซึ่งทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลงสารนี้ถูกเร่งให้เกิดมากขึ้นจากการฉายรังสี โดยไปลดการเผาผลาญวิตามินเอ วิตามินซีและไนอาซีน

๒.๑.๙ ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress and Adaptation Theory) กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดในชีวิตประจำวัน ส่งผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลต้องเผชิญความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

สรุป ทฤษฎีทางชีววิทยา กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลงมากกว่าการสร้าง เช่นผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และหัวใจ ภูมิคุ้มกัน หรือภูมิต้านทานลดลง ผมหงอกเร็วขึ้น กระบวนการเผาผลาญ และระบบของร่างกายลดลง การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง และเสียหายที่ไปในที่สุด ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเผชิญ อาจทำให้เกิดภาวะเครียดส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาทระบบหัวใจระบบหลอดเลือดระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และ ระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะทำให้เกิดซ้ำๆ การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้านต่างๆดังนี้

๓.๑ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological Change) การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกๆ ระบบของร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและส่วนต่างๆที่พบโดยทั่วไปได้แก่ ผิวหนัง บางแห่งเหี่ยวย่นลอกหลุดง่าย มักมีอาการคัน มีจ้ำเลือด เซลล์ ผมหงอกและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาและสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและการคิดเชิงซ้ำ การมองเห็นและการได้ยินลดลง การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้รับรู้รสน้อยลง การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรับรสอื่น ๆ ฟันผุแตกหักง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกพุ่มคอฟันร่นลงไป กระดูกเปราะและหักง่าย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

มีอาการปวดกระดูก เนื่องจากแคลเซียมลดลง ต่อม้ำนําลายทำงานน้อยลง ทำให้รู้สึกว่าปากแห้ง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้บ่อย ประกอบกับการไม่ได้ออกกำลังกาย พบอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในเพศหญิง และปัสสาวะลำบากในเพศชายจากต่อมลูกหมากโตขึ้น นอกจากนี้การผลิตของฮอร์โมนต่างๆลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวานอย่างอ่อน และมีการสูญเสียไขมันออกไปกับปัสสาวะได้หนึ่งหลอดเลือดมีลักษณะหนาและแข็งขึ้น เพราะมีไขมันมาเกาะเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงเป็นเหตุให้ การขยายตัวและยุบตัวไม่ดี ต่อมเพศทำงานลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง การเปลี่ยนแปลงของสรีระทางร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาความเจ็บป่วย ทางร่างกายที่พบมากที่สุด โรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๑.๗ และป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๑๓.๓ คือโรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอันได้แก่ การปวดหลัง ปวดเข่า ปวดเอว ไชข้ออักเสบ รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้

๓.๒. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่

๓.๒.๑ การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัวและทางด้านจิตใจ พบว่า ร้อยละ ๕๑.๒ ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว บอกว่ารู้สึกเหงา รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตก็เปลี่ยนไป เพราะเกษียณอายุจากการทำงาน มีกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ในคุณค่าของตัวเองลดลง

๓.๒.๒ การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้านอกจากนี้รูปแบบของครอบครัวในสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มีขนาดเล็กซึ่งประกอบด้วยสามีภรรยาและบุตรเท่านั้น กล่าวคือมีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันไม่เกินสองรุ่นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหาสุขภาพในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความ ต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุนั้น เกิดขึ้นจากการถูกทอดทิ้ง และการถูกตัดออกจากสังคม เช่น การออกจากงาน การออกจากความรับผิดชอบในหน้าที่เดิมที่เคยปฏิบัติ การขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน หรือจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการไม่คงที่ มีความแปรปรวน จิตใจไม่มั่นคง เมื่อมีสิ่งใดมากระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยก็จะโมโห หงุดหงิด โกรธง่าย หรือน้อยใจ บางรายมีอาการซึมเศร้า หรือมีปฏิกิริยาต่อต้าน เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เป็นไปในทางเสื่อมสมรรถภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทางด้านร่างกาย จะเห็นว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทางด้านจิตใจพบว่าสภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง โดยจะหงุดหงิดง่าย และมีความวิตกกังวลสูง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของครอบครัว การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพสมรส เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเจ็บป่วยมักมีอาการรุนแรง และต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางสังคมที่เห็นได้ชัด โดยที่ในอดีต ครอบครัวไทย เป็นครอบครัวใหญ่ที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรให้ความเคารพ บูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบัน สังคมไทย เปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขันมองประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ที่ได้จากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ความสำคัญ ขาดการยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจ กระทั่งต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

๓.๒.๓ ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น

๓.๒.๔ การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อไม่ให้เป็นการระกบกับคนอื่นสามารถพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง

๓.๒.๕ ยอมรับสภาพของการเข้าสู่วัยสูงอายุ จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการศึกษาปฏิบัติตามคำสั่งสอนในศาสนา บางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว

๓.๓ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์แล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เช่น

๓.๓.๑ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน จากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทเข้าเมือง ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญปัญหาการอยู่ตามลำพัง ไม่มีที่พึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหาสุขภาพในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมสมัยใหม่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนอยากให้ผู้ดูแลตลอดไปและต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแล

๓.๓.๒ การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี การได้รับวัฒนธรรมตะวันตกทำให้สังคมไทยมีลักษณะคล้ายสังคมตะวันตกมากขึ้น ค่านิยมหรือความเชื่อเดิมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่นการเคารพพระบาวุธหรือค่านิยมของความกตัญญูต่อบิดามารดาและผู้เฒ่าคุณคุณ บุตรจะต้องทดแทนพระคุณของบิดามารดาเมื่อแก่ชราค่อยหมดไป

๓.๓.๓ การปลดเกษียณหรือออกจากงานและการลดบทบาททางสังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมรู้สึกที่ตัวเองหมดความสำคัญ นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท ซึ่งการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุด ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว โดดเดี่ยว

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงหลายด้านทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในรูปของลักษณะและหน้าที่ ที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะและโครงสร้างทางสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง ๓ ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพกาย และจิตใจ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าในปัจจุบันโครงสร้างของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆดังกล่าว

๖. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการแพทย์ โอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎีได้แก่

๑. บุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

๒. บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง

๓. การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิต การพัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well - Being)

๔. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกันและกัน

๕. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล

๖. การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความควรแก่การยกย่องส่งเสริม

๗. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น

๘. การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี ๓ ระดับ คือ (Orem ๒๐๐๑ : ๒๕๘ - ๒๖๕)

๑. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilitis For Care Operation)

(Orem. ๒๐๐๑) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นพื้นที่ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ ๓ ประการ คือ

๑.๑. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

๑.๒ การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรและจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

๑.๓ การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

๒. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components:enabling Capabilities For Self Care) (Orem ๒๐๐๑) โอเร็มมองพลังความสามารถทั้ง ๑๐ ประการนี้ ในลักษณะตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ ๑๐ ประการนี้ ได้แก่

๒.๑ ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเองทั้งภาวะแวดล้อมภายใน และภายนอก ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒.๒ ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

๒.๓ ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

๒.๔ ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อดูแลตนเอง

๒.๕ มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

๒.๖ มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

๒.๗ มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

๒.๘ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

๒.๙ มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

๒.๑๐ มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

๓. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundtional Capabilities & Disposition) (Orem ๒๐๐๑) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

๓.๑ ความสามารถที่จะรู้(Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น)

๓.๒ คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

๓.๒.๑ ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน การเขียน การนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

๓.๒.๒ หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

๓.๒.๓ การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

๓.๒.๔ การเห็นคุณค่าในตนเอง

๓.๒.๕ นิสัยประจำตัว

๓.๒.๖ ความตั้งใจ

๓.๒.๗ ความเข้าใจในตนเอง

๓.๒.๘ ความหวังใยในตนเอง

๓.๒.๙ การยอมรับตนเอง

๓.๒.๑๐ ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

๓.๒.๑๑ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ ๑๐ ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้แจกแจงไว้ นอกจากนี้โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

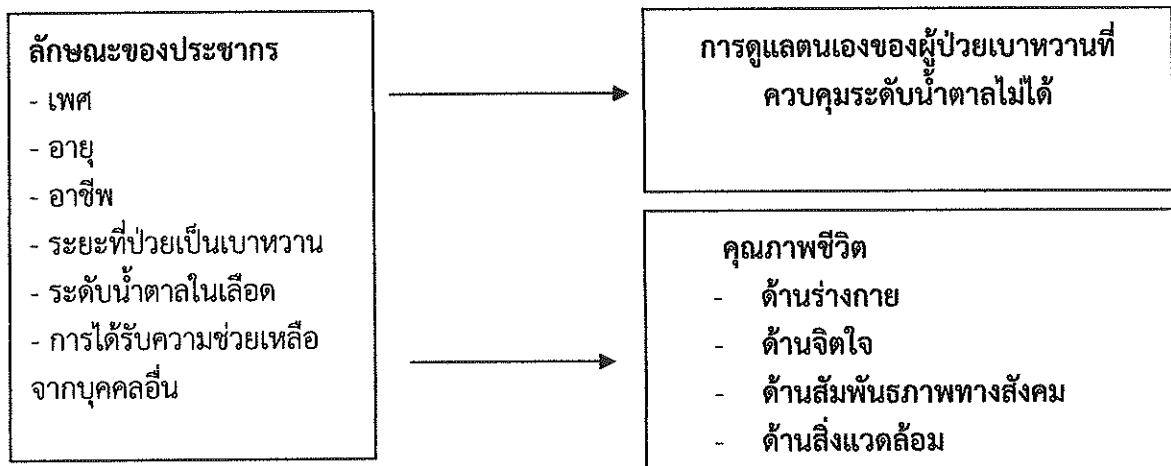
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับโรคของตนเป็นระยะเวลายาวนานและเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวแต่โรคเบาหวานไม่ใช่โรคร้ายแรง เช่น เอดส์และมะเร็ง เพียงแต่เป็นภาวะที่ร่างกายเบี่ยงเบนไปจากปกติซึ่งถ้าหากรู้จักดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมจะสามารถควบคุมภาวะเบี่ยงเบนหรือระดับน้ำตาลในเลือดสูง ให้กลับสู่ภาวะปกติเช่นคนทั่วไปได้ สามารถมีชีวิตยืนยาวและดำรงชีวิตได้อย่างปกติได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคภัยและปัญหาการเจ็บป่วยที่กระทำเพื่อมุ่งจะจัดการกับปัญหาหรือแก้ไขปัญหเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของตนเองเพื่อให้ตนเองสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ลดกิจกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของร่างกายสามารถปฏิบัติหรือการกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองในการดำรงชีวิต การเรียนรู้และการจดจำในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ตัดสินใจและกระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบุญทริก ตำบลโพรงงาม อำเภอบุญทริกจังหวัดอุบลราชธานี ในด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองอย่างไรที่การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะไม่เป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิต ซึ่งการดูแลตนเองในการรับประทานยาเป็นการปฏิบัติที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การดูแลตนเองในการรับประทานยามีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรตาม

ตัวแปรตาม



๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปฏิบัติงานหน่วยงานผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๕๗ ถึงปัจจุบัน ภายใต้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการบริการที่บุคลากรทางการพยาบาลให้บริการ แก่ผู้ใช้บริการด้าน สุขภาพ ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค และการฟื้นฟูสภาพสำหรับ ผู้สุขภาพดีและผู้มีปัญหาสุขภาพ โดยการคัดกรองภาวะ สุขภาพ แยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรง ของโรค ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและ สุขภาพ ให้การพยาบาลก่อนขณะและหลังการตรวจรักษา ให้การดูแลรักษาพยาบาล ช่วยเหลือ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในรายที่มีอาการรบกวน อาการไม่คงที่ และอาการ รุนแรง หรือมีภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตเฉียบพลัน บริการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว เกี่ยวกับ การ ปฏิบัติตน ปรับพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการบริการปรึกษาสุขภาพ งานบริการส่วนใหญ่ ประกอบด้วย คลินิกตรวจโรคและสุขภาพทั่วไป คลินิกตรวจโรคเฉพาะทางแต่ละสาขา คลินิกสุขภาพเด็ก คลินิก ตรวจครรภ์และตรวจหลังคลอด เป็นต้น ซึ่งการจัดให้มีคลินิกใดบ้างขึ้นอยู่กับ ความต้องการและความพร้อมของ หน่วยงาน บุคลากรทางการพยาบาลใน หน่วยงานบริการผู้ป่วยนอก นอกจากจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาล พื้นฐานและเฉพาะทางแล้ว ยังต้องมีทักษะสำคัญที่มุ่งเน้นด้านการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การถ่ายทอด ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้มาใช้บริการเข้าใจภาวะ สุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติตนเองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการป้องกันความขัดแย้งและ สร้างความประทับใจในบริการรักษาพยาบาล

๑. การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา

๑.๑ การตรวจคัดกรอง (Screening) พยาบาลวิชาชีพตรวจคัดกรองผู้ใช้บริการด้วยการประเมินสภาพ อาการเบื้องต้นจัดลำดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล อย่างถูกต้องและ ปลอดภัย

๑.๑.๑ รวบรวมข้อมูลและประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ใช้บริการทันทีเมื่อมาถึงหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยประเมินอาการเบื้องต้นจากอาการสำคัญ(Chief Complaint) และอาการแสดงแรกพบที่ได้จากเวชระเบียน/ การส่งต่อ การซักประวัติ/การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ/ครอบครัว/ผู้ดูแล โดยศึกษาจากข้อมูลภาวะสุขภาพ ดังนี้

- * อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
- * ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
- * ประวัติการใช้ยา /การแพทย์
- * การตรวจวัดสัญญาณชีพ
- * การตรวจร่างกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญ
- * ผลการตรวจต่างๆ

๑.๑.๒ ประเมินและจำแนกระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเจ็บป่วยรวมทั้งวินิจฉัยปัญหา และความต้องการการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

๑.๑.๓ ให้การช่วยเหลือ/การรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดของ หน่วยงาน หรือส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามประเภทความเร่งด่วนในกรณีต่อไปนี้

- * ผู้ใช้บริการอาการไม่คงที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลัน และ ภาวะคุกคามต่อชีวิต
- * ผู้ใช้บริการอาการรุนแรงเฉียบพลันกะทันหัน

๑.๑.๔ บันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองตามแบบฟอร์มการบันทึกที่กำหนดเป็นมาตรฐานของหน่วยงาน

๑.๑.๕ รายงาน/ให้ข้อมูลแพทย์/หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องตามขั้นตอนในสถานะที่มสุขภาพ เพื่อ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ

๑.๒ การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ให้บริการต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) ประเมินปัญหาเพิ่ม ประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการตลอด ระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน และวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม

๑.๒.๑ ประเมินอาการผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของ ผู้ให้บริการได้ อย่างเหมาะสม ภายใต้กรอบเวลา ขอบเขตการบริการพยาบาล ณ หน่วยงาน บริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังนี้

- ปัญหาและภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้ให้บริการ เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด อาการ ไม่สุขสบาย/อาการรบกวนต่าง ๆ

- ปัญหาความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ/ความปลอดภัย เช่น การพลัดตกหกล้ม การฆ่าตัวตาย การถูก ทารุณกรรมและทำร้ายร่างกาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรอตรวจ เป็นต้น

- ปัญหาศักยภาพในการดูแลตนเอง

- ปัญหาความต้องการ ความจำเป็นต่อการได้รับความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ

๑.๒.๒ ประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงซ้ำ ตามระยะเวลาความถี่ที่กำหนดสอดคล้องกับการ จำแนกประเภทผู้ป่วยและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกรณีต่าง ๆ ตามแนวทาง/ มาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงาน

๑.๒.๓ ให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินอาการซ้ำแก่ผู้ให้บริการและครอบครัวรับทราบ อย่างต่อเนื่อง

๑.๒.๔ วางแผนและจัดกิจกรรมการดูแลให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาที่ได้จากการประเมินซ้ำ

๑.๒.๕ บันทึกผลการประเมินสภาพอาการและอาการแสดงสำคัญที่ตรวจประเมินวินิจฉัยทางการแพทย์ และการวางแผนการดูแลตามแบบฟอร์มที่กำหนด

๑.๒.๖ รายงานข้อมูลอาการผิดปกติ/ภาวะเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องทั้งเอกสารและวาจา ให้กับแพทย์/ หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทราบ ตามขั้นตอนในฐานะส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประโยชน์ สูงสุดในการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ

๑.๓ การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องตามปัญหาและการตอบสนอง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่คาดหวัง

๑.๓.๑ ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการและครอบครัว เกี่ยวกับเป้าหมายผลลัพธ์ที่คาดหวังและการปฏิบัติการ พยาบาล

๑.๓.๒ ให้ผู้ให้บริการและครอบครัวตัดสินใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล และเปิด โอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัว ได้ซักถามประเด็นสงสัย

๑.๓.๓ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงานที่สอดคล้องตามปัญหา และตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการ โดยกำหนดกลุ่มผู้ให้บริการให้ชัดเจนทั้งกลุ่มที่ต้องการการดูแล เร่งด่วน ไม่เร่งด่วน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้ ควบคุมอาการไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มี ภาวะแทรกซ้อน โดยปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางดังนี้

- แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่สำคัญของหน่วยงาน เช่น การบรรเทาอาการ รบกวน อาการไม่สุขสบาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เป็นต้น

- แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หรือยุ่งยากซับซ้อน เช่น การจัดการอาการปวดของผู้ป่วย มะเร็ง การลดความวิตกกังวล การทำหัตถการพิเศษ เป็นต้น

๑.๓.๔ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง อาการแทรกซ้อน หรืออาการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อย่างสม่ำเสมอ

- สื่อสารข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ใช้บริการ แก่ทีมงานพยาบาลเพื่อประสานการดูแล
- บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบฟอร์มการบันทึกที่กำหนดของหน่วยงาน

๑.๔ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประเมินผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์สอดคล้องกับปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑.๔.๑ ประเมินผลลัพธ์การตอบสนองตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์สอดคล้อง กับปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้ขอบเขตบริการพยาบาล

๑.๔.๒ ปรึกษาหารือผลการปฏิบัติการพยาบาลกับทีมพยาบาลในการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาล

๑.๔.๓ เปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินการ ตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง

๑.๔.๔ ให้ข้อมูลอาการตอบสนองที่สำคัญแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว ให้เข้าใจชัดเจนถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการ

๑.๔.๕ บันทึกผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้น

๑.๔.๖ รายงานอาการผิดปกติ อาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแก่แพทย์ผู้ตรวจรักษาพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา

ดูแลและเอื้ออำนวยให้กระบวนการรักษาของแพทย์เป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และเสมอภาค

๑. ดูแลให้ผู้ใช้บริการเข้ารับการตรวจรักษาตามลำดับ ยกเว้นกรณีผู้ใช้บริการที่มีอาการเร่งด่วนและรุนแรง ให้ส่งไปรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที

๒. ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล (Patient Identification) ดังนี้

- ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลของผู้ใช้บริการตรงกับเอกสาร ได้แก่ เวชระเบียน ผลการตรวจต่าง ๆ

- ระบุตัวบุคคลสำหรับผู้ใช้บริการที่จะทำหัตถการหรือตรวจพิเศษตามแนวทางปฏิบัติ

- กรณีผู้สูงอายุ/ผู้พิการมีปัญหาการรับรู้ทางสายตา หูพิการ และผู้ป่วยเด็ก ให้มีการทวนซ้ำจากญาติและครอบครัว จนมั่นใจว่าถูกต้อง

๓. จัดเตรียมสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์พร้อมใช้ในการตรวจรักษา

๔. เตรียมความพร้อมของผู้ใช้บริการในการเข้ารับการตรวจ คำนึงถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคล โดยดำเนินการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกผู้ใช้บริการก่อนเข้ารับการตรวจและตรวจพิเศษต่าง ๆ ปฏิบัติตามขั้นตอนโดยอธิบายเป้าหมายและขั้นตอนการตรวจรักษาให้กระจ่างและชัดเจน คำนึงถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคล จัดทำผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสมตามกรณีการตรวจพิเศษชนิดต่างๆ คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยร่างกายบริเวณมิดชิดอย่างเหมาะสม จัดทำและผูกยึด(Restrain)อย่างเหมาะสมตามกรณีของผู้ใช้บริการ

๕. เฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ใช้บริการในขณะที่ตรวจรักษา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงให้ผู้ใช้บริการปลอดภัยในขณะที่ตรวจรักษา

๖. กรณีมีการเก็บสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ให้เก็บสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วยความระมัดระวัง มีการระบุความถูกต้องของตัวบุคคลให้ตรงกับผู้ใช้บริการก่อนส่งตรวจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๗. จัดเตรียมและตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากตรวจเพื่อใช้บริการในขั้นตอนของการตรวจรักษา หรือหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

๘. เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัวได้ซักถามประเด็นสงสัย เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษา และเรื่องที่เกี่ยวข้อง

การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

ดูแลและประสานการส่งต่อ ให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการสุขภาพตามแนวทางการรักษาพยาบาล ต่อเนื่อง อย่างเหมาะสม

๑. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้ใช้บริการตรงกับเอกสาร ได้แก่ คำสั่งการรักษา แบบฟอร์มการส่งตรวจต่าง ๆ เอกสารเกี่ยวกับการประสานงาน/การส่งต่อการบริการสุขภาพ ขึ้นต่อไป

๒. ให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น และขั้นตอนของการบริการรักษา และปฏิบัติตามมาตรฐานของหน่วยงานในกรณีการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจและวินิจฉัยเพิ่ม การถนัดมาตรวจซ้ำ

๓. ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้อง กับปัญหาสุขภาพ/โรค ของผู้ใช้บริการในกรณีต่าง ๆ เช่นการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ ส่งต่อผู้ใช้บริการพบพยาบาลผู้ให้การปรึกษา การรอฟังผลวินิจฉัยโรคที่มีผลกระทบต่อการปรับตัวทางร่างกาย/จิตสังคมส่งผู้ใช้บริการพบพยาบาลผู้ให้การปรึกษา เพื่อให้การปรึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการบริการปรึกษา เช่น การปรึกษาเฉพาะเรื่อง หรือการปรึกษาแบบสนับสนุนและให้กำลังใจ เป็นต้น การอธิบาย/ให้คำแนะนำ /มอบเอกสาร/สื่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลและบริบทที่เกี่ยวข้อง

๔. ประสานงานกับหน่วยงาน/บุคคลที่เกี่ยวข้องตามแนวทางที่กำหนดของหน่วยงาน ในกรณีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น การส่งต่อไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

๕. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลในเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

การดูแลต่อเนื่อง

วางแผนการดูแลผู้ใช้บริการ ในการตรวจรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน/แนวทางการส่งต่อ และให้การดูแลระหว่างการส่งต่ออย่างเหมาะสมและปลอดภัย

๑. ประเมินความต้องการการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

๒. ให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแล สุขภาพตนเองทุกมิติที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งกรณีการจำหน่ายกลับบ้าน การส่งต่อ เคลื่อนย้าย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

๓. เปิดโอกาสช่องทางให้ผู้ให้บริการและครอบครัวรับทราบและตัดสินใจทางเลือก ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องทั้งการจำหน่ายกลับบ้าน ส่งต่อ เคลื่อนย้าย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล/สถาบัน

๔. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในประเด็นต่าง เช่นการจัดหาแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องให้กับ ผู้ใช้บริการและครอบครัวอย่างเหมาะสมกับสภาพชุมชน/สังคม

๕. ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหา และการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพผู้ใช้บริการก่อนการส่งต่อ เคลื่อนย้ายอีกครั้ง

๖. บันทึกข้อมูลการส่งต่อเคลื่อนย้าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุมตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงาน ในกรณีต่าง ๆ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ พบมากที่สุด ประมาณร้อยละ ๙๐ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เกิดเนื่องจากภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) เมื่อรับประทานอาหารตับอ่อนพยายามผลิตอินซูลิน เพื่อนำน้ำตาลจากอาหารเข้าเซลล์ไปใช้เป็นพลังงาน แต่ภาวะดื้ออินซูลินทำให้อินซูลินทำหน้าที่ลดน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูง โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ต้องใช้เวลารักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน นับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกในปัจจุบันรวมทั้งประเทศไทย ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง ๔.๘ ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้นซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมาจากวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วน และอายุที่มากขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ ๓๕.๖ หรือเพียง ๒.๖ ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง ๐.๙ ล้านคน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง ๒๐๐ รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง ๕.๓ ล้านคนภายในปี ๒๕๘๓ ซึ่งผู้เป็นเบาหวานถ้าหากขาดยาหรือขาดการออกกำลังกาย ไม่ควบคุมอาหารหรือมีความเครียดทางจิตใจ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖)

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (type ๒ diabetes) เกิดจากตับอ่อนมีการสร้างและหลั่งอินซูลินลดลง เซลล์มีภาวะดื้อต่ออินซูลินจนทำให้เซลล์ไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้ได้ ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้นต้องรักษาด้วยการรับประทานยาและบางรายต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีหลายปัจจัย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๓ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เกิดจากผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระยะยาวได้ ไม่สามารถงดหรือลดการรับประทานอาหารรสหวานได้ (Pivnuan & Netrin, ๒๐๑๘) ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (Sangsawang, Palitnonkert & Ngamkham, ๒๐๑๘) นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสม ลืมรับประทานยา ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ปรับลดขนาดยา และหยุดยาเบาหวานเอง อีกทั้งผู้ป่วยบางรายมีภาวะเครียดจากความเจ็บป่วย ทำให้การหลั่งฮอร์โมนอินซูลินในร่างกายผิดปกติ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ (ongnuch, ๒๐๒๑) ซึ่งวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทชีวิตของแต่ละบุคคล

โรงพยาบาลบุณฑริก ปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๕,๑๑๒ ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง(Hyperglycemia) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๑๓๐ ราย และมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๒๑.๕๔ โดยผู้ป่วยเบาหวานเองต้องเป็นผู้ควบคุมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการรักษาด้วยยาตามแพทย์สั่งด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุดสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ หากผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติเป็นระยะเวลานานเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ ได้เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neuropathy) การเสื่อมของจอตา (Retinopathy) และการเสื่อมของหน่วยไต (Nephropathy) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความพิการ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม (Neuropathy) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลและแผลหายช้าโดยเฉพาะแผลที่เท้า

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในผู้สูงอายุที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา

วิธีการศึกษา

ผลรายงานของการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน ๒ รายดำเนินการศึกษาในระหว่างช่วงวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเป็นกรณีศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือเป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (ตั้งแต่ ๒๐๐mg/dl ขึ้นไป) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ระดับปกติ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลบุณฑริก ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นผู้มีการรับรู้ดีสามารถสื่อสารความหมายได้เข้าใจตรงกัน ยินยอมให้ทำการศึกษามีผู้ดูแลและอนุญาตให้ไปเยี่ยมบ้านตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และมารับการรักษาในโรงพยาบาลบุณฑริก เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน และประยุกต์ใช้ทฤษฎีผู้สูงอายุร่วมกับทฤษฎีของโอโรรม มี ๖ มโนทัศน์ ประกอบด้วย การดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเองความสามารถทางการพยาบาลและปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและแบบเยี่ยมผู้ป่วยเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการเยี่ยมบ้านตามวิธีการและการเยี่ยมบ้านที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้นซึ่งกำหนดการเยี่ยมบ้านการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ หลังจากออกจากโรงพยาบาล ๗ วัน ในวันที่ ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และ ๑๕ วัน ในวันที่ ๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ในผู้ป่วยรายที่ ๑ และในผู้ป่วยรายที่ ๒ กำหนดการเยี่ยมบ้านการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖ และครั้งที่ ๒ ในวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ ๑ หญิงไทย อายุ ๖๙ ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ คู่ อาชีพ ไม่ได้ทำงาน การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๔ ภูมิลำเนา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีประวัติป่วยเบาหวาน มา ๗ ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินร่วมกับยารับประทาน ปี ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงบ่อยครั้ง ล่าสุดมีอาการเหนื่อยเพลีย ปากแห้งคอแห้ง ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ก่อนมา ๓ ชั่วโมง ตรวจสัญญาณชีพ น้ำหนัก ๔๙ กิโลกรัม สูง ๑๕๐ เซนติเมตร อุณหภูมิ ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๘/๘๒ มิลลิเมตรปรอท ตรวจน้ำตาลในเลือด = ๓๙๔ Mg/dl ตรวจโซเดียมในเลือด = ๑๒๑ mmol/L ตรวจโพแทสเซียมในเลือด = ๔.๑๙ mmol/L ตรวจคลอไรด์ในเลือด = ๘๔ mmol/L ตรวจไบคาร์บอเนตในเลือด = ๒๑ mmol/L ตรวจคีโตนในเลือด = negative ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Hyperglycemia with hyponatraemia นอนโรงพยาบาลวันที่ ๒ - ๕ พ.ศ. ๒๕๖๖ จากการซักประวัติผู้ป่วยทานผลไม้ นมเปรี้ยวและไม่ฉีดยาตามแพทย์สั่งลิ้มอ่านฉลากยา บางครั้งยาอินซูลินในปากกาทหมดแต่ผู้ป่วยไม่รู้ นอนโรงพยาบาล ๔ วัน แพทย์ให้กลับบ้านนัดติดตาม ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มาตรวจตามนัด มีอาการเหนื่อยเพลียบางวันตอนกลางคืน ไม่มีอาการปากแห้งคอแห้ง ไม่มีอาการบวม มีอาการมินชาที่เท้าเล็กน้อย นอนไม่ค่อยหลับบางวัน ให้ประวัติทานนมหวานหรือนมเปรี้ยวบ้าง ผลไม้หวาน ทานข้าวสวยมีธัญ ๑ ทัพพี ชักประวัติการฉีดยา ฉีดยาถูกต้อง แต่ลืมทานยาก่อนอาหารบางวัน ประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัม สูง ๑๕๐ เซนติเมตร อุณหภูมิ ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๘ ครั้ง/นาที การหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๗/๘๔ มิลลิเมตรปรอท การตรวจสภาพร่างกายมีรูปร่างไม่อ้วน ไม่มีอาการผิดปกติ การตรวจสภาพช่องปาก ฟันมีคราบใช้งานได้ปกติ ตรวจจอประสาทตาปกติ ตรวจเท้าไม่มีบาดแผล ตรวจเท้าด้วย Monofilament ปกติ การทำงานของไตปกติ และมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนทำการศึกษา เท่ากับ ๒๒๘ mg/dl

ผู้ป่วยรายที่ ๒

ชายไทย อายุ ๖๒ ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ คู่ อาชีพ ทำนา การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๔ ภูมิลำเนา อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีประวัติป่วยเบาหวาน มา ๑๔ ปี ปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินร่วมกับยารับประทาน ล่าสุด ๔ ม.ค. ๒๕๖๖ มารับยาตามนัด ยังมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทานข้าวเหนียวทุกวัน ทานผลไม้ตามฤดูกาล ฉีดยาทานยาทุกวันไม่ขาดยา นัดติดตาม ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖ การทำงานของไตพบไตเสื่อมระยะ ๒ และมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เท่ากับ ๑๘๔ mg/dl

๒๑ เม.ย. ๒๕๖๖ มารับยาตามนัด ไม่มีอาการปากแห้งคอแห้ง ไม่มีอาการบวม ปัสสาวะคืนละ ๒ ครั้ง มีอาการมินชาที่ปลายมือปลายเท้า ไม่มีอาการปวด มีอาการคันที่ผิวหนังเล็กน้อย ไม่มีแผล ไม่มีอาการเหนื่อยเพลีย ให้ประวัติทานข้าวเหนียวทุกวัน ทานผลไม้บางวัน ช่วงนี้ดื่มสุรวันละ ๑ เป๊ก ชักประวัติการฉีดยาฉีดยาถูกต้อง ประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนัก ๕๔ กิโลกรัม สูง ๑๖๘ เซนติเมตร อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที การหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๖/๘๕ มิลลิเมตรปรอท การตรวจสภาพร่างกายมีรูปร่างไม่อ้วน ไม่มีอาการผิดปกติ การตรวจสภาพช่องปาก ฟันมีคราบใช้งานได้ปกติ ตรวจจอประสาทตาปกติ ตรวจเท้าไม่มีบาดแผล ตรวจเท้าด้วย Monofilament ปกติ การทำงานของไตพบมีไตเสื่อมระยะ ๓ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนทำการศึกษา เท่ากับ ๔๖๙ mg/dl และตรวจพบมีน้ำตาลในปัสสาวะ

ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของมาร์จอรีกอร์ดอน เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลและประเมิน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมีปัญหาสุขภาพเหมือนกัน ๒ แบบแผน ได้แก่ ๑) พฤติกรรมการดูแลตนเองการรับประทานอาหาร เช่น ทานข้าวเหนียว นมเปรี้ยว และผลไม้รสหวาน และ ๒) ไม่ออกกำลังกาย ส่วนปัญหาสุขภาพที่ต่างกันพบ ๒ แบบแผน ได้แก่ ๑) การนอนไม่หลับ ๒) การฉีดยาไม่ถูกต้อง พบในผู้ป่วยเบาหวานรายที่ ๑ ที่มีภาวะวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ นอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และไม่ฉีดยาตามแพทย์สั่งจากการไม่อ่านฉลากยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างตาม ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
๑. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	มีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยทุกครั้งก็จะไปพบแพทย์ไม่ซื้อยามารับประทานเอง ผู้ป่วยจะฉีดยาอินซูลินด้วยตัวเอง และใน การ นอน โรงพยาบาลทุกครั้งแพทย์จะปรับยาฉีดยา แต่จากสอบถามผู้ป่วยจะจดจำการฉีดยาครั้งแรก จึงไม่ปรับการฉีดยาตามแพทย์สั่งลิ้มอ่านฉลากยา บางครั้งยาอินซูลินในปากกาหมดแต่ผู้ป่วยไม่ทราบว่ายาหมด ลิ้มทานยาในบางวัน	มีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยทุกครั้งก็จะไปพบแพทย์ไม่ซื้อยามารับประทานเอง ฉีดยาอินซูลินเอง ไม่ปรับยาเอง ไม่ขาดนัด ไม่ขาดยา แต่ มี พฤติกรรม การ รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักทุกวัน ทานผลไม้ตามฤดูกาล ต้มสุราวันละ ๑ เป๊ก	ผู้ป่วยทั้งสองรายรับรู้ ว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวานและมีโรคร่วมเป็นไขมันในเลือดสูงรับการโดยแพทย์แผนปัจจุบัน รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมีปัญหา สุขภาพ เหมือนกัน ๒ แบบแผน ได้แก่ พฤติกรรม การดูแลตนเองการรับประทานอาหารเช่น
๒. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยและบุตรจะทำกับข้าวรับประทานเอง รับประทานข้าว ๑ ทัพพีในแต่ละมื้อ ทานอาหารรสไม่จัด ทานผลไม้รสหวานและนมเปรี้ยว	รับประทานอาหารพื้นบ้าน ชอบ ทานข้าวเหนียว ต้มสุราวันละ ๑ เป๊ก และผลไม้รสหวาน	ทานข้าวเหนียว นมเปรี้ยวและผลไม้รสหวาน และ ไม่ออกกำลังกาย ส่วนปัญหาสุขภาพที่ต่างกันพบ
๓. การขยับถ่าย	ขยับถ่ายอุจจาระปกติวันละ ๑ ครั้ง ไม่ต้องใช้ยาระบายไม่มีท้องผูก	ขยับถ่ายอุจจาระปกติวันละ ๑ ครั้ง หรือ ๒ วันครั้ง ไม่ต้องใช้ยาระบายไม่มีท้องผูก	๒ แบบแผน ได้แก่ การนอนไม่หลับและการฉีดยาไม่ถูกต้อง
๔. การออกกำลังกาย	ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นรูปแบบ แต่จะเดินรอบบ้านและทำกิจกรรมในบ้าน เช่นกวาดบ้าน	ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นรูปแบบ ผู้ป่วยจะทำไร่นา	พบในผู้ป่วยเบาหวาน รายที่ ๑ ที่มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ นอน
๕. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับไม่สนิท บางวัน เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเองและนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ประเมิน ๒Q : positive , ๙Q = ๗	นอนหลับวันละ ๗-๘ ชั่วโมง ไม่มีปัญหาในการนอนหลับ	โรงพยาบาลบ่อยครั้ง และไม่ฉีดยาตามแพทย์สั่งจากการไม่อ่านฉลากยา
๖. สติปัญญาและการรับรู้	ถามตอบรู้ เรื่อง สามารถรับรส กลิ่น ได้ ปกติ การได้ ยินปกติ สามารถรับรู้วันเวลาและสถานที่ ปกติ แต่ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยา	ถามตอบรู้ เรื่อง สามารถรับรส กลิ่น ได้ ปกติ การได้ ยินปกติ สามารถรับรู้วันเวลา และสถานที่ปกติ	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ตาม ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพที่	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๗. การรู้จักตนเอง และอัตมโนทัศน์	รับรู้ปกติพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของ ตัวเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลตัวเองได้ ประเมิน ADL = ๒๐	การรับรู้ปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลตัวเองได้ ประเมิน ADL = ๒๐	
๘. บทบาทและสัมพันธภาพ	ในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกันดี บุตรจะให้ผู้ป่วยฉีดยาเพราะเห็นว่าผู้ป่วยทำได้ด้วยตัวเองได้จึงไม่ได้ฉีดยาให้ผู้ป่วย	ในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกันดี	
๙. เพศและการเจริญพันธ์	เหมาะสมตามวัย	เหมาะสมตามวัย	
๑๐. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	วิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะของโรค เพราะนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง แต่สามารถปรับตัวได้ ไม่มีความคิดที่จะทำร้ายตัวเอง ลูกหลานให้กำลังใจดี	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย ลูกหลานให้กำลังใจดีพยายามพึ่งตนเองไม่ทำตัวเป็นภาระต่อผู้อื่น	
๑๑. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล มีความเชื่อว่าเป็นโรคเวรกรรม ไม่พึ่งพาไสยศาสตร์	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล ไม่พึ่งพาไสยศาสตร์	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนองาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางการวิเคราะห์ผลจากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน ๒ ราย ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูงและโรคสะเทือนเงิน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
การเปรียบเทียบ			
๑. ข้อมูลส่วนบุคคล	หญิงไทย อายุ ๖๙ ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ คู่ อาชีพ ไม่ได้ทำงาน การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๔ ภูมิลำเนา อำเภอบุณฑริก ประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวานมา ๗ ปีรับการรักษาต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(FBS) เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน ผลไม้รสหวาน และการฉีดยาไม่ถูกต้องจากการไม่อ่านฉลากยาบางครั้งยาหมดในปากกาผู้ป่วยไม่รู้ สัมทานยาก่อนอาหารบางวัน	ชายไทย อายุ ๖๒ ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ คู่ อาชีพทำนา การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๔ ภูมิลำเนา อำเภอ บุณฑริก จังหวัดอุบล อุดรราชธานี มีประวัติป่วยเบาหวาน มา ๑๔ ปี รับการรักษาต่อเนื่อง ช่วงแรกควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ระยะหลังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (FBS)เนื่องมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน ผลไม้รสหวานและเริ่มดื่มสุรา	เนื่องจากกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพโดยคำนึงถึง การให้ความรู้ การแนะนำต่างๆ ต้องให้ญาติหรือผู้ดูแลร่วมรับฟัง เพื่อดูแลผู้ป่วย
๒. สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรค	ประวัติครอบครัวมีมารดา เป็นโรคเบาหวานและพฤติกรรมการทานอาหารหวาน	ประวัติครอบครัวมีมารดา เป็นโรคเบาหวาน	สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานหากแบ่งตามชนิดของเบาหวานของผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ และมีประวัติมารดาป่วยเป็นเบาหวาน แต่ผู้ป่วยรายที่ ๑ มีปัจจัยเสี่ยง คือรับประทานของผลไม้รสหวาน การวางแผน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนองาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางการวิเคราะห์ผลจากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน ๒ ราย ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูงและโรคสะกิดเงิน (ต่อ)

ประเด็น การเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๓. ประวัติการ รักษา			
๓.๑ โรคร่วม	ไขมันในเลือดสูง	ไขมันในเลือดสูงและโรค สะกิดเงิน	ผู้ป่วยรายที่ ๑ มีโรคร่วม ไขมันในเลือดสูง และรายที่ ๒ มีโรคร่วมไขมันในเลือดสูง และโรคสะกิดเงิน
๓.๒ ประวัติ ทางการแพทย์	เป็นเบาหวานมา ๗ ปี ปฏิเสธการแพทย์	เป็นเบาหวานมา ๑๔ ปี ปฏิเสธการแพทย์	ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ต่างกันไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติได้ส่วนการตรวจ ร่างกายด้านตา พบว่า ปกติ ส่วนการตรวจไต พบไต เสื่อมระยะที่ ๑ ในผู้ป่วยรายที่ ๑ และพบไตเสื่อม ระยะ ๓ พบในผู้ป่วยรายที่ ๒ ซึ่งทั้ง ๒ ราย การวางแผนการ พยาบาล จึงเน้นการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมใน การควบคุมโรค และให้ญาติ มีส่วนร่วมในการดูแล
- การตรวจ ร่างกาย	รูปร่างสมส่วน ไม่มีความ พิการ	รูปร่างสมส่วน ไม่มีความ พิการ	
- การตรวจตา	ปกติ	ปกติ	
- การตรวจไต	ไตเสื่อมระยะ ๑	ไตเสื่อมระยะ ๓	
- การตรวจเท้า	ปกติ	ปกติ	
- ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	FBS = ๒๒๘ mg/dl	FBS = ๔๖๙ mg/dl	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตาราง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอโรม

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๑. การรับ ประทานอาหาร	ผู้ป่วย ไม่มีความรู้ว่าอาหารที่ควร หลีกเลี่ยง <u>วางแผนการพยาบาล</u> ให้ความรู้ด้วยวิธี - การชี้แนะให้แนวทาง - การสอน <u>การปฏิบัติพยาบาล</u> - สอบถามอาหารที่บริโภค เป็น ประจำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่ท่านได้แต่ควรจำกัด - สอบถามเรื่องการดื่มน้ำ <u>การประเมินผล</u> - งดรับประทานอาหารรสเค็ม และมัน - งดรับประทานของหวาน เครื่องดื่ม ที่มีน้ำตาล - ดื่มน้ำวันละ ๒ - ๓ ลิตร	ผู้ป่วย ไม่มีความรู้ว่าอาหารที่ ควรหลีกเลี่ยง <u>วางแผนการพยาบาล</u> ให้ความรู้ด้วยวิธี - การชี้แนะให้แนวทาง - การสอน <u>การปฏิบัติพยาบาล</u> - สอบถามอาหารที่บริโภค เป็นประจำ อาหารที่ควร หลีกเลี่ยง และอาหารที่ท่าน ได้แต่ควรจำกัด - สอบถามเรื่องการดื่มน้ำ <u>การประเมินผล</u> - งดรับประทานอาหารรสเค็ม และมัน - งดรับประทานของหวาน เครื่องดื่ม ที่มีน้ำตาล และสุรา - ดื่มน้ำวันละ ๒ - ๓ ลิตร	ผู้ป่วยทั้งสองราย ไม่ มีความรู้ว่าอาหารที่ ควรหลีกเลี่ยงคือ อะไร ไม่อ่านฉลาก อาหารและไม่ค่อย ดื่มน้ำพบในผู้ป่วย รายที่ ๒
๒. การรับ ประทานยาและ การฉีดยา	- ลืมทานยาตอนเช้าบางวัน - ฉีดยาไม่ถูก ไม่อ่านฉลากยา <u>วางแผนการพยาบาล</u> ให้ความรู้ด้วยวิธี - การชี้แนะให้แนวทาง - การสอน <u>การปฏิบัติพยาบาล</u> - สอบถามอาหารที่บริโภค เป็น ประจำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่ท่านได้แต่ควรจำกัด - สอบถามเรื่องการดื่มน้ำ <u>การประเมินผล</u> - ผู้ป่วยรับประทานยา ตรงเวลา ทุกครั้ง - ผู้ป่วยฉีดยาถูกต้อง อ่านฉลาก ยา และสังเกตยาฉีดยาอินซูลินใน ปากกาได้	ไม่มี	การรับประทานยา และฉีดยาจะพบใน ผู้ป่วยรายที่ ๑ คือ ลืมทานยาตอนเช้า บางวันและการฉีดยา ไม่ถูกจากการไม่ อ่านฉลากยา บางครั้งยาอินซูลิน ในปากกาหมดแต่ ผู้ป่วยไม่รู้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตาราง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอโรม (ต่อ)

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๓. การรับรู้ และการจัดการอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้น	<p>มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>วางแผนการพยาบาล</p> <p>ทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการสนับสนุนทางด้านร่างกายและให้ความรู้ด้วยวิธี</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสอนและชี้แนะให้แนวทาง - การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนพัฒนาการ <p>การปฏิบัติพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการ และอาการแสดงครอบคลุมทั้งภาวะซีดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงและโรคประจำตัวอื่นๆ ของผู้ป่วย - ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการพูดคุยเกี่ยวกับ อาการแสดงที่เกิดขึ้นก่อนพบแพทย์ตอนเช้า - อธิบายและเสริมสร้างกำลังใจ ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการบอกเล่าอาการแก่บุคลากรสุขภาพ - วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม - พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาและแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับสู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยสามารถสำรวจ อาการผิดปกติของตนเองได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยบอกอาการ และอาการแสดงของกลุ่มอาการกำเริบ ได้ถูกต้องและเมื่อมีอาการผู้ป่วย และญาติจะรีบมาโรงพยาบาลทันที 	<p>มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีไตเสื่อมระยะ ๓</p> <p>วางแผนการพยาบาล</p> <p>ทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการสนับสนุนทางด้านร่างกายและให้ความรู้ด้วยวิธี</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสอนและชี้แนะให้แนวทาง - การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนพัฒนาการ <p>การปฏิบัติพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการ และอาการแสดงครอบคลุมทั้งภาวะซีดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไตทำงานลดลง และโรคประจำตัวอื่นๆ ของผู้ป่วย - ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการพูดคุยเกี่ยวกับ อาการแสดงที่เกิดขึ้นก่อนพบแพทย์ตอนเช้า - อธิบายและเสริมสร้างกำลังใจ ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการบอกเล่าอาการแก่ บุคลากรสุขภาพ - วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม - พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาและแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับสู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยสามารถสำรวจอาการผิดปกติของตนเองได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยบอกอาการ และอาการแสดงของกลุ่มอาการกำเริบ ได้ถูกต้องและเมื่อมีอาการ ผู้ป่วย และญาติจะรีบมาโรงพยาบาลทันที 	<p>ผู้ป่วยทั้งสอง ระบุว่าตนเอง เป็นเบาหวาน และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จาก พฤติกรรมการรับประทาน อาหารไม่ถูกต้อง และผู้ป่วยรายที่ ๒ ระบุว่าตนเอง มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตาราง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรม (ต่อ)

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๔. การรักษาสมดุลของการทำงาน	ไม่ออกกำลังเป็นกิจจะลักษณะ และมีปัญหาการนอนไม่หลับ	ไม่ออกกำลังเป็นกิจจะลักษณะ	ผู้ป่วยเข้าใจผิดเกี่ยวกับ การ
ทำ กิจกรรม	<u>วางแผนการพยาบาล</u>	สนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี	ออกกำลังกาย
และ การ	สนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี	- การชี้แนะให้แนวทาง	ทำให้เกิด การ
พักผ่อน	- การชี้แนะให้แนวทาง	- การสอน	หลีกเลี่ยงหรือ
	- การสอน	- การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อ	หยุดการ ออก
	- ส่งเสริมด้านจิตใจและสังคมการ	สนับสนุนพัฒนา การด้านร่างกาย	กำลังกาย และมี
	สร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุน	<u>การปฏิบัติพยาบาล</u>	ปัญหา การนอน
	พัฒนาการด้านร่างกาย	- ให้ความรู้การออกกำลังกายที่	ไม่หลับในผู้ป่วย
	<u>การปฏิบัติพยาบาล</u>	เหมาะสม	รายที่ ๒
	- ให้ความรู้การออกกำลังกายที่	- ผู้ประสานความร่วมมือจากแพทย์	
	เหมาะสมและประสานความ	ผู้รักษาถึงความพร้อมของร่างกาย	
	ร่วมมือจากแพทย์ ผู้รักษาถึง	รวมถึงชนิดของการออกกำลังกาย	
	ความพร้อมของร่างกาย รวมถึง	<u>การประเมินผล</u>	
	ชนิดของการออกกำลังกาย	- ผู้ป่วยบอกวิธีการออก กำลังกาย	
	- แนะนำรูปแบบการนอนที่	ได้ถูกต้อง	
	เหมาะสม	- ผู้ป่วยสาธิตการออกกำลังกาย ให้	
	- สังเกตความอึดโรยจากสีหน้า	พยาบาล และทีมประเมิน ได้	
	และ ทำทางของผู้ป่วย ชักถาม	ถูกต้อง	
	และ รับฟัง เกี่ยวกับรูปแบบการ		
	พักผ่อนนอนหลับ ปัญหาและ		
	วิธีการจัดการปัญหาในเรื่อง การ		
	นอนหลับของผู้ป่วย		
	- ให้เล่าปัญหาการนอนหลับแก่		
	แพทย์ เนื่องจากปัญหาการนอน		
	หลับ อาจมาจากพยาธิสภาพของ		
	โรค หรือจากยาซึ่งแพทย์อาจต้อง		
	ปรับยาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว		
	<u>การประเมินผล</u>		
	- ผู้ป่วยบอกวิธีการออก กำลัง		
	กาย ได้ถูกต้อง		
	- ผู้ป่วยสาธิตการออกกำลังกาย		
	ให้พยาบาล และทีมประเมิน ได้		
	ถูกต้อง		
	- ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ปกติ		

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตาราง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรม (ต่อ)

การประเมิน	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๕. การดูแลตนเองด้านจิตสังคม	<p>รับรู้ว่าตนเอง มีข้อจำกัด ในหลายด้าน โดยเป็น การเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีอาการกำเริบเมื่อไร ซึ่งต้องเป็น ภาระแก่ผู้อื่น</p> <p>การปฏิบัติพยาบาล</p> <p>สนับสนุนและให้ความ รู้ด้วยวิธี</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนทาง ด้าน จิตใจ และสังคม <p>การปฏิบัติพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้กำลังใจว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และ มาโรงพยาบาล เมื่อพบปัญหา - จัดกิจกรรมทางศาสนา - จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์โดยการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน - ส่งเสริมให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว - เป็นที่ปรึกษาและเป็นคนกลาง ในการเสริมสร้างความเข้าใจ และให้กำลังใจ ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากร ทางสุขภาพในสหสาขาวิชาชีพ <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม พุดคุย เป็นกันเองกับพยาบาล - ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และตระหนักในการควบคุมน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ 	<p>รับรู้ว่าตนเอง มีข้อจำกัด ในหลายด้าน โดยเป็น การเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีอาการกำเริบเมื่อไรซึ่งต้องเป็น ภาระแก่ผู้อื่น</p> <p>การปฏิบัติพยาบาล</p> <p>สนับสนุนและให้ความ รู้ด้วยวิธี</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนทาง ด้าน จิตใจ และสังคม <p>การปฏิบัติพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้กำลังใจว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และ มาโรงพยาบาล เมื่อพบปัญหา - จัดกิจกรรมทางศาสนา - จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์โดยการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน - ส่งเสริมให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว - เป็นที่ปรึกษาและเป็นคนกลาง ในการเสริมสร้างความเข้าใจ และให้กำลังใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากร ทางสุขภาพในสหสาขาวิชาชีพ <p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม พุดคุย เป็นกันเองกับพยาบาล - ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และตระหนักในการควบคุมน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ 	<p>ผู้ป่วยทั้งสองราย รับรู้ว่าตนเอง มีข้อจำกัด ในหลายด้าน โดยเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีอาการกำเริบเมื่อไรซึ่งต้องเป็น ภาระแก่ผู้อื่น</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การดูแลและเฝ้า อำนวยการให้กระบวนการ การรักษาของ แพทย์เป็นไปอย่าง สะดวกปลอดภัย รวดเร็วมี ประสิทธิภาพ และ เสมอภาค	- รับ การ ตรวจ รักษา ตามลำดับคิว - ญาติเข้าตรวจร่วมกับ ผู้ป่วย - ติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ - ฝ้าระวังและช่วยเหลือ ผู้ป่วยในขณะตรวจรักษา -เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ได้ซักถาม ประเด็นสงสัย เพื่อความ เข้าใจเกี่ยวกับการตรวจ รักษาและเรื่องที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ FBS = ๒๒๘ mg/dl Creatinine = ๐.๕๓ mg/dl eGFR = ๙๗.๑๙ -ผลการรักษาโดยการตรวจ กลับ Diagnosis : Diabetes mellitus type ๒ with Dyslipidemia - Mixtard ๔๐- ๐ - ๑๒ - Glipizide ๕ mg ๑ เม็ด ก่อนอาหารเช้า - Lorazepam ๑ mg ๑ เม็ด ก่อนนอน - Simvastatin ๒๐ mg ๑ เม็ด ก่อนนอน - น้ด F/U ๔/๘/๒๕๖๖	- ได้รับการตรวจโดยแพทย์ และ ได้รับการตรวจตามภาวะเร่งด่วน เนื่องจากมีภาวะน้ำตาลในเลือด สูง ภายใน ๓๐ นาที - ญาติเข้าตรวจร่วมกับผู้ป่วย - ติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ - ฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วย ในขณะตรวจรักษา -เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ได้ซักถามประเด็น สงสัย เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับ การตรวจรักษาและเรื่องที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ FBS = ๔๖๙ mg/dl HbA๑C = ๑๖.๕ % Creatinine = ๑.๒๘ mg/dl eGFR = ๕๙.๕๘ LDL cholesterol = ๘๒ mg/dl Triglyceride = ๘๖ Sugar (UA) = ๒+ -ผลการรักษาโดยการตรวจกลับ Diagnosis : Diabetes mellitus type ๒ with Dyslipidemia with Psoriasis - NPH ๒๔ - ๐ - ๒๐ - Glipizide ๕ mg ๒ เม็ดก่อน อาหารเช้า เย็น - Simvastatin ๒๐ mg ๑ เม็ด ก่อนนอน - Tar shampoo - LCD ๕%+๐.๑%TA cream - น้ด F/U ๒๒/๐๖/๖๖	การจัดลำดับเข้า ตรวจ โดยตาม ภาวะเร่งด่วนของ ระดับน้ำตาลใน เลือดสูง ในผู้ป่วย รายที่ ๒ และ ผู้ป่วยทั้งสองราย ให้ญาติเข้าตรวจ ร่วม ๑ คน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การดูแลและประสานการส่งต่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการสุขภาพตามแนวทางการรักษาพยาบาลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม	<p>๑. ผลการรักษา โดยการตรวจกลับ</p> <p>๒. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นการมาตรวจตามนัด</p> <p>๓. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นงานกายภาพเพื่อตรวจเท้า งานตรวจจอประสาทตาและห้องจ่ายยา</p> <p>๔. ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้สุขศึกษาเรื่องการรับประทานอาหาร PLATE MODEL งดอาหารหวาน อาหารหมักดอง - สอน และฝึกปฏิบัติเรื่องการฉีดยา มีการทวนซ้ำเรื่องปริมาณยาฉีดยาที่มีการปรับเปลี่ยนและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย - แนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ๕. ติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 	<p>- ผลการรักษา โดยการตรวจกลับ</p> <p>๒. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นการมาตรวจตามนัด</p> <p>๓. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นงานกายภาพเพื่อตรวจเท้า งานตรวจจอประสาทตาและห้องจ่ายยา</p> <p>๔. ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้สุขศึกษาเรื่องการรับประทานอาหาร PLATE MODEL งดอาหารหวาน อาหารหมักดอง การจำกัดปริมาณเกลือ น้อยกว่า ๒ กรัม/วัน งดการดื่มสุรา ดื่มน้ำวันละ ๒ - ๓ ลิตร - ให้คำแนะนำ เรื่องการฉีดยา ที่มีการปรับเปลี่ยนและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเน้นเรื่องการประกอบอาหาร - แนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ๕. ติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 	<p>ผู้ป่วยทั้งสองราย ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเรื่องอาหารเบาหวาน แต่จะเน้นการให้คำแนะนำคนละเรื่อง</p> <p>- กรณีศึกษารายที่ ๑ เรื่องพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการฉีดยา ฝึกเรื่องการฉีดยา และทบทวนปริมาณยาฉีดยา</p> <p>- กรณีศึกษารายที่ ๒ เน้นเรื่องพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ลดอาหารเค็ม งดการดื่มสุราและให้ดื่มน้ำ วันละ ๒-๓ ลิตร</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	กรณีศึกษารายที่ ๑
<u>Subjective</u> : ผู้ป่วยให้ประวัติทานนมเปรี้ยวและผลไม้หวาน	<u>Subjective</u> : ผู้ป่วยให้ประวัติทานข้าวเหนียวทานผลไม้หวาน	เน้นอาหารที่ควรงดได้แก่อาหารหวานและเน้นเรื่องการรับประทานยาและการฉีดยาตามแพทย์สั่ง
<u>Objective</u> : FBS = ๒๒๘ mg/dl HbA๑c = ๗.๓ %	<u>Objective</u> : FBS = ๔๖๙ mg/dl HbA๑c = ๑๖.๕ %	กรณีศึกษารายที่ ๒
เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน
- HbA๑c ๗ - ๗.๕%	- HbA๑c ๗ - ๗.๕%	อาหาร ลดการทานข้าวเหนียวให้เปลี่ยนเป็นข้าวสวยงดผลไม้หวานและงดการดื่มสุรา
- FBS ๘๐ - ๑๓๐ mg/dl	- FBS ๘๐ - ๑๓๐ mg/dl	
กิจกรรมการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
๑. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหาร PLATE MODEL แบ่งงานอาหารเป็น ๔ ส่วน ส่วนที่หนึ่งคือ ข้าว-แป้ง ส่วนที่สองคือเนื้อสัตว์ อีกสองส่วนที่เหลือคือผัก/ผลไม้/นมพร่องมันเนย	๑. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหาร PLATE MODEL แบ่งงานอาหารเป็น ๔ ส่วน ส่วนที่หนึ่งคือ ข้าว-แป้ง ส่วนที่สองคือเนื้อสัตว์ อีกสองส่วนที่เหลือคือผัก/ผลไม้/นมพร่องมันเนย	
๒. คำแนะนำอาหารที่บริโภคเป็นประจำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น	๒. คำแนะนำอาหารที่บริโภคเป็นประจำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น	
* อาหารที่ควรงดรับประทาน ได้แก่ ประเภทขนมหวานต่างๆ	* อาหารที่ควรงดรับประทาน ได้แก่ ประเภทขนมหวานต่างๆและสุรา	
* อาหารที่รับประทานอาหารได้ไม่จำกัด ปริมาณ ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด	* อาหารที่รับประทานอาหารได้ไม่จำกัด ปริมาณ ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด	
* อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัด ปริมาณและชนิด ได้แก่อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้าว ฝัอก มัน	* อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัด ปริมาณและชนิด ได้แก่อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้าว ข้าวเหนียว	
๓. แนะนำการรับประทานยาที่ต้องถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา สาธิตการฉีดที่ถูกต้อง	๓. แนะนำการรับประทานยาที่ต้องถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา	
๔. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	๔. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	
๕. แนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัด	๕. แนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัด	
ประเมินผล	ประเมินผล	
- ผู้ป่วยและญาติมีความสนใจตั้งใจฟังคำแนะนำต่างๆ	- ผู้ป่วยและญาติมีความสนใจตั้งใจฟังคำแนะนำต่างๆ	
- ผู้ป่วยบอกจะไม่ทานนมเปรี้ยว/นมหวาน และทานผักให้มาก	- ผู้ป่วยบอกจะลดการทานข้าวเหนียวเปลี่ยนเป็นข้าวสวย ลดทานผลไม้หวานและเลิกดื่มสุรา	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p><u>Subjective</u> : ให้ประวัติว่ามีอาการมีนชาที่ปลายเท้า</p> <p><u>Objective</u> : - FBS = ๒๒๘ mg/dl - HBA๑c = ๗.๓ %</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>- การตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีอาการบวม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค</p> <p>๒. แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา สาธิตการฉีดยา</p> <p>๓. ให้ความรู้และคำแนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>๔. มีการติดตามตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่การตรวจตา ไต เท้า</p> <p>๕. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์</p> <p>๖. แนะนำการมาตรวจตามนัด</p> <p>ประเมินผล</p> <p>- การตรวจจอประสาทตา = No DRBE</p> <p>- Creatinine = ๐.๕๓ mg/dl</p> <p>- eGFR = ๙๗.๙๑</p> <p>- การตรวจเท้า = มีความเสี่ยงต่ำ</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p><u>Subjective</u> : ให้ประวัติว่ามีอาการมีนชาที่ปลายมือปลายเท้า</p> <p><u>Objective</u> : - FBS = ๔๖๙ mg/dl - HBA๑c=๑๖.๕ %</p> <p>Creatinine = ๑.๒๘ mg/dl</p> <p>eGFR = ๕๙.๕๘</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>- การตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีอาการบวม</p> <p>- ระดับ Creatinine ไม่ลดต่ำกว่าเดิม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ไม่ทานอาหารเค็ม จำกัดโซเดียมน้อยกว่าวันละ ๒ กรัม ให้ดื่มน้ำวันละ ๒ - ๓ ลิตร</p> <p>๒. แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา</p> <p>๓. ให้ความรู้และคำแนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>๔. มีการติดตามตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ได้แก่การตรวจตา เท้า และตรวจติดตามการทำงานของไตทุก ๖ เดือน</p> <p>๕. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์</p> <p>๖. แนะนำการมาตรวจตามนัด</p> <p>ประเมินผล</p> <p>- การตรวจจอประสาทตา = No DRBE</p> <p>- การตรวจเท้า = มีความเสี่ยงต่ำ</p> <p>- ไม่มีอาการบวม ปัสสาวะออกดี</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ ๑ ต้องได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนด้านตา ไต เท้า ปีละครั้ง</p> <p>กรณีศึกษารายที่ ๒ ต้องได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้าปีละ ๑ ครั้ง และได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต ทุก ๖ เดือน และแนะนำเรื่องการลดอาหารเค็ม ทานโซเดียม < ๒ กรัม/วัน ลดอาหารหมักดอง อาหารแปรรูป และดื่มน้ำวันละ ๒ - ๓ ลิตร</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
<p>ข้อมูลสนับสนุน Subjective :</p> <p>๑. ผู้ป่วยให้ประวัตินอนไม่ค่อยหลับ บางวัน</p> <p>๒. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>๓. ผู้ป่วยมีประวัติการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง</p> <p>Objective : ประเมิน ๒Q = Positive ๔Q = ๗</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>๒. อธิบายพยาธิสภาพอย่างคร่าวๆการดูแลที่ได้รับ</p> <p>๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ สอบถามระบายความรู้สึก</p> <p>๔. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ช่วยเหลือ ปัญหาที่ช่วยได้</p> <p>๕. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องการประกอบอาหารให้ผู้ป่วยและดูแลเรื่องการฉีดยาและการทานยา</p> <p>๖. ให้คำแนะนำเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>๗. แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา แนะนำการเก็บยา กินและยาฉีดที่ถูกต้อง</p> <p>๘. แนะนำการมาตรวจตามนัด</p> <p>ประเมินผล - ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน Subjective :</p> <p>๑. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>๒. ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยทานข้าว เหนียวและดื่มสุราทุกวันวันละ ๑ เบิก</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>๒. อธิบายพยาธิสภาพอย่างคร่าวๆการดูแลที่ได้รับ</p> <p>๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถาม ระบายความรู้สึก</p> <p>๔. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ช่วยเหลือ ปัญหาที่ช่วยได้</p> <p>๕. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องการประกอบอาหารให้ผู้ป่วยให้เป็นอาหารรสจืด</p> <p>๖. ให้คำแนะนำเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>๗. แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา แนะนำการเก็บยา กินและยาฉีดที่ถูกต้อง</p> <p>๘. แนะนำการมาตรวจตามนัด</p> <p>ประเมินผล - ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น - ผู้ป่วยบอกว่าจะเลิกดื่มสุรา - ประเมิน ๒Q = Negative</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ ๑ ให้ ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอาหารและการฉีดยา การรับประทานยา มีการพุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย</p> <p>กรณีศึกษารายที่ ๒ ต้องให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเองข้อดีข้อเสียของการดื่มสุราและ อธิบายภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๔ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่เหมาะสม

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	กรณีศึกษารายที่
<u>Subjective</u> : ผู้ป่วยให้ประวัติทานนมเปรี้ยวและผลไม้	<u>Subjective</u> : ผู้ป่วยให้ประวัติทานข้าวเหนียว ต้มสุรวันละ ๑ เบิก	๑ เน้นอาหารที่ควรงดได้แก่
<u>Objective</u> : -FBS = ๒๒๘ mg/dl -HBA๑c = ๗.๓% -LDL Cholesterol = ๑๕๑ mg/dl	<u>Objective</u> : -FBS = ๔๖๙ mg/dl -HBA๑c = ๑๖.๕%	อาหารหวาน การออกกำลังกายและเน้นเรื่อง
เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	การรับประทานยาและการฉีดยาตามแพทย์สั่ง
- HbA๑C ๗-๗.๕%	- HbA๑C ๗-๗.๕%	
- FBS ๘๐ - ๑๓๐ mg/dl	- FBS ๘๐ - ๑๓๐ mg/dl	
- LDL Cholesterol <๑๐๐ mg/dl	- LDL Cholesterol <๑๐๐ mg/dl	
กิจกรรมการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่
๑. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหาร PLATE MODEL แบ่งงานอาหารเป็น ๔ ส่วน ส่วนที่หนึ่งคือ ข้าว-แป้ง ส่วนที่สองคือเนื้อสัตว์ อีกสองส่วนที่เหลือคือผัก/ผลไม้	๑. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหาร PLATE MODEL แบ่งงานอาหารเป็น ๔ ส่วน ส่วนที่หนึ่งคือ ข้าว-แป้ง ส่วนที่สองคือเนื้อสัตว์อีกสองส่วนที่เหลือคือผักผลไม้	๒ เน้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทานข้าวเหนียว งดผลไม้หวาน งดการดื่มสุราและการออกกำลังกาย
๒. คำแนะนำอาหารที่บริโภคเป็นประจำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น	๒. คำแนะนำอาหารที่บริโภคเป็นประจำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น	
- อาหารที่ควรงดรับประทาน ได้แก่ ประเภทขนมหวานต่างๆ นมเปรี้ยว	- อาหารที่ควรงดรับประทานประเภทขนมหวานต่างๆ อาหารแปรรูปต่างๆและสุรา	
- อาหารที่รับประทานอาหารได้ไม่จำกัด ปริมาณได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด	- อาหารที่รับประทานอาหารได้ไม่จำกัด ปริมาณ ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด	
- อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว	- อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว และทานอาหารรสจืด	
๓. แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา แนะนำการเก็บยาที่ถูกต้อง	๓. แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา แนะนำการเก็บยา	
๔. ให้ความรู้และแนะนำการออกกำลังกาย	๔. ให้ความรู้ แนะนำการออกกำลังกาย	
๕. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	๕. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	
๖. แนะนำการมาตรวจตามนัด	๖. แนะนำการมาตรวจตามนัด	
ประเมินผล	ประเมินผล	
- ผู้ป่วยบอกจะไม่ทานนมเปรี้ยว/นมหวาน และทานผักให้มาก	- ผู้ป่วยบอกจะลดการทานข้าวเหนียว เปลี่ยนเป็นข้าวสวย ลดทานผลไม้หวาน และเลิกดื่มสุรา	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตาราง การเสริมสร้างพลังร่วมกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน ๒ ราย

รูปแบบกิจกรรม	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
การพยาบาล		
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพทางคลินิกและตามปัญหาต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตั้งแต่มาตามนัดที่โรงพยาบาลถึงการเยี่ยมครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๖ FBS = ๑๘๔ mg/dl - ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คือ รับประทานอาหารและผลไม้รสหวานบ้างบางวัน ทานยาก่อนอาหารทุกวัน ฉีดยาถูกต้องและนอนหลับได้แต่ต้องใช้ยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพทางคลินิกและปัญหาต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตั้งแต่มาตามนัดที่โรงพยาบาลถึงการเยี่ยมครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖ FBS = ๒๒๐ mg/dl - ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คือ รับประทานผลไม้รสหวาน ตีมน้ำวันละ ๒ ลิตร แต่ยังทานอาหารรสเค็ม มีตีมน้ำ ๒ ครั้ง
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลถึงการเยี่ยม ครั้งที่ ๒ วันที่ ๓ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๖ FBS = ๑๖๕ mg/dl - ปัญหาที่ต้องติดตามได้รับการแก้ไข ทานข้าวสวยมือละ ๑ ทัพพี ลดการทานผลไม้หวาน จึงยุติการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตั้งแต่ อยู่โรงพยาบาลถึงการเยี่ยม ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖ FBS = ๒๒๐ mg/dl - ปัญหาที่ต้องติดตามได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยเลิกตีมน้ำ ตีมน้ำ ๒-๓ ลิตร/วัน การทานอาหารเริ่มผู้ป่วยไม่ปรุงเพิ่ม งดอาหารแปรรูปต่างๆ เน้นการประกอบอาหารประเภทต้ม นึ่ง แกงจึงยุติการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ ๓
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓	<ul style="list-style-type: none"> - ยุติการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ นัดเข้าคลินิกเบาหวาน ๓ เดือนตามระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ยุติการเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ นัดเข้าคลินิกเบาหวาน ๒ เดือนตามระบบ

หลังการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ๒ รายจำนวน ๒ ครั้ง ไม่พบผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่า สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในรายที่ ๑ จากพฤติกรรมรับประทานอาหาร ประเมินการฉีดยาถูกต้อง รับประทานยาตอนเช้าไม่ขาดยา ส่วนกรณีศึกษา รายที่ ๒ จากการรับประทานอาหารผู้ป่วยลด ละ เลิกการตีมน้ำ แต่ยังคงทานข้าวเหนียวมากกว่าข้าวสวย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

อภิปราย

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง ๒ รายครั้งนี้ ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพ พบปัญหาทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การดูแลตนเองไม่ถูกต้องเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมีปัญหาสุขภาพที่เหมือนกัน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น ทานข้าวเหนียว นมเปรี้ยว ผลไม้รสหวานและการไม่ออกกำลังกาย ส่วนปัญหาสุขภาพที่ต่างกันพบ ได้แก่ การนอนไม่หลับ และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเนื่องจากการฉีดยาไม่ถูกต้องซึ่งพบในผู้ป่วยเบาหวานรายที่ ๑ ที่มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ นอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และไม่ฉีดยาตามแพทย์สั่งจากการไม่อ่านฉลากยา ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลโดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ และการจัดการความเครียด นอกจากนี้ยังได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรม การทำ Conference case ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนก่อนการออกเยี่ยมบ้าน ผลลัพธ์ที่ได้ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ทั้ง ๒ ราย มีความสำคัญต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยมาก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งนี้พยาบาล ได้ส่งต่อข้อมูลทั้ง ๒ รายนี้กับพยาบาลในพื้นที่เยี่ยมบ้าน และได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ๗ , ๑๕ วันและนัดเข้าคลินิกเบาหวานอีก ๒ เดือน ติดตามประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ๒ ราย พบว่าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองตามที่พยาบาลให้คำแนะนำอย่างเคร่งครัด เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในส่วนที่ยังบกพร่องได้เป็นอย่างดีถูกต้องเหมาะสมกับโรคเบาหวานและโรคร่วม

สรุปกรณีศึกษา

๑. กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง ๒ รายพบปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สาเหตุและปัจจัยคือคือ

๑. พฤติกรรมการดูแลตนเองการรับประทานอาหาร เช่น ทานข้าวเหนียว นมเปรี้ยว และผลไม้รสหวาน

๒. ไม่ออกกำลังกาย

ส่วนปัญหาสุขภาพที่ต่างกัน ได้แก่

๑. การนอนไม่หลับ

๒. การฉีดยาไม่ถูกต้อง

พบในผู้ป่วยเบาหวานรายที่ ๑ ที่มีภาวะวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ นอนโรงพยาบาลบ่อยครั้งและไม่ฉีดยาตามแพทย์สั่งจากการไม่อ่านฉลากยา

๒. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย คือ รูปแบบการให้บริการที่รวมแนวทางการแก้ไขปัญหามาจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และสหวิชาชีพอย่างจริงจังทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งการเสริมพลังผู้ป่วย และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

๓. การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ร่วมกับการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีโรคร่วมไขมันในเลือดสูงและโรคสะเก็ดเงิน มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่าจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและส่งผลให้เกิดปัญหาตามมาคือการนอนไม่หลับ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและเกิดความท้อแท้ในการรักษา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

๑. การประเมินการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อวางแผนให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และการรับรู้ของบุคคล มองจากสภาพปัญหา อุปสรรค และความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย ให้คำแนะนำที่ถูกต้องในประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยประสบจริง อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

๒. การดูแลผู้ป่วยที่ปัญหาควรมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน โดยบูรณาการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย และจิตใจ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

๑. อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน ๒๘ วันด้วยเรื่องน้ำตาลในเลือดสูง เท่ากับ ๐

๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เท่ากับ ๐

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. อัตราผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และสามารถดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ ผลลัพธ์ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และสามารถปฏิบัติดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๘๕ สามารถตอบคำถามและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๘๐ ผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. การนำผลกรณีศึกษาไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการประเมินการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้

๒. ใช้เป็นแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานโดยการใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วย โรคเบาหวานและในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีคุณภาพมากขึ้น

๓. ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการจัดทำมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพและใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและเป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้สนใจ

๔. สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยรูปแบบหน้าที่หรือแบบแผนสุขภาพมาประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

๕. นำผลการศึกษาไปใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในการติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นเพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเพื่อนำข้อมูลมาจัดทำส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตลอดจนโรคเรื้อรังอื่นๆ

๖. พยาบาลควรนำรูปแบบการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเบาหวานมาใช้ในการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ(ต่อ)

๗. ควรศึกษาผลของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระยะเวลา ๑ ปี การจัดการตนเองมีผลต่อค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในระยะยาวหรือไม่และเป็นการทดสอบ ความคงทนของการให้คำแนะนำและการสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้จากขาดความรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พยาบาลวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลกำหนดกิจกรรมแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D โดย ให้คำแนะนำดังนี้

M = Medication การให้ความรู้เรื่องยาผู้ป่วยรายนี้ใช้ยารับประทานควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามเวลาที่กำหนด ไม่ควรหยุดยาเบาหวาน ถ้าไม่สบายควรรีบมาพบแพทย์ และถ้ามีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ต้องหยุดใช้ยา ตีมน้ำหวาน อาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาล

E = Environment การจัดสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี้ยงชุมชนแออัด และบุคคลที่เป็นโรคติดต่อควรเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบเพราะอาจเกิดอุบัติเหตุและเกิดบาดแผลกับผู้ป่วยได้

T = Treatment เป้าหมายการดูแลรักษา คือ ระดับน้ำตาลในเลือดควรอยู่ระหว่าง ๘๐ - ๑๓๐ mg/dl และถ้ามีอาการใช้ ไม่สบาย มีแผล คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ควรมาพบแพทย์ถ้ามีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น ให้อ่อนพัก ตีมน้ำหวาน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

H = Health การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพโดย ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง สามารถทำงานและประกอบอาชีพได้ตามปกติควรใส่รองเท้าที่นุ่มสบาย ไม่ควรเดินเท้าเปล่าถ้ามีแผลควรรีบพบแพทย์ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๖ - ๘ ชั่วโมง

O = Outpatient/ referral การมาตรวจตามนัดและการส่งต่อการรักษาการมาตรวจตามแพทย์นัด ให้งดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงก่อนเจาะเลือดตอนเช้า นำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานมาด้วยทุกครั้งและลงบันทึกผลเลือด ถ้าต้องการตรวจรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านให้แจ้งแพทย์ เพื่อสรุปการรักษาและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านต่อไป

D = Diet อาหารที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพควรรับประทานอาหารครบทั้ง ๓ มื้อไม่ควรงดอาหาร เพราะจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ การให้คำแนะนำการควบคุมอาหารการรับประทานอาหารให้ตรงเวลาเพียงพอกับความต้องการของร่างกายโดยให้คำแนะนำว่าอาหารที่เหมาะสมแบ่งได้ ๓ ประเภทดังนี้

ประเภทที่ ๑ อาหารที่ควรงด ได้แก่ขนมหวานเช่นทองหยิบทองหยอดฝอยทอง สังขยานมขันทาน น้ำอัดลมและควรหลีกเลี่ยงผลไม้กวนผลไม้เชื่อมผลไม้บรรจุกระป๋อง

ประเภทที่ ๒ อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผักตำลึง ผักบุ้ง กะหล่ำปลีสด ต้นหอม มะระ แดงกวา ผักคะน้า

ประเภทที่ ๓ อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิดได้แก่อาหารพวกแป้งขนมปังและอาหารที่ต้องจำกัดจำนวนเช่น ผลไม้ต่างๆ มะละกอกอสุก ๘ คำ ชมพู่ ๒ ผล กัลยน้ำว่า ๑ ผล ฝรั่งครึ่งผล ลำไย ๕ ผล เป็นต้น

๒. ผู้ป่วยได้มีการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานอื่น ทำให้มีความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น มองเห็นปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยอื่นและการแก้ไข ผู้ป่วยตั้งใจลดพฤติกรรมเสี่ยงเช่น ลดการรับประทานอาหารหวาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

๓. เจ้าหน้าที่ต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคการออกกำลังกายการป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการควบคุมโรค ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ๘๐ - ๑๓๐ mg/dl และบริหารมือและเท้าเพื่อช่วยลดอาการประสาทส่วนปลายเสื่อม ลดอาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ระบบหัวใจและหลอดเลือดลดปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็งเช่นภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงความอ้วนการสูบบุหรี่การขาดการออกกำลังกายและความดันโลหิตสูงรวมทั้งการมารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อที่แพทย์จะได้จัดการเรื่องการใช้น้ำตาลในการควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างเหมาะสม การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์เช่นมีอาการน้ำตาลต่ำ แก้ไขแล้วไม่ดีขึ้นมีแผลที่เท้า มีอาการบวมที่เท้าอ่อนเพลียนอนราบไม่ได้ ตาพร่ามัวมีแขนขาอ่อนแรงมีไข้มีการติดเชื้อในร่างกายมีอาการน้ำตาลในเลือดสูง

๔. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควรรับประทานตามที่แพทย์สั่ง ตามเวลา และสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร Glipizide และยาฉีดอินซูลิน ก่อนอาหาร ๓๐ นาทีและจำเป็นต้องรับประทานอาหารหลังกินยาเสมอ เพราะถ้าไม่กินอาหาร ฮอร์โมนอินซูลินที่ถูกกระตุ้นให้หลั่งออกมาจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าระดับปกติ จนอาจเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงได้ กรณีลืมกินยาไม่ควรกินยาหลังอาหารแทน เพราะยาจะออกฤทธิ์ในช่วงที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงไปแล้ว จึงทำให้ระดับน้ำตาลลดต่ำลงไปมากกว่าเดิม โอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าระดับปกติจะมากขึ้น ควรเว้นยาที่ลืมกินไปโดยไม่ต้องกินเพิ่มเป็นสองเท่าและต้องกำกับเน้นย้ำการอ่านฉลากยาก่อนฉีดยาและโทรติดตามเยี่ยมกรณีศึกษาเพื่อสอบถามอาการ

๕. ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพเช่นปรึกษานักโภชนาบำบัดเพื่อจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมแลกเปลี่ยนอาหารเรียนรู้กับผู้ป่วยเบาหวานอื่นๆ เกสซอร์ให้คำแนะนำเรื่องการใช้น้ำ นักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำเรื่องการตรวจเท้าการดูแลเท้า และทีมสุขภาพจิตเพื่อให้คำแนะนำด้านจิตใจ เพื่อให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโรคและการดำเนินของโรคเข้าใจในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น

๖. การชะลอความเสื่อมของไตพบในผู้ป่วยรายที่ ๒ สิ่งสำคัญคือการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และชะลอความเสื่อมของไต พยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ และจัดให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อเรียนรู้การปรับพฤติกรรมที่ต้องรับประทานอาหารรสจืด ผู้ดูแลที่ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยต้องปรุงอาหารรสจืด ประกอบอาหารโดยการต้ม นึ่ง แง และไม่ควรแปรรูปอาหารต่างๆให้ผู้ป่วย เช่น การหมักดองและอาหารแปรรูป ต่างๆ ให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว มีการติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๗. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าได้ จึงต้องให้คำแนะนำการดูแลรักษาสุขภาพเท้าโดยตรวจเท้าตนเองทุกวันเมื่อมีปัญหาต้องรักษาทันทีโดยปฏิบัติตามนี้ ล้างเท้าด้วยน้ำธรรมดาและสบู่อ่อนทุกวันหลังอาบน้ำไม่ใช้แปรงขนแข็งขัดเท้าเพราะอาจทำให้เกิดแผล สำรองเท้าว่ามีอาการบวมปวดมีแผลรอยขีดหรือเม็ดพองถ้าพบผิดปกติปรึกษาแพทย์ ทาครีมบางๆเพิ่มความชุ่มชื้นโดยเว้นบริเวณซอกนิ้วเท้าเพื่อป้องกันการอักเสบซึ่งอาจทำให้เกิดเชื้อราได้ ใส่ถุงเท้าที่ทำด้วยผ้าฝ้ายนุ่มและหรือสวมรองเท้าตลอดเวลาทั้งในและนอกบ้าน สวมรองเท้าขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมเกินไปไม่ใส่รองเท้าส้นสูงและไม่ใช้รองเท้าแตะชนิดคีบ ตัดเล็บให้ตัดตรงๆเสมอปลายนิ้วอย่าตัดโค้งเข้างูมูกเล็บหรือตัดลึกมากเพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย การบริหารเท้าเพื่อให้อึดเหนี่ยวแข็งแรงข้อไม่ติดเพิ่มการไหลเวียนที่เท้าและลดน้ำตาล ทำได้โดยการเดิน ควรเดินวันละ ๓๐ - ๖๐ นาที และไม่แช่เท้าในน้ำร้อนหรือวางกระเป๋าน้ำร้อนบนเท้าหรือขาเพราะอาจเกิดแผลไหม้ได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

๘. ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่โดยการ จัดตั้งคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการดูแลสุขภาพตนเองและการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เหมาะสม ติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียง เป็นการ ชะลอหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืนตลอดไป

๙. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานแล้วช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเรื่องการรับประทานอาหารการรับประทานยากระตุ้นช่วยเหลือให้ออกกำลังกาย จัดการเกี่ยวกับความเครียดและการรักษาต่อเนื่อง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและให้ความรู้ข้อมูลแผน การรักษาแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและญาติควรได้รับ ข้อมูลแผนการรักษาอย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพการสื่อสารอย่างชัดเจน โรงพยาบาลมีทรัพยากรจำกัด ไม่ สามารถจัดโปรแกรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยทุกคนได้ทั้งหมดดังนั้น การสร้างความสัมพันธ์อันดีเครือญาติระหว่าง พยาบาลและญาติผู้ช่วยการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแล สามารถสร้างแรงบันดาลใจต่อการดูแล การวางแผน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยการตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

๒. ผู้ป่วยสูงอายุขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ไม่ค่อยเห็นความเปลี่ยนแปลงของอาการ จึง ปฏิบัติตนตามปกติไม่เคร่งครัดในเรื่องการออกกำลังกาย ไม่รู้วิธีการควบคุมด้วยยา รับประทานยาไม่ถูกต้อง การ ที่ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองยังไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย และจิตใจ

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การประเมินการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ เพื่อวางแผนให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และการรับรู้ ของบุคคล มองจากสภาพปัญหา อุปสรรค และความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย ให้คำแนะนำที่ถูกต้องใน ประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยประสบจริง อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้

๒. การดูแลผู้ป่วยที่ปัญหาควรมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน โดยบูรณาการ ดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย และจิตใจ

๓. เสนอให้มีการสอนสุขศึกษาเรื่องโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั่วไป เพื่อทำให้มีความรู้และ เมื่อมี อาการจะได้เข้ารับการรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น

๔. พยาบาลต้องตระหนัก และสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น

๕. ควรจัดให้มีการบรรยายทางวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเพิ่มความรู้ให้แก่พยาบาล

๖. หน่วยงานผู้รับผิดชอบมีการติดตามการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาล ในเลือดต่ำ ตั้งแต่เข้าพักรักษาที่ โรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน มีการเยี่ยมบ้าน การประเมินผลและการ ส่งต่อยังโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อความต่อเนื่อง

๗. มีระบบการทบทวน Case โดยใช้เครื่องมือคุณภาพ เช่น CnTHER ทบทวนการดูแลผู้ป่วย จัดทำ Clinical Tracer ต่อเนื่องทุกปีในโรคเบาหวาน เพราะเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อหาโอกาสพัฒนา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๘. ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรในส่วนที่รับผิดชอบ อาทิ เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ให้มีความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและสามารถให้บุคลากรติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเขตชุมชนที่รับผิดชอบ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอกรณีศึกษา Oral presentation โครงการประชุมวิชาการเรื่อง“ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANF รุ่นที่ ๓ ประจำปี ๒๕๖๖” วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๗.๐๐ น. ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวจุฑามาศ โมลา สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสาวจุฑามาศ โมลา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. ชื่อ นางสาวจุฑามาศ โมลา สัดส่วน ๑๐๐ %	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางศิริรัตน์ สัตนา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๙ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง : โครงการ/นวัตกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

๒. หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาโดยตลอดและพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วประเทศปี พ.ศ.๒๕๕๙มีจำนวน ๑,๓๐๖,๐๗๐ รายคิดเป็นอัตรา ๒๐๐๘.๙๒ ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้ป่วย ๑,๓๖๓,๖๑๖ รายคิดเป็นอัตรา ๒๐๙๑.๒๘ ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ มีจำนวนผู้ป่วย ๑,๔๖๘,๔๓๓ ราย คิดเป็นอัตรา ๒,๒๔๕.๐๙ ต่อประชากรแสนคน จะเห็นได้จากสถิติดังกล่าวว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นทุกปี โรคความดันโลหิตสูงหากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น ปัญหาหลักของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค ไม่ได้ติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา การพบแพทย์ตามนัด การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และหากผู้ป่วยความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะส่วนต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวาน ไตเสื่อม โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมอง เป็นสาเหตุที่สำคัญของการสูญเสียการมองเห็น โรคไตวายเรื้อรัง

การทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาในต่างประเทศ โดยการศึกษาของ Savoie และคณะ และ Wright และคณะ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โปรแกรมประกอบด้วยการวางแผนมื้ออาหาร และ My Plate ภายหลังจากได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการวางแผนเมนูก่อนเลือกซื้ออาหารเลือกซื้ออาหารตามฉลากโภชนาการเพิ่มมากขึ้น เลือกรับประทานไขมันดี และเตรียมอาหารโดยไม่ต้องเติมเกลือเพิ่ม และยังทำให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานผัก ผลไม้ นม โพรตีน เพิ่มมากขึ้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒ ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้ให้คำแนะนำที่มีหลักฐานจากการศึกษาทางคลินิกคุณภาพดีหลายการศึกษาและถูกจัดว่าเป็นคำแนะนำที่มีประโยชน์และมีความคุ้มค่าต่อผู้ป่วย ได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และ/หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ และการจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โรงพยาบาลบุษราคัม ปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน ๔,๘๔๑ ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีคิดเป็นร้อยละ ๓๙.๙๗ จากการสอบถามผู้ป่วยบางส่วนยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหาร มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคความดันโลหิตสูงโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึงระดับความดันโลหิตตัวบนหรือความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure-SBP) สูงกว่า ๑๔๐ มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตตัวล่างหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure-DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มม.ปรอท

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factors) และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ซึ่งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เชื้อชาติ และเพศ ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ภาวะพร บวรัทพทย์และอภิศาด ใจใหม่ได้เสนอไว้ดังนี้

๑. น้ำหนักเกิน พบว่าผู้ที่มีไขมันสะสมอยู่บริเวณเหนือเอว เอวและท้องเป็นจำนวนมากจะสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นแต่ละระดับเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๘

๒. การขาดการออกกำลังกายหรือการทำงานนั่งอยู่กับที่ ทำให้ระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High-density lipoprotein-HDL) ต่ำลงส่งผลให้หลอดเลือดมีอาการตีบแข็งซึ่งเป็นการเพิ่มแรงต้านทานส่วนปลาย ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

๓. การรับประทานโซเดียม เนื่องจากอาหารที่มีโซเดียมสูงจะกระตุ้นให้หลังฮอร์โมนแทรียเรติก ซึ่งมีผลเพิ่มแรงดึงตัวของหลอดเลือดที่เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียมเพิ่มปริมาณของเลือดในร่างกายที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

๔. ความเครียด เมื่อมีภาวะเครียดร่างกายจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

๕. การสูบบุหรี่ บุหรี่มีสารประกอบที่เป็นอันตราย นิโคตินจะกระตุ้นการหลั่งของอิพิเนพรินและนอร์อิพิเนพริน ส่งผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแข็งและทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

๖. การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ จะส่งผลทำให้หัวใจมีการบีบตัวแรงมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เมื่อมีความดันโลหิตสูง มักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เป็นโรคต่างๆได้ เช่น

๑. หัวใจ อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ มีอาการขาบวม

๒. ไต อาจเป็นโรคไตเรื้อรัง มีอาการขาบวม ซีด ผิวแห้ง

๓. สมอ อาจเป็นโรคหรือหลอดเลือดสมอง อาการที่แสดงออก คือ มีอาการปากเปี้ยว อ่อนแรงครึ่งซีก ซาครั้งซีก หรืออาจมีภาวะสมองเสื่อม

๔. ตา อาจเกิดความผิดปกติที่จอประสาทตา

ประเด็นปัญหา : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

สาเหตุ

๑. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม

๒. พฤติกรรมไม่เหมาะสม

๓. ปรับยาเอง

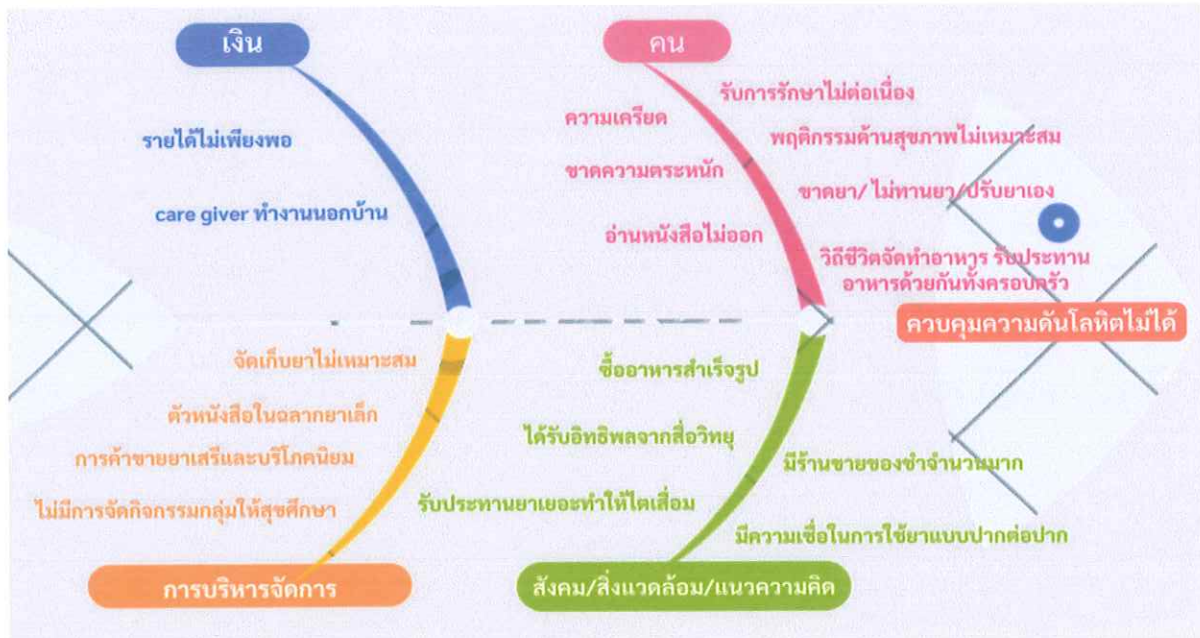
๔. ไม่รับประทานยา/ขาดยา

๕. ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
๓. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของปัญหา



กิจกรรมการแก้ไขปัญหาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

๑. ศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่
๒. วิเคราะห์ความสำคัญของปัญหา และสาเหตุ เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา
๓. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
๔. สร้างและพัฒนารูปแบบ อาหาร จากผลของการทบทวนวรรณกรรมการควบคุมอาหารของ DASH diet (Dietary approaches to stop hypertension diet) มาใช้ในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูง
๕. นำสื่อการสอน ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายเลือกกลุ่มเป้าหมายความดันโลหิตตามปิงปอง ๗ สี
๖. ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
๗. สรุปผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาในระยะสั้น

รูปแบบสื่อการสอน การปฏิบัติตัวโดยเน้นกิจกรรม ๓ อ. ๒ส.

๑. อาหาร

DASH Diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet) คือ แนวทางการบริโภคอาหาร เพื่อหยุดความดันโลหิตสูง หลักการสำคัญให้ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเลสเตอรอลลง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียมและแร่ธาตุต่างๆ เช่น โพแทสเซียมและแมกนีเซียม รวมถึงปริมาณสารไนเตรทที่มีผลการศึกษาถึงการลดความดันโลหิตสูงได้ สัดส่วนอาหารอาหารตามหลัก DASH Diet พลังงานไม่เกิน ๒,๐๐๐ กิโลแคลอรีต่อวัน

- ข้าว แป้งและธัญพืชต่างๆที่ไม่ขัดสี ๖-๘ ส่วนบริโภคต่อวัน(หรือประมาณ ๖-๘ ทัพพีต่อวัน) เพื่อเพิ่ม

การรับประทานโยอาหารที่ช่วยการขับถ่ายและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- ผักหลากหลายชนิด อย่างน้อย ๕ สี ๔-๕ ส่วนบริโภคต่อวัน(หรือประมาณ ๔-๕ ทัพพีต่อวัน)
- ผลไม้ ๔-๕ ส่วนบริโภคต่อวัน(๑ ส่วนของผลไม้มีขนาดไม่เท่ากัน แบ่งตามขนาด ดังนี้ ผลไม้ลูกเท่ากำปั้น ๑ ลูก คือ ๑ ส่วน ได้แก่ ส้ม แอปเปิ้ล สาลี่ , ผลไม้ที่เป็นชิ้นคำ ๖-๘ ชิ้นคำ คือ ๑ ส่วน ได้แก่ สับปะรด แคนตาลูป แตงโม เป็นต้น) ควรหลีกเลี่ยงผักและผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่างๆ

- เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ๖ ส่วนบริโภคต่อวัน(หรือประมาณ ๑๒ ช้อนกินข้าวต่อวัน) เลือกเนื้อสัตว์สีขาว เลี่ยงเนื้อสัตว์สีแดงและเนื้อแปรรูปต่างๆ

- ถั่วเมล็ดแห้งชนิดต่างๆ ๔-๕ ส่วนบริโภคต่อสัปดาห์ (หรือประมาณ ๔-๕ กำมือต่อสัปดาห์)
- นมและผลิตภัณฑ์จากนม เลือกชนิดที่ไขมันต่ำ ๒-๓ ส่วนบริโภคต่อวัน (๒-๓ แก้วต่อวัน)
- อาหารหวานชนิดต่างๆ ไม่เกิน ๕ ส่วนบริโภคต่อสัปดาห์ (หรือน้ำตาลไม่เกิน ๖ ช้อนชาต่อวัน)

แนะนำให้รับประทานหลายๆครั้ง และสามารถใส่สารให้ความหวานแทนน้ำตาลในการปรุงประกอบอาหารได้บ้าง น้ำมันไม่เกิน ๖ ช้อนชาต่อวัน และเลือกรับประทานอาหารเมนูไขมันต่ำ

- แนะนำให้ใช้สเปรี้ยว เครื่องเทศและสมุนไพรต่างๆ ในการเสริมรสชาติอาหารให้เด่นขึ้นแทนการใช้เกลือหรือเครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียมสูง

การกินอาหารให้ตรงเวลามีความหลากหลายครบ ๕ หมู่ ในสัดส่วน ๒ : ๑ : ๑ คือ ผักหลากสี ๒ ส่วน เนื้อ สัตว์ไขมันต่ำ ๑ ส่วน ข้าว แป้ง ๑ ส่วน ลดการกินอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม ชา กาแฟ ควรดื่มน้ำเปล่า อย่าง น้อย ๘ แก้ว หรือ ๒ ลิตรต่อวัน การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การบริโภคอาหาร DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension Diet) การจำกัดเกลือในอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม (โซเดียมสูง) มากเกินไป ส่งผลให้เกิดการคั่งของของเหลวในหลอดเลือด ทำให้แรงดันในผนังหลอดเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการควบคุมอาหาร สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	
รับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ ควรเป็นอาหารประเภทต้มหรือนึ่งวิธีการปฏิบัติ คือ การแบ่งจานอาหารเพื่อรับประทานในแต่ละมื้อ เป็น ๔ ส่วน ดังนี้	
การแบ่งส่วนอาหาร	ปริมาณโซเดียม
ส่วนที่ ๑ คือ ข้าว-แป้ง	กลุ่มสีเขียวควรจำกัดโซเดียมไม่เกิน ๒,๐๐๐ มิลลิกรัม/วัน
ส่วนที่ ๒ คือ เนื้อสัตว์	กลุ่มสีเหลืองควรจำกัดโซเดียมไม่เกิน ๒,๐๐๐ มิลลิกรัม/วัน
ส่วนที่ ๓ คือ ผัก โดยเน้นผักใบเขียว	กลุ่มสีส้มควรจำกัดโซเดียมไม่เกิน ๑,๕๐๐ มิลลิกรัม/วัน
ส่วนที่ ๔ คือ ผลไม้	กลุ่มสีแดงควรจำกัดโซเดียมไม่เกิน ๑,๕๐๐ มิลลิกรัม/วัน
เปรียบเทียบเครื่องปรุงกับปริมาณโซเดียม	
ปริมาณ	ชนิดเครื่องปรุง
โซเดียม ๒,๐๐๐ มิลลิกรัม	ซีอิ้วขาว ๔ ช้อนชาครึ่ง
	น้ำพริกแกง ๖ ช้อนชา
	ซอสหอยนางรม ๑๒ ช้อนชา
	น้ำปลาร้า เต้าเจี้ยว แจ่วบอง ๕ ช้อนชา
	น้ำปลา ๓ ช้อนชาครึ่ง
	ซุบก้อน ๑ ก้อน
	กะปิ ผงชูรส ซุบผงปรุงรส ซอสปรุงรส ๔ ช้อนชา
	เกลือแกง ๑ ช้อนชา

เครื่องปรุงรสและอาหารโซเดียมสูง

๑. เครื่องปรุงรส เช่น เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส ซีอิ๊ว น้ำมันหอย น้ำบูดู น้ำปลาร้า ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก ผงหรือก้อนปรุงรสต่าง
๒. สารปรุงแต่งอาหารที่ไม่มีรสเค็ม เช่น ผงชูรส ผงฟูที่ใช้ทำเบเกอรี่ แป้งที่ใช้ชุบเนื้อหรือผักทอด สารกันบูด สารกันเชื้อราในขนมปัง
๓. อาหารหมักดองและอาหารแปรรูป ต่างๆ ดังนี้
 - ๓.๑ ประเภทผัก เช่น ผักกาดดอง หัวผักกาดดอง ตั้งฉ่าย มะนาวดอง ชิงดอง กระเทียมดอง หน่อไม้ดอง ผักเสี้ยนดอง เป็นต้น
 - ๓.๒ ประเภทผลไม้ เช่น ผลไม้กระป๋อง ลูกบ๊วยเค็ม ลูกบ๊วยหวาน ฝรั่งดอง ลูกสมอดอง มะม่วงดอง มะยมดอง มะขาม แช่อิ่ม มะดันแช่อิ่ม เป็นต้น
 - ๓.๓ ประเภทเนื้อสัตว์ เช่น ไช้เค็ม เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ปูเค็ม ปลาแห้ง กุ้งแห้ง กะปิ ปลาร้า ปลาจ่อม หมูยอ หมูแฮม เบคอน ไส้กรอก ปลาหวาน เนื้อสวรรค์ หมูแผ่น หมูหยอง กุ้งหวาน ไส้กรอกอีสาน แหนม ส้มผัก ปลาเจ้า ปลาส้ม ปลากระป๋อง เนยแข็งชนิดเค็ม เป็นต้น
 - ๓.๔ ประเภทถั่ว เช่น เต้าเจี้ยว ถั่วเน่า เต้าหู้ยี้ เป็นต้น
๔. น้ำจิ้มชนิดต่างๆ เช่น น้ำจิ้มสุกี้ น้ำจิ้มไก่ น้ำปลาทหวาน เป็นต้น
๕. น้ำพริกต่างๆ เช่น น้ำพริกเผา น้ำพริกปลาย่าง น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกกะปิ น้ำพริกแกงทุกชนิด เป็นต้น
๖. อาหารประเภทขนม เช่น ขนมกรุบกรอบ ข้าวเกรียบ ข้าวตังเสวย ขนมครองแครง ขนมที่ใส่กะทิ รวมทั้งขนมหรืออาหารแปรรูปอื่นๆ เป็นต้น

เทคนิคลดอาหารเค็มลดโซเดียม

๑. ชิมก่อนปรุงทุกครั้ง
๒. เลิกใส่ผงชูรสในอาหาร
๓. ลดการเติมเครื่องปรุงรส
๔. ไม่ควรมีขวดเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสต่างๆ บนโต๊ะอาหาร
๕. ลดการกินอาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารแปรรูปต่างๆ ได้แก่ ไส้กรอก หมูยอ แหนม เบคอน ผักดอง ผลไม้ดอง ปลาเค็ม ไช้เค็ม เต้าหู้ยี้
๖. ลดการกินบะหมี่สำเร็จรูป โจ๊กสำเร็จรูป และไม่ควรใส่เครื่องปรุงจนหมดซอง
๗. ลดปริมาณการกินน้ำจิ้ม และลดความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีน้ำจิ้ม เช่น อาหารประเภททอด เหมปุระ สุกี้ หมูกระทะ หอยทอด เฟรนฟรายด์
๘. ลดการกินน้ำแกง น้ำปรุงส้มตำ น้ำยำต่างๆ
๙. หลีกเลี่ยงการกินอาหารจานด่วน
๑๐. ลดการกินขนมกรุบกรอบ
๑๑. อ่านฉลากโภชนาการก่อนซื้อทุกครั้ง
๒. การออกกำลังกาย ควรออกอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วัน วันละ ๓๐ นาที เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร่างกาย เต้นเข้าจังหวะ เดินเร็ว ทำงานบ้าน การเดินวันละ ๑๐,๐๐๐ ก้าว วิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน
๓. อารมณ์ มีการจัดการกับอารมณ์ ผูกสมาธิผ่อนคลายความเครียด หลีกเลี่ยงสิ่งๆ ที่ก่อให้เกิดความ เครียด เช่น ฟังเพลง ดูทีวี นั่งสมาธิ พบปะเพื่อนบ้าน
๔. ไม่ดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๕. ไม่สูบบุหรี่ ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่เพราะเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การถนอมอาหารสำหรับไว้รับประทาน เช่นการทำแห้ง การหมัก ผู้ประกอบอาหารควรลดปริมาณเกลือและเครื่องปรุงต่างๆ

๒. วิธีการประกอบอาหารของคนอัมพาตหรือคนพิการจะประกอบอาหาร แล้วรับประทานทั้งครอบครัวการประกอบอาหารให้สำหรับผู้ป่วยควรตัดอาหารรสจัดออกก่อนก่อนที่จะปรุงเพิ่ม

๓. ไม่ควรนำเครื่องปรุงต่างๆไว้บนโต๊ะอาหารเพื่อป้องกันการปรุงเพิ่ม

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ของผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูง

๒. เกิดรูปแบบแผนการให้ความรู้โดยใช้กล่องความรู้หรือแผ่นพับสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตสูง ที่ใช้ได้ผลจริง

๓. สามารถนำนวัตกรรมที่ได้ไปปรับใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้เพิ่มมากขึ้น

๒. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี มากกว่าร้อยละ ๗๐

๓. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลง

(ลงชื่อ) *จ.มด*

(นางสาวจุฑามาศ โมลา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖.

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)

เป็นโรคสำคัญที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้เรื่อง อาการ และ อาการแสดงที่สำคัญของโรค การคัดกรองอย่างรวดเร็ว มีการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว และ เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว ต้องมีความรู้เรื่องการรักษา และการให้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตลอดจนต้องมีความรู้เรื่องผลข้างเคียงหลังผู้ป่วยได้รับยาอีกด้วย โรงพยาบาลบุญทริกเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F๑ ไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจเมื่อผู้ป่วยถูกวินิจฉัยและได้รับยาที่โรงพยาบาลบุญทริกแล้วจะต้องมีการส่งต่อไปพบอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลขณะส่งต่อเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และสามารถส่งต่อข้อมูลกับโรงพยาบาลปลายทางได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนต้องมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะได้สามารถให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านได้ ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาค้นคว้าผลงานวิชาการ และวรรณกรรมต่างๆ ดังนี้

๓.๑.๑ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ

หัวใจจะมีหลอดเลือดใหญ่ที่นำเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกาย และมีหลอดเลือดใหญ่ที่รับเลือด เพื่อนำไปพอกที่ปอด ได้แก่

๑) หลอดเลือดแดงเอออร์ต้า (Aorta) เป็นหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ที่สุดรับเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายส่งไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นสูงทำให้รับความดันโลหิตที่สูงและมีการหดกลับคืนช่วยให้เลือดไปยังส่วนต่างๆได้ดีหลอดเลือดแดงใหญ่จะแยกเป็นหลอดเลือดแดงรองก่อนที่จะเป็นหลอดเลือดแดงฝอย บริเวณโคนของหลอดเลือดแดงใหญ่จะมีรูเปิดเป็นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เรียกว่าหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งจะแยกเป็นหลอดเลือดแดงโคโรนารีซ้าย และหลอดเลือดแดงโคโรนารีขวา

๒) หลอดเลือดแดงพัลโมนารี (pulmonary artery) เป็นหลอดเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างขวาทำหน้าที่รับเลือดดำจากหัวใจส่งไปพอกที่ปอด หลอดเลือดแดงพัลโมนารีจะแยกออกเป็นหลอดเลือดแดงพัลโมนารีซ้ายและขวา แยกไปตามปอดซ้ายและขวาก่อนจะแยกเป็นหลอดเลือดที่เล็กลงจนเป็นหลอดเลือดฝอย

๓) หลอดเลือดดำซูพีเรียและอินฟีเรีย (superior venacava and inferior venacava)เป็นหลอดเลือดดำใหญ่ที่รับเลือดจากหลอดเลือดดำขนาดเล็กกว่าเพื่อส่งเลือดกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา รวบรวมส่งเลือดเข้าสู่หัวใจห้องล่างขวาก่อนสูบฉีดไปพอกที่ปอด

๔) หลอดเลือดดำพัลโมนารี (pulmonary vein) ทำหน้าที่รับเลือดที่พอกแล้วจากปอดรวบรวมกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนซ้าย เพื่อรวบรวมส่งเลือดเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายก่อนสูบฉีดไปเลี้ยงร่างกาย เส้นเลือดแดงของหัวใจหรือหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary arteries) มีรูเปิดอยู่ที่บริเวณโคนของเส้นเลือดแดงเอออร์ตามี ๒ เส้นใหญ่ คือ หลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายและหลอดเลือดหัวใจด้านขวาโดยหลอดเลือดจะวางอยู่บนชั้นผิว (epicardium surface) แล้วแตกแขนงย่อยเข้าไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardium) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๑. หลอดเลือดหัวใจด้านซ้าย (left coronary artery [LCA]) แบ่งออกเป็น

๑.๑ หลอดเลือดใหญ่ส่วนต้น (left main [LM]) แยกออกจากเส้นเลือดเอออร์ต้ายาวประมาณ ๑ เซนติเมตร ทอดตัวไประหว่างหัวใจห้องบนซ้ายและเส้นเลือดใหญ่ของปอด (pulmonary trunk) แล้วแยกออกเป็น หลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายหน้าและซ้ายข้าง

๑.๒ หลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายหน้า (left anterior descending [LAD]) แยกออกจากหลอดเลือดใหญ่ส่วนต้นแล้วทอดไปตามหัวใจด้านหน้าจนถึงปลายหัวใจ(Apex)ส่งเลือดเลี้ยงผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายและพื้นผิวด้านหน้าของหัวใจห้องล่างขวา

๑.๓ หลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายข้าง (left circumflex [LCX]) แยกออกจากหลอดเลือดใหญ่ ส่วนต้นแล้วทอดไปตามฐานของหัวใจห้องบนซ้ายลงไปยังด้านข้างและด้านหลังของปลายหัวใจส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนหลังของหัวใจ หัวใจห้องบนซ้ายส่วนกลางของหัวใจห้องล่างซ้าย

๒. หลอดเลือดหัวใจด้านขวา (right coronary artery [RCA]) เป็นเส้นเลือดที่ส่งเลือดไปเลี้ยงหลอดเลือดงานข้างระหว่างหัวใจห้องบนขวากับห้องล่างขวาลงไปด้านล่างของหัวใจเส้นเลือดดำส่วนใหญ่ของหัวใจจะเปิดเข้าสู่ โครินารีไซน์ส (coronary sinus) ซึ่งเป็นท่อของเส้นเลือดดำขนาดใหญ่ที่ยาวประมาณ ๒.๒๕ เซนติเมตรอยู่ บริเวณด้านหลังของหัวใจในแนวรอยต่อระหว่างหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง (atrioventricular groove) และเปิดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาในบริเวณระหว่างรูเปิดของ อินฟีเรียเวนาคาวา (inferior vena cava) และช่องระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่างขวา โดยจะมีลิ้นที่เรียกว่าลิ้นโครินารีไซน์ส (valve of the coronary sinus) กั้นอยู่บริเวณรูเปิด

กายวิภาคศาสตร์ของหลอดเลือดโครินารีไซน์ส(ostium)ของcoronaryจะออกจาก aortic root บริเวณ sinus of valsava ใน normal population มี ๒ ostium คือซ้ายและขวา เส้นเลือดที่ออกจาก Lt.coronary ostium คือ Left main coronary (LM) แตกแขนงเป็น ๒ branch ใหญ่ๆคือ ๑). Left anterior descending artery (LAD) ทำหน้าที่ supply กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณ anterior wall of ventricle และ anterior ventricular septum โดยเส้นเลือด LAD จะวิ่งไปตาม interventricular groove โดย แตกแขนงให้ septal perforator branch เข้าไปใน anterior ventricular septum นอกจากนี้ เส้นเลือดLAD ยังแตกให้แขนงใหญ่ที่ชื่อว่า diagonal artery(DG) ประมาณ ๒-๓ เส้นบริเวณ anterior ventricular wall ๒). Circumflex artery (CX) ที่วิ่งไปตาม Lt.atrioventricular groove แตกแขนงให้เส้นเลือดที่ชื่อว่า obtuse marginal (OM) ประมาณ๒-๓เส้น ช่วย supply บริเวณ lateral ventricular wall ส่วนเส้นเลือด Rt.coronary (RCA) จะออกจาก Rt.coronary ostium จะวิ่งไปตาม Rt.atrioventricular groove แตกแขนงชื่อacute marginal branches เลี้ยงบริเวณ Rt.ventricle โดยส่วนใหญ่ของประชากรทั่วไป ประมาณ ๙๐% RCA จะให้แขนงกลายเป็น posterior descending a. (PD) ไปเลี้ยง posterior ventricular septum และ postrolateral artery (PL) เรียกว่า Rt.dominant (มีเพียง ๑๐% ของประชากร ที่ PD, PL แตกมาจาก circumflex a. เรียกว่า Lt. dominant) เส้นเลือดที่เลี้ยง sinoatrial(SA)node มาจาก Rt.coronary system ๖๐% ที่เหลือมาจากด้านซ้ายส่วนเส้นเลือดที่เลี้ยง Atrioventricular (AV)node ขึ้นกับด้านที่เป็น dominant side

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๒.พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือ Acute Coronary Syndrome (ACS) หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นขณะพักโดยมีลักษณะบ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือด อย่างรุนแรงและเฉียบพลัน จัด เป็นภาวะที่เป็นอันตรายมากของระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากมีอัตราการตายและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้สูง โดยมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมันร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน (atheromatous plaque) ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมากหรือหยุดชะงักทันที

ดังนั้นพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และในขณะเดียวกันเมื่อมีการคัดกรองผู้ป่วยมาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินแล้วพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และสามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลเบื้องต้นได้ และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไป

ภาวะ ACS แบ่งใหญ่ๆ เป็น ๒ ชนิดดังนี้

๑. Non-ST elevation acute coronary syndrome มี ๒ ชนิดคือ

๑.๑ Unstable angina (UA)

๑.๒ Non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI)

ทั้ง ๒ ชนิดเป็นกลุ่มที่ ECG ไม่มี ST segment elevation ส่วนจะเป็นภาวะ UA หรือ NSTEMI ขึ้นอยู่กับว่าการตีบของ coronary artery นั้นรุนแรงมากน้อยแค่ไหน โดยพบว่าใน NSTEMI จะมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นผลการตรวจ cardiac marker ในกระแสเลือดจะ ได้ผลบวก แต่หาก cardiac marker ในกระแสเลือดได้ผลลบก็จะวินิจฉัยเป็น UA

๒. ST-elevation acute coronary syndrome ได้แก่ กลุ่มอาการที่แสดงถึงภาวะ ST-elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน โดยจะตรวจพบว่า ECG มี ST segment elevation ร่วมกับ cardiac marker ให้ ผลบวก ลักษณะหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันชนิด UA, NSTEMI, STEMI

สาเหตุสำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างกะทันหันและรุนแรง คือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมี ปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ก่อนร่วมกับ มีคราบไขมันสะสมที่ผนังหลอดเลือด หัวใจ (atherosclerotic plaques)

สำหรับปัจจัยที่เหนี่ยวนำที่กระตุ้นให้คราบไขมันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการปริแตกเฉียบพลัน คือ การออกกำลังกายอย่างหนัก การสูบบุหรี่ Lipid Lipid accumulation Unstable angina Lumen NSTEMI STEMI Intimal connective tissue (plaque cap) Thrombus Platelets ภาวะอารมณ์ที่เครียดมาก หลังมีเพศสัมพันธ์ การอยู่ในสภาพอากาศที่ร้อนหรือเย็นจัด ซึ่งการปริแตก ของคราบไขมันมักเป็นคราบไขมันที่มีขนาดใหญ่และกว้างลึกทำให้เลือดออกเกิดเป็นลิ้มเลือดอุดตัน หลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ทันที สำหรับกลไกการเกิดปริแตกของ plaque นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากการเพิ่มความดันและการไหลของเลือดในหลอดเลือดแดง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๒. พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

โคโรนารีที่แข็งและตีบแคบอยู่แล้วร่วมกับมี thrombus และเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดมากผิดปกติ (hypercoagulable) ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีตามมา

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิด Acute Coronary Syndrome

กลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นภาวะของ หลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (atherosclerosis) แล้วเกิดมีการฉีกขาดหรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่เสื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (plaque rupture, disruption) เกิดแผลขึ้นที่ผนังด้านในของหลอดเลือด (raw surface) เกิดเลือดจะเกาะกลุ่ม (platelet aggregation) อย่างรวดเร็วตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาดหลังจากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิด ลิ่มเลือด (thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าวหาก ลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน (partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน เกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) โดยยังไม่มีการอุดตันโดยสมบูรณ์ (complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI)

๓.๑.๓ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Acute Coronary Syndrome

แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้และปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้

๑.๑ กรรมพันธุ์ (heredity) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่อยังอายุน้อยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและหากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดเส้นเลือดหัวใจตีบจะพบรอยโรค บริเวณเส้นเลือดหลัก (left main coronary) โดยมีการเกาะของแคลเซียมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติ ครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

๑.๒ เพศ (sex) เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าใน เพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยป้องกันการอักเสบของหลอดเลือด เพิ่มระดับ HDL และลดระดับ LDL

๑.๓ อายุ (age) อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการหยุดการเจริญเติบโตของ cell อีกทั้งมี DNA damage เพิ่มมากขึ้น

๒. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

๒.๑ ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีระดับของ LDL และ LDL/HDL สูง รวมทั้งยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วย dyslipidemia จะมีรอยโรค ของการตีบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่า ๑ ตำแหน่ง เนื่องจากระดับของไขมันทำให้เกิดภาวะ หลอดเลือดแข็งตัวได้ คือ LDL-C, Triglyceride ทั้งนี้ระดับ LDL-C ที่สูงเพียงปัจจัยเดียวก็ส่งผลให้ เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ เนื่องจาก LDL-C เป็นตัวการหลักที่ก่อให้เกิดการอักเสบของ หลอดเลือด โดย LDL-C เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน ตั้งแต่หน้าที่ของเยื่อผนังหลอดเลือดผิดปกติ การเกิด plaque ไปจนกระทั่งเกิดการฉีกขาดของ plaque และมีก้อนเลือดอุดตันหลอดเลือด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๓ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Acute Coronary Syndrome (ต่อ)

ดังนั้นระดับ LDL-C ที่สูงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ส่วน HDL -C ต่ำก็เป็นปัจจัยต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง โดยตัว HDL-C จะมึบทบาทในการเป็นตัวช่วยกำจัดไขมันบนผนังหลอดเลือดแดงโดยผ่านกลไก การนำ cholesterol กลับไปทำลาย การยับยั้งขบวนการออกซิเดชันของ LDL- C การยับยั้งเกล็ดเลือดเกาะตัวกัน การยับยั้ง expression ของ adhesion molecules ชนิด ต่างๆ กระตุ้นให้เยื่อหลอดเลือดผลิต nitric oxide ให้เลือดซึมเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจขึ้น และยับยั้ง การทำลายเยื่อหลอดเลือดได้ ดังนั้นระดับ HDL-C ที่สูงจะส่งผลดีต่อหลอดเลือดหัวใจ

๒.๒ ความดันโลหิตสูง (hypertension) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการสูบบุหรี่จะมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวาย และภาวะช็อกจากหัวใจเพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มี ความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงส่งผลเสียโดยตรงต่อหลอดเลือดเพิ่มความเครียดให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง และเพิ่มความต้องการออกซิเจนของ กล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่หนาอาจลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน ของโรค หลอดเลือดหัวใจได้

๒.๓ การสูบบุหรี่ (smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ๗ เท่า เนื่องจากบุหรี่ มีสารทำให้เกิด endothelial dysfunction, เพิ่มการอักเสบและอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเกิดการ oxidation ของ LDL ส่งผลให้ เกิดหลอดเลือดแข็งตัว กล่าวคือสารในบุหรี่ทั้ง ทาร์ สารนิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้ เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ โดยเฉพาะคาร์บอนมอนอกไซด์จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงด้วยการแทนที่ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงด้วยการไปจับฮีโมโกลบินอย่างหนาแน่นและเกาะติดถาวรทำให้คุณสมบัติการยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงที่จะไหลเวียนออกแบกไปตาม หลอดเลือดลดลง เกิดการครูดกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงทำให้เกิดรอยขรุขระทำให้ไขมันและเกล็ดเลือดมาพอกติดได้ง่ายและเพิ่มการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนสารนิโคติน จะกระตุ้นประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไตให้หลั่งสาร Epinephrine ทำให้ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัวและนอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังเพิ่ม Oxidized LDL ลดการสร้าง nitric oxide ของเยื่อหลอดเลือด เพิ่มระดับ high sensitivity C-reactive protein (hsCRP), soluble intercellular adhesion molecule-๑ (ICAM-๑), fibrinogen, homocysteine และการจับตัวของ เกล็ดเลือด รวมถึงเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลทำให้เลือดแข็งตัวง่ายขึ้น

๒.๔ ความอ้วน (obesity) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมี metabolic syndrome ร่วมด้วย จะมีการเกาะของเกล็ดเลือดมากขึ้นในหลายตำแหน่งของหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการขยายหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้ มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี metabolic syndrome

๒.๕ เบาหวาน (diabetes mellitus) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มี โรคเบาหวานร่วมจะมี plaque ที่มีขนาดใหญ่ เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดและมีการปริแตกของ thrombus หลายตำแหน่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๔ หลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด Non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) และ ST-elevation acute coronary syndrome จะต้องมีการขึ้นและลดลงของ cardiac biomarker (โดยเฉพาะ ค่า cardiac troponin) ที่สูงกว่า ๙๙th percentile ของค่าอ้างอิงปกติ ในประชาชนทั่วไปร่วมกับอาการแสดงและผลการตรวจวินิจฉัย อย่างน้อย ๑ ข้อ ดังนี้

๑) อาการที่เข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่นอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไป กราม หรือมีอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ เป็นต้น

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

๓) ตรวจพบ Q wave ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

๔) การตรวจวินิจฉัยหัวใจด้วยการแสดงภาพ เช่นการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) การตรวจหัวใจโดยใช้สารกัมมันตรังสี (Radionuclide Imaging) การตรวจหัวใจด้วยภาพคลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging) และการตรวจหัวใจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) โดยจะพบลักษณะกล้ามเนื้อหัวใจมีการบีบตัวที่ผิดปกติหรือมีการขาดเลือดหรือตาย ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือ เกิดขึ้นใหม่ได้

๕) จากการตรวจสวนหัวใจ หรือ การผ่าตรวจพิสูจน์ศพพบกล้ามเนื้อในหลอดเลือด หัวใจ

๓.๑.๕ การรักษา โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)

การรักษาเบื้องต้นคือการลดอาการเจ็บหน้าอก และ บรรเทาความกังวลของผู้ป่วยไม่แนะนำให้ออกซิเจนในผู้ป่วยทุกรายเนื่องจากออกซิเจนอาจเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดหัวใจส่วนปลายอาจทำให้เกิดอันตรายและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจึงควรให้ออกซิเจนเฉพาะในกรณีที่มีค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ ๙๐ นอกจากการรักษาเบื้องต้นแล้วต้องรีบให้การรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็วโดยทำการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ เรียกว่า primary PCI หรือ ให้อาละลายลิ่มเลือด เพื่อ จำกัดบริเวณของกล้ามเนื้อหัวใจตายรวมถึงผลแทรกซ้อนและอัตราการตายให้ต่ำที่สุด

๑) แนวทางการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion therapy)

First medical contact (FMC) หมายถึงผู้เห็นเหตุการณ์คนแรก ณ จุดแรกที่พบผู้ป่วยโดยอาจเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หรือ ผู้ที่สามารถแปลผล ECG และทำ defibrillation ได้

STEMI diagnosis หมายถึงเวลาที่ให้การวินิจฉัยว่าเป็น STEMI จาก ECG จุดนี้จะเริ่มนับเวลาเป็น “๐” ปัจจุบัน ใช้คำว่า “STEMI diagnosis to fibrinolysis or wire crossing time” แทนคำเดิมคือ “door-to-needle” และ “door-to-balloon” Primary PCI strategy หมายถึงแนวทาง ส่งผู้ป่วยไปสวนหัวใจและเปิดหลอดเลือดที่อุดตันทันทีซึ่งวิธีนี้เป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการให้อาละลายลิ่มเลือดแต่ยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะในประเทศไทยที่ไม่สามารถทำ primary PCI ได้ทุกแห่งถ้าระยะเวลาในการส่งตัวผู้ป่วยไปทำ primary PCI (นับเวลาจากการวินิจฉัย STEMI ถึง wire crossing หน่วยเป็น นาที) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที ควรส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาโดย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๔.การรักษา โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

วิธี primary PCI แต่ถ้าหากมากกว่า ๑๒๐ นาที ควรให้การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่ว่าจะใช้แนวทางใด พึงระลึกเสมอว่าการวินิจฉัยและรักษาต้องทำให้เร็วที่สุด

Pharmacoinvasive strategy หมายถึงการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำ primary PCI ได้ หรือ ต้องใช้เวลามากกว่า ๑๒๐ นาที ในการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ primary PCI จากการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วยวิธี primary PCI หรือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓ ชั่วโมง แรกหลังผู้ป่วยมีอาการพบว่าผลการรักษาของทั้งสองวิธีไม่ต่างกันหลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วผู้ป่วยควรถูกส่งไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้โดยเร็วตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่อย่างไรก็ตามหากหลอดเลือดหัวใจไม่เปิดด้วยยาละลายลิ่มเลือดซึ่งประเมินจากอาการแน่นหน้าอกไม่ลดลง และ/หรือ ST segment ที่ยกสูง ลดลง <๕๐% จากเริ่มต้นผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วย PCI หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ทันที (rescue PCI) ในกรณีที่อาการแสดงและ ECG บ่งชี้ว่าหลอดเลือดหัวใจเปิดแล้วแม้ว่าควรส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI โดยเร็วแต่ก็ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ที่ควรปรึกษากันในระบบเครือข่ายส่งต่ออย่างไรก็ตามไม่ควรเกิน ๒๔-๗๒ ชั่วโมงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในประเทศไทยมี ๒ กลุ่มคือกลุ่ม fibrin-specific agent ได้แก่ tenecteplase (TNK) และ tissue-type plasminogen activator (t-PA) หรือ alteplase สำหรับกลุ่ม non-fibrin specific ได้แก่ streptokinase (SK) แนะนำให้ใช้กลุ่ม fibrin-specific มากกว่า SK แต่ขึ้นกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาล ด้วย จากการศึกษา STREAM พบว่าการให้ TNK มีประสิทธิภาพดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกได้ ดังนั้น ในกรณีที่ใช้แนวทาง pharmacoinvasive strategy และส่งต่อผู้ป่วยทันทีหลังเริ่มยาละลายลิ่มเลือด เพื่อความปลอดภัยระหว่างการส่งต่อ ยาละลายลิ่มเลือดที่ควรเลือกใช้ คือ TNK แนวทางการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion therapy) First medical contact (FMC) หมายถึงผู้เห็นเหตุการณ์คนแรก ณ จุดแรกที่พบผู้ป่วย โดยอาจเป็น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หรือ ผู้ที่สามารถแปลผล ECG และทำ defibrillation ได้ ระยะเวลาการขาดเลือด (Total ischemic time)

ชนิดและการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) Streptokinase (SK) ขนาดยาที่ให้คือ ๑.๕ ล้านยูนิต ผสมใน normal saline ๑๐๐ มล.ให้ทางหลอดเลือดดำเป็น เวลา ๓๐-๖๐ นาที Tissue-type plasminogen activator (t-PA) ๑๕ มก.ให้ทางหลอดเลือดดำทันที แล้วต่อด้วยขนาด ๐.๗๕ มก.ต่อ กก. (ไม่เกิน ๕๐ มก.) ในเวลา ๓๐ นาที จากนั้นให้ขนาด ๐.๕ มก.ต่อ กก. ในเวลา ๖๐ นาที (ไม่เกิน ๓๕ มก.) โดยขนาดทั้งหมดรวมกันไม่เกิน ๑๐๐ มก. Tenecteplase (TNK) ถูกดัดแปลงจาก t-PA ทำให้มีประสิทธิภาพดีและใช้ง่ายขึ้น โดยการให้หลอดเลือดดำเพียงครั้งเดียว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๔.การรักษา โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

โดยขนาดของ TNK ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวของผู้ป่วยดังนี้

- น้ำหนัก <๖๐ กก. ให้ขนาด ๓๐ มก. IV bolus ครั้งเดียว
- น้ำหนัก ๖๐ ถึง <๗๐ กก. ให้ขนาด ๓๕ มก. IV bolus ครั้งเดียว
- น้ำหนัก ๗๐ ถึง <๘๐ กก. ให้ขนาด ๔๐ มก. IV bolus ครั้งเดียว
- น้ำหนัก ๘๐ ถึง <๙๐ กก. ให้ขนาด ๔๕ มก. IV bolus ครั้งเดียว
- น้ำหนัก ≥ ๙๐ กก. ขึ้นไป ให้ขนาด ๕๐ มก. IV bolus ครั้งเดียว แนะนำให้ลดขนาดของ TNK ลงครึ่งหนึ่ง

ในผู้ป่วยที่อายุ ≥ ๗๕ ปี

สำหรับการรักษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ยาที่ใช้กับผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย คือกลุ่ม non-fibrin specific ได้แก่ Streptokinase (SK) ขนาดยาที่ให้คือ ๑.๕ ล้านยูนิต ผสมใน normal saline ๑๐๐ มล. ให้ทางหลอดเลือดดำเป็น เวลา ๖๐ นาที โดยให้ผ่านเครื่อง INFUSION PUMP

โรงพยาบาลบุญทริกเป็นโรงพยาบาลขนาด F๑ไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีแนวทางในการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และการรักษาก่อนการส่งต่อจะมีระบบการ consult อายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลบุญทริกสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการพยาบาลในระยะต่างๆ ที่ผู้ป่วยมารับบริการ

๓.๑.๕ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะแบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ การพยาบาลขณะแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

การพยาบาลขณะแรกรับพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยแรกรับว่าผู้ป่วยเป็นคนไข้ในกลุ่มไหนตามความรุนแรง และเข้าสู่กระบวนการพยาบาลตามเกณฑ์ที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองในแต่ละกลุ่มซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง ๒ ราย เข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้ง ๒ ราย และได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยสีแดง (ฉุกเฉินมาก) ต้องได้รับการประเมิน และ รักษาทันที

ระยะที่ ๒ การพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่ในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

๒.๑ การพยาบาลก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)

การพยาบาลก่อนการให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มพยาบาลจะต้องมีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเรื่องแผนการรักษาพร้อมกับแพทย์ ซึ่งในผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง ๒ ราย แพทย์ที่ทำการรักษาที่โรงพยาบาลบุญทริกได้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และได้รักษาโดยการให้ยา Streptokinase ก่อนส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พยาบาลได้ทำการพยาบาลระยะก่อนให้ยา คือ

๑. ชักประวัติและตรวจร่างกาย

- ชักประวัติข้อบ่งชี้ในการให้ยาSK
- ชักประวัติเกี่ยวกับข้อห้ามและข้อควรระวังในการให้ยาSK

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๕ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ต่อ)

- ตรวจร่างกาย

๒.ให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาและให้ลงนามยินยอมรักษา

๓.เจาะเลือดเพื่อติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เช่น CBC, INR, Electrolyte, Cr, Cardiac enzyme เป็นต้น

๔.เปิดเส้นเลือดดำส่วนปลายไว้ ๒ เส้นเพื่อแยกยา SK ออกจากยาและสารน้ำอื่นๆที่ให้ทางเส้นเลือดดำ(กรณีที่ไม่ได้ให้น้ำอื่นๆให้ on heparin lock ไว้)

๕.เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่องDefibrillator ให้พร้อมใช้

๖.วัดสัญญาณชีพ: V/S, N/S

๗.วัดPain score

๘.ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องทำ Complete lead ECG ก่อนการให้ยาเพื่อไว้เปรียบเทียบภายหลังการให้ยา

๙.เตรียมยา

๒.๒ การพยาบาลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)

การพยาบาลขณะให้ยาพยาบาลจะต้องสามารถเตรียมยา และให้ยาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็ว และมีความรู้ในการให้ยาซึ่งจะต้องมีการเตรียมยาและให้การพยาบาลขณะให้ยา ดังนี้

๑.วัด HR

- วัดความดันโลหิต ทุก๑๕ นาที *๔ ครั้ง ,ทุก ๓๐นาที*๒ ครั้ง ต่อในทุก๑-๒ ชม

๒.วัด Neuro sign (N/S)

- วัด ทุก๑๕ นาที *๔ ครั้ง ,ทุก ๓๐นาที*๒ ครั้ง ต่อในทุก๑-๒ ชม เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท(อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมองจากการแตกของเลือดในสมอง)

๓.ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจเกิดVT,VF จากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

๔.Bleeding: อาการแสดงของภาวะเลือดออก เช่นตำแหน่งที่ทำหัตถการในระบบปัสสาวะทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยช้ำตามตัวทุก ๑๕นาที ใน๑ชม แรกที่ให้ยา

๕.สังเกตอาการแพ้ยาใน ๑ ชม แรกของการให้ยา เช่น ผื่น แน่นหน้าอก

๖.ประเมินอาการเจ็บหน้าอกPain score

๗.ดูแลให้ absolute bed rest

๘. เตรียมรถ Emergency และ เครื่องมือช่วยชีวิตให้พร้อมใช้

๙.บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยา อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับยาและหากจำเป็นต้องหยุดยา ต้องบันทึกปริมาณที่ได้รับและเวลาที่หยุดยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๕ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ต่อ)

๒.๓ การพยาบาลหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)

การพยาบาลหลังให้ยาพยาบาลจะต้องมีความรู้ในการประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาแล้วผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลงหรือไม่ หรือสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดกับผู้ป่วย และการเตรียมพร้อมในการดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ซึ่งการพยาบาลหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย พยาบาลได้ให้การดูแลคือ

๑. ประเมินว่ามี reperfusion ของหลอดเลือดหรือไม่โดยผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งในผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง ๒ รายอาการเจ็บหน้าอกลดลง ทำ EKG ๑๒ lead ที่ ๖๐-๙๐ นาที หลังจากเริ่มให้ยา

๒. วัด HR, BP, N/S วัด ทุก ๑๕ นาที *๔ ครั้ง , ทุก ๓๐ นาที *๒ ครั้ง ถ้าคงที่วัดทุก ๑ ชั่วโมง

๓. Bleedig precaution เช่น เลือดออกตามไรฟัน การดูคีมเสมหะ (ใช้แรงดันไม่เกิน ๘๐ มิลลิเมตรปรอท), หากมียาที่ต้องฉีดบริเวณผิวหนังหรือกล้ามเนื้อรายงานแพทย์ทราบ

๔. ติดตามตรวจทางห้องปฏิบัติการตามการรักษา

ระยะที่ ๓ การพยาบาลขณะส่งต่อ หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดครบ ๑ ชั่วโมงและมีภาวะประเมินซ้ำแล้วผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลขณะนำส่ง ดังนั้นพยาบาลจะมีบทบาทที่สำคัญขณะส่งต่อผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง ๒ ราย การพยาบาลในระยะส่งต่อที่สำคัญคือ

๑. ประเมินสัญญาณชีพ และรับรู้ความรู้สึกตัว ขณะผู้ป่วยอยู่บนรถส่งต่อ

๒. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติ แล้วให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ขณะอยู่บนรถส่งต่อ

๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัยระบายนความรู้สึกรู้สึกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล

๔. ส่งต่ออาการผู้ป่วยให้กับพยาบาลส่งต่อ

๓.๑.๖ การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram หรือ ECG) เป็นการตรวจหลักในการวินิจฉัยกลุ่มอาการที่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบ หรืออุดตันเฉียบพลัน (acute coronary syndrome หรือ ACS) โดยสามารถแบ่งผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบเฉียบพลัน (chest discomfort หรือ ischemic symptoms อื่น ๆ) ออกเป็น ๒ กลุ่มคือ กลุ่มที่มี new ST-segment elevation ใน ๒ contiguous leads หรือมี new bundle branch blocks กับอีกกลุ่มหนึ่ง คือ non-STelevation MI (NSTEMI หรือ unstable angina) Serial ECG acquisition ในการวินิจฉัยภาวะ ACS ผู้ป่วยควรได้รับการทำ ECG และแปลผล ECG ภายในเวลา ๑๐ นาที เพื่อให้ระยะเวลาในการดูแลรักษาผู้ป่วยสั้นที่สุด และหาก ECG แผ่นแรกยังไม่เห็นความผิดปกติชัดเจน การทำ serial ECG ในอีก ๑๕ - ๓๐ นาที เพื่อดูลักษณะ dynamic changes ก็อาจช่วยในการวินิจฉัยได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่มาโรงพยาบาลเร็วตั้งแต่ ๑ - ๒ ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการครั้งแรกประโยชน์อีกประการของการทำ

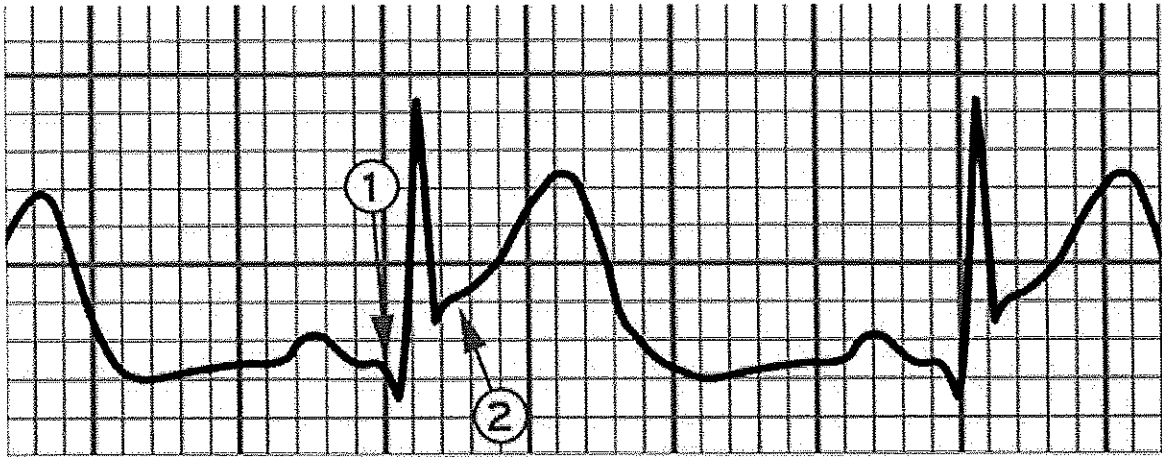
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๖ การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

serial ECG หรือ continuous ECG recording คือ การบอกถึงภาวะ reperfusion หรือการเกิด reocclusion หลังได้รับการรักษา



รูปที่ 1 ตัวอย่าง Electrocardiogram ที่มีภาวะ ST-segment elevation (ESC/ACC/AHA/WHF 2018)

การใช้ ECG เพื่อวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในบางกรณี ECG ณ จุดเวลาเดียวอาจให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจเพื่อเริ่มทำการรักษา เนื่องจากมีอีกหลายภาวะที่อาจเห็น ST deviation ได้เช่นกัน ได้แก่ acute pericarditis, LV hypertrophy (LVH), left bundle branch block (LBBB), Brugada syndrome, TTS และ early repolarization pattern ดังนั้น หากมี ECG เก่าของผู้ป่วยมาเปรียบเทียบ ก็อาจเป็นตัวช่วยแยกได้ว่า ST deviation ที่เราเห็นใน ECG แผ่นปัจจุบันนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นสิ่งที่มียู่เดิมแต่แรกแล้ว อย่างไรก็ตาม ต้องไม่ทำให้ระบบการวินิจฉัย และรักษาต้อง delay ออกไปมากโดยไม่จำเป็น

ST-segment-T wave (ST-T) criteria suggestive of AMI

J-point คือ จุดต่อระหว่างจุดสิ้นสุดของ QRS complex และจุดเริ่มต้นของ ST-segment (จุดที่ ๒ ในรูปที่ ๑) ซึ่งเป็นจุดที่ใช้แปลผลว่า มีภาวะ ST-segment deviation หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับจุด reference point คือ จุดเริ่มต้นของ QRS complex (จุดที่ ๑ ในรูปที่ ๑)

ในผู้ป่วยที่มี stable ECG baseline เราสามารถใช้ reference point เป็น TP segment (isoelectric interval) ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในกรณี acute pericarditis ที่อาจพบ PTa depression อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่ม ACS มักมีภาวะ tachycardia ร่วมด้วยซึ่งอาจทำให้ baseline shift ได้บ่อย ดังนั้น การใช้ J-point ดังกล่าวข้างต้นจึงมีประโยชน์เป็นอย่างมาก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๖ การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ต่อ)

Evolution of ECG in STEMI

คลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วย STEMI จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาดังนี้

๑. Hyperacute T (minutes to hours) การเปลี่ยนแปลงอันดับแรกสุด คือ การพบลักษณะของ T wave amplitude สูงขึ้น หรือและกว้างขึ้น (wide & tall)
๒. ST elevation (๐ - ๑๒ hours) โดยมี typical morphology เป็นแบบ convex (นูน) อย่างไรก็ตาม สามารถเจอรูปแบบอื่นได้ด้วย เช่น concave หรือ obliquely straight morphology.
๓. Q wave formation (๑ - ๑๒ hours)
๔. ST elevation improves and T-wave inversion (๒ - ๕ days)
๕. T-wave normalized and Q-wave persist (weeks-months)

Identification of the infarct-related artery

ความจำเพาะ (specificity) ของ ECG ใน AMI มีข้อจำกัดเนื่องจากมีความหลากหลายของ coronary anatomy ในแต่ละบุคคล (individual variations) รวมถึงรอยโรคที่เป็นอยู่เดิม (previous MI, previous PCI, previous CABG และ collateral circulation)

แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าวหลายประการ ECG ก็ยังสามารถช่วยบอกถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เกิดที่จุดอุดตันที่ส่วนต้นของหลอดเลือดหัวใจ (proximal occlusion) ซึ่งทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง (most extensive และ most severe MI)

Inferior myocardial infarction

Culprit vessel ของ inferior wall MI อาจเกิดได้ทั้งเส้นเลือด RCA (right coronary artery; in ๘๐% of the cases) หรือ LCX (left circumflex artery) โดยอาจมีลักษณะบางประการช่วยบ่งบอกได้ดังต่อไปนี้

RCA: จะพบ ST-segment elevation ใน lead III มากกว่า lead II และพบ ST-segment depression >๑ mm ใน lead I และ aVL เป็นแบบ isoelectric หรือ elevated

LCX: จะพบ ST-segment elevation ใน lead II มากกว่า lead III และจะพบ ST-segment ใน lead aVL เป็นแบบ isoelectric หรือ elevated

Right ventricular infarction

หากพบ inferior MI ร่วมกับ ST-segment elevation in V๑ จะบ่งบอกถึง proximal RCA occlusion with right ventricular infarction อย่างไรก็ตาม แนะนำให้ดู lead V๔R ร่วมด้วย เนื่องจากเป็น lead ที่ sensitive ต่อ RV-infarction มากที่สุด (ST-segment elevation >๑ mm with T-wave upright in V๔R)

Posterior wall infarction

พบ inferior MI ร่วมกับ ST-segment depression in V๑ และ V๒ (มักพบ upright T-wave ด้วย) จะบ่งบอกถึง posterior wall infarction ซึ่งอาจจะเกิดจาก LCX หรือ RCA ก็ได้ ขึ้นกับว่าเป็น dominant LCX หรือ dominant RCA

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

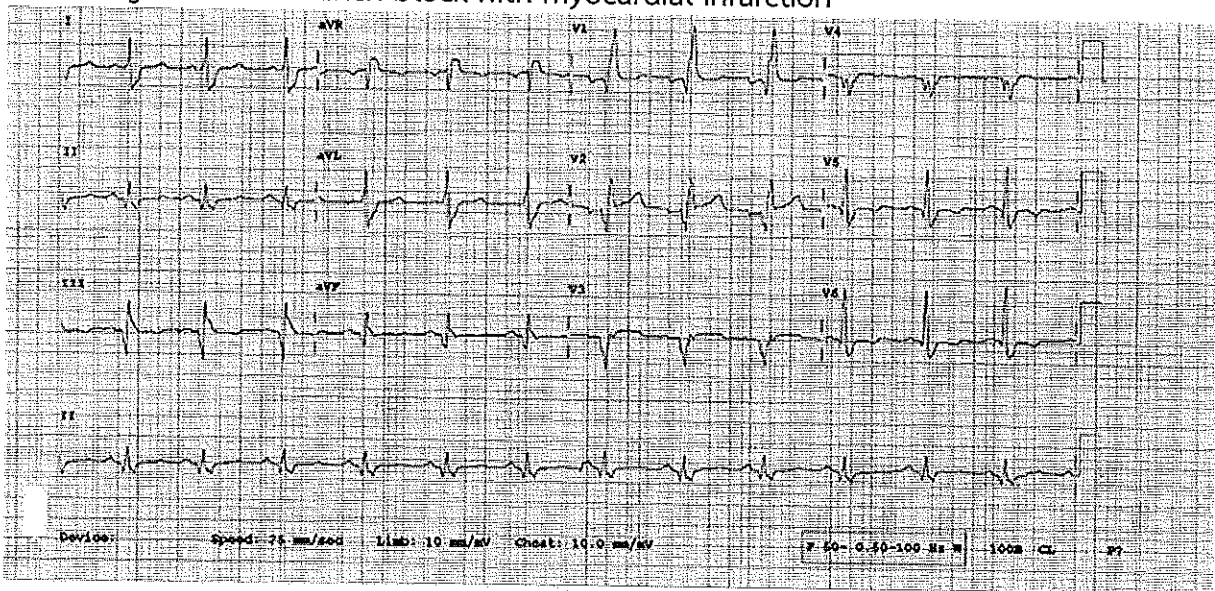
๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๖ การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ต่อ)

Anterior myocardial infarction

ในกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดบริเวณ anterior wall จะพบ ECG มี ST elevation ใน leads V_๑, V_๒, และ V_๓ บ่งบอกถึงการอุดตันของหลอดเลือด LAD (left anterior descending artery) และหากมี ST elevation ใน ๓ leads ดังกล่าว และยกใน lead aVL ด้วย ร่วมกับมี ST-segment depression มากกว่า ๑ mm ใน lead aVF จะบ่งบอกถึง proximal occlusion ของเส้นเลือด LAD และสำหรับ ST-segment elevation ใน leads V_๑, V_๒, V_๓ ร่วมกับยกใน inferior leads ด้วย จะบ่งบอกถึงการอุดตันใน LAD ที่ยาวไปเลี้ยงบริเวณ inferoapical region ของ left ventricle ด้วย (wraps around vessel)

Right bundle branch block with myocardial infarction



ที่ 2 ตัวอย่าง ECG ที่มี RBBB ร่วมกับภาวะ myocardial infarction พบว่า มี ST-segment elevation และ concordant T-wave ที่ lead V₁, V₂ รวมถึงเห็น Q wave ชัดเจนในหลาย leads (Anandamahidol Hospital 2019)

มีหลักการดังนี้

๑. Q wave : New RBBB with Q wave ใน lead V_๑ มีความจำเพาะต่อการอุดตันบริเวณ proximal LAD แล้วมีการเกิดการขาดเลือดบริเวณ anteroapical เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม หลักการดังกล่าวมีความไวไม่มากนัก (specific but insensitive marker)
๒. Concordant T-wave: ปกติแล้ว major QRS vector ใน RBBB ใน lead V_๑, V_๒, V_๓ จะเป็น positive คือ หัวตั้ง (หุกระต่าย) และจะพบ normal T wave deviation ในทิศทางตรงข้ามกัน คือ หัวกลับ (normal discordant) แต่หากพบ T wave หัวตั้ง (concordant T wave) จะบ่งบอกถึงภาวะ myocardial infarction
๓. ST-segment deviation ใช้การดู J-point เหมือนกับใน ECG ทั่วไป

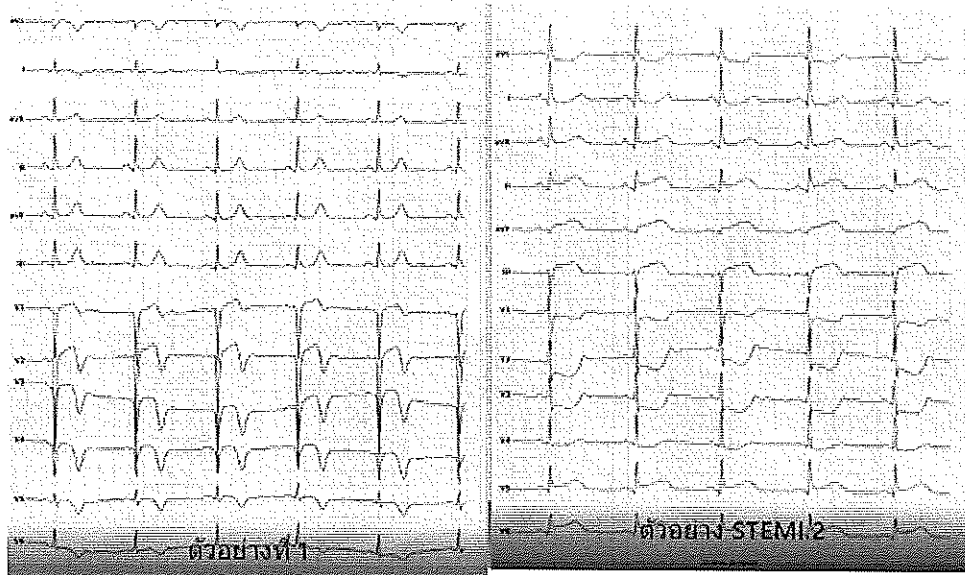
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) (ต่อ)

๓.๑.๖ การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ต่อ)

ตัวอย่างคลื่นไฟฟ้าหัวใจในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



๓.๒ แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๓.๒.๑ การ Triage ผู้ป่วยที่ ER

TRIAG คือ กระบวนการประเมิน สภาพของผู้ป่วยอย่าง รวดเร็ว เพื่อตัดสินใจความเร่งด่วนของอาการสำคัญ ที่เป็นปัญหาและจัดให้ได้รับการรักษาพยาบาล ตามความเหมาะสม ถูกต้อง ถูกคน

วัตถุประสงค์ สามารถจัดลำดับความรุนแรงและให้การดูแลรักษา ตามอาการได้ถูกคน ถูกต้อง อย่างเหมาะสม

หลักการ ประเมินอาการ

๑ Primary Triage เป็นการประเมินโดยรวมข้อมูลจากการ ประเมินทางกายภาพ (ไม่จำเป็นต้องตรวจโดยละเอียด) อาการสำคัญ อาการทแสดงถึงความคุกคามต่อชีวิต เช่น หายใจหายใจ หัวใจหยุดเต้น หอบเหนื่อย ซึม กระสับกระส่าย เป็นต้น

๒ Secondary Triage เป็นการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยรวบรวม ข้อมูลจากการประเมินทางกายภาพ Vital signs, Lab, X-ray, ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วย

๑.ประเมิน เมื่อแรกพบ Across the room assessment

๒.ประเมินโดย สังเกต Triage physical assessment

๓.ประเมินโดย สังเกต Triage physical assessment

๔.การซักประวัติ Triage history

๕ .ตัดสินใจจำแนก Triage decision

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ (ต่อ)

๓.๒.๑ การ Triage ผู้ป่วยที่ ER (ต่อ)

การคัดกรองผู้ป่วยจัดระดับความเร่งด่วนออกเป็น ๕ระดับ

Triage level ๑ คือ ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate life-threatening) : ช่วยเหลือทันทีคือบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

Triage level ๒ คือ ผู้ป่วยเร่งด่วน (Emergency) : ช่วยเหลือภายใน ๑๐ นาทีคือ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้อง ได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรวดเร็วส่วนมิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้

Triage level ๓ คือ ผู้ป่วยรีบด่วน (Urgency): สามารถรอได้ ๓๐ นาที คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วง ระยะเวลาหนึ่ง แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

Triage level ๔ คือ ผู้ป่วยกึ่งรีบด่วน (Semi-urgency)สามารถรอรับบริการได้ ๑ ชม. คือ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับบริการได้โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือ ภาวะแทรกซ้อนตามมาแต่รอรับบริการได้ ๑ ชม.

Triage level ๕ คือ ผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non-urgency)สามารถรอได้มากกว่า ๑ ชม.คือ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการอื่น โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร สามารถรอได้มากกว่า ๑ ชม.

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้างานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ จนถึงปัจจุบัน และได้รับการอบรม และรับผิดชอบงานต่างๆที่เกี่ยวข้องดังนี้ เป็นหัวหน้างานอุบัติเหตุ- ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุญทริก รับผิดชอบ Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลบุญทริก เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเก็บข้อมูลผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลบุญทริก .เป็น PM ในการดูแลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลบุญทริก ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ผ่านการอบรมหลักสูตรการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผ่านการอบรมหลักสูตร CPR (ACLS) .ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป(การตรวจรักษาเบื้องต้น) และเป็นเลขานุการที่มำทางคลินิกบริการโรงพยาบาลบุญทริก จากประสบการณ์ในการรับผิดชอบและการไปศึกษาอบรมจึงสนใจที่จะนำความรู้ความสามารถและประสบการณ์ดังกล่าวมาปรับปรุงการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นในยุโรป มีแนวโน้มลดลง เป็นผลมาจากการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ ๔-๑๒ สำหรับประเทศไทย พบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด ๒๒.๕ ต่อประชากรแสนคน เพิ่มมาเป็น ๓๑.๘ ในปีพ.ศ. ๒๕๖๐ โดยแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทุกปี อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วย ST elevation myocardial infarction (STEMI) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ๑๗ในปีพ.ศ. ๒๕๕๕ เหลือประมาณ ร้อยละ๑๐ ในปีพ.ศ. ๒๕๖๑ หากติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป ๑ ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตยังคงค่อนข้างสูงโดยผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตร้อยละ ๑๔ ส่วนผู้ป่วย non-STEMI เสียชีวิตที่ ๑ ปีมากถึงร้อยละ ๒๕ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ ทั้งในการ ให้การวินิจฉัยด้วยความรวดเร็วโดยใช้ fast track การรักษาด้วย reperfusion therapy ในผู้ป่วย STEMI การทำ risk stratification เพื่อพิจารณาการให้การรักษาด้วย invasive strategy ในผู้ป่วย non-ST acute coronary syndromes นอกจากนี้ยาต่าง ๆ ที่จะใช้ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันนำไปสู่การลดการเสียชีวิตในระยะยาว

สถานการณ์การเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า สาเหตุการเสียชีวิต ๑ ใน๑๐ ของประชากรจังหวัดอุบลราชธานี จากปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ ประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี พบการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากร ๒๑.๘๗ , ๒๒.๔๒, ๒๖.๐๔ และ๗.๔๗ ตามลำดับ เมื่อจำแนกออกมาเป็นผู้ป่วยSTEMI พบว่าอัตราตายบางปี สูงกว่าค่าเป้าหมาย โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖ (ณ วันที่ ๒๔ มิย.๖๖) ร้อยละ ๘.๖๒, ๘.๘๑, ๑๑.๘๓, ๑๔.๖๑ และ ๙.๙๕ ตามลำดับ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน ๓๐ นาที คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๒, ๑๑.๘๔ , ๖๓.๑๓, ๗๘.๗๕ และ ๙๓.๒๖ ตามลำดับ เพิ่มขึ้นมากกว่าค่าเป้าหมาย และผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI (PPCI) ภายในเวลา ๙๐-๑๒๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัยคิดเป็น ร้อยละ ๗๑.๙๘, ๗๑.๘๒ ๗๑.๙๘ , ๓๙.๗๑ และ ๕๗.๓๖ ตามลำดับ (หมายเหตุ เริ่มปี ๒๕๖๔ นับจากเวลาวินิจฉัยจนถึง Wire Crossing) การรับรู้เรื่องโรค และเข้าถึงบริการ Onset to FMC ปี ๒๕๖๖ เฉลี่ย ๔.๑๖ ชั่วโมง . และระยะเวลาที่ผู้ป่วย เจ็บหน้าอกจนถึงได้รับยาSK (Ischemic Time) เฉลี่ย ๕ ชั่วโมง โรงพยาบาลเครือข่ายที่มีระยะทางไกล ต้องใช้เวลาเดินทางมากกว่า ๑ ชม. จึงทำให้ระยะเวลาในการทำ PPCI ไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล อาจทำให้เกิดการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนในการอ่าน EKG ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และทำให้เกิดการรักษาที่ล่าช้าได้ รวมทั้งเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย STEMI การรณรงค์ให้ประชาชนเรียกใช้บริการ และการเรียกการใช้บริการ รถ ๑๖๖๙ ยังมีจำนวนน้อย เพียงร้อยละ ๑๒ รถฉุกเฉินEMS ในรพ.มีจำนวนจำกัด อุปกรณ์ที่สำคัญภายในรถไม่เพียงพอส่งต่อผู้ป่วย STEMI ฉุกเฉินและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้มีอัตราตายสูงขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

สถานการณ์การเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในอำเภอบุนทริกจากข้อมูลปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ พบ ๑๓ ๑๓ และ ๑๗ ราย และหลังจากปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และสั่งการรักษาด้วยการให้ยา streptokinase ก่อนส่งต่อไปปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๗ ๑๑ ๑๓ ราย ตามลำดับ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลการเข้าถึงยา streptokinase ภายใน ๓๐ นาทีในปี ๒๕๖๔- ๒๕๖๖ อัตราการเข้าถึงร้อยละ ๕๗.๑๔ ๖๓.๖๓ และ ๙๒.๓๐ จากการเก็บข้อมูลพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในอำเภอ บุนทริกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและประชาชนที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลบุนทริก ยังพบปัญหาในเรื่องการเข้าถึงล่าช้า

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สำหรับประชาชนทั่วไปที่ต้องรีบเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลบุนทริกมีการคัดกรอง CVD Risk เพื่อให้ความรู้ถึงอาการผิดปกติในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้รับมาพบแพทย์ และได้ให้ช่องทางการติดต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลบุนทริกมีระบบ Fast track ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยจะถูกประเมินตามแบบประเมิน Check list MI และถ้าพบความผิดปกติจะถูกคัดกรองเข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทตั้งแต่แรกรับในการประเมินผู้ป่วย และต้องมีทักษะในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติได้ และสามารถเตรียมยา Streptokinase ได้รวมถึงสามารถให้ยาได้อย่างถูกต้อง ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุนทริกจึงได้สนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะได้นำมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่ การประเมินผู้ป่วย การดูแลในระยะแรกรับในห้องฉุกเฉิน การดูแลขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด และการดูแลหลังให้ยา รวมถึงการดูแลขณะส่งต่อ และการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

๔.๒.๒ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในกรณีศึกษา ๒ รายโดยเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล

๔.๓ เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและ ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เสียชีวิต

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน ๒ ราย ที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุนทริกโดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Triage) ตัดสินใจให้การพยาบาล ใช้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา (ต่อ)

เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ช่วยชีวิตเร่งด่วน เผื่อระงับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจคุกคามถึงชีวิตรวมถึง การดูแลระหว่างส่งต่อ การติดตามต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

๔.๔.๑ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๖

๔.๔.๒ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๔.๕.๑ ศึกษาสถิติ/ ข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ย้อนหลัง ๓ ปี

๔.๕.๒ เลือกศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน ๒ รายเนื่องจาก ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่เข้ารับการบริการที่งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในทุกๆระยะได้อย่างครอบคลุม และ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆระยะ และลดอัตราการเสียชีวิต

๔.๕.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๕.๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลโดยใช้

๗ Aspects of care กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ

๔.๕.๕ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

๑) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

๒) วินิจฉัยการพยาบาล

๓) วางแผนการพยาบาล

๔) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

๕) ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความ

ต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

๔.๕.๖ วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

๔.๕.๗ สรุปผลการศึกษา

๔.๕.๘ เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

๔.๕.๙ เผยแพร่ผลงาน

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ รายในครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุ- ฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธริก คาดว่าจะเกิดประโยชน์ด้านต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖.๑ ประโยชน์ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ Typical และ Atypical chest pain ทำให้มีแนวทางในเรื่องการซักประวัติ มีการจัดทำแบบคัดกรอง Check list MI ที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และ รวดเร็ว ซึ่งเป็นแนวทางให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในจุดคัดกรองเพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

๔.๖.๒.ประโยชน์ต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยและให้การพยาบาลในทุกๆระยะ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่งานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือด และ หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด รวมถึงการดูแลระหว่างส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และรวดเร็ว ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ การเสียชีวิต

๔.๖.๓. ประโยชน์โดยรวม ผลการศึกษาจะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการเตือน และ อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์ และหน่วยงานได้แนวปฏิบัติในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลได้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและ ลดอัตราการเสียชีวิต

๔.๗ สาระสำคัญ

การศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดกรณีศึกษาเปรียบเทียบ จำนวน ๒ ราย ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน, โรงพยาบาล.บุณศรีกร ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๖ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและ ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่เสียชีวิต

ให้การพยาบาลครอบคลุมระยะตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

๔.๗.๑. การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑) ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	๕๕ ปี	๖๘ ปี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ ๖	ประถมศึกษาปีที่ ๖
อาชีพ/รายได้	เกษตรกร / รายได้ ๑๐๐๐๐๐ ต่อปี	เกษตรกร/รายได้ ๒๐๐๐๐ ต่อปี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
ที่อยู่ปัจจุบัน	๑๕๖ หมู่ ๔ ตำบลโพนงาม อำเภอ บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี	๑๓ หมู่ ๑๐ ตำบลห้วยข่า อำเภอ บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี
วันเดือนปี ที่เข้ารับการ รักษา	๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖	๒๗ กันยายน ๒๕๖๖
วันเดือนปี ที่จำหน่ายออก จากโรงพยาบาล	๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖	๒๗ กันยายน ๒๕๖๖
รวมวันที่รับการรักษา	๑ วัน	๑ วัน
HN / AN	HN ๑๕๒๐๙๑	HN ๑๖๗๖

จากตารางที่ ๑ พบว่า ข้อมูลทั่วไปที่เหมือนกันของผู้ป่วยทั้ง ๒ รายคือ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ สิทธิการรักษา ส่วนข้อแตกต่างที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยรายที่ ๑ เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุ ๕๕ ปี ส่วนผู้ป่วยรายที่ ๒ เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุ ๖๘ ปี ซึ่งผู้ป่วยรายที่ ๒ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการหยุดการเจริญเติบโตของ cell อีกทั้งมี DNA damage เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Acute Coronary Syndrome ส่วนในด้านการศึกษาที่แตกต่างกันผู้ป่วยรายที่ ๑ จบมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ส่วนรายที่ ๒ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ ๖ ซึ่งจะมีผลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษา และให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

๑.๒ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ สุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
อาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล	แน่นหน้าอกข้างซ้ายร้าวไปไหล่ซ้าย ก่อนมา ๑ ชม	แน่นหน้าอกทั้ง ๒ ข้าง มีเหงื่อแตก ตัว เย็น ก่อนมา ๑ ชม.
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง มาด้วย รถเข็นนั่ง มีอาการแน่นหน้าอกร้าวไป ไหล่ซ้าย Pain score ๑๐/๑๐ คะแนน เหนื่อยเพลีย Obsat room air ๙๘ % สัญญาณชีพ แรกเริ่ม T = ๓๖.๗ องศา เซลเซียส P = ๖๒ ครั้ง/นาที R = ๒๐ ครั้ง/นาที BP ๑๕๗/๗๙ มิลลิเมตรปรอท	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง มาด้วย รถเข็นนั่ง มีอาการแน่นหน้าอก เป็น ขณะนอนพัก ไม่ร้าวไปไหน ไม่มีใจสั่น มีเหงื่อแตกตัวเย็น Pain score ๑๐ /๑๐ คะแนน เหนื่อยเพลีย Obsat room air ๙๘ สัญญาณชีพ แรกเริ่ม T = ๓๖ องศาเซลเซียส P = ๕๒ ครั้ง/ นาที R = ๒๔ ครั้ง/นาที BP ๑๓๗/๘๐ มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้ (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแน่นหน้าอกข้างซ้ายร้าวไปไหล่ซ้าย และมีอาการปวดจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ร่วมด้วย ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว เป็นขณะนอนพัก ผู้ป่วยเคยมีอาการเจ็บหน้าอก แบบนี้ประมาณ ๒ เดือน ก่อนนั่งพักอาการดีขึ้น ครั้งนี้หลังนั่งพักอาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงพามาโรงพยาบาล Pain score ผู้ป่วยให้ ๑๐/๑๐ คะแนน	๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแน่นหน้าอกทั้ง ๒ ข้าง ไม่เจ็บร้าวไปที่ไหน มีเหงื่อแตก ตัวเย็น หายใจไม่อิ่ม เป็นขณะนอนพัก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล Pain Score ผู้ป่วยให้ ๑๐/๑๐ คะแนน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว /ปฏิเสธการพ่ายา /ปฏิเสธการแพ้สารเคมี ปฏิเสธการผ่าตัด	ปี ๒๕๖๐ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น rheumatoid arthritis รับการรักษาที่โรงพยาบาลเดชอุดมจนถึงปัจจุบัน ปี ๒๕๖๓ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลบุณฑริก แต่ผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด และได้มาตรวจเพื่อขอรับยาความดันสูงในวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๖ เนื่องจากมีอาการปวดศีรษะ ปฏิเสธแพ้ยา / ปฏิเสธการได้รับการผ่าตัด / ปฏิเสธการแพ้สารเคมี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกชาย และลูกสะใภ้ ปฏิเสธบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์และบุคคลในครอบครัวปฏิเสธโรคประจำตัว	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกสาว กับลูกชาย ภรรยาป่วยเป็นโรคเบาหวาน รับยาที่โรงพยาบาลบุณฑริก ส่วนลูกสาว และลูกชายปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการป่วยด้วยโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

จากตารางที่ ๒ พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย มีอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเหมือนกัน ได้แก่ ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมาด้วยอาการเจ็บหน้าอก หลังจากที่มีการนั่งพักอาการเจ็บหน้าอกไม่หายไป และ ระดับความรุนแรงในการเจ็บหน้าอกผู้ป่วยให้คะแนน ที่ ๑๐/๑๐ คะแนนเท่ากันทั้ง ๒ ราย ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมักมีอาการสำคัญหรืออาการทางคลินิกที่นำมาโรงพยาบาล คือผู้ป่วยจะมาด้วยอาการเจ็บ หน้าอกคล้ายของหนักทับ อาการมักเป็นนานมากกว่า ๑๕-๒๐ นาที อาจมีอาการร้าวไปที่แขนหรือไหล่ซ้ายคอ และหลังได้ นอกจากนี้ยังมีอาการสำคัญอื่น ๆ ที่พบร่วมได้เช่น เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน หน้ามืด เป็นลม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๓๐ มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน หรือ ผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะมา ด้วยอาการเหนื่อย หรืออาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าอาการเจ็บหน้าอก(อ้างอิงจาก Thai Acute Coronary Syndromes Guidelines ๒๐๒๐)

ความแตกต่างที่พบ ได้แก่โรคประจำตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ พบว่าผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ ผู้ป่วยมีประวัติเป็น rheumatoid arthritis ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ และ และมีประวัติเป็น ความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ มีนาคม ๒๕๖๓ ซึ่งผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัดทำให้ขาดยาความดันโลหิตสูง มารับยาความดันโลหิตสูงอีกครั้งในวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๖ เนื่องด้วยมีปัญหาในเรื่องการปวดศีรษะทำให้ผู้ป่วยขาดยาเป็นระยะเวลานาน พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการสูบบุหรี่จะพบมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภาวะหัวใจวาย และภาวะช็อกจากหัวใจเพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงส่งผลเสียโดยตรงต่อหลอดเลือดเพิ่มความเครียดให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง และเพิ่มความต้องการออกซิเจนของ กล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

๓) ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
สภาพทั่วไป	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๕๕ ปี มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๐.๑๖ นาฬิกา นำส่งมาโรงพยาบาลโดยญาติผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง ลักษณะรูปร่างสมส่วน ลักษณะสีผิว ดำแดง ใบหน้าวิตกกังวล นั่งบนรถเข็นใช้มือกุมบริเวณหน้าอกเป็นบางช่วง แต่งตัวด้วยกางเกงขาสั้นสีดำ เสื้อสีเหลือง แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๖๘ ปี มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๔.๐๖ นาฬิกา นำส่งมาโรงพยาบาลโดยญาติผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง ลักษณะรูปร่าง ผอม ลักษณะสีผิวดำแดง นั่งก้มหน้าบนรถเข็น ขณะเคลื่อนขึ้นเปลนอน ผู้ป่วยบ่นแน่นหน้าอกตลอดเวลา แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องขณะซักถามผู้ป่วยให้ข้อมูลด้วยสีหน้าวิตกกังวลมองญาติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก ๕๘ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๕ เซนติเมตร BMI ๒๔.๑	น้ำหนัก ๔๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๕ เซนติเมตร BMI ๑๘.๗
สัญญาณชีพ	แรกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๓ ครั้งต่อนาที แปลว่าหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๕๗/ ๗๙ มิลลิเมตรปรอท	แรกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๕๒ ครั้งต่อนาที แปลว่าหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๗/๘๐ มิลลิเมตรปรอท
ความสมบูรณ์ของออกซิเจน	ค่าปริมาณออกซิเจนในเลือด เท่ากับ ๙๘ เปอร์เซ็นต์	ค่าปริมาณออกซิเจนในเลือด เท่ากับ ๙๘ เปอร์เซ็นต์
ผิวหนัง	ผิวหนังค่อนข้างแห้งกร้าน ปลายมือ ปลายเท้าแดงดีไม่คล้ำ	ผิวหนังค่อนข้างแห้งกร้าน ปลายมือ ปลายเท้าแดงดีไม่คล้ำ
ศีรษะ	ศีรษะสมมาตรกันดี ขนาดมีความสมดุลกับร่างกาย ผมสั้น ใบหน้าเท่ากัน	ศีรษะสมมาตรกันดี ขนาดมีความสมดุลกับร่างกาย ผมสั้น ผมเริ่มหงอก ใบหน้าเท่ากัน แก้มตอบ ๒ ข้าง
ใบหน้า	ปกติ	ปกติ
เล็บ	เล็บมือเล็บเท้าสั้น แต่ไม่ดำ	เล็บมือเล็บเท้าสั้น แต่ไม่ดำ
ตา	ตรวจลานสายตาผู้ป่วยเห็นนิ่วระยะใกล้ เคียงกับผู้ตรวจสอบซึ่งถือว่าปกติ ตำแหน่งของลูกตาดูอยู่ ตรงกลาง เปลือกตาปิดสนิทเมื่อหลับตา มองเห็นชัดเจน ทั้ง ๒ ข้าง รูม่านตามีปฏิกิริยา ต่อแสง เท่ากันทั้งสองข้าง ขนาดรูม่านตา ๒.๕ มิลลิเมตร ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง หนึ่งตาไม่บวมเยื่อぶตา ซีดเล็กน้อย	ตรวจลานสายตาผู้ป่วยเห็นนิ่วระยะใกล้ เคียงกับผู้ตรวจสอบซึ่งถือว่าปกติ ตำแหน่งของลูกตาดูอยู่ ตรงกลาง เปลือกตาปิดสนิทเมื่อหลับตา มองเห็นไม่ค่อยชัดเจน ทั้ง ๒ ข้าง รูม่านตามีปฏิกิริยา ต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง ขนาดรูม่านตา ๒ มิลลิเมตร ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง หนึ่งตาไม่บวมเยื่อぶตา ซีดเล็กน้อย
หู	ไม่มีสิ่งคัดหลั่งจากรูหู ใบหู ๒ ข้าง เท่ากัน รูปร่างปกติ ฟังเสียงได้ชัดเจน	ไม่มีสิ่งคัดหลั่งจากรูหู ใบหู ๒ ข้าง เท่ากัน รูปร่างปกติ ต้องพูดเสียงดังถึงได้ยิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
จมูก	จมูกและปีกจมูกมีความสมดุลกันดี สมมาตรทั้งสองข้าง การรับกลิ่นปกติ	จมูกและปีกจมูกมีความสมดุลกันดี สมมาตรทั้งสองข้าง การรับกลิ่นปกติ
ปาก	ไม่มีรอยเปื่อย ไม่มีริมฝีปากอักเสบแดง เป็นแผล ไม่มีฟันผุ ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน	ไม่มีรอยเปื่อย ไม่มีริมฝีปากอักเสบแดง เป็นแผล ไม่มีฟันผุ ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน
คอ	รูปร่างปกติ คล้ำไม่พบก้อน	รูปร่างปกติ คล้ำไม่พบก้อน
ระบบทางเดินหายใจ และทรวงอก	รูปร่างปกติ การขยายตัวของปอดขณะหายใจเข้า-ออกปกติเท่ากัน ตำแหน่งกระดูกSternum ไม่เคลื่อนที่ กระดูกสะบักอยู่ในระดับเดียวกัน	รูปร่างปกติ การขยายตัวของปอดขณะหายใจเข้า-ออกปกติเท่ากัน ตำแหน่งกระดูกSternum ไม่เคลื่อนที่ กระดูกสะบักอยู่ในระดับเดียวกัน
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของหัวใจช้า ๖๓ ครั้ง/นาที ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ	อัตราการเต้นช้า ๕๒ ครั้ง/นาที ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ
ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ	ข้อเท้าปกติกระดูกสันหลังไม่โค้งงอ กล้ามเนื้อแข็งแรงดีไม่ลีบ	ข้อเท้าปกติกระดูกสันหลังไม่โค้งงอ กล้ามเนื้อแข็งแรงดีไม่ลีบ
ระบบขับถ่าย	ถ่ายอุจจาระวันละ ๑ ครั้ง ไม่มีท้องเสีย	ถ่ายอุจจาระลำบาก ๒ วันถ่ายครั้ง ไม่มีท้องเสีย
ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์	ถ่ายปัสสาวะพุ่งดี ไม่ถ่ายกระปิดกระปรอย สีเหลืองใส ไม่ขุ่น	ถ่ายปัสสาวะพุ่งดี ไม่ถ่ายกระปิดกระปรอย สีเหลืองใส ไม่ขุ่น
ระบบประสาท	สุขภาพจิตดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ ระบบการทำงานของกล้ามเนื้อปกติการทำงานของ กล้ามเนื้ออยู่ในระดับ ๕ ไม่มีการกระตุกของกล้ามเนื้อ หรือ กล้ามเนื้อลีบ	สุขภาพจิตดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ ระบบการทำงานของกล้ามเนื้อปกติการทำงานของ กล้ามเนื้ออยู่ในระดับ ๕ ไม่มีการกระตุกของกล้ามเนื้อ หรือ กล้ามเนื้อลีบ
ระบบต่อมไร้ท่อ	คล้ำไม่พบก้อนผิดปกติที่คอ	คล้ำไม่พบก้อนผิดปกติที่คอ

จากตารางที่ ๔ พบว่าจากสภาพทั่วไปผู้ป่วยรายที่ ๒ มีอาการเหนื่อย และแน่นหน้าอกตลอดเวลาซึ่งแตกต่างจากรายที่ ๑ ซึ่งมีอาการแน่นหน้าอกบางช่วง ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมีสีหน้าวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรายที่ ๒ มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ๒- ๓ วันถ่าย ๑ ครั้ง และผู้ป่วยรายที่ ๒ ต้องใช้น้ำเสียงดังจึงจะได้ยิน ส่วนการประเมินสภาพด้านอื่นๆ ไม่พบความผิดปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ ๕ แสดงผลการตรวจ complete blood count (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
WBC	๔,๐๐๐- ๑๐,๐๐๐ Cell/cumm	๗๙๘๐	ปกติ	๗๕๑๐	ปกติ
RBC	๓.๕-๕.๕ mill/cumm	๕.๘๙	ปกติ	๔.๙๑	ปกติ
Hct	๓๕-๔๙ %	๓๔	โลหิตจาง	๔๓	ปกติ
Plt	๑๔๐,๐๐๐- ๔๐๐,๐๐๐ cell/cumm	๒๒๔๐๐๐	ปกติ	๓๒๐๐๐๐	ปกติ
Lymp	๒๐-๓๕ %	๓๗	เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	๔๒	เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
Neu	๕๕-๗๕%	๔๗	ร่างกายอาจกำลัง ขาดแคลน สารอาหารสำคัญ บางตัว	๓๖	ร่างกายอาจกำลัง ขาดแคลน สารอาหารสำคัญ บางตัว
Eo	๐-๖%	๙	อาจกำลังเกิดการ อักเสบจากพยาธิ บางชนิด	๑๖	อาจกำลังเกิดการ อักเสบจากพยาธิ บางชนิด
Mono	๓-๘ %	๖	ปกติ	๕	ปกติ
MCV	๘๐-๑๐๐ ft	๕๘	เกิดจากโรคโลหิต จาง	๘๘.๔	ปกติ
MCH	๒๗-๓๒ Pg	๑๘.๙	เกิดจากโรคโลหิต จาง	๒๗.๖	ปกติ
MCHC	๓๒-๓๖g/dl	๓๒.๖	ปกติ	๓๑.๓	ปกติ

จากตารางที่ ๕ พบว่าการตรวจ complete blood count พบการตรวจที่แตกต่างคือผู้ป่วยรายที่ ๑ มีภาวะโลหิตจาง ส่วนการตรวจอย่างอื่นพบว่าเหมือนกัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ(ต่อ)

ตารางที่ ๖ แสดงผลการตรวจ blood chemistry (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
Na	๑๓๖-๑๔๖ mmol/L	๑๓๙	ปกติ	๑๔๑	ปกติ
K	๓.๕-๕.๐ mmol/L	๓.๔๑	ปกติ	๓.๘๙	ปกติ
Chloride	๙๘-๑๐๖ mmol/L	๑๐๔	ปกติ	๑๐๕	ปกติ
Co2	๒๑-๓๑ mmol/L	๒๓	ปกติ	๒๓	ปกติ
AnGap	๑๐-๒๐ mmol/L	๑๖.๙	ปกติ	๑๖.๙	ปกติ

จากตารางที่ ๖ พบว่า การตรวจ blood chemistry ไม่พบผลที่ผิดปกติทั้ง ๒ ราย

ตารางที่ ๗ แสดงผลการตรวจค่าไต (Renal Function Test (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
BUN	๗-๑๘mg/dl	๑๓ mg/dl	ปกติ	๑๒ mg/dl	ปกติ
Creatinine	๐.๙-๑.๓ mg/dl	๐.๙๙ mg/dl	ปกติ	๐.๙๗mg/dl	ปกติ
eGFR		๘๕.๓๙	CKD stage ๒	๗๙.๘๘	CKD stage ๒

จากตารางที่ ๗ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ตรวจพบโรคไตเรื้อรังในระยะที่ ๒ มีความเสียหายจากไต และลดอัตราการกรองของไต (GFR) ได้ ๖๐-๘๙ มิลลิลิตร / นาที มักไม่มีอาการบ่งชี้ว่าไตชำรุด เนื่องจาก kidneysdo ทำงานได้ดีแม้ว่าพวกเขาจะไม่ทำงานที่ร้อยละ ๑๐๐ คนส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าพวกเขามี CKD ขั้นที่ ๒ หากพวกเขาพบว่าพวกเขากำลังอยู่ในขั้นตอนที่ ๒ ก็มักจะเป็นเพราะพวกเขากำลังถูกทดสอบเพื่อหาสภาวะอื่น เช่นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นสาเหตุหลักสองประการของโรคไต

ตารางที่ ๘ แสดงผลการตรวจ PT/INR (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
PT	๑๐.๕๕ -๑๓.๓๘ Sec	๑๑.๗๐ Sec	ปกติ	๑๒.๙๐ Sec	ปกติ
INR	< ๑.๒	๐.๙๗	ปกติ	๑.๐๗	ปกติ

จากตารางที่ ๘ พบว่า การตรวจ PT/INR ทั้ง ๒ รายไม่พบความผิดปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๐ แสดงผลการตรวจ TROPONIN – T (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	
		ผลการตรวจ	การแปลผล
TROPONIN – T	< ๔๐ng/ l	< ๔๐	ปกติ

จากตารางที่ ๑๐ พบว่า การตรวจ TROPONIN – T ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ พบค่าปกติ

ตารางที่ ๑๑ แสดงผลการตรวจ TROPONIN – T (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ครั้งที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ครั้งที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
TROPONIN – T	< ๔๐ng/ l	< ๔๐	ปกติ	๑๕๓	ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวายหรือหัวใจบางส่วนเกิดความเสียหาย

จากตารางที่ ๑๑ พบว่า ในการตรวจ TROPONIN – T ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ในการตรวจแรกแรก รับ ผลปกติ และเมื่อตรวจซ้ำอีก ๑ ชั่วโมงพบว่าผลการตรวจเพิ่มสูงขึ้น เกินค่าปกติร่วมกับผู้ป่วยมี Pain Score ๑๐/๑๐ คะแนน

แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ ๑๒ แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑

วันเดือนปี/เวลา	คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)
๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ ๐๐.๑๗ นาฬิกา	- EKG STAT - ส่ง lab CBC ELECTROLYTE WITH CO ₂ BUN CREATININE PT(WITH INR) TROPONIN T - DTX - ON O. _๔ %NSS ๑๐๐๐ CC ๘๐ CC/HRS
๐๐.๓๐ นาฬิกา	- ASA ๓๐๐ MG ๑ TAB ORAL - CLOPIDOGREL ๗๕ MG ๔ TAB ORAL
๐๐.๔๕ นาฬิกา	- STREPTOKINASE ๑.๕ MU IV DRIP IN ๑ HRS - RETAIN FOLEY CATH NO.๑๖ - ON HEPARIN LOCK อีก ๑เส้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๓ แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒

วันเดือนปี/เวลา	คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)
๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ ๐๔.๐๗ นาฬิกา	- EKG STAT - ส่ง lab CBC ELECTROLYTE WITH CO ₂ BUN CREATININE PT(WITH INR) TROPONIN T - DTX - CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้ตรวจ EKG และ TROPONIN – T ซ้ำอีก ๓ ชั่วโมง
๐๔.๑๕ นาฬิกา	- OMEPRAZOLE ๔๐ MG INJECTION IV - OBSERVE ABDOMINAL PAIN
๐๖.๓๒ นาฬิกา	- EKG - TROPONIN – T
๐๖.๓๕ นาฬิกา	- ASA ๓๐๐ MG ๑ TAB ORAL - CLOPIDOGREL ๗๕ MG ๔ TAB ORAL - ON 0.๙%NSS ๑๐๐๐ CC IV ๘๐ CC/HRS - STREPTOKINASE ๑.๕ MU IV DRIP IN ๑ HRS

จากตารางที่ ๑๒ แผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และตารางที่ ๑๓ แผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒ ที่มีความเหมือนกันคือ

๑. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที ทั้ง ๒ ราย
๒. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเหมือนกัน คือ ๐.๙ %nss ๑๐๐๐ CC ๘๐ CC/hrs
๓. ผู้ป่วยได้รับยา ASA ๓๐๐ MG ๑ TAB ORAL, CLOPIDOGREL ๗๕ MG ๔ TAB ORAL, STREPTOKINASE ๑.๕ MU IV DRIP IN ๑ HRS เหมือนกัน

การรักษาที่มีความแตกต่างกัน คือ

๑. ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒ ได้รับการฉีดยาเบื้องต้น คือ OMEPRAZOLE ๔๐ MG IV เนื่องจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกของผู้ป่วย ตรวจพบ ST depress at ๒ ๓ AVF และมีอาการปวดแน่นท้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเรื่องอาการปวดแน่นท้องร่วมด้วย ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และให้สังเกตอาการต่ออีก ๓ ชั่วโมง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

๒. ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ เมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกพบ เป็น ST depress at ๒ m AVF ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยรายที่ ๑ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกพบ Qwave at V๑ – V๓ with ST elevate at V๑-V๓ ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยทั้ง ๒ รายจึงมีระยะเวลาที่แตกต่างกันในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ สามารถให้ยาได้หลังตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและปรึกษาอายุรแพทย์ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์แต่ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ต้องรอตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และตรวจ TROP – T ซ้ำอีก ๓ ชั่วโมง ผู้ป่วยจึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด

สรุปอาการและการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย
ตารางที่ ๑๔ แสดงข้อมูลสรุปอาการและการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕๓ ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยาอาหาร แต่มีประวัติสูบบุหรี่วันละ ๕ – ๖ มวน เป็นระยะเวลามากกว่า ๑๐ ปี เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบุรฉริกด้วยอาการปวดแน่นท้องเป็น ๆ หาย ๆ ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๖ ผล EKG – normal advice เรื่องงดสูบบุหรี่ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถงดสูบบุหรี่ได้ เดือนมีนาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมาด้วยปวดแน่นหน้าอกกร้าวไปไหล่ซ้ายหลังตรวจ EKG =Q wave at V๑-๓ with STE at V๑-๓ ตรวจ Trop – T น้อยกว่า ๔๐</p> <p>แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุ - อุจฉฉฉฉ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นำส่งโดยญาติ เข้ารับบริการโดยรถเข็น ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแน่นหน้าอกข้างซ้ายกร้าวไปไหล่ซ้าย และ ปวดจุกแน่น ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีอาเจียน</p> <p>เป็นขณะนอนพัก ผู้ป่วยเคยมีอาการเจ็บหน้าอก แบบนี้ประมาณ ๒ เดือนก่อนนั่งพักอาการดีขึ้น ครั้งนี้หลังนั่งพักอาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงพามาโรงพยาบาล Pain score ผู้ป่วยให้ ๑๐/๑๐ คะแนน</p> <p>ขณะรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ- อุจฉฉฉฉ ตรวจพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน</p>	<p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๘ ปีสูบบุหรี่วันละ ๒-๓ มวน มีประวัติป่วยด้วยโรค RA มา ๔ ปี รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ปี ๒๕๖๓ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Hypertension แต่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด วันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๖ มาด้วยแน่นหน้าอกแ BP ๑๘๑/๘๑ mmHg ตรวจ EKG – deep invert T V๒-V๕ ,Trop –T < ๔๐ แพทย์ให้ยา amlodipine ๑๕, E(๕) ๑๕, Simvastatin ๑๕</p> <p>จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยกลับมาที่โรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วยมาด้วยด้วยอาการแน่นหน้าอกไม่มีกร้าวไปที่เหน มีเหงื่อออก ตัวเย็น EKG : ST depress at ๒,๓ aVF F/U EKG +-reciprocal change consult CCU ให้ serial trop –T และ F/UEKG ๓ชั่วโมง พบ ST elevate at V๒-V๕ Trop-T ครั้งแรก < ๔๐ Trop-T ครั้งที่ ๒ = ๑๕๓ ng/L แพทย์สั่งการรักษาโดยการให้ Streptokinase ๑.๕ mu IV drip แล้วส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็นเวลา ๑๐ วัน ได้ฉีดสตีแตมีปัญหาระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง แพทย์สงสัยเรื่องเลือดออกในสมองจึงไม่ได้ใส่ขดลวด</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๔ แสดงข้อมูลสรุปอาการและอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>ทีมรักษาที่โรงพยาบาลบุญทริกได้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้การรักษาโดยให้ยา STREPTOKINASE ๑.๕ MUDRIP ใน ๑ ชั่วโมง ขณะให้ยาจนครบ ๑ ชั่วโมงผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังจากนั้นจึงได้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ขณะส่งต่อบนรถส่งต่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้ทำการรักษาด้วยการทำ CAG&PCI ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็นเวลา ๓ วัน อาการทุเลาไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดติดตามอาการ</p> <p>การติดตามหลังจำหน่าย</p> <p>วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น สอบถามประวัติเรื่องการทานยา และการปฏิบัติตัวผู้ป่วยตอบได้ถูกต้อง และการมาพบแพทย์ถ้ามีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถตอบได้ ไม่มีอาการแน่นหน้าอก</p> <p>วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ทานยาได้อย่างถูกต้อง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้</p>	<p>หรือผ่าตัด หลังออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มี อาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไม่มีแน่นหน้าอก แต่ผู้ป่วยพูด ไม่ได้ แต่ทำตามคำสั่งได้ การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย</p> <p>๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๖ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๑ ผู้ป่วยยังพูดไม่ได้ แต่ทำตามคำสั่งได้ ผู้ป่วยดิ่งสายให้อาหารออก จึงได้ประเมินการกลืนผู้ป่วยยังมีปัญหาจึงได้ใส่สายให้อาหารให้ผู้ป่วยใหม่</p> <p>๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ ติดตามเยี่ยมครั้งที่ ๒ ผู้ป่วยเริ่มพูดได้เป็นคำ แต่ยังต้องนอนอยู่บนเตียง ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เรื่องทานยาญาติที่ดูแลสามารถบอกการทานยาได้อย่างถูกต้อง</p> <p>๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๓ ผู้ป่วยเริ่มพูดเป็นคำมากขึ้น ญาติต้องการเอาสายให้อาหารออก จึงได้ปรึกษาทีมแพทย์จากโรงพยาบาลบุญทริกให้เอาสายให้อาหารออกได้ หลังถอดสายออกประเมินการกลืนผู้ป่วยกลืนได้ไม่มีปัญหาเรื่องการสำลักจึงได้ให้ผู้ป่วยทานอาหารทางปาก และแนะนำญาติเรื่องการสังเกตการสำลัก และ วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน</p>

จากตารางที่ ๑๔ อาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ มาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอกเหมือนกันทั้งสองราย และเมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วย Pain Score ๑๐/๑๐ คะแนน ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยวิกฤติ (สีแดง) เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยทั้งสองรายมีประวัติสูบบุหรี่เหมือนกัน ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้ง ๒ ราย ขณะให้ยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รับการส่งตัวไปพบอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สาเหตุที่ทำให้ลักษณะอาการเหมือนกันเพราะ ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการที่สำคัญคือผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเจ็บคล้ายของหนักทับ อาการเจ็บหน้าอกจะค่อนข้างรุนแรงอาการมักเป็น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

นานมากกว่า ๑๕-๒๐ นาที อาจมีอาการร้าวไปที่แขนหรือไหล่ซ้าย คอ และหลังได้นอกจากนี้ยังมีอาการสำคัญ อื่น ๆ ที่พบร่วมได้เช่น เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน หน้ามืด เป็นลม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๓๐ มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน หรือ ผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะมาด้วยอาการเหนื่อย และอายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการหยุดการเจริญเติบโตของ cell อีกทั้งมี DNA damage เพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยทั้งสองรายสูบบุหรี่เหมือนกัน การสูบบุหรี่ (smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง ๗ เท่า เนื่องจากบุหรี่ มีสารทำให้เกิด endothelial dysfunction, เพิ่มการอักเสบและอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเกิดการ oxidation ของ LDL ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว กล่าวคือสารในบุหรี่ทั้ง ทาร์ สารนิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้ เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ โดยเฉพาะคาร์บอนมอนอกไซด์จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงด้วยการแทนที่ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงด้วยการไปจับฮีโมโกลบินอย่างหนาแน่นและ เกาะติดถาวรทำให้คุณสมบัติการยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงที่จะไหลเวียนชอกแซกไปตาม หลอดเลือดลดลง เกิดการครูดกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงทำให้เกิดรอยขรุขระทำให้ไขมันและเกล็ดเลือดมาพอกติดได้ง่ายและเพิ่มการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนสารนิโคตินจะกระตุ้นประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไตให้หลั่งสารEpinephrineทำให้ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัวและนอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังเพิ่ม Oxidized LDL ลดการสร้าง nitric oxide ของเยื่อหลอดเลือด เพิ่มระดับ high sensitivity C-reactive protein (hsCRP), soluble intercellular adhesion molecule-๑ (ICAM-๑), fibrinogen, homocysteine และการจับตัวของ เกล็ดเลือด รวมถึงเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลทำให้เลือดแข็งตัวง่ายขึ้น และในเรื่องการรักษาผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับยาละลายลิ่มเลือดเหมือนกัน เนื่องจากโรงพยาบาลบุญทริกเป็นโรงพยาบาลชุมชนไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำ primary PCI ได้ หรือ ต้องใช้เวลามากกว่า ๑๒๐ นาที ในการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ primary PCI

อาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ที่แตกต่างกัน คือ

๑. ผู้ป่วยรายที่ ๒ จะมีอาการ เหนื่อย เหงื่อแตกตัวเย็น แต่ผู้ป่วยรายที่ ๑ ไม่มี
๒. เมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทั้ง ๒ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ พบเป็น STEMI แต่ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ พบเป็น ST depress at ๒,๓ aVF
๓. ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ หลังตรวจพบสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันที แต่ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ต้องรอตรวจ EKG และ Troponin-T อีก ๓ ชั่วโมง
๔. ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ แต่ผู้ป่วยมามารักษา แต่ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ปฏิเสธโรคประจำตัวร้ายแรง

เมื่อส่งตัวไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ได้ทำการรักษาด้วยการทำ CAG&PCI ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็นเวลา ๓ วัน อาการทุเลาไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการ ในขณะที่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็น เวลา ๑๐ วัน ได้ฉีดยาแต่มีปัญหาระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง แพทย์สงสัยเรื่องเลือดออกในสมองจึงไม่ได้ใส่ขดลวดหรือผ่าตัด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

หลังจากออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มี อาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไม่มีแน่นหน้าอก แต่ผู้ป่วยพูดไม่ได้ แต่ทำตามคำสั่งได้ จะเห็นได้ว่าอาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ที่แตกต่างกัน เพราะ ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ มีปัจจัยในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่า ทั้งในเรื่องอายุ ที่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติโรคประจำตัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่รักษา

การวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ ๑๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
วินิจฉัยการพยาบาลระยะแรกเริ่ม	วินิจฉัยการพยาบาลระยะแรกเริ่ม
วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง	วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑ : เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณ เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒ : เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณ เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง	
วินิจฉัยการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง	วินิจฉัยการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง
วินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ มีโอกาสเกิดภาวะ แทรกซ้อนเนื่องจาก ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง
วินิจฉัยทางการพยาบาล ๒ : วิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของ ตนเอง	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๒ มีโอกาสเกิดภาวะ แทรกซ้อนเนื่องจาก ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
	วินิจฉัยทางการพยาบาล ๓ : วิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของ ตนเอง
วินิจฉัยการพยาบาลระยะส่งต่อ	วินิจฉัยการพยาบาลระยะส่งต่อ
วินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังการ ให้ Streptokinase ระหว่าง การส่งต่อ	วินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังการ ให้ Streptokinase ระหว่าง การส่งต่อ

กรณีศึกษารายที่ ๑ และ กรณีศึกษารายที่ ๒ พบว่ามีความแตกต่างกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ แรกเริ่มผู้ป่วยตรวจพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรักษาจึงต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ แรกเริ่มหลังตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังต้องสังเกตอาการต่ออีก ๓ ชั่วโมงเพื่อประเมิน EKG และ Trop - T ซ้ำ การพยาบาลในระยะแรกเริ่มจึงมีความแตกต่างกัน ส่วนการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ การพยาบาลจะเน้นเรื่องการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และความวิตกกังวล ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระยะดูแลต่อเนื่องจะเน้นการพยาบาลเรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่วนระยะการดูแลต่อเนื่องส่งต่อทั้ง ๒ ราย การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดขณะส่งต่อทั้ง ๒ ราย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ ๑๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ แรกรับ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เนื่องจาก การบีบตัวของกล้ามเนื้อ หัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : EKG : Qwave at V๑-๓ with ST elevate in V๑-๓</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อ นาทีเพียงพอ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษา สังเกตอาการเจ็บ แน่นหน้าอก อาการเหนื่อยของผู้ป่วย และอาการทั่วไป วัดสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นทุก ๑ - ๒ ชั่วโมง ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องขณะผู้ป่วยได้รับยา เตรียมรถEmergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิตรวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ <p>ประเมินผล</p> <p>ความดันโลหิต ๑๔๘/๗๖ มิลลิเมตรปรอท และ O๒ saturation ๙๘ % อาการเจ็บหน้าอกลดลง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ : เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณ เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : รู้สึกเจ็บแน่นหน้าอก ไม่ร้าวไปไหน</p> <p>เหตุที่แตกตัวเยื่อ ST depress at ๒,๓ aVF Pain score ๑๐ Trop -T < ๔๐</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย ทูละลง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) โดยให้นอนศีรษะสูง ๓๐-๖๐ องศา ดูแลให้ยาด้านเกร็ดเลือด (Aspirin, Clopidogrel) ตามแผนการรักษา ประเมิน และบันทึกการตอบสนองของยา และฝ้าระวังผลข้างเคียง ที่ อาจจะเกิดขึ้น ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงภาวะ Cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือด ๐.๙%NaCl ๑,๐๐๐ ml v drip ๘๐ ml/hr สังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย รวมทั้งคำพูดต่าง ๆ ที่บ่งบอก ถึง การเจ็บหน้าอก <p>การประเมินผล : สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพ จร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๒/๘๔ มิลลิเมตรปรอท และ O๒ saturation ๑๐๐% pain score ๑๐ คะแนน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ตารางที่ ๑๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะแรกรับ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ : เจ็บแน่นหน้าอก</p> <p>เนื่องจากปริมาณ เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : Pain score ๑๐/๑๐ รู้สึกเจ็บแน่นหน้าอก ไม่ร้าวไปไหน ผลการตรวจ EKG พบว่า: Qwave at V๑-๓ with ST elevate in V๑-๓</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล</p> <p>:เพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยทุเลา</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ดูแลให้ออกซิเจน Canular และติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน keepมากกว่าร้อยละ ๙๐ ๒. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการ แสดงภาวะ Cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ๓. ดูแลให้ยาต้านเกร็ดเลือด (Aspirin, Clopidogrel) ตามแผนการรักษา ๔. ประเมิน และบันทึกการตอบสนองของยา และเฝ้าระวังผลข้างเคียง ที่ อาจเกิดขึ้น ๕. ให้สารน้ำทางหลอดเลือด ๐.๙%NaCl ๑,๐๐๐ ml v drip ๘๐ ml/hr ๖. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) โดยให้นอนศีรษะสูง ๓๐-๖๐ องศา ๗. สังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย รวมทั้งคำพูดต่าง ๆ ที่บ่งบอก ถึงการ เจ็บหน้าอก 	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ตารางที่ ๑๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะแรกเริ่ม (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>การประเมินผล : สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพ จร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๒/๘๔ มิลลิเมตรปรอท และ O₂ saturation ๙๘% อาการเจ็บหน้าอกลดลง pain score ๖ คะแนน ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่ายภายหลังอาการเจ็บ หน้าอกบรรเทา</p>	

ตารางที่ ๑๖ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะต่อเนื่อง

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ มีโอกาสเกิดภาวะ แทรกซ้อนเนื่องจาก ได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑. ผลการตรวจ EKG พบว่า: Qwave at V_{๑-๓} with STelevate in V_{๑-๓}</p> <p>๒. แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase ๑.๕ mu IV drip. ใน ๖๐ นาที</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินอาการและตรวจ สัญญาณชีพ รวมถึงอาการทางระบบประสาท ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นทุก ๑ ชั่วโมง ในขณะที่ให้ ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการ เปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท</p> <p>๒. on monitor EKG ไว้ เพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องติดตาม ภาวะเลือดออกผิดปกติก่อนและขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการ ในระบบ บัสสภาวะ ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยขีดตามตัว ทุก ๑๕ นาทีใน ๑ ชั่วโมงแรกที่ให้ยา</p>	<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อ หัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : EKG : F/U EKG ๑ ชั่วโมงพบ ST elevate at V_{๒-V๕} TropT = ๑๕๓ Ng/L</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อ นาทีเพียงพอ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>๒. ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษา สังเกตอาการเจ็บ แน่นหน้าอก อาการเหนื่อยของผู้ป่วย และอาการทั่วไป</p> <p>๔. วัดสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นทุก ๑ - ๒ ชั่วโมง</p> <p>๕. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องขณะ ผู้ป่วยได้รับยา</p> <p>๖. เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิตรวมทั้ง เครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ตารางที่ ๑๖ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะต่อเนือง

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ มีโอกาสเกิดภาวะ แทรกซ้อนเนื่องจาก ได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล(ต่อ)</p> <p>๓. เตรียมรถ Emergency และ อุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ การประเมินผล : ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E๔ V๕ M๖</p>	<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออก่อนาทิลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อ หัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (ต่อ)</p> <p>การประเมินผล: ความดันโลหิต ๑๔๖/๗๒ มิลลิเมตรปรอท และ O๒ saturation ๑๐๐ % อาการเจ็บหน้าอกลดลง</p>
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๒ : วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ ตนเอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : สีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติ สอบถามอาการเป็น ระยะ วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อคลายความ วิตกกังวลลง เข้าใจ ภาวะโรค แผนการรักษา และปฏิบัติตน ถูกต้อง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทาง ที่เป็นมิตร จริงใจ เพื่อความเป็นกันเอง สอบถาม และอธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วย หายสงสัยและให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>๒.อธิบายเหตุผลการให้ยา ขนาดที่ใช้ อาการข้างเคียงที่อาจพบ ความส าคัญ ที่ต้องได้รับยาตามแนวทางการรักษาให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ</p> <p>๓.อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวญาติผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีความสำคัญ ต่อผู้ป่วยได้เยี่ยมและ ประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย</p> <p>๔. ให้การพยาบาลอย่าง นุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ท่าทางสงบในขณะที่การ พยาบาล</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๒ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก ได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ๑. ผลการตรวจ EKG พบว่า: ST elevate at V๒-V๕ Trop-T = ๑๕.๓ Ng/L ๒. แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase ๑.๕ mu IV drip. ใน ๖๐ นาที</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.ประเมินอาการและตรวจ สัญญาณชีพ รวมถึงอาการทางระบบประสาท ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นทุก๑ชั่วโมง ในขณะที่ให้ ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการ เปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท</p> <p>๒.on monitor EKG ไว้ เพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องติดตาม ภาวะเลือดออกผิดปกติก่อนและขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการใน ระบบปัสสาวะ ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยขีดตามตัว ทุก ๑๕ นาทีใน ๑ ชั่วโมงแรกที่ให้ยา</p> <p>๓. เตรียมรถ Emergency และ อุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ตารางที่ ๑๖ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะต่อเนื่อง (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๒ : วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ ตนเอง (ต่อ)</p> <p>๕.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัยระบายความรู้สึกให้ผู้ป่วยได้มี ส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลของ การพยาบาล</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติสีหน้าลดความกังวลลงบ้าง เข้าใจพยาธิ สภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับเข้าใจ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๒ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ต่อ)</p> <p>การประเมินผล : ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E๔ V๕ M๖</p>
	<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๓ : วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : สีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติ สอบถามอาการเป็น ระยะ</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อคลายความวิตกกังวลลง เข้าใจ ภาวะโรค แผนการรักษา และปฏิบัติตนถูกต้อง</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย และญาติด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทาง ที่เป็นมิตร จริงใจ เพื่อความเป็นกันเอง สอบถาม และอธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วย หายสงสัยและให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>๒.อธิบายเหตุการณ์ให้ยา ขนาดที่ใช้ อาการข้างเคียงที่อาจพบ ความสำคัญ ที่ต้องได้รับยาตามแนวทางการรักษาให้ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ</p> <p>๓.อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวญาติผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยได้เยี่ยมและปรึกษาปรึกษาประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ตารางที่ ๑๖ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะต่อเนื่อง (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
	<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๓ : วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง (ต่อ)</p> <p>๔. ให้การพยาบาลอย่าง นุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนวลท่าทางสงบในขณะที่ให้การพยาบาล</p> <p>๕.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัยระบายความรู้สึกให้ผู้ป่วยได้มี ส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลของ การพยาบาล</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติสื่อน้ำลดความกังวลลงบ้าง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับเข้าใจ</p>

ตารางที่ ๑๗ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะส่งต่อ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการ ให้ Streptokinase ระหว่างการส่งต่อ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase ๑.๕ mu IV drip.</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บนรถส่งต่อ</p> <p>แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติ แล้วให้รับแจ้ง เจ้าหน้าที่</p> <p>๒.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัยระบายความรู้สึกให้ผู้ป่วยได้มี ส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการ ให้ Streptokinase ระหว่างการส่งต่อ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase ๑.๕ mu IV drip.</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บนรถส่งต่อ</p> <p>แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติ แล้วให้รับแจ้ง เจ้าหน้าที่ขณะอยู่บนรถส่งต่อ</p> <p>๒.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัยระบายความรู้สึกให้ผู้ป่วยได้มี ส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

ตารางที่ ๑๗ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะส่งต่อ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ Streptokinase ระหว่างการส่งต่อ (ต่อ)</p> <p>๓. ส่งต่ออาการผู้ป่วยให้กับพยาบาลโรงพยาบาลปลายทาง</p> <p>การประเมินผล : ขณะอยู่บนรถส่งต่อ สัมภาษณ์ชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย รู้สึกตัวดี Score E๔ V๕ M๖ ได้ทำการรักษาด้วยการทำ CAG&PCI ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็นเวลา ๓ วัน อาการทุเลาไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัด ติดตามอาการ</p>	<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ๑ : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ Streptokinase ระหว่างการส่งต่อ (ต่อ)</p> <p>๓. ส่งต่ออาการผู้ป่วยให้กับพยาบาลโรงพยาบาลปลายทาง</p> <p>การประเมินผล : ขณะอยู่บนรถส่งต่อ สัมภาษณ์ชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย รู้สึกตัวดี Score E๔ V๕ M๖ ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็นเวลา ๑๐ วัน ได้ฉีดยาแต่มีปัญหาระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลงแพทย์สงสัยเรื่องเลือดออกในสมองจึงไม่ได้ใส่ขดลวดหรือ ผ่าตัด หลังออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไม่มีแน่นหน้าอก แต่ผู้ป่วยพูดไม่ได้ แต่ทำตามคำสั่งได้</p>

จากตารางที่ ๑๕ - ๑๘ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒ พบว่าวินิจฉัยการพยาบาลระยะแรกเริ่ม ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒ พบว่ามีความแตกต่างกันคือ ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ เมื่อเข้ารับบริการแรกที่ห้องอุบัติเหตุ - อุบัติเหตุ หลังตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นการพยาบาลจะเน้นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ และการให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่วนในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ แรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก และปวดแน่นท้อง เมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้ว พบ ST depress at ๒,๓ aVF ซึ่งหลังจากปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์แล้วให้สังเกตอาการต่อ และตรวจ EKG และ Trop -T ซ้ำจึงทำให้การพยาบาลในผู้ป่วยทั้ง ๒ รายในระยะแรกเริ่มจึงมีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ยังไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

วินิจฉัยการพยาบาลระยะต่อเนื่อง ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ การพยาบาลในระยะต่อเนื่องที่สำคัญจะเป็นเรื่องของการดูแลอาการข้างเคียงจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดและความวิตกกังวล จากโรคและยาที่ได้รับ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ในระยะต่อเนื่องหลังจากสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉินแล้วตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ Trop - T แล้ว พบว่าผู้ป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นการพยาบาลระยะต่อเนื่องในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ จะเน้นเรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือด และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้ยา รวมถึงความวิตกกังวลจากยาที่ได้รับและจากโรคที่กำลังเผชิญอยู่

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล (ต่อ)

วินิจฉัยการพยาบาลระยะส่งต่อ การวินิจฉัยการพยาบาลในระยะส่งต่อผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย การพยาบาลที่เหมือนกันคือการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดขณะอยู่บนรถส่งต่อ และเฝ้าระวังการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงจากเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ผลลัพธ์การพยาบาล

ตารางที่ ๑๙ แสดงผลลัพธ์การพยาบาลตามเป้าหมายของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕๓ ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้อาหาร แต่มีประวัติสูบบุหรี่วันละ ๕ – ๖ มวน เป็นระยะเวลามากกว่า ๑๐ ปี เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบุณฑริกด้วยอาการปวดแน่นท้องเป็น ๆ หาย ๆ ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๖ ผล EKG – normal advice เรื่องงดสูบบุหรี่ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถงดสูบบุหรี่ได้ เดือนวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมาด้วยแน่นหน้าอกกร้าวไปไหล่ซ้าย ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Chest Pain Check list ภายใน ๒ นาที หลังตรวจ EKG =Q wave at V๑-๓ with STE at V๑-๓ ตรวจ Trop – T น้อยกว่า ๔๐ แพทย์สั่งการรักษาโดยการ ให้ Streptokinase ๑.๕ mu IV drip และ ผู้ป่วยได้รับยาภายใน ๒๒ นาที แล้วส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะส่งต่อได้ทำการรักษาด้วยการทำ CAG&PCI ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็นเวลา ๓ วัน อาการทุเลาไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการ</p>	<p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๘ ปี มีประวัติป่วยด้วยโรค RA มา ๔ ปี รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ปี ๒๕๖๓ ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็น Hypertension แต่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด วันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๖ มาด้วยแน่นหน้าอก BP ๑๘๑/๘๑ mmHg ตรวจ EKG – deep invert T V๒-V๕ ,Trop –T < ๔๐ แพทย์ให้ยา amlodipine ๑x๑, E(๕) ๑x๑, Simvastatin ๑x๑ จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยกลับมาที่โรงพยาบาลด้วยอาการแน่น หน้าอกไม่มีกร้าวไปที่ไหน มีเหงื่อออก ตัวเย็น ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Chest Pain Check list ภายใน ๒ นาที EKG : ST depress at ๒,๓ aVF F/U EKG +- reciprocal change consult CCU ให้ serial trop –T และ F/UEKG ๑hr.พบ ST elevate at V๒-V๕ Trop-T ครั้งแรก < ๔๐ Trop-T ครั้งที่ ๒ = ๑๕๓ ng/L แพทย์สั่ง การรักษาโดยการให้ Streptokinase ๑.๕ mu IV drip ผู้ป่วยได้รับยาภายใน ๒๘ นาที แล้วส่งต่อไป ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็น เวลา ๑๐ วัน ได้ฉีดยาแต่มีปัญหาาระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง แพทย์สงสัยเรื่องเลือดออกในสมองจึงไม่ได้ใส่ขดลวดหรือ ผ่าตัด หลังออกจากโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ มี อาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไม่มี แน่นหน้าอก แต่พูดไม่ได้ทำตามคำสั่งได้</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ผลลัพธ์การพยาบาล (ต่อ)

จากเป้าหมายการศึกษาในการทำกรณีศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เสียชีวิตนั้นพบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับดูแลตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่หลังจากมีการติดตามผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลัง Admit ที่ CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็น เวลา ๑๐ วัน ได้ฉีดยาแต่มีปัญหาระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง แพทย์สงสัยเรื่องเลือดออกในสมองจึงไม่ได้ใส่ขดลวดหรือ ผ่าตัด หลังออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไม่มีแน่นหน้าอก แต่พูดไม่ได้ทำตามคำสั่งได้

หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care)

ตารางที่ ๒๐ แสดงการปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) ในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วย ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแน่นหน้าอกข้างซ้ายร้าวไปไหล่ซ้าย และมีอาการปวดจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ร่วมด้วย ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว เป็นขณะนอนพัก ผู้ป่วยเคยมีอาการเจ็บหน้าอก แบบนี้ประมาณ ๒ เดือนก่อนนั่งพักอาการดีขึ้น ครั้งนี้หลังนั่งพักอาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงพามาโรงพยาบาล Pain score ผู้ป่วยให้ ๑๐/๑๐ คะแนน</p> <p>การประเมินอาการแรกรับผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการกลุ่มนี้จะสงสัยในเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการดูแลเบื้องต้นได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยวิกฤตสีแดง และได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น และการตรวจ Trop -T เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน</p>	<p>การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วย ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแน่นหน้าอกทั้ง ๒ ข้าง ไม่เจ็บร้าวไปที่ไหน มีเหงื่อแตก ตัวเย็น หายใจไม่อิ่ม เป็นขณะนอนพัก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล Pain Score ผู้ป่วยให้ ๑๐/๑๐ คะแนน</p> <p>การประเมินอาการแรกรับผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการกลุ่มนี้จะสงสัยในเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการดูแลเบื้องต้นได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยวิกฤตสีแดง และได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น และการตรวจ Trop -T เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ ๒๐ แสดงการปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) ในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ มีอาการแน่นหน้าอกข้างซ้ายร้าวไปไหล่ซ้าย และมีอาการปวดจุกแน่นท้องได้ลิ้นปี่ร่วมด้วย Pain Score ๑๐/๑๐ คะแนน จึงได้มีการตรวจ EKG และ Trop - T ผู้ป่วย พบผู้ป่วยเป็น STEMI จึงได้มีการให้ยา ASA ๓๐๐ MG ๑ TAB ORAL และ CLOPIDOGREL ๗๕ MG ๔ TAB ORAL และได้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้การรักษาทันทีโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา Streptokinase ๑.๕ MU Drip ใน ๑ ชั่วโมง หลังได้รับยาอาการแน่นหน้าอกลดลง Pain Score ๖ /๑๐ คะแนน</p>	<p>การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ มีอาการแน่นหน้าอกทั้ง ๒ ข้าง ไม่เจ็บร้าวไปที่ไหน มีเหงื่อแตก ตัวเย็น หายใจไม่อิ่ม Pain Score ๑๐/๑๐ คะแนน จึงได้มีการตรวจ EKG และ Trop - T ผลการตรวจแรกพบผู้ป่วยพบ ST depress at ๒,๓ aVF F/U EKG +- reciprocal change consult CCU ให้ serial trop -T และ F/UEKG ๓ hr แรกพบผู้ป่วยรายนี้ได้รับการจัดการอาการปวดด้วยการให้ยา OMEPRAZOLE ๔๐ MG INJECTION IV หลังให้ยา Pain Score ผู้ป่วยให้ ๑๐/๑๐ เท่าเดิม หลังจากทำ EKG และตรวจ Trop -T เข้าพบว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบอายุรแพทย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จึงให้การรักษาทันทีโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา Streptokinase ๑.๕ MU Drip ใน ๑ ชั่วโมง หลังได้รับยาอาการแน่นหน้าอกลดลง Pain Score ๘ /๑๐ คะแนน</p>
<p>การดูแลความปลอดภัย</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) จึงจัดผู้ป่วยอยู่ในโซนผู้ป่วยวิกฤต ได้รับการประเมินตามมาตรฐานผู้ป่วยวิกฤต และ เมื่อได้รับการรักษาด้วยการให้ยา Streptokinase ๑.๕ MU drip ใน ๑ ชั่วโมงผู้ป่วยก็ได้รับการประเมินข้อห้ามก่อนให้ยา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาซึ่งผู้ป่วยรายนี้หลังประเมินข้อห้ามในการให้ยาผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้</p>	<p>การดูแลความปลอดภัย</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) จึงจัดผู้ป่วยอยู่ในโซนผู้ป่วยวิกฤต ได้รับการประเมินตามมาตรฐานผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยรายนี้หลังตรวจ EKG แรกพบ พบ ST depress at ๒,๓ aVF F/U EKG +- reciprocal change consult CCU ให้ serial trop -T และ F/UEKG ๓ hr จึงต้องมีการสังเกตอาการ และประเมินภาวะ Cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และ เมื่อได้รับการรักษาด้วยการให้ยา</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ ๒๐ แสดงการปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) ในกรพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
	<p>การดูแลความปลอดภัย (ต่อ)</p> <p>Streptokinase ๑.๕ MU drip ใน ๑ ชั่วโมงผู้ป่วยก็ได้รับการประเมินข้อห้ามก่อนให้ยา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ หลังประเมินข้อห้ามในการให้ยา ผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้</p>
<p>การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ได้รับการรักษาด้วยการให้ยา Streptokinase ๑.๕ MU drip ใน ๑ ชั่วโมงซึ่งยาจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จึงได้มีการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนดังนี้</p> <p>๑.อธิบายเรื่องยาและผลข้างเคียงของยาให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อตัดสินใจแนวทางการรักษา และให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นยินยอม</p> <p>๒.ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยรายนี้สามารถให้ได้</p>	<p>การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ แกรรับผู้ป่วยมาด้วยอาการแน่นหน้าอกทั้ง ๒ ข้าง ไม่เจ็บร้าวไปที่ไหน มีเหงื่อแตก ตัวเย็น หายใจไม่อิ่ม Pain Score ๑๐/๑๐ คะแนน จึงได้มีการตรวจ EKG และ Trop - T ผลการตรวจแรกรับผู้ป่วยพบ ST depress at ๒,๓ aVF F/U EKG +/- reciprocal change consult CCU ให้ serial trop -T และ F/UEKG ๓ hr จึงต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Cardiac Shock และประเมิน Pain Score ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเมื่อตรวจ EKG และ Trop -T เข้าพบว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงได้รับการรักษาด้วยการให้ยา Streptokinase ๑.๕ MU drip ใน ๑ ชั่วโมงซึ่งยาจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จึงได้มีการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนดังนี้</p> <p>๑.อธิบายเรื่องยาและผลข้างเคียงของยาให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อตัดสินใจแนวทางการรักษา และให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นยินยอม</p> <p>๒.ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยรายนี้สามารถให้ได้</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ ๒๐ แสดงการปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) ในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>การให้การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>โรงพยาบาลบุษราคัมเป็นโรงพยาบาลระดับ F๑ ไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ หลังได้รับการวินิจฉัย และให้ยาละลายลิ่มเลือดต้องส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งต้องมีการดูแลต่อเนื่องในระยะส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้</p> <p>๑. ประเมินสัญญาณชีพ และรับรู้ความรู้สึกตัว ขณะผู้ป่วยอยู่บนรถส่งต่อ</p> <p>๒. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติ แล้วให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ขณะอยู่บนรถส่งต่อ</p> <p>๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัยระบายนความรู้สึกรู้สึกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๓. ส่งต่ออาการผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลปลายทาง และได้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็นเวลา ๓ วัน อาการทุเลาไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดติดตามอาการ และได้มีการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายกลับบ้านคือ วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น สอบถามประวัติเรื่องการทานยา และการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้อง และ การมาพบแพทย์ถ้ามีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถตอบได้ ไม่มีอาการแน่นหน้าอก</p> <p>วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ทานยาได้อย่างถูกต้อง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้</p>	<p>การให้การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>โรงพยาบาลบุษราคัมเป็นโรงพยาบาลระดับ F๑ ไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ หลังได้รับการวินิจฉัย และให้ยาละลายลิ่มเลือดต้องส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งต้องมีการดูแลต่อเนื่องในระยะส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้</p> <p>๑. ประเมินสัญญาณชีพ และรับรู้ความรู้สึกตัว ขณะผู้ป่วยอยู่บนรถส่งต่อ</p> <p>๒. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติ แล้วให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ขณะอยู่บนรถส่งต่อ</p> <p>๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัยระบายนความรู้สึกรู้สึกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๓. ส่งต่ออาการผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลปลายทาง และได้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็นเวลา ๑๐ วัน ได้คิดสี่แต่มีปัญหาระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลงแพทย์สงสัยเรื่องเลือดออกในสมองจึงไม่ได้ใส่ขดลวดหรือ ผ่าตัด หลังออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีอาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม ไม่มีแน่นหน้าอก แต่ผู้ป่วยพูดไม่ได้ แต่ทำตามคำสั่งได้</p> <p>การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย</p> <p>๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๖ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่๑ ผู้ป่วยยังพูดไม่ได้ แต่ทำตามคำสั่งได้ ผู้ป่วยดื่งสายให้อาหารออก จึงได้ประเมินการกลืนผู้ป่วยยังมีปัญหาจึงได้ใส่สายให้อาหารให้ผู้ป่วยใหม่</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) (ต่อ)

ตารางที่ ๒๐ แสดงการปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) ในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
	<p>การให้การดูแลต่อเนื่อง(ต่อ)</p> <p>๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ ติดตามเยี่ยมครั้งที่ ๒ ผู้ป่วยเริ่มพูดได้เป็นคำ แต่ยังคงนอนอยู่บนเตียง ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เรื่องทานยาญาติที่ดูแลสามารถบอกการทานยาได้อย่างถูกต้อง</p> <p>๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๓ ผู้ป่วยเริ่มพูดเป็นคำมากขึ้น ญาติต้องการเอาสายให้อาหารออก จึงได้ปรึกษาทีมแพทย์จากโรงพยาบาลบุณฑริก ให้เอาสายให้อาหารออกได้ หลังถอดสายออกประเมินการกลืนผู้ป่วยกลืนได้ไม่มีปัญหาเรื่องการสำลักจึงได้ให้ผู้ป่วยทานอาหารทางปาก และแนะนำญาติเรื่องการสังเกตการสำลัก และ วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน</p>
<p>การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ และ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ได้อธิบายผลข้างเคียงของยา และให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นติใบยินยอม ขณะให้ยาได้แนะนำอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ และ หลังให้ยาและขณะส่งต่อได้มีการแนะนำผู้ป่วยถ้าพบความผิดปกติให้แจ้งเจ้าหน้าที่</p>	<p>การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ และ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ได้อธิบายผลข้างเคียงของยา และให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นติใบยินยอม ขณะให้ยาได้แนะนำอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ และ หลังให้ยาและขณะส่งต่อได้มีการแนะนำผู้ป่วยถ้าพบความผิดปกติให้แจ้งเจ้าหน้าที่</p>
<p>การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยสีแดง และต้องดูอาการในห้องฉุกเฉินตั้งนั้นญาติจึงไม่สามารถเข้ามาเฝ้าผู้ป่วยได้ จึงได้มีการจัดให้ญาติสามารถเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยได้เป็นระยะ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการที่สงสัย</p>	<p>การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยสีแดง และต้องดูอาการในห้องฉุกเฉินตั้งนั้นญาติจึงไม่สามารถเข้ามาเฝ้าผู้ป่วยได้ จึงได้มีการจัดให้ญาติสามารถเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยได้เป็นระยะ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการที่สงสัย</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) (ต่อ)

จากตารางที่ ๒๐ การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒ ตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ aspect of care) พบความเหมือนและแตกต่างในแต่ละประเด็นดังนี้

การประเมินผู้ป่วยประเด็นที่เหมือนกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ได้รับการประเมินเป็นผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง)เหมือนกัน และได้รับการประเมินอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมาด้วยอาการแน่นหน้าอสงสัยเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ประเมินแบบคัดกรอง Check list MI ทั้ง ๒ ราย และเมื่อประเมิน Pain Score ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้ ๑๐/๑๐ คะแนน เหมือนกัน ส่วนในประเด็นที่แตกต่างคือ หลังประเมินและได้รับการตรวจ EKG และ Trop -T ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ แรกเริ่มตรวจพบว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ส่วนในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ แรกเริ่มยังไม่ชัดเจนต้องประเมิน EKG และ Trop -T ซ้ำอีก ๑ ชั่วโมง

การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ประเด็นที่เหมือนกันคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเมื่อประเมิน Pain Score พบว่าได้ ๑๐/๑๐ คะแนน ซึ่งได้รับการจัดการความปวดด้วยการให้ยา ASA ๓๐๐ MG ๑ TAB ORAL และ CLOPIDOGREL ๗๕ MG ๔ TAB ORAL และผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้ง ๒ ราย หลังให้ยา Pain Score ลดลงทั้ง ๒ ราย ส่วนประเด็นความแตกต่างจะต่างกันเรื่องระยะเวลาในการจัดการเนื่องจากผู้ป่วยรายที่ ๒ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดช้ากว่าเนื่องจากอาการแรกเริ่มยังไม่ชัดเจน

ส่วนประเด็น การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล การให้การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ไม่พบความแตกต่างในเรื่องการดูแล

๔.๘ สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา รายที่ ๑	กรณีศึกษา รายที่ ๒
<p>ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕๓ ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยาอาหาร แต่มีประวัติสูบบุหรี่วันละ ๕ - ๖ มวน เป็นระยะเวลามากกว่า ๑๐ ปี เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบุรณศิริด้วยอาการปวดแน่นท้องเป็น ๆ หาย ๆ ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๖ ผล EKG - normal advice เรื่องงดสูบบุหรี่ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถงดสูบบุหรี่ได้ เดือนมีนาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมาด้วยปวดแน่นหน้าอกร้าวไปไหล่ซ้ายหลังตรวจ EKG =Q wave at V_{๑-๓} with STE at V_{๑-๓} ตรวจ Trop - T น้อยกว่า ๔๐</p>	<p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๘ ปีสูบบุหรี่วันละ ๒-๓ มวน มีประวัติป่วยด้วยโรค RA มา ๔ ปี รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ปี ๒๕๖๓ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Hypertension แต่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด วันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๖ มาด้วยแน่นหน้าอกแ่ BP ๑๘๑/๘๑ mmHg ตรวจ EKG - deep invert T V_{๒-V๕} ,Trop -T < ๔๐ แพทย์ให้ยา amlodipine ๑x๑, E(๕) ๑x๑, Simvastatin ๑x๑ จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยกลับมาที่โรงพยาบาล</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๘ สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>แแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุ - อุบัติเหตุ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นำส่งโดยญาติ เข้ารับบริการโดยรถเข็น ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแน่นหน้าอกข้างซ้ายร้าวไปไหล่ซ้าย และ ปวดจุกแน่น ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีอาเจียน</p> <p>เป็นขณะนอนพัก ผู้ป่วยเคยมีอาการเจ็บหน้าอก แบบนี้ประมาณ ๒ เดือนก่อนนั่งพักอาการดีขึ้น ครั้งนี้หลังนั่งพักอาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงพามาโรงพยาบาล</p> <p>Pain score ผู้ป่วยให้ ๑๐/๑๐ คะแนน</p> <p>ขณะรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ- อุบัติเหตุ ตรวจพบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทีมรักษาที่โรงพยาบาลบุนทริกได้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้การรักษาดูแลโดยให้ยา STREPTOKINASE ๑.๕ MU DRIP ใน ๑ ชั่วโมง ขณะให้ยาจนครบ ๑ ชั่วโมงผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังจากนั้นจึงได้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ขณะส่งต่อบนรถส่งต่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้ทำการรักษาด้วยการทำ CAG&PCI ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็นเวลา ๓ วัน อาการทุเลาไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดติดตามอาการ</p>	<p>แแรกรับผู้ป่วยมาด้วยด้วย อาการแน่นหน้าอกไม่มีร้าวไปที่ไหน มีเหงื่อออก ตัวเย็น EKG : ST depress at ๒,๓ aVF F/U EKG +- reciprocal change consult CCU ให้ serial trop -T และ F/UEKG ๓ ชั่วโมง พบ ST elevate at V๒-V๕ Trop-T ครั้งแรก < ๔๐ Trop-T ครั้งที่ ๒ = ๑๕๓ ng/L แพทย์สั่งการรักษาดูแลโดยการให้ Streptokinase ๑.๕ mu IV drip แล้วส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์</p> <p>ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็น เวลา ๑๐ วัน ได้ฉีดยาแต่มีปัญหาระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง แพทย์สงสัยเรื่องเลือดออกในสมองจึงไม่ได้ใส่ขดลวดหรือ ผ่าตัด</p> <p>หลังออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มี อาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไม่มีแน่นหน้าอก แต่ผู้ป่วยพูดไม่ได้ แต่ทำตามคำสั่งได้</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๙ อภิปรายผล

การศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

๒. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใน กรณีศึกษา ๒ รายโดยเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล

จากการการศึกษาพบว่า การดำเนินของโรคในผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีอาการนำมาที่เหมือนกันคือผู้ป่วยมาด้วยอาการแน่นหน้าอก และได้รับการคัดกรองโดยใช้แบบประเมิน Check List MI ทั้ง ๒ ราย และได้รับการตรวจ EKG ภายใน ๒ นาที แต่ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลหลังตรวจ EKG และ Trop -T อาการยังไม่เข้าข่ายภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด (STEMI) จึงได้มีการสังเกตอาการและเฝ้าระวังต่อ และ เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ รายเป็นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) การรักษาในผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการรักษาที่เหมือนกันในส่วนของ การได้รับยาละลายลิ่มเลือดและให้ได้ทันเวลาภายใน ๓๐ นาทีทั้ง ๒ ราย ในเรื่องการพยาบาลในแต่ละระยะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และการดูแลระยะส่งต่อผู้ป่วยสามารถส่งต่อได้อย่างปลอดภัย ไม่เสียชีวิตจากการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายพบว่า ได้มีการนำแนวคิดกระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน และ ๗ Aspect of care มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการใช้การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยการใช้แนวคิดการ Triage ผู้ป่วยร่วมด้วย

๔.๑๐ บทสรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตอย่างกะทันหัน พยาบาลต้องมีสมรรถนะที่เหมาะสม การคัดกรอง การซักประวัติประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถแปล ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ ระบบ Fast tract MI มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ ต้องมีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดการสังเกตภาวะแทรกซ้อน เพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมในการส่งต่อ ประสานการส่งต่อ พยาบาลส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และ อาการแสดง การ ดูแลรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลที่จำเป็นรวมทั้งการพยาบาลด้าน จิตใจ ลดความหวาดกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ในการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ รับไว้รักษาเมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๐.๑๖ นาฬิกา รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล ๒ ชั่วโมง ๑๐ นาที ผู้ป่วยรายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน ๕ ข้อ ให้การดูแลบรรลุตตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) เป็นไปตามการแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH TRIAGE และผู้ป่วยได้รับการทำ EKG ภายใน ๒ นาที และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๒๒ นาที และผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะช็อก และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ รับไว้รักษาเมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๔.๐๖ นาฬิกา รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล ๕ ชั่วโมง ๑๐ นาที ผู้ป่วยรายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน ๕ ข้อ ให้การดูแลบรรลุตตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) เป็นไปตามการแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH TRIAGE และผู้ป่วยได้รับการทำ EKG ภายใน ๒ นาที และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๒๙ นาที ขณะดูแลที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และ ขณะส่งต่อไม่พบภาวะแทรกซ้อน แต่จากการติดตามผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วย Admit ที่ CCU เป็น เวลา ๑๐ วัน ได้ฉีดสีแต่มีปัญหาระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง แพทย์สงสัยเรื่องเลือดออกในสมองจึงไม่ได้ใส่ขดลวดหรือ ผ่าตัด หลังออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีอาการเหนื่อย หายใจไม่อึด ไม่มีแน่นหน้าอก แต่ผู้ป่วยพูดไม่ได้ แต่ทำตามคำสั่งได้

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ได้รับการประเมินคัดกรองแบบประเมิน Check list MI ทั้ง ๒ ราย และผู้ป่วยได้รับการตรวจ EKG ไม่เกิน ๕ นาทีทั้ง ๒ ราย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ตามเวลาที่กำหนด คือ ไม่เกิน ๓๐ นาทีทั้ง ๒ ราย ซึ่งสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลและ service plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด กระทรวงสาธารณสุข

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากรายงานกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

๖.๑ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

๖.๒ เป็นแนวทางของการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

๖.๓ ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ใช้เป็นแหล่งอ้างอิง

๖.๔ นักวิชาการพยาบาล อาจารย์ สามารถนำรายงานไปเป็นแนวทางในการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ต่อไป

๖.๕ ประชาชน หรือผู้ที่สนใจสามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดไปประยุกต์ใช้ได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายซึ่งมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก แต่กรณศึกษารายที่ ๒ ผลการตรวจ EKG และการตรวจ Trop T ครั้งแรกยังไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย STEMI ต้องตรวจซ้ำอีก ๓ ชั่วโมง ซึ่งระหว่างต้องใช้ทักษะในการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด และการให้ข้อมูลที่ชัดเจนกับผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบว่ากรณศึกษารายที่ ๒ มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินยินซึ่งอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยประชาชนทั่วไปยังขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินตนเองเมื่อสงสัยในอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน โดยเฉพาะ กลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรัง เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยดังกล่าวนอกจากการรู้จักประเมินอาการตนเองเบื้องต้นแล้วควรรับทราบช่องทางการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินด้วย

๘.๒ เส้นทางสู่การรักษา ปัจจุบันผู้ป่วยส่วนมากเลือกเดินทางไปยังสถานบริการด้วยตนเอง แทนที่จะเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน การรับส่ง ผู้ป่วย ขาดแผนส่งต่อและการประสานงานสิ่งการที่ชัดเจนภายในเครือข่าย การรอปรึกษาผู้เชี่ยวชาญบางครั้งมีการติดต่อปรึกษากันหลายทอด ภายใต้เงื่อนไขเวลา ระยะทาง และความพร้อมของทีมสถานพยาบาล รวมถึงประเด็นการทบทวนอุบัติการณ์ปัญหาความล่าช้าที่เกิดขึ้นในบางราย

๘.๓ การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคต้องแม่นยำ ผู้ป่วยหลายรายมีลักษณะอาการที่ไม่ชัดเจน เช่น เหนื่อยหอบใจสั่น วิงเวียนศีรษะ หรือเป็นลมหมดสติ แทนอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน ทำให้วินิจฉัยไม่ได้หรือล่าช้า บางรายจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกจากโรคอื่นที่คล้ายกันรวมถึงการพิจารณาส่งตรวจเลือดหรือตรวจพิเศษทางรังสีเพิ่มเติมรายที่ไม่แน่ใจ

๘.๔ การเลือกวิธีรักษา เวลาเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกวิธีเปิดหลอดเลือดด้วยยาหรือขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อลดการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจและเกิดความคุ้มค่าในการรักษา เมื่อวินิจฉัยได้ต้องรีบประเมินภาวะแทรกซ้อนและจัดระดับความเสี่ยง การร่วมตัดสินใจทางเลือกของการรักษากับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยบางรายการตัดสินใจล่าช้า หรือครอบครัวตัดสินใจล่าช้าทำให้เกิดความล่าช้าในเรื่องการรักษา

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติและมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมที่มีความรู้ ความสามารถ และช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะวิกฤติได้อย่างทันท่วงทีพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การพัฒนาทักษะการอ่านและแปลผล EKG การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวัง และให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติขณะอยู่ในพื้นที่ และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติขณะส่งต่อ

๙.๒ การเพิ่มสมรรถนะของโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเบื้องต้น ผ่านระบบการขอรับคำปรึกษา และมีแนวทางการรักษาให้ปฏิบัติ ควรมีการทบทวนการส่งต่อโดยระบบช่องทางด่วนพิเศษอย่างต่อเนื่องทุกรายเพื่อค้นหาปัญหาและโอกาสพัฒนา

๙.๓ ควรมีการฟื้นฟูวิชาการให้พยาบาลทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่สงสัย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยกู้ชีพตำบล นำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันมาฝึกอบรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ

๙.๔ การส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

๙.๕ ประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง ผ่านระบบ ๑๖๖๙

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เข้าร่วมนำเสนอ ผลงานวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาลดไขมันเลือด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคตปี ๒๕๖๗ ในวันที่ ๒๘ - ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จัดขึ้นโดย มูลนิธิเครือข่ายพยาบาลชุมชนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เครือข่ายวิชาชีพพยาบาล สำนักงานเขตสุขภาพที่๑๐ (CNO - R) ชมรมผู้บริหารการพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวณัฐธิดา บังศรี สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *Am*

(นางสาวณัฐธิดา บังศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวณัฐธิดา บังศรี	<i>Am</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *Am*

(นางศิริรัตน์ สัตนา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบุญชริก

(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) *Am*

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุญชริก

(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute myocardial infarction)

๒. หลักการและเหตุผล

ระบบการคัดกรองช่วยให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดกรองประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติงานคัดกรองประเภทผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น สามารถแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้การนำระบบการคัดกรองเข้ามาใช้เพื่อเป็นแนวทางวัดและประเมินผลคุณภาพบริการพยาบาลด้านการจัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสถานบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้แนะนำให้ใช้การจัดระดับความรุนแรงผู้ป่วยเป็น ๕ ระดับ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(๒๕๕๖) โดยอ้างอิงเกณฑ์ของ Emergency Severity Index (ESI)

โรงพยาบาลบุญทริก ได้นำการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ของ Emergency Severity Index (ESI) มาใช้ โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองประเภทผู้ป่วย จากการประเมินอาการสำคัญ อาการแสดง สัญญาณชีพ การใช้ทรัพยากรในห้องฉุกเฉิน จากประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่นำระบบ Emergency Severity Index: ESI มาใช้ในการคัดกรองประเภทผู้ป่วย ยังพบ อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน

จากการเก็บข้อมูลของงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลบุญทริก พบการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดผิดพลาด ๓ ปีย้อนหลังดังนี้ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๔ ๔ ๕ ราย จากข้อมูลดังกล่าวได้นำมา ทบทวนและพบปัญหาคือ ๑. ทักษะของเจ้าหน้าที่ในการคัดกรองในเรื่องการซักประวัติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ๒. ผู้รับบริการให้ประวัติไม่ชัดเจนทำให้คัดกรองผู้ป่วยไปรับบริการผิดจุด ๓. ผู้ป่วยมารับบริการในช่วงเวลาที่ไม่มีพยาบาลคัดกรอง จากสถานการณ์การคัดกรองปี ๒๕๖๖ พบสถานการณ์การคัดกรอง ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ซึ่งมีอาการสำคัญ คือ วิงเวียนศีรษะ มีเหงื่อออกตัวเย็น พยาบาลผู้ทำการคัดกรองส่งผู้ป่วยไปรอตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกแต่ขณะรอแพทย์ตรวจนั้นผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อ หายใจไม่อิ่ม ผู้ป่วยให้ประวัติเพิ่มที่ตึกผู้ป่วยนอกว่าขณะอยู่บ้านมีอาการวูบ เหงื่อ และมีอาการเหงื่อออกตัวเย็น แต่ไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่จุดคัดกรอง พยาบาลตึกผู้ป่วยนอกจึงได้ส่งผู้ป่วยมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รับการส่งตัวไปพบอายุรแพทย์โรคหัวใจที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

จากสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากกรณีการคัดกรองประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินดังที่กล่าวไปข้างต้น จะเห็นได้ว่ายังพบปัญหาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยอยู่ในแต่ละช่วงเวลาเป็นระยะ ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคฉุกเฉินที่ผู้ป่วยต้องได้รับการคัดกรองอย่างรวดเร็ว และต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดการเสียชีวิตสูง จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพในการคัดกรองประเภทผู้ป่วยของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute myocardial infarction) เจ้าหน้าที่ผู้คัดกรองจะต้องมีความรู้เรื่อง อาการแน่นหน้าอกซึ่งจะเป็นอาการนำที่สำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยการคัดกรองเบื้องต้นจะต้องได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ที่เจอผู้ป่วยคนแรกถ้าคัดกรองได้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วจะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ เจ้าหน้าที่กู้ชีพตำบลที่ให้บริการผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลก็จะต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นเช่นเดียวกัน ดังนั้นจะเห็นว่าในกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยนั้นจะแบ่งเป็น การคัดกรองเบื้องต้นที่อยู่นอกโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็จะต้องมีทักษะ และ ความรู้เรื่องอาการ และ อาการแสดงที่ทำให้คัดกรองผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สิ่งสำคัญที่จะต้องมีความรู้และสามารถซักประวัติได้คือ อาการเจ็บหน้าอก

โรงพยาบาลเปาโลได้ให้ความหมายไว้ว่า เจ็บกลางอก หรือ แน่นหน้าอก เป็นอาการที่ไม่ใช่โรค คือ การเจ็บปวดด้านหน้าและด้านในของทรวงอก ไม่ใช่เจ็บปวดส่วนด้านหลังของทรวงอก อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่พบบ่อยอีกอาการหนึ่งพบประมาณ ๑-๒% ของอาการทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เกิดได้ในทุกช่วงอายุ แต่จะพบบ่อยขึ้นในผู้สูงอายุ ทั้งหญิง และชาย

มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ให้ความหมายไว้ว่า แน่นหน้าอก อาการแน่นหน้าอกไม่ใช่เจ็บอก เป็นอาการจริงของโรคหัวใจซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษที่เรียกว่า Angina Pectoris เนื่องจากคนไทยจะเข้าใจคำว่าเจ็บว่าลักษณะเหมือนโดนเข็มทิ่มหรือเป็นแผลที่จริงแล้วจะเป็นอาการแน่นไม่สบายคล้ายๆมีอะไรกดทับหรือโดนรัดหน้าอกไว้ทำให้หายใจไม่ออกเหงื่อแตก ใจสั่น บางรายอาจจะเป็นลม หหมดสติ และ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก ผู้คัดกรองจะต้องมีความรู้เรื่องภาวะอาการต่างๆ และลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้ซักประวัติ และประเมินอาการ

ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกมีอยู่สองประเภทหลัก ๆ คือ

๑. ภาวะแน่นหน้าอกคงที่ (Stable Angina)อาการมักจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ตามระยะเวลาและตามรูปแบบเดิม ๆ มักจะเกิดขึ้นเพียงไม่กี่นาทีและสามารถบรรเทาลงได้ด้วยการพักผ่อน หรือใช้ยา Glycerine Trinitrate (GTN) ภาวะแน่นอกชนิดคงที่ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่ก็อาจเป็นสัญญาณของปัญหาการขนส่งเลือดของหลอดเลือดแดงไปยังกล้ามเนื้อหัวใจที่ตีบแคบขึ้นได้
๒. ภาวะแน่นหน้าอกไม่คงที่ (Unstable Angina)อาการสามารถเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเรื้อรัง แม้ขณะที่กำลังพักผ่อนอยู่ และอาจคงอยู่เป็นระยะเวลาหนึ่งได้ ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์เนื่องจากเป็นสัญญาณของการไหลเวียนเลือดไปยังหัวใจถูกจำกัดลง จนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายขึ้น

อาการของภาวะแน่นหน้าอก

๑. อาการเจ็บหน้าอกโดยทั่วไป และแบบคงที่ มีดังต่อไปนี้เจ็บหรือไม่สบายที่หน้าอก ซึ่งอาจลามขึ้นไปยังแขน, คอ, กราม, หัวไหล่, กระจา, หรือแผ่นหลัง, อาการปวดทื่อ ๆ หรือหน่วงในอก , อาการเจ็บหรือไม่สบายที่อาจรู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย , รู้สึกคลื่นไส้, เหงื่อออก, หายใจลำบาก, เวียนศีรษะ

๒. อาการของภาวะแน่นหน้าอกชนิดไม่คงที่ จะไม่แตกต่างกับภาวะแบบคงที่ แต่มักจะไม่มีรูปแบบที่แน่นอน เช่น สามารถเกิดขึ้นโดยไม่มีตัวกระตุ้นอาการแน่นหน้าอกใด ๆ สามารถเกิดขึ้นเรื่อยๆ แม้จะพักผ่อนอยู่ สามารถเกิดขึ้นยาวนานกว่า ๕ นาทีได้

โดยพยาบาลคัดกรองจะต้องมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย คือ

๑. มีน้ำหนักร่างกายมากเกินไป คือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า ๓๐ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

๒. มีภาวะเครียดเป็นเวลานาน

๓. รับประทานอาหารที่มีเกลือสูง

๔. รับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง การมีระดับของคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี (LDL) ในเลือดมากเกินไป จะทำให้ไขมันเข้าไปสะสมในผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งจะมีความเสี่ยงสูงมากหากคุณมีระดับคอเลสเตอรอลที่ดี (HDL) ในร่างกายต่ำ

๕. ขาดการออกกำลังกาย

๖. บริโภคแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ที่บริโภคมากเกินไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแน่นหน้าอก และยังทำให้ความดันโลหิตกับคอเลสเตอรอลของเพิ่มขึ้น

๗. เป็นเบาหวาน หากคุณเป็นโรคเบาหวานแล้วดูแลตัวเองไม่ดี กลูโคสในเลือดที่มากเกินไปก็สามารถสร้างความเสียหายที่ผนังหลอดเลือดแดงได้

๘. ปัจจัยด้านอายุ หลอดเลือดแดงจะแคบลงตามกาลเวลา ยิ่งมีอายุมากเท่าไร จะยิ่งมีโอกาสที่หลอดเลือดแดงจะตีบแคบลง เกณฑ์ที่ถือว่ามีความเสี่ยงคือ เพศชายอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๔๕ เพศหญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๕

๙. ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนวัย คือ ผู้ชายเป็นตอนอายุน้อยกว่า ๕๕ ผู้หญิงเป็นตอนอายุน้อยกว่า ๖๕

๓.๒ แนวความคิด

แนวความคิดในการศึกษา การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute myocardial infarction) เพื่อให้การคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น สามารถแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น จึงได้นำแนวคิดเรื่อง การ Triage มาใช้ สถานบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้แนะนำให้ใช้การจัดระดับความรุนแรงผู้ป่วยเป็น ๕ ระดับ

TRIAGE คือ กระบวนการประเมิน สภาพของผู้ป่วยอย่าง รวดเร็ว เพื่อตัดสินใจความเร่งด่วนของอาการสำคัญ ที่เป็นปัญหาและจัดให้ได้รับการรักษาพยาบาล ตามความเหมาะสม ถูกต้อง ถูกคน วัตถุประสงค์ สามารถจัดลำดับความรุนแรงและให้การดูแลรักษา ตามอาการได้ถูกคน ถูกต้อง อย่างเหมาะสม หลักการ ประเมินอาการ

Primary Triage เป็นการประเมินโดยรวบรวมข้อมูลจากการ ประเมินทางกายภาพ (ไม่จำเป็นต้องตรวจโดย ละเอียด) อาการสำคัญ อาการทแสดงความรู้สึกไม่สบายต่อชีวิต เช่น หายใจหอบเหนื่อย หัวใจหยุดเต้น หอบเหนื่อย ชีพกระสับกระส่าย เป็นต้น

Secondary Triage เป็นการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยรวบรวม ข้อมูลจากการประเมินทางกายภาพ Vital signs, Lab, X-ray, ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วย

๑.ประเมิน เมื่อแรกพบ Across the room assessment

๒.ประเมินโดย สังเกต Triage physical assessment

๓.การซักประวัติ Triage history

๔ .ตัดสินใจจำแนก Triage decision

การคัดกรองผู้ป่วยจัดระดับความเร่งด่วนออกเป็น ๕ระดับ

Triage level ๑ คือ ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate life-threatening) : ช่วยเหลือทันทีคือบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

Triage level ๒ คือ ผู้ป่วยเร่งด่วน (Emergency) : ช่วยเหลือภายใน ๑๐ นาทีคือ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้อง ได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วนมิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรง ขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้

Triage level ๓ คือ ผู้ป่วยรีบด่วน (Urgency): สามารถรอได้ ๓๐ นาที คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับการปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วง ระยะเวลาหนึ่ง แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

Triage level ๔ คือ ผู้ป่วยกึ่งรีบด่วน (Semi-urgency)สามารถรอรับบริการได้ ๑ชม. คือ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับบริการได้โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือ ภาวะแทรกซ้อนตามมาแต่รอรับบริการได้ ๑ ชม.

Triage level ๕ คือ ผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non-urgency)สามารถรอได้มากกว่า ๑ ชม.คือ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการอื่น โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร สามารถรอได้มากกว่า ๑ ชม.

๓.๓ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในการคัดกรองผู้ป่วยเจ็บหน้าอกที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute myocardial infarction) นั้นมีข้อจำกัด แบ่งเป็น

ข้อจำกัดด้านด้านตัวผู้ป่วย ในเรื่องการให้ประวัติที่ไม่ชัดเจนทำให้เกิดการคัดกรองที่ล่าช้า และผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับบริการที่รวดเร็ว แนวทางการแก้ไข ให้ความรู้เรื่องโรค และ อาการเตือนที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการเกิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute myocardial infarction)

ข้อจำกัดด้านบุคลากร ในด้านการคัดกรองผู้ป่วยบุคลากรบางท่านยังขาดทักษะ และ ความรู้ เรื่องโรค และ อาการสำคัญทำให้ไม่สามารถประเมิน และ คัดกรองผู้ป่วยไปยังจุดให้บริการที่เหมาะสมได้ และมีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ใหม่ทำให้ขาดทักษะในการคัดกรอง แนวทางการแก้ไข มีการประชุมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในด้านการคัดกรอง และมีการจัดทำแนวทางการคัดกรองให้เป็นรูปแบบเดียวกัน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๕.๑. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับการคัดกรอง อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และได้รับบริการที่เหมาะสม
- ๕.๒. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตจากการคัดกรองผิดพลาด
- ๕.๓. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความรู้ และทักษะในการคัดกรองผู้ป่วย
- ๕.๔. มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบุญทริก

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๖.๑. อุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดผิดพลาด เป้าหมาย ๐
- ๖.๒. อุบัติการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทรุดลงหรือ เสียชีวิตที่ตกผู้ป่วยนอก เป้าหมาย ๐

(ลงชื่อ) 

(นางสาวณัฐธิดา บังศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ – ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสีย เลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ ๑๐ จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือดเมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ใน ร่างกายขาดออกซิเจนและเสียชีวิต โดยเฉพาสมอง ส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมน สำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และ เสียชีวิตได้

๓.๑.๑ การตกเลือดหลังคลอดแบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ

๑) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early postpartum hemorrhage; Early PPH) หมายถึงการตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด

๒) การตกเลือดหลัง คลอดระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage; Late PPH) หมายถึง การตกเลือดภายหลัง ๒๔ ชั่วโมงจนถึง ๖ สัปดาห์หลังคลอด

๓.๑.๒ สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ที่สำคัญและพบได้บ่อยมี ๔ สาเหตุหลัก (๔T) (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, ๒๕๖๒, น. ๒๓) ได้แก่

๑) Tone คือ การหดตัวไม่ดีของมดลูก

๒) Tissue คือ การเหลือของส่วนการตั้งครรภ์

๓) Trauma คือ การบาดเจ็บของช่องทางคลอด และ

๔) Thrombin คือ ความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด

หรือบางคนแยก ๔T+๑ โดย ๑ สุกท้ายคือ Traction จนเกิดมดลูกปลิ้น (uterine inversion) (เพิ่มศักดิ์ สุขเมษศรี, ๒๕๖๕, น. ๒๒)

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early postpartum hemorrhage; Early PPH)

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่สำคัญ ได้แก่

๑) มดลูกหดตัวไม่ดีโดยปกติภายหลังระยะที่ ๓ ของการคลอด กล้ามเนื้อมดลูกจะมีการหดตัวเป็นก้อนกลมแข็งแต่ถ้ามีปัจจัยที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีจะเกิดการตกเลือดได้ง่าย ซึ่งสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ได้แก่

๑.๑) การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน หรือการคลอดรวดเร็วเกินไป โดยการเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนานอาจทำให้มดลูกอ่อนกำลังลง ส่วนการคลอดรวดเร็วเกินไปทำให้มดลูก เปลี่ยนแปลงจากขนาดใหญ่มาเป็นขนาดเล็ก ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี

๑.๒) กล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมากผิดปกติ ได้แก่ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวโตการคลอดบุตรหลายครั้งโดยเฉพาะมากกว่า ๕ ครั้ง พบว่าจะทำให้เกิดพังพืดแทรกอยู่ในระหว่างกล้ามเนื้อมดลูก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

ทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีโดยเฉพาะในรายที่เคยมีประวัติการตกเลือดหลังคลอดมาก่อน ผนังมดลูกจะบางและไม่แข็งแรง

๑.๓) การใช้ยาบางชนิด เช่น การใช้ยาสลบในกระบวนการคลอดโดยเฉพาะฮาโลเทน ซึ่งทำให้มดลูกคลายตัวได้ การชักนำการคลอดหรือการเร่งคลอดโดยการให้ oxytocin หยดเข้าทางหลอดเลือดดำและถ้าภายหลังทารกคลอดแล้วรีบหยุด oxytocin จะมีผลทำให้มดลูก หดตัวไม่ดี เนื่องจากมดลูกอ่อนกำลังลง

๑.๔) การคลอดยาก หรือการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บจากกระบวนการคลอด และมดลูกหดตัวไม่ดี

๑.๕) ภาวะเลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนดโดยภาวะรกเกาะต่ำจะทำให้เกิดแผลบริเวณตัวมดลูกส่วนล่าง ส่วนรกลอกตัวก่อนกำหนด จะทำให้เกิดมีเลือดแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อมดลูก (Couvelaire uterus) ทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี

๑.๖) การติดเชื้อของมดลูก ทำให้เกิดการอักเสบ บวม มี discharge ส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี มารดามีภาวะหุพโภชนาการโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีประวัติการตกเลือดหรือประวัติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

๑.๗) การหดตัวที่ไม่สม่ำเสมอของกล้ามเนื้อมดลูกบางชนิด ได้แก่ Hour – glass contraction คือ กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนมีการหดตัว แต่กล้ามเนื้อส่วนล่างอ่อนปวกเปียก เมื่อรกที่เกาะอยู่กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนลอกตัว จะทำให้มีเลือดออกได้มาก Constriction ring คือ การที่กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและส่วนล่าง จะขวางกันรอกไว้แม้รกจะลอกตัวแล้วโดยที่มดลูกส่วนบนมีการคลายตัวจึงมีเลือดออกได้มากและขังอยู่ในมดลูกส่วนบนได้

๑.๘) สาเหตุอื่นที่ขัดขวางการหดตัวของมดลูก ได้แก่ มีก้อนเลือดหรือมีเศษรกค้างมีเนื้องอกในโพรงมดลูก หรือเคยได้รับการผ่าตัดมดลูก

๒) การฉีกขาดของช่องทางคลอด

เป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ที่พบได้รองลงมาจาก มดลูกหดตัวไม่ดีอาจเกิดจากแผลบริเวณฝีเย็บ แผลฉีกขาดของช่องคลอด ปากมดลูกหรือมีการแตกของมดลูก โดยพบว่ามีปัจจัยเสริม ได้แก่

๒.๑) การทำคลอดและการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้อง การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดในขณะที่ปากมดลูกเปิดไม่หมด

๒.๒) การคลอดเร็วผิดปกติ(precipitate labor) ทำให้ช่องทางคลอดปรับตัวหรือขยายตัวไม่ทันเกิดการฉีกขาด

๒.๓) การตัดฝีเย็บที่ไม่ถูกวิธีอาจทำให้มีเลือดออกมาก ถ้าเป็นการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอย หรือเส้นเลือดดำของช่องคลอดจะเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการตัดฝีเย็บเร็วเกินไป

๒.๔) ในรายที่มีปัญหาไม่ได้สัดส่วนระหว่างช่องเชิงกรานกับขนาดของทารกในครรภ์ ทำให้เกิดมดลูกแตกได้ แผลฉีกขาดที่เกิดที่มดลูกอาจฉีกต่อลงมาที่ปากมดลูกและช่องคลอดได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

๓) รกหรือเศษรกค้างภายในโพรงมดลูก

การมีรกค้างกรณีรกลอกตัวหมดแล้ว แต่รกทั้งอันยังค้างอยู่ในโพรงมดลูก ซึ่งจะขัดขวางการหดตัวของมดลูกทำให้มีเลือดออกมาก ปัจจัยเสริมให้เกิดรกค้างในกรณีนี้ได้แก่

๓.๑) การเกิดรอยต่อระหว่างกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและล่าง ซึ่งเกิดจากการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

๓.๒) การทำคลอดรกไม่ถูกต้อง ทำให้รกค้างอยู่ในโพรงมดลูกส่วนบน หรือการเกิด cervical clamp

๓.๓) จากการให้ยาที่ทำให้มดลูกหดตัวแบบไม่คลายก่อนคลอดรก เช่น Methergin เป็นต้น

๓.๔) การกระตุ้นมดลูกอย่างรุนแรงก่อนคลอดรก กรณีรกลอกตัวเป็นบางส่วน ซึ่งเกิดจากการที่รกเกาะลึก หรือเกาะติดแน่น การลอกตัวจึงเกิดเป็นบางส่วน ทำให้มีเลือดออกตลอดเวลา จากบริเวณที่รกลอกตัวไปแล้ว หรือรกมี infarct เป็นบริเวณกว้าง

๓.๕) การมีเศษรกค้างมักเป็นสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง เนื่องจากการเสื่อมสลายของเศษรกที่ค้างอยู่แล้วหลุดออกเกิด raw surface จึงทำให้มีเลือดออกได้ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีเศษรกค้าง คือ

- การทำคลอดรกผิดวิธี เช่น การดึงสายสะดือ การล้วงรก เป็นต้น

- ความผิดปกติของรก เช่น รกมีขนาดใหญ่ หรือรกเกาะลึกร่วมกับการทำคลอดรกผิดวิธี

- การมีรkn้อย เช่น Placenta succenturiata รกเหล่านี้ส่วนใหญ่จะลอกตัวหมด แต่ถ้าทำคลอดรกผิดวิธีจะมีการตกค้างของรkn้อยได้

๔) ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด เป็นสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดทันทีที่พบได้น้อยมีความผิดปกติเกี่ยวกับ ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ ในกรณีที่มีการเสียเลือดปริมาณมากในระยะก่อนหรือหลังคลอดจากสาเหตุการตกเลือดอื่น ๆ ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี การฉีกขาดช่องทางคลอดแห้งค้าง ทารกตายในครรภ์เป็นเวลานาน ภาวะช็อคจากการติดเชื้ และเอ็มโบลิซึม น้ำคร่ำ เป็นต้น โรคเลือดต่าง ๆ ได้แก่ โรคเลือดที่เกิดจากการขาดเกล็ดเลือด หรือเกล็ดเลือดไม่เพียงพอ เช่น aplastic anemia, idiopathic thrombocytopenic purpura เป็นต้น รวมทั้งโรคเลือดที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด

๑. อาการและอาการแสดงการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การมีเลือดออก ซึ่งอาจไหลออกมาให้เห็นทางช่องคลอด อาจมีลักษณะไหลพุ่งหรือไหลซึม หรือคั่งค้างอยู่ภายในช่องคลอดก็ได้ มักจะไม่ไหลออกมาให้เห็น แต่เมื่อกระตุ้นมดลูกให้แข็งแรงและกดไล่ ก็จะมีเลือดไหลออกมา ซึ่งการคาดคะเนหรือการตรวจวัดจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด ภายหลังทารกเกิดแล้วจะมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตร รวมทั้งที่ซึมผ้าถุง ผ้ารองกัน หรือไหลนองพื้น หรือระยะก่อนทำคลอดอาจมีน้ำคร่ำ ปัสสาวะออกมาปน ทำให้การคาดคะเน การเสียเลือดน้อยหรือยากกว่าความเป็นจริงได้อาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ซีด ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ใจสั่นตัวเย็น กระหายน้ำ ระยะแรกจะหายใจเร็ว ต่อไปจะหายใจช้าลง มีอาการหนาวเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ถ้าอาการรุนแรงอาจช็อค ไม่รู้สึกตัว และอาจตายได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

๒. การตรวจร่างกายเฉพาะที่

ตรวจการหดตัวของมดลูก โดยใช้มือคลำหน้าท้อง อาจพบยอดมดลูกอยู่เหนือระดับสะดือหรือมีขนาดใหญ่กว่าปกติเนื่องจากมีเลือดขังอยู่ภายใน ในรายที่รุนแรงมดลูกจะอ่อนปวกเปียกตรวจพบการฉีกขาดของช่องทางคลอดและปากมดลูกตรวจดูส่วนของรกที่อาจค้างอยู่ โดยการตรวจรกที่คลอดแล้วอย่างละเอียดหรือการใช้มือตรวจภายในโพรงมดลูก

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เพื่อหาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด จากความผิดปกติในการแข็งตัวเป็นลิ่มของเลือด ได้แก่ Prothrombin time (PT), Partial Thromboplastin time (PTT), clotting time, platelet count

๔. ผลจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ระยะทันทีภายหลังคลอดผู้คลอดจะมีอาการใจสั่น ซีดลง ซีพจรเบาและเร็ว ความดันเลือดต่ำและซีด มีการขาดออกซิเจน เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว ได้แก่ ไตวาย หัวใจวาย มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดจากภาวะไฟบริโนเจนในเลือดต่ำและอาจตายได้ ต่อมาผู้คลอดจะมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำลงทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ปริมาณน้ำนมของมารดาไม่เพียงพอสำหรับเลี้ยงทารก และจะมีอาการอ่อนเพลีย ซีดและสุขภาพทรุดโทรม และภายหลังพบว่าอาจจะเกิด anterior pituitary necrosis ซึ่งเซลล์ของต่อมใต้สมองตายและเป็นผลทำให้การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อเกิดความบกพร่องขึ้นได้แก่ต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไต และรังไข่ ทำให้มีอาการไม่มีน้ำนมหลังคลอด เต้านมเหี่ยว ระบุขาดและขนของอวัยวะเพศร่วง อ่อนเพลีย ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เรียกว่า Sheehan's syndroms อันตรายจากการตกเลือดหลังคลอดเมื่อผู้ป่วยมีการตกเลือดหลังคลอด อันตรายจะขึ้นอยู่กับปริมาณของเลือดที่เสียไประดับความเข้มข้น และปริมาณของเลือดที่มารดามีอยู่เดิม และระยะเวลาที่มีการตกเลือด การเกิดอันตรายแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ

๑) Immediate มีการเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการใจสั่น ซีดลง ซีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ซีด มีการขาดออกซิเจน เกิด organ Failure เช่น ไตวาย หัวใจวาย มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด (Hypofibrinogenemia) และเสียชีวิตได้

๒) Intermediate ในระยะหลังคลอดผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำลง อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ปริมาณน้ำนมมารดาไม่พอเพียงเลี้ยงบุตร อ่อนเพลีย ซีด สุขภาพทรุดโทรม

๓) Late อาจเกิด anterior pituitary necrosis หรือ Sheehan's Syndrome ได้

๕.การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การตกเลือดหลังคลอดสามารถป้องกันได้ หรือดูแลผู้คลอดให้ได้รับการวินิจฉัยอย่างรีบด่วน ซึ่งหลักป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มีดังนี้

๑) ระยะก่อนคลอดการซักประวัติอย่างละเอียดเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือดหลังคลอด การตรวจร่างกาย ค้นหาภาวะโลหิตจาง รวมทั้งแก้ไขและให้ธาตุเหล็กเสริมกับผู้ป่วยที่มาฝากครรภ์ทุกราย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

๒) ระยะคลอด ดูแลไม่ให้เกิดการคลอดยาวนานระวังการให้ยาแก้ปวดในขนาดที่มากเกินไป เพราะอาจเกิดผลต่อการหดตัวของมดลูก ทำคลอดในระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓ อย่างถูกต้องเหมาะสม หลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการอย่างยาก ตรวจสอบและช่องทางคลอดอย่างละเอียด

๓) ระยะหลังคลอด ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างโดยกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะภายใน ๒ ชั่วโมงแรก หลังคลอด ในรายที่ได้รับยากระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์อาจให้ oxytocin ต่อภายหลังการคลอดอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง กระตุ้นให้บุตรดูดนมมารดาหลังคลอดทันที เพื่อกระตุ้นให้ฮอร์โมน oxytocin หลังมากขึ้นทำให้มดลูกหดตัวดี

๖. การรักษาการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

โดยทั่วไปจะแบ่งการดูแลรักษาการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกออกเป็น ๒ ระยะ ได้แก่

๖.๑ การตกเลือดก่อนรกคลอด

๑) ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือด เลือดดำ ได้แก่ ๕ % D/W หรือ ๕% D/NSS หรือ Ringer lactate solution (RLS) ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ร่วมกับ oxytocin (syntocinon) ๑๐-๒๐ ยูนิต โดยเร็ว

๒) เจาะเลือดมารดาเพื่อตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือดพร้อมทั้งขอเลือด เตรียมไว้

๓) ให้ methergin ขนาด ๐.๒ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก (ยกเว้นรายที่มีความดันโลหิตสูง) เมื่อไหล่น้ำหรือสีระชะของทารกคลอดแล้ว บางหลักฐานบ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิด cervical clamp (อีระพร วุฒยวนิช และคณะ, ๒๕๓๕)

๔) ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อวัดปริมาณของปัสสาวะที่ออกมา และลดสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูก

๕) ทำคลอดรกโดยวิธี cord traction ถ้ารกไม่คลอด ให้ล้างรกภายใต้ยาระงับความรู้สึกหรือยาระงับความเจ็บปวด หรือฉีด pethidine ๕๐ มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ

๖) ตรวจสอบที่คลอดแล้วอย่างละเอียด

๗) คลึงมดลูกให้หดตัวตลอดเวลา

๘) ฉีด methergin ในขนาด ๐.๒ มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำอีก ถ้าจำเป็น

๖.๒ การตกเลือดภายหลังรกคลอดแล้ว

กรณีมดลูกหดตัวไม่ดี และมีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอดตลอดเวลา โดยมีทั้งน้ำ เลือดและก้อนเลือดให้ปฏิบัติดังนี้

๑) คลึงมดลูกให้หดตัวตลอดเวลา

๒) สวนปัสสาวะออกให้หมด แล้วคาสายสวนไว้ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูก

๓) ให้ ๕ % D/W หรือ ๕ % D/NSS หรือ RLS ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ซึ่งมี syntocinon ๑๐-๒๐ ยูนิต ผสมอยู่ หยดทางเส้นเลือดดำ (กรณีที่ยังไม่ได้ให้)

๔) ขอเลือดเตรียมไว้ ๒-๔ ยูนิต

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

๕) ฉีด methergin ๐.๒ มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ

๖) วางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณหน้าท้องและคลึงให้มดลูกหดตัวตลอดเวลา

๗) กรณีมีการฉีกขาดของช่องคลอด ถ้ามดลูกหดตัวดีแล้ว แต่ยังมีเลือดไหลออกมาเรื่อย ๆ และมีสีค่อนข้างแดงสด ให้ใช้เครื่องมือถ่างขยายช่องคลอดให้เห็นภายในช่องคลอด และปากมดลูกได้ชัดเจน ตรวจหารอยฉีกขาด บริเวณที่พบได้บ่อย คือ มีการฉีกขาด ต่อจากแผลฝีเย็บและบริเวณด้านข้างของปากมดลูกให้เย็บรอยฉีกขาดเหล่านั้นจนเลือดหยุด

กรณีที่ทำตามข้อ ๑) และ ๒) แล้ว เลือดยังออกเรื่อย ๆ ให้ตรวจภายในโพรงมดลูกภายใต้การดมยาสลบ โดยงดเว้นการใช้ฮาโลเทน ดูว่ามีก้อนเลือดหรือเศษรกค้างอยู่หรือไม่ ถ้ามีก็พยายามล้างออกให้หมดหรือดูดมดลูก เพื่อให้มดลูกหดตัวดีขึ้น และถ้าพบว่ามดลูกมีรอยฉีกขาดหรือทะลุให้รีบผ่าตัดเปิดช่องท้องทันที แล้วเลือดยังคงออกเรื่อย ๆ จะให้การรักษา ดังนี้ ตรวจเลือดหา venous clotting time, clot retraction time และ clot lysis นาทึ หรือมี clot lysis เกิดขึ้นภายในเวลา ๑-๒ ชั่วโมง แสดงว่าเกิดภาวะไฟบริโนเจนในเลือดต่ำ แก้ไขโดยให้พลาสมาสด หรือพลาสมาสดแช่แข็ง หรือ cryoprecipitate (๑ ยูนิท มีไฟบริโนเจน ๒๐๐-๒๕๐ มิลลิกรัม) ทำ Bimanual compression บนตัวมดลูก ในขณะที่ยังให้ยาสลบผู้ป่วยโดยสอดกำมือขวาเข้าไปในช่องคลอด กดบริเวณ antero fornix และใช้มือซ้ายคลึงมดลูกบริเวณหน้าท้องให้แข็งตัวตลอดเวลา พร้อมกับโกยมดลูกบริเวณกระดูกหัวหน่าวด้านหน้า เป็นการยึด Uterine vessels ให้ตีบลงเพื่อลดปริมาณเลือดที่ไหลมายังตัวมดลูก กดและบีบผนังมดลูกให้เข้าหากันร่วมกับการคลึงมดลูกให้หดตัวตลอดเวลา ใช้เวลาในการทำงานประมาณ ๓๐ นาทีขึ้นไป

กรณีการตกเลือดหลังคลอดทันทีจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี และทำตามขั้นตอนดังกล่าวแล้วเลือดยังไม่หยุด ควรพิจารณาฉีด prostaglandin ที่นิยมใช้มี ๒ ชนิด ให้เลือกใช้ชนิดใดชนิดหนึ่งได้แก่

- Prostaglandin E_๑ analogue ได้แก่ sulprostone (nalador) ในขนาด ๐.๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดที่ปากมดลูก อาจฉีดซ้ำทุก ๑๐-๑๕ นาทีได้ไม่เกิน ๖ ครั้ง

- Prostaglandin E_๒ ในขนาด ๐.๒๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดที่ปากมดลูก อาจฉีดซ้ำ ๑๕-๓๐ นาที และให้ได้ไม่เกิน ๘ ครั้ง

๗. การพยาบาลขณะตกเลือด

เมื่อมีการตกเลือดเกิดขึ้น พยาบาลควรติดตามแผนการรักษาของแพทย์และให้การดูแล ดังนี้

๑) ประเมินอาการต่อไปนี้

- ๑.๑) ยังมีเลือดซึมออกมาทางช่องคลอดเรื่อย ๆ หรือไม่
- ๑.๒) มีเลือดขังอยู่ในโพรงมดลูกและช่องคลอด ลักษณะของมดลูกหดตัวดีหรือไม่
- ๑.๓) มีการบวมเลือด (hematoma) หรือไม่
- ๑.๔) มีเลือดออกภายในช่องท้องในรายที่มดลูกแตก มีอาการตกเลือดภายในหรือไม่ กล่าวคือมีอาการมากกว่าจำนวนเลือดที่ออกมา
- ๑.๕) กระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่ ถ้าเต็มควรกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

๑.๖) ไม่มีไฟบริโนเจนในเลือด (afibrinogenemia) หรือมีไฟบริโนเจนในเลือดสูง (hyperfibrinogenemia) หรือไม่

๑.๗) มีภาวะช็อคหรือไม่

ถ้าพบว่าไม่มีไฟบริโนเจนในเลือด (afibrinogenemia) แพทย์อาจให้ไฟบริโนเจน (Fibrinogen) ทางหลอดเลือดดำ กรณีที่ต้องให้เลือดทดแทน หน้าที่ของพยาบาลคือ การดูแลให้ถูกต้องไม่ผิดคน จำนวนที่ได้รับเหมาะสมกับจำนวนเลือดที่เสียไป ปกติจะให้อย่างน้อย ๕๐๐ ซีซี ขณะให้เลือดพยาบาลควรสังเกตอาการที่อาจผิดปกติจากการให้เลือด เพื่อแก้ไขช่วยเหลือได้ทันที

- ถ้าความดันโลหิตต่ำให้ยกปลายเท้าสูงขึ้น

- อาจต้องให้ออกซิเจน

- รายที่ดมยาสลบอยู่ต้องหยุดให้ทันที

- ให้การดูแลทางด้านจิตใจ ลดความกลัว ความวิตกกังวล อธิบายให้เข้าใจเวลาที่ทำกิจกรรมรักษาพยาบาลแก่ผู้คลอดทุกครั้ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ว่องไว เป็นกันเองกับผู้คลอด

- ดูแลความสุขสบายทั่วไปให้ผู้คลอดได้รับความอบอุ่น ป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย

๒) การแก้ไขหรือดูแลตามสาเหตุ ซึ่งอาจพบได้ในกรณีต่อไปนี้

๒.๑) ในกรณีที่รกยังไม่คลอด การตกเลือดหลังคลอดในรายรกยังไม่คลอดนั้นไม่ต้องรีบเอารกออกหากภายใน ๓๐ นาที หลังทารกเกิดแล้ว พบว่ายังไม่มีอาการของรกลอกตัวให้คำนึงถึงว่ารกอาจติดสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหดตัว และคลายตัวของมดลูกไม่เพียงพอ จะดึงรั้งให้รกลอกตัวและกระเพาะปัสสาวะเต็ม อาจทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ในรายเช่นนี้ให้สวนปัสสาวะออกให้หมดก่อน ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้คลึงมดลูกเบา ๆ เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวจะช่วยให้รกลอกตัวได้ดีขึ้น อาจวางกระเป๋าน้ำแข็งไว้สักระยะประมาณ ๕-๑๐ นาที เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกแล้ว จึงทำคลอดรก แต่ถ้ามีเลือดออกมากควรตามแพทย์ทันที ซึ่งแพทย์อาจต้องรีบล้างรกและให้ยาบีบมดลูก เพื่อป้องกันอาการรุนแรงจากการเสียเลือดมาก

๒.๒) มดลูกรัดตัวไม่ดีหลังรกคลอด (uterine atony) คลึงให้มดลูกให้แข็งไล่เลือดที่ขังอยู่อกให้หมด และวางกระเป๋าน้ำแข็งให้ ตรวจสอบให้แน่ใจว่าไม่มีการฉีกขาดของช่องคลอด และกระเพาะปัสสาวะไม่เต็ม ในกรณีที่มารดาได้ยาบีบมดลูก พยาบาลควรสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลือแก้ไขได้ทันทีถ้ามีอาการผิดปกติ

การกดมดลูกโดยวิธี bimanual compression วิธีนี้มีประโยชน์ในการควบคุมการตกเลือดขณะที่รอให้ยาบีบมดลูกออกฤทธิ์จัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่านอนหงายชันเข้าขึ้น ขณะทำต้องระวังใช้เทคนิคการปราศจากเชื้อ สอดมือเข้าไปในช่องคลอดแล้วกำมือเข้าหากัน วางด้านหน้าของกำปั้นที่รอบปากมดลูกด้านหน้า แล้วกดผนังด้านหน้าของมดลูก โดยวางข้อศอกขวาบนเตียงตรงระหว่างขาของผู้คลอด มือซ้ายวางด้านหลังของมดลูกทางด้านหน้าท้องในลักษณะปลายนิ้วเรียงลงด้านล่าง ซี่งเข้าทางปากมดลูกไปทางด้านหน้าเข้าหากำปั้นที่สอดอยู่ในช่องคลอดแล้วกดและนวดมดลูกสลับกันไป โดยวิธีนี้บริเวณที่รกเกาะถูกกดอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง ซึ่งจะกดลงบนโพรง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

หลอดเลือดด้วย ทำให้เลือดไหลน้อยลง สำหรับการกด มดลูกโดยวิธีนี้ โดยทั่วไปไม่ได้ใช้ จะใช้ในกรณีจำเป็นจริง ๆ เป็นการช่วยเหลือเพื่อชีวิต

๓) การพยาบาลในกรณีที่มีการตกเลือดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด ในกรณีที่มีการฉีกขาดของปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก จะต้องเย็บซ่อมแซม เพื่อควบคุมการตกเลือด รายที่รกฝังตัวลึกกว่าปกติ การรักษาด้วยวิธีขูดมดลูกอาจไม่ได้ผล อาจต้องตัดมดลูกออก (Hysterectomy) และรายที่มดลูกแตกไม่ว่าจะแตกเอง หรือแตกจากการทำสูติศาสตร์หัตถการ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จำเป็นที่แพทย์ต้องเปิดหน้าท้อง เพื่อเย็บซ่อมแซมหรือต้องตัดมดลูกออก

การดูแลการตกเลือดในระยะแรกนี้ สิ่งที่สำคัญที่จะต้องคำนึงอยู่ตลอดเวลา คือ

- ถ้ารกยังไม่คลอดและมีการตกเลือดต้องหาทางเอารกออก

- ดูแลให้มดลูกมีการหดตัวดีภายหลังรกคลอด

- กระเพาะปัสสาวะต้องไม่เต็ม

- ถ้ามีการฉีกขาดของช่องทางคลอดต้องเย็บซ่อมให้เรียบร้อย

- ป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากผู้ป่วยเสียเลือดมาก มักมีความต้านทานต่ำและอาจมีการใส่มือเข้าไปในช่องคลอด เพื่อตรวจหรือทำสูติศาสตร์หัตถการ จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- ให้อาาปฏิชีวนะประเภทครอบคลุมเชื้อได้กว้างขวาง

- ให้อาาบำรุง เลือดและอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ

๓.๒ การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพมีความสำคัญเนื่องจากช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น และสามารถ ให้บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพใช้แบบแผนการ ประเมินสุขภาพของกอร์ดอน (Marjorie Gordon)

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของมาร์จอร์รี่กอร์ดอน (Marjorie Gordon) หมายถึงแบบแผนพฤติกรรมทางสุขภาพของ ผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับบริการ กอร์ดอน (๑๙๙๔) ได้พัฒนาแบบแผนสุขภาพขึ้นโดยให้ความสำคัญ ที่ข้อมูลระดับพื้นฐาน เน้นที่การทำหน้าที่ของร่างกายมนุษย์ซึ่งประกอบด้วย ๑๑ แบบแผนสุขภาพ ในแต่ละแบบแผน คือ พฤติกรรมของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนอย่างเป็นองค์รวม แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน ประกอบด้วย ๑) แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ๒) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร ๓) แบบแผนการขับถ่าย ๔) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ๕) แบบแผนการนอนหลับ ๖) แบบแผนสติปัญญาการรับรู้ ๗) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ๘) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ๙) แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์ ๑๐) แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด ๑๑) แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

จากการศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดกรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ครั้งนี้ต้องใช้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่ได้รับจากการ

- เป็นหัวหน้างานฝากครรภ์-ห้องคลอด โรงพยาบาลบุณทรภะระยะเวลา ๑ ปี
- เป็นพยาบาลประจำการงานห้องคลอดโรงพยาบาลบุณทรภะเป็นระยะเวลา ๒๐ ปี
- ผ่านการอบรมหลักสูตรการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม(COMED R๑๐)
- เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ การพัฒนาศักยภาพทีมฉุกเฉินทางสูติกรรมของโรงพยาบาลบุณทรภะ
- เป็นผู้รับผิดชอบและประสานงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอบุณทรภะ
- เป็นผู้รับผิดชอบ Service plan สาขาแม่และเด็ก

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดถือเป็นภาวะวิกฤติและเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าทุก ๔ นาทีจะมีการเสียชีวิตของมารดา ๑ รายจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีอัตราการเกิดสูงถึง ๒๓๐ รายต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย (World health Organization (WHO), ๒๕๕๗) สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกไม่หดตัวเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ ๘๐ ของภาวะตกเลือดใน ๒๔ ชั่วโมงแรก สถานการณ์การเสียชีวิตของมารดาไทยจากรายงานของกรมอนามัยพบการเสียชีวิตปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ เป็น ๑๕.๒, ๑๗.๔, ๒๐.๒, ๓๔.๖ และ ๒๕.๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน แบ่งประเภทสาเหตุการตายของมารดาไว้ ๓ ประเภท ได้แก่ ๑.สาเหตุโดยตรง (direct cause) ๒.สาเหตุโดยอ้อม(indirect cause) ๓.ไม่ระบุสาเหตุ(unspecified) ภาวะตกเลือดเป็นสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิต พบการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดปี ๒๕๖๐-๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๐, ๒๒.๑, ๒๑.๖, ๑๖.๙, ๑๒.๙ และ ๑๔.๗ ตามลำดับ ถึงแม้ว่าแนวโน้มการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังเป็นสาเหตุสำคัญ ควรมีการเฝ้าระวังป้องกันการเกิดให้ดีที่สุด

โรงพยาบาลบุณทรภะไม่มีสูติแพทย์ การดูแลมารดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูงต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลเดชอุดมและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ซึ่งเป็นแม่ข่ายศักยภาพในการดูแลสูงกว่า อย่างไรก็ตามมารดาครรภ์เสี่ยงต่ำที่คลอดที่โรงพยาบาลบุณทรภะยังพบว่ามีการตกเลือดหลังคลอด จากสถิติเวชระเบียนงานห้องคลอดพบมีมารดาหลังคลอดทางห้องคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖) เป็นอัตราร้อยละ ๔.๗ ๓.๑ ๑.๗ และ ๒.๐ ตามลำดับ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบมีมารดาตกเลือดหลังคลอด ๔ รายทั้งหมดเป็นมารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สาเหตุหลักเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี ๒ ราย ช่องทางคลอดฉีกขาด ๒ ราย ได้รับการส่งต่อไปอยู่ใต้การดูแลของสูติแพทย์ทุกราย ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบุณทรภะจึงได้สนใจศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะได้นำมาวางแผนในการดูแลมารดาที่มากคลอด ตั้งแต่ ระยะเวลาก่อนคลอด ระยะเวลาคลอด ระยะเวลาหลังคลอดรวมทั้งการส่งต่อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินของโรค การรักษา การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกกรณีศึกษา ๒ ราย

๔.๓ เป้าหมาย

๑. เพื่อทราบถึงปัญหาและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
๒. เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
๓. เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา กรณีการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน ๒ ราย ที่มารับบริการห้องคลอดโรงพยาบาลบุณศรี โดยการประเมินปัญหา ความต้องการ ให้การพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติตั้งแต่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ทำการศึกษากรณีศึกษารายที่ ๑ วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

ทำการศึกษากรณีศึกษารายที่ ๒ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๔.๕.๑ ศึกษาสถิติ/ข้อมูลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดย้อนหลัง ๓ ปี

๔.๕.๒ เลือกศึกษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจำนวน ๒ ราย เนื่องจากภาวะตกเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาไทยในทุกปี ทั้งนี้ยังพบมารดาที่มาคลอดโรงพยาบาลบุณศรีมีภาวะตกเลือดหลังคลอดทุกปี ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการประเมิน ป้องกัน ดูแล รักษาให้การพยาบาล มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและป้องกันการเสียชีวิต

๔.๕.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๕.๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะตกเลือดหลังคลอด กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ

๔.๕.๕ ดำเนินการศึกษิตตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

๑) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

๒) วินิจฉัยการพยาบาล

๓) วางแผนการพยาบาล

๔) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

๕) ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

๔.๕.๖ วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

๔.๕.๗ สรุปผลการศึกษา

๔.๕.๘ เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

๔.๕.๙ เผยแพร่ผลงาน

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๖.๑ ประโยชน์ต่อมารดาที่มารับบริการ ทำให้ได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสม ในทุกระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด รวมทั้งเมื่อเกิดภาวะตกเลือดได้รับการส่งต่อ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการเสียชีวิต

๔.๖.๒ ประโยชน์ต่อระบบการดูแลมารดาที่มารับบริการ มีการปรับปรุงแนวทางการซักประวัติ จัดทำแบบคัดกรองความเสี่ยง ที่ทำให้สามารถประเมินมารดาที่มารับบริการได้อย่างถูกต้อง และ รวดเร็ว ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติให้กับพยาบาลในห้องคลอด

๔.๖.๓ ประโยชน์โดยรวม ผลการศึกษาจะทำให้หน่วยงานได้แนวปฏิบัติในการดูแลและให้การพยาบาลมารดาที่มารับบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาล และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง

๔.๗ สาระสำคัญ

การศึกษา การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดระยะแรก กรณีศึกษาเปรียบเทียบจำนวน ๒ ราย ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลบุญทริกโดยทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ มีเป้าหมายเพื่อให้มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิต ให้การพยาบาลครอบคลุมทุกระยะของการคลอด ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑) ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	๓๔ ปี	๒๓ ปี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	ปริญญาตรี	ประถมศึกษา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
อาชีพ/รายได้	เคยเป็นลูกจ้างบริษัททำหน้าที่เกี่ยวกับการเงินและบัญชี รายได้เพียงพอใช้ ประมาณ ๑๕,๐๐๐ บาท/เดือน	เกษตรกรกรรม ทำนา/สวนยางพารา รายได้ไม่ค่อยเพียงพอใช้จ่าย ประมาณ ๓,๐๐๐-๕๐๐๐ บาท/เดือน
สิทธิการรักษา	ร่วมจ่าย ๓๐ บาท UC ในเขตอำเภอ	ร่วมจ่าย ๓๐ บาท UC ในเขตอำเภอ
ที่อยู่ปัจจุบัน	ภูมิลำเนาอยู่ที่ จ.หนองบัวลำภู ปัจจุบันมาพักอาศัยกับญาติของสามี ต.โพรงงาม อ.บุณฑริก จ.อุบลราชธานี	มีภูมิลำเนาตามที่อยู่ ต.คอแลน อ.บุณฑริก จ.อุบลราชธานี
วันเดือนปี ที่เข้ารับการรักษา	๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ๐๔.๔๐ น.	๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๔.๐๐ น.
วันเดือนปี ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ๐๘.๓๐ น.	๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๗.๓๐ น.
รวมระยะที่รับไว้ดูแล	๓ ชั่วโมง ๕๐ นาที	๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที
HN / AN	๒๗๗๒๑๓ / ๕๔๕๗	๔๒๖๕๗ / ๑๕๐๓

จากตารางที่ ๑ พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองราย ความแตกต่างที่พบ ได้แก่ กรณีศึกษาที่ ๑ อายุ ๓๔ ปี การศึกษาจบชั้นปริญญาตรี เคยทำงานรับเงินเดือนประจำ ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน มีภูมิลำเนาอยู่ที่ จ.หนองบัวลำภู มาพักอาศัยที่อำเภอบุณฑริกและ มาเข้ารับการรักษาช่วงเดือนพฤศจิกายน ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ อายุ ๒๒ ปี จบชั้นประถมศึกษาทำอาชีพเกษตรกร รายได้ ๓,๐๐๐-๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอบุณฑริกมาเข้ารับการรักษาเดือนมีนาคม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

๒) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินก่อนมา ๔๐ นาที	มีน้ำเดินก่อนมา ๒ ชั่วโมงร่วมกับมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	G๒PoA๑Lo GA ๓๘ ⁺ ๕ week by U/S จำประจำเดือนไม่ได้ EDC ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดิน ๐๔.๐๐ น. ลูกคิ่นดี ผ่าครรภ์มาจากคลินิกที่ จ.ชัยภูมิ ถึงอายุครรภ์ ๓๒ week หลังจากนั้นไม่ได้ผ่าต่อ ไม่มี LAB ANC ครั้งที่ ๒	G๒P๑AoL๑ GA ๔๐ week by LMP ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ EDC ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๒.๐๐ น.มีน้ำเดินออกจากช่องคลอด หลังจากนั้นประมาณ ๓๐ นาที จึงเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ เจ็บถี่จึงมา ร.พ.ลูกคิ่นดี ผ่าครรภ์ รพสต. ในเครือข่ายอำเภอบุณฑริก ครบ ๕ ครั้ง คุณภาพ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา เคยตั้งครรภ์และแท้งเอง ๑ ครั้ง ไม่ได้คุมดลูก เมื่อกลางปี ๒๕๖๓	ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา เคยตั้งครรภ์และคลอดปกติ ครบกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนัก ๒๘๐๐ กรัมเมื่อปี ๒๕๖๓ ขณะนี้อายุ ๒ ปี ๑๐ เดือนหลังคลอดอาการปกติไม่มีภาวะตกเลือด
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ หรือโรคทางพันธุกรรม เช่น วัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง	ปฏิเสธบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ หรือโรคทางพันธุกรรม เช่น วัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง
ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	พักอาศัยอยู่กับญาติของสามี	พักอาศัยที่บ้านของตนเองมี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้ (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
ประวัติการฝากครรภ์	ฝากครรภ์ที่คลินิกใน จ.ชัยภูมิ จำประจำเดือนไม่แม่นยำ กำหนดคลอด วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ตามการอัลตราซาวด์ ฝากครั้งแรกอายุครรภ์ ๑๐ สัปดาห์ ฝากครรภ์ถึง ๓๒ สัปดาห์ ไม่ได้ฝากครรภ์ ต่อ ผลเลือดขณะฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ Blood group A Rh positive VDRL nonreactive HBsAg negative Anti-HIV negative OF negative DCIP ไม่มีผล Hct ๔๐% ผลเลือดขณะฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ -	ฝากครรภ์ตามระบบในเขตอำเภอ บุญศรีภักดิ์ ครบตามเกณฑ์ ๕ ครั้ง คุณภาพ พบแพทย์เพื่ออัลตราซาวด์ ๒ ครั้ง ผลเลือดขณะฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ Blood group B Rh positive VDRL nonreactive HBsAg negative Anti-HIV negative OF negative DCIP negative Hct ๓๖ % ผลเลือดขณะฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ VDRL nonreactive HBsAg negative Anti-HIV negative OF negative DCIP negative Hct ๓๖ %
การวินิจฉัยแรกรับ	Labor pain	Premature rupture of membrane with labor pain
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Normal delivery with left mediolateral with suture with postpartum hemorrhage	Premature rupture of membrane with normal delivery with right mediolateral with suture with postpartum hemorrhage

จากตารางที่ ๒ พบว่า กรณีศึกษาทั้งสองราย มีอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลคล้ายคลึงกัน ได้แก่มี
ภาวะเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดิน แต่ในกรณีศึกษาที่ ๒ มีลักษณะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์คลอดซึ่งเรียกว่า
PROM (premature rupture of membrane) ซึ่งอาจพบในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อมดลูกและ
อาจมีผลทำให้เกิดภาวะสายสะดือย้อย หรือทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดได้ ทั้ง ๒ รายคลอดปกติ และมีภาวะตก
เลือดหลังคลอดระยะแรก ความแตกต่างที่พบ ได้แก่ กรณีศึกษารายที่ ๑ เป็นมารดาตั้งครรภ์ที่ ๒ แต่ยังไม่เคย
คลอดบุตร จำประจำเดือนไม่แม่นยำ ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ ผลการตรวจเลือดปกติจากการตรวจเลือด ๑ ครั้ง
ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ เป็นมารดาครรภ์ครรภ์ที่ ๒ ครรภ์แรกคลอดปกติ ฝากครรภ์ครบคุณภาพตามเกณฑ์ ผล
เลือดปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

๓) ข้อมูลแบบแผนสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และรายที่ ๒

ตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน ดังนี้

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ที่ ๒ เคยแท้ง จึงไปฝากครรภ์ที่คลินิกและ ไปตรวจ ครรภ์ตามนัด แต่หลังจากมาอยู่กับ ญาติของสามีไม่ได้ฝากครรภ์ต่อ สังเกตอาการเจ็บครรภ์ของตนเองเมื่อ พบว่าเจ็บครรภ์จึงมาโรงพยาบาล	รับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ ไปฝากครรภ์ที่ รพสต.และไปตรวจครรภ์ตามนัด เมื่อ มีอาการเจ็บครรภ์คลอดจึงมา โรงพยาบาล
แบบแผนที่ ๒ โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารเป็นเวลา ไม่รับประทานอาหารรสจัด ต้มเหล้า ตามเทศกาลงานเลี้ยงหลังจาก ตั้งครรภ์ไม่ได้ต้ม ไม่สูบบุหรี่	รับประทานอาหารเป็นเวลา ชอบรส หวาน เผ็ด ไม่ต้มเหล้า ไม่สูบบุหรี่
แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย	ถ่ายอุจจาระ ๑-๒ วันต่อครั้ง ช่วง ตั้งครรภ์ถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ๘-๑๐ ครั้งต่อวัน	ถ่ายอุจจาระทุกวัน ช่วงตั้งปัสสาวะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ๖-๑๐ ครั้งต่อวัน
แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมประจำวัน และการออกกำลังกาย	ทำงานบ้านเบาๆเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ ออกกำลังกาย	ทำงานบ้านและดูแลบุตร เป็นส่วน ใหญ่ ไปกรีดยางช่วยสามีบ้าง ไม่ทุกวัน ไม่ได้ออกกำลังกาย
แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อน นอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนได้ รู้สึกว่านอน เพียงพอ ไม่เคยรับประทานยานอน หลับ	นอนหลับพักผ่อนได้ รู้สึกว่านอน เพียงพอ ไม่เคยรับประทานยานอน หลับ
แบบแผนที่ ๖ สติปัญญา และการรับรู้	รู้ตัว รู้เรื่องดี อ่านออกเขียนได้ ทำงาน ประจำ จบการศึกษาปริญญาตรี	รู้ตัว รู้เรื่องดี อ่านออกเขียนได้ จบ การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

ตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน (ต่อ)

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด จึงมาโรงพยาบาล เมื่อพยาบาลสอบถามประเมิน สามารถบอกอาการต่างๆได้ ประเมินระดับความเจ็บปวดของตนเองได้เท่ากับ ๘ คะแนน และรับรู้ว่่าหลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดต้องรับการส่งต่อไปโรงพยาบาลเดชออดม	รับรู้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด จึงมาโรงพยาบาล เมื่อพยาบาลสอบถามสามารถบอกอาการต่างๆได้ ประเมินระดับความเจ็บปวดของตนเองได้เท่ากับ ๗ คะแนน รับรู้ว่่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลเดชออดม
แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ	มาอาศัยอยู่กับครอบครัวของสามีช่วงคลอดบุตรเนื่องจากสามีต้องทำงานต่างจังหวัด ครอบครัวมีความรักใคร่กันดูแลกันดี	อาศัยอยู่กับครอบครัว สามีและบุตร ๑ คน มีความรักใคร่กันดี
แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์	ช่วงก่อนตั้งครรภ์มีเพศสัมพันธ์กับสามีตามปกติ ระหว่างตั้งครรภ์งดการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากกลัวมีผลต่อการตั้งครรภ์	ช่วงก่อนตั้งครรภ์มีเพศสัมพันธ์กับสามีตามปกติ หลังจากตั้งครรภ์มีเพศสัมพันธ์บ้างนานๆครั้ง
แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	เมื่อมีความเครียดเล็กน้อย สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ถ้ามีปัญหาส่วนมากจะปรึกษาสามี เมื่อมาคลอดมีความกังวลเนื่องจากสามียังไม่ได้ลางานมาอยู่ด้วยและกลัวการเจ็บปวดจากการคลอด	เมื่อมีความเครียดเล็กน้อย ส่วนมากทำงานทำงานบ้าน ฟังเพลงจะดีขึ้น เมื่อมีปัญหาส่วนมากจะปรึกษาสามี เมื่อมาคลอดมีความกังวลการเจ็บปวดจากการคลอดและกลัวว่าจะเกิดความผิดปกติ
แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ	นับถือศาสนาพุทธ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

จากตารางที่ ๓ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ส่วนที่แตกต่างกัน มีแบบแผนที่ ๑ กรณีศึกษาที่ ๑ ระบุว่าตนเองตั้งครุฑแต่ฝากครุฑไม่ครบคุณภาพเนื่องจากเป็นคนต่างถิ่นมาอาศัยอยู่กับญาติสามี ส่วนกรณีที่ ๒ เป็นมารดาครุฑสองระบุว่าตนเองตั้งครุฑและมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองขณะตั้งครุฑทำให้ฝากครุฑครบคุณภาพแบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย กรณีศึกษาที่ ๑ ทำงานบ้านเบาๆเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ ต้องดูแลบุตร ภริยาช่วยสามีทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ กรณีศึกษาที่ ๑ มาพักอาศัยอยู่บ้านญาติของสามีซึ่งเป็นครอบครัวใหญ่อาศัยอยู่กันหลายคน ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ เป็นครอบครัวเดี่ยวพักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง

๔) ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
สภาพทั่วไป	๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๔.๔๐ น. รับประทานใหม่ มาโดยรถนั่ง มารดาตั้งครุฑรูปร่างสมส่วน ไม่มีความพิการ มีร่องครางจากอาการเจ็บครุฑ แต่ถามตอบรู้เรื่องสื่อสารได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ลูกเดินขึ้นเตียงเองได้ ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามซักประวัติและการให้การพยาบาล	๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๔.๐๐ น. รับประทานใหม่ มาโดยรถนั่ง หญิงตั้งครุฑ รูปร่างสมส่วน ไม่มีความพิการ นิ้วหน้า ขมวดคิ้วจากอาการเจ็บครุฑ ถามตอบรู้เรื่องช่วยเหลือตนเองได้ ลูกเดินขึ้นเตียงเปลี่ยนชุดเองได้ ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามซักประวัติและการพยาบาล
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก ๕๘ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๙ เซนติเมตร BMI ๒๓.๐ อยู่ในเกณฑ์ปกติ	น้ำหนัก ๕๓ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๑ เซนติเมตร BMI ๒๔.๐ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๑ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๖/๖๘ มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
ผิวหนัง	ไม่มีผื่นคัน	ไม่มีผื่นคัน
ศีรษะ	รูปร่างสมส่วน ขนาดปกติ กลมเรียบ ไม่มีบิดแผล	รูปร่างสมส่วน ขนาดปกติ กลมเรียบ ไม่มีบิดแผล
ใบหน้า	สมส่วน	สมส่วน
เล็บ	ตัดสั้น สะอาดไม่ทาเล็บ ไม่ซีด	ตัดสั้น สะอาดไม่ทาเล็บ ไม่ซีด
ตา	มองเห็นชัดทั้งสองข้างไม่มีพร่ามัว เยื่อぶตาไม่ซีด รูม่านตา ๒ มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง	มองเห็นชัดทั้งสองข้างไม่มีพร่ามัว เยื่อぶตาไม่ซีดรูม่านตา ๒ มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง
หู	รูปร่างปกติกันทั้งสองข้าง ได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง	รูปร่างปกติกันทั้งสองข้าง ได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง
จมูก	รูปร่างปกติได้สัดส่วน การได้รับกลิ่นปกติ	รูปร่างปกติได้สัดส่วน การได้รับกลิ่นปกติ
ปาก	ริมฝีปากแดง ไม่มีบิดแผล ลักษณะชากรรไกรปกติ	ริมฝีปากแดง ไม่มีบิดแผล ลักษณะชากรรไกรปกติ
คอ	บริเวณคอ คล้ำไม่พบก้อน คอไม่โต	บริเวณคอ คล้ำไม่พบก้อน คอไม่โต
ระบบทางเดินหายใจ และทรวงอก	ขนาดทรวงอกทั้งสองข้างมีรูปร่างปกติ สมมาตรกัน การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจสองข้างเท่ากัน ไม่มีเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก ฟังเสียงปอดพบเสียงสองข้างเท่ากันอัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที	ขนาดทรวงอกทั้งสองข้างมีรูปร่างปกติ สมมาตรกัน การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจสองข้างเท่ากัน ไม่มีเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก ฟังเสียงปอดพบเสียงสองข้างเท่ากันอัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการใจสั่นชีพจร ๘๒ ครั้งต่อนาที	ฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการใจสั่นชีพจร ๘๒ ครั้งต่อนาที
ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ	แนวกระดูกสันหลังตรงปกติ กล้ามเนื้อแขน ขา เคลื่อนไหวได้ดี ไม่มีอาการอ่อนแรง	แนวกระดูกสันหลังตรงปกติ กล้ามเนื้อแขน ขา เคลื่อนไหวได้ดี ไม่มีอาการอ่อนแรง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒
ระบบทางเดินอาหาร/ท้อง	ท้องโต คลำพบมดลูก ได้ยอดมดลูก ขนาด $\frac{3}{4}$ มากกว่าระดับสะดือ วัดได้ ๓๕ เซนติเมตร คลำได้ทารกท่าหัวท้ายทยอยอยู่ทางด้านหน้าข้างขวาของกระดูกเชิงกราน(ROA) ฟังเสียงหัวใจ ได้ ๑๒๐ ครั้ง/นาที มดลูกมีการหดตัวทุก ๒ นาที ระยะการหดตัว ๕๐ วินาที ระดับความรุนแรง ๒+ ท้องไม่อืด คลำไม่พบตับและม้าม ฟังได้เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ bowel sound ปกติ	ท้องโต คลำพบมดลูก ได้ยอดมดลูก ขนาด $\frac{3}{4}$ มากกว่าระดับสะดือ วัดได้ ๓๓ เซนติเมตร คลำได้ทารกท่าหัวท้ายทยอยอยู่ทางด้านหน้าข้างซ้ายของกระดูกเชิงกราน(LOA) ฟังเสียงหัวใจ ได้ ๑๒๘ ครั้ง/นาที มดลูกมีการหดตัวทุก ๒ นาที ระยะการหดตัว ๔๐ วินาทีระดับความรุนแรง ๒+ ท้องไม่อืด คลำไม่พบตับและม้าม ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ bowel sound ปกติ
ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบขับถ่าย	ก่อนการคลอดปัสสาวะได้ ขณะตกเลือดสวนปัสสาวะให้ไหลออกดี สีเหลือง ปริมาณ ๒๐๐ มิลลิลิตร	ก่อนการคลอดปัสสาวะได้เองปกติ ขณะตกเลือดสวนปัสสาวะให้ไหลออกดี สีเหลืองปริมาณ ๑๕๐ มิลลิลิตร
เต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์	เต้านมมีขนาดเหมาะสมกับร่างกาย เท่ากันสองข้าง ไม่คัดตึง หัวนมไม่สั้น ไม่บอด ไม่บวม ลักษณะอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติตามลักษณะเพศหญิง ไม่มีต่อมน้ำเหลืองที่โคนขาหนีบโต มีน้ำใสไหลจากช่องคลอด ตรวจภายในพบ คีระชะทารกปากมดลูกเปิด ๙ เซนติเมตร ความบาง ๑๐๐ เปอร์เซนต์ ระดับส่วนน้ำ +๑ ถุงน้ำคร่ำแตก น้ำคร่ำสีใส	เต้านมมีขนาดเหมาะสมกับร่างกาย เท่ากันสองข้าง ไม่คัดตึง หัวนมไม่สั้น ไม่บอด ไม่บวม ลักษณะอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติตามลักษณะเพศหญิง ไม่มีต่อมน้ำเหลืองที่โคนขาหนีบโต มีน้ำใสไหลจากช่องคลอดลักษณะสีเขียวย่อน ตรวจภายในพบคีระชะทารก ปากมดลูกเปิด ๙ เซนติเมตร ความบาง ๑๐๐ เปอร์เซนต์ ระดับส่วนน้ำ +๑ ถุงน้ำคร่ำแตก น้ำคร่ำสีเขียวย่นขี้เทา
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ไม่มีชักเกร็ง	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ไม่มีชักเกร็ง
ระบบเลือดและต่อมน้ำเหลือง	คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บบริเวณต่อมน้ำเหลือง	คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บบริเวณต่อมน้ำเหลือง ความเข้มข้นของเลือด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

จากตารางที่ ๔ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ แตกต่างกันเรื่องสภาพทั่วไป การแสดงออกทางพฤติกรรมต่อการรับรู้การเจ็บครรภ์คลอด กรณีศึกษาที่ ๑ มีร่องครางจากอาการเจ็บครรภ์ แต่ตามตอบรู้เรื่องสื่อสารได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกรการพยาบาล ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ นีวหน้า ขวตคิ้วแสดงอาการเจ็บครรภ์ ตามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกรการพยาบาล สัญญาณชีพของกรณีศึกษาที่ ๒ แรกรับมีความดันโลหิต ๑๔๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท การประเมินหน้าท้องได้ต่างกันกรณีศึกษาที่ ๑ ได้ยอดมดลูก ขนาด ๓/๔ มากกว่าระดับสะดือ วัดได้ ๓๕ เซนติเมตร คลำได้ทารกท่าหัวท้ายทยอยอยู่ทางด้านหน้าข้างขวาของ กระดูกเชิงกราน(ROA) ฟังเสียงหัวใจ ได้ ๑๒๐ ครั้ง/นาที มดลูกมีการหดรัดตัวทุก ๒ นาที ระยะเวลาหดรัดตัว ๕๐ วินาทีระดับความรุนแรง ๒+ กรณีศึกษาที่ ๒ ได้ยอดมดลูกขนาด ๓/๔ มากกว่าระดับสะดือ วัดได้ ๓๓ เซนติเมตร คลำได้ทารกท่าหัวท้ายทยอยอยู่ทางด้านหน้าข้างซ้ายของกระดูกเชิงกราน(LOA) ฟังเสียงหัวใจ ได้ ๑๒๘ ครั้ง/นาที มดลูกมีการหดรัดตัวทุก ๒ นาที ระยะเวลาหดรัดตัว ๔๐ วินาทีระดับความรุนแรง ๒+ ระบบเลือด ตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ต่างกัน กรณีศึกษาที่ ๑ ได้ ๓๓% กรณีศึกษาที่ ๒ ได้ ๔๐%

๕) ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

ตารางที่ ๕ แสดงผลการตรวจ complete blood count (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
๑.Hct	๓๕-๔๙ %	๓๓	ต่ำ	๔๐	ปกติ
๒.Hb	๑๒.๐-๑๖.๐ g/dl	๑๐.๗	ต่ำ	๑๓.๓	ปกติ
๓.MCV	๘๐-๑๐๐ fl	๗๕.๐	ต่ำ	๙๐.๙	ปกติ
๔.MCH	๒๗-๓๑ pg	๒๔.๑	ต่ำ	๓๐.๐	ปกติ
๕. MCHC	๓๒-๓๖ G/dl	๓๒.๒	ปกติ	๓๓.๐	ปกติ
๖.RDW	๑๑.๐-๑๖.๐ %	๑๓.๕	ปกติ	๑๓.๒	ปกติ
๗.WBC	๔๕๐๐- ๑๒๐๐๐Cell/mm ^๓	๙๘๖๐	ปกติ	๙๘๓๐	ปกติ
๘.Plt.S smear	Adequate	Adequate	ปกติ	Adequate	ปกติ
๙. Plt.Count	๑๔๐๐๐๐-๔๕๐๐๐๐ Cells/mm ^๓	๑๙๒๐๐๐	ปกติ	๑๗๔๐๐๐	ปกติ
๑๐.RBC	๓.๕-๕.๐ cell*๑๐ ^๓ / mm ^๓	๔.๔๓	ปกติ	๔.๔๔	ปกติ
๑๑.PMN	๔๐-๗๕ %	๖๒	ปกติ	๗๑	ปกติ
๑๒. Absolute Neutrophil	๒.๐๐-๗.๐๐ cell*๑๐ ^๓ / ul	๖๑๑๓	ปกติ	๖๙๗๙	ปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๕ แสดงผลการตรวจ complete blood count (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒(ต่อ)

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
๑๓.Lymp	๒๐-๔๕ %	๓๒	ปกติ	๒๒	ปกติ
๑๔.Mono	๒-๑๐ %	๕	ปกติ	๖	ปกติ
๑๕.Eos	๐-๖ %	๑	ปกติ	๑	ปกติ
๑๖.Baso	๐-๑ %	๐	ปกติ	๐	ปกติ
๑๗.RBC Morphology	-	Normmochromia/ Normocytosis	ปกติ	Normmochromia Normocytosis	ปกติ

จากตารางที่ ๕ พบว่ากรณีศึกษารายที่ ๑ มีภาวะซีดเล็กน้อย ค่าความเข้มข้นของเลือด และปริมาณเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติเล็กน้อย ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ ผลการตรวจปกติ

ตารางที่ ๖ แสดงผลการตรวจ Urine analysis (แรกรับ) ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
๑.Color	-	Yellow	ปกติ	Yellow	ปกติ
๒.Turbid	Clear	Clear	ปกติ	Clear	ปกติ
๓.Sp.gr	๑.๐๐๓-๑.๐๓๐	๑.๐๑๕	ปกติ	๑.๐๑๐	ปกติ
๔.URINE PH	๕.๖-๘.๐	๖.๕	ปกติ	๖.๐	ปกติ
๕.Albumin	Negative	Negative	ปกติ	Negative	ปกติ
๖.Sugar	Negative	Negative	ปกติ	Negative	ปกติ
๗.Sugar	Negative	Negative	ปกติ	Negative	ปกติ
๘.Blood	Negative	Negative	ปกติ	Negative	ปกติ
๙.Ketone	Negative	Negative	ปกติ	Negative	ปกติ
๑๐.Bile	Negative	Negative	ปกติ	Negative	ปกติ
๑๑.Nit	Negative	Negative	ปกติ	Negative	ปกติ
๑๒.Leucocyt	Negative	Negative	ปกติ	Negative	ปกติ
๑๓.Urobilinogen	Normal umol/L	Normal	ปกติ	Normal	ปกติ
๑๔.WBC	- /HPF	๐-๑	ปกติ	๐-๑	ปกติ
๑๕.RBC	- /HPF	Not foud	ปกติ	Not foud	ปกติ
๑๖.Epithelium	- /HPF	๑-๒	ปกติ	๑-๒	ปกติ
๑๗.Other	-	Bacteria Few	ปกติ	Bacteria Few	ปกติ

จากตารางที่ ๖ พบว่าผลการตรวจปัสสาวะทั้งสองรายปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๗ แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
Special test ๑.SARS coronavirus ATK	negative	negative	ปกติ	negative	ปกติ
Serology ๑.VDRL	Non reactive	Non reactive	ปกติ	-	-
๒.HBsAg	negative	negative	ปกติ	-	-
๓.Anti HIV	negative	negative	ปกติ	-	-

จากตารางที่ ๗ การตรวจ Serology ในกรณีศึกษาที่ ๑ เนื่องจากมารดาฝากครรภ์มาจากต่างจังหวัดถึงอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ และไม่ได้ฝากครรภ์ต่อจึงตรวจ LAB Serology ครั้งที่ ๒ ให้ ส่วนในกรณีศึกษาที่ ๒ ฝากครรภ์ครบคุณภาพ มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการครบจึงไม่ได้ตรวจซ้ำ ผลการตรวจ LAB Serology ทั้งสองกรณี ผลการตรวจปกติ

ตารางที่ ๘ แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังมีภาวะตกเลือด ของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ ของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
HEMATOLOGY ๑.Hct	๓๕-๔๕ %	๓๐	ต่ำ	๓๘	ปกติ
๒.Hb	๑๒.๐-๑๖.๐ g/dl	๙.๖	ต่ำ	๑๒.๙	ปกติ
๓.MCV	๘๐-๑๐๐ fl	๗๔.๔	ต่ำ	๙๐.๗	ปกติ
๔.MCH	๒๗-๓๑ pg	๒๔.๔	ต่ำ	๓๐.๐	ปกติ
๕. MCHC	๓๒-๓๖ G/dl	๓๒.๗	ปกติ	๓๓.๐	ปกติ
๖.RDW	๑๑.๐-๑๖.๐ %	๑๓.๕	ปกติ	๑๓.๒	ปกติ
๗.WBC	๔๕๐๐- ๑๒๐๐๐Cell/mm ^๓	๑๖,๑๓๐	ปกติ	๘,๘๓๐	ปกติ
๘.Plt.S smear	Adequate	Adequate	ปกติ	Adequate	ปกติ
๙. Plt.Count	๑๔๐๐๐๐-๔๕๐๐๐๐ Cells/mm ^๓	๑๘๖,๐๐๐	ปกติ	๑๗๔,๐๐๐	ปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๘ แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังมีภาวะตกเลือด ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ (ต่อ)

การตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒	
		ผลการตรวจ	การแปลผล	ผลการตรวจ	การแปลผล
๑๐.RBC	๓.๕-๕.๐ cell*๑๐ ^๓ / mm ^๓	๔.๔๓	ปกติ	๔.๔๔	ปกติ
๑๑.PMN	๔๐-๗๕ %	๙๒	สูง	๗๑	ปกติ
๑๒. Absolute Neutrophil	๒.๐๐-๗.๐๐ cell*๑๐ ^๓ / ul	๑๔,๘๔๐	ปกติ	๖,๘๗๙	ปกติ
๑๓.Lymp	๒๐-๔๕ %	๕	ต่ำ	๒๒	ปกติ
๑๔.Mono	๒-๑๐ %	๒	ปกติ	๖	ปกติ
๑๕.Eos	๐-๖ %	๑	ปกติ	๑	ปกติ
๑๖.Baso	๐-๑ %	๐	ปกติ	๐	ปกติ
๑๗.RBC Morphology	-	Microcyte:fe w	ปกติ	Normmochro mia/ Normocytosis	ปกติ
๑๘.PT	๑๐.๕๕-๑๓.๓๘ sec	๑๐.๖๐	ปกติ	๑๐.๘	ปกติ
๑๙.INR	<๑.๒	๐.๘๘	ปกติ	๐.๘	ปกติ
CHEMISTRY					
๑.BUN	๗-๑๘ mg/dL	๑๓	ปกติ	๑๕	ปกติ
๒.Creatinine	๐.๙-๑.๓ mg/dL	๐.๙๓	ปกติ	๑.๑	ปกติ
๓.comment	>๙๐	eGFR CKD- EPI =๘๓.๙๐	CKDstage๒	eGFR CKD-EPI = ๘๐.๑๐	CKDstage๒
๔.Na	๑๓๖-๑๔๖ mmol/L	๑๔๒	ปกติ	๑๓๙	ปกติ
๕.K	๓.๕-๕.๑ mmol/L	๔.๕๐	ปกติ	๔.๔	ปกติ
๖.Chloride	๑๐๑-๑๐๙ mmol/L	๑๐๓	ปกติ	๑๐๕	ปกติ
๗.Co๒	๒๑-๓๑ mmol/L	๒๕	ปกติ	๒๙	ปกติ
๘.AnGap	๑๐-๒๐ mmol/L	๑๗.๕	ปกติ	๑๔	ปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

จากตารางที่ ๘ พบว่า กรณีศึกษารายที่ ๑ ผลการตรวจ มีการความเปลี่ยนแปลง ผลการตรวจ CBC ยังมีภาวะซีดโดยมีค่าความเข้มข้นของเลือดและปริมาณเม็ดเลือดแดงที่ลดลงเล็กน้อยและแสดงว่ามีภาวะติดเชื้อร่วมด้วยโดยพบค่าเม็ดเลือดขาวโดยรวมสูงขึ้น ค่าเม็ดเลือดขาวชนิด PMN สูงขึ้นและค่าเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte ลดลงต่ำกว่าค่าปกติ ส่วนในกรณีศึกษารายที่ ๒ มีค่าความเข้มข้นของเลือด และปริมาณเม็ดเลือดแดงลดลงเล็กน้อยยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีผลตรวจอื่นที่แสดงถึงภาวะติดเชื้อ

๔.๗.๒ แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ตารางที่ ๙ แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑

วันเดือนปี/เวลา	คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ (๐๔.๔๐ น.)	-เมื่อเข้าระยะ ACTIVE PHASE ให้ดื่มน้ำดอาหารและ ให้ ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ ML IV DRIP ๘๐ ML/HR	
๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ (๐๕.๐๕ น.)	-OCXYTOCIN ๑๐ UNIT IM STAT ทันที หลังทารกคลอด -๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ ML + OCXYTOCIN ๒๐ UNIT IV DRIP ๑๐๐ ML/HR -METHERGIN ๐.๒ MG. IV STAT	-REGULAR DIET -RECORD VITAL SIGNS -TRIFERDINE ๑ TAB ORAL OD PC. -PARACETAMOL(๕๐๐) ๑ TAB PRN Q ๔-๖ HR. -HIBI SCRUB ๓๐ ML.* ๑ -ชาซิงซงดื่ม
๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ (๐๗.๑๕ น.)	-๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ ML IV LOAD ๑,๐๐๐ ML THEN IV DRIP ๘๐ ML/HR -HCT STAT=๓๓% DTX STAT= ๘๘ MG% -CBC, PT, INR, ELECTROLYTE -G/M PRC ๒ UNIT -ON OXYGEN MASK WITH BAG ๑๐ LPM -RETAINED FOLEY'S CATH -SET U/S -PV FOR CHECK TEAR	
๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ (๐๘.๓๐ น.)	-REFER ร.พ.เดชอุดม	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๐ แสดงข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒

วันเดือนปี/เวลา	คำสั่งเฉพาะวัน (Order for one day)	คำสั่งตลอดไป (Order for Continuous)
๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (๐๔.๐๐ น.)	-เมื่อเข้าระยะ ACTIVE PHASE ให้ดื่มน้ำดออาหารและ ให้ ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ ML IV DRIP ๘๐ ML/HR	
๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (๐๔.๒๐ น.)	- OCXYTOCIN ๑๐ UNIT IM STAT ทันที หลังทารกคลอด - ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ ML + OCXYTOCIN ๒๐ UNIT IV DRIP ๑๐๐ ML/HR - METHERGIN ๐.๒ MG. IV STAT - ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ CC IV DRIP ๘๐ ML/HR	-REGULAR DIET -RECORD VITAL SIGNS -TRIFERDINE ๑ TAB ORAL OD PC. -PARACETAMOL(๕๐๐) ๑ TAB PRN ทุก ๔-๖ HR. - HIBI SCRUB ๓๐ ML* ๑ -ชาชิงชงดื่ม
๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (๐๗.๐๐ น.)	- METHERGIN ๐.๒ MG. IV STAT - CYTOTEC ๔ TAB RECTAL SUPPO. - HCT STAT=๓๘% DTX STAT= ๘๐ MG% - CBC, PT, INR, ELECTROLYTE - จอ PRC ๒ UNIT - ON OXYGEN MASK WITH BAG ๑๐ LPM - RETAINED FOLEY'S CATH - SET U/S - PV FOR CHECK TEAR	
๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (๐๗.๓๐ น.)	-REFER ร.พ.เดชอุดม	

จากตารางที่ ๙ แผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และตารางที่ ๑๐ แผนรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ เหมือนกันคือมารดาทั้ง ๒ รายได้รับการดูแลก่อนคลอด จากแนวปฏิบัติการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด คือการงดน้ำดออาหาร และ ให้รับสารน้ำ ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ ML IV DRIP ๘๐ ML/HR เมื่อมารดาเจ็บครรภ์คลอดระยะที่ ๑ เข้าสู่ระยะเร่งทุกราย และในระยะคลอดได้รับยาที่ช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูกคือ OCXYTOCIN ๑๐ UNIT ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และได้รับสารน้ำ ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ ML + ยา OCXYTOCIN ๒๐ UNIT IV DRIP ๑๐๐ ML/HR ทุกราย ส่วนการได้รับยา METHERGIN ๐.๒ MG. ฉีดเข้าทาง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

เส้นเลือดของกรณีศึกษาเนื่องจากการคลอดเฉียบพลันหรือคลอดเร็วเหมือนกันทั้งสองรายตามแนวปฏิบัติ ได้รับการอัลตราซาวด์และตรวจภายในเพื่อหาสาเหตุของการตกเลือดเหมือนกันทั้งสองราย มีความแตกต่างกันเมื่อพบในกรณีศึกษาที่ ๒ มีภาวะตกเลือดจากมดลูกหดตัวไม่ดีจึง ได้รับยา CYTOTEC ๔ TAB เหน็บทางทวารหนักเพื่อช่วยกระตุ้นมดลูกหดตัว และทั้งสองรายถูกส่งต่อเพื่ออยู่ในการดูแลของสูติแพทย์

๔.๗.๓ สรุปอาการและอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ ๑๑ แสดงข้อมูลสรุปอาการและอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>หญิงชาวไทย อายุ ๓๔ ปี สภาพสมรสคู่ ตั้งครรภ์ที่ ๒ ยังไม่เคยคลอด เคยแท้งเอง ๑ ครั้ง(G๒P๐A๑L๐) อายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ ๕ วัน ฝากครรภ์ไม่ครบ คุณภาพ รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๔.๔๐ น.ถึงเวลา ๐๘.๓๐ น.รวมเวลาที่รับไว้รักษา ๓ ชั่วโมง ๕๐ นาที ให้ ประวัตติ ๔๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับมีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี จึงรับไว้ในห้องคลอด เวลา ๐๔.๔๐ น. ตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท วัดระดับมดลูก ๓๕ เซนติเมตร ทารกท่าหัว ท้ายทอยอยู่ทางด้านหน้าข้างขวาของช่องเชิงกราน(ROA) ฟังเสียงหัวใจ ๑๒๐ ครั้งต่อนาที มดลูกหดตัวทุก ๒ นาทีระยะการหดตัว ๕๐ วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๙ เซนติเมตร ความบาง ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ระดับส่วนน้ำ +๑ ถุงน้ำคร่ำแตก สี น้ำคร่ำใสไม่มีซีเทาปน มีอาการชวนเบ่ง แรกรับวินิจฉัยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดิน พิจารณาให้คลอดเองทางช่องคลอด ให้นั่งนึ่งดอกอาหาร ให้สารน้ำ ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ทางเส้นเลือดหยด ๘๐ มิลลิลิตรปากมดลูกเปิดหมดเวลา ๐๔.๕๐ น. มารดาคลอดปกติ เวลา ๐๕.๐๕ น.ทารกเพศชาย น้ำหนัก ๓,๔๓๐ กรัม</p>	<p>หญิงชาวไทย อายุ ๒๒ ปี สภาพสมรสคู่ ตั้งครรภ์ที่ ๒ เคยคลอด ๑ ครั้งไม่เคยแท้ง บุตรมีชีวิตอยู่ ๑ คน (G๒P๑A๐L๑) อายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ ฝากครรภ์ครบคุณภาพ รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๔.๐๐ น.ถึงเวลา ๐๗.๓๐ น.รวมเวลาที่รับไว้รักษา ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที ให้ประวัตติ ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมีน้ำเดิน หลังจากนั้น ๓๐ นาทีเริ่มมีเจ็บครรภ์ เด็กดิ้นดี จึงรับไว้ในห้องคลอด เวลา ๐๔.๐๐ น. ตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๑ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๖/๖๘ มิลลิเมตรปรอท วัดระดับมดลูก ๓๓ เซนติเมตร ทารกท่าหัว ท้ายทอยอยู่ทางด้านหน้าข้างซ้ายของช่องเชิงกราน(LOA) ฟังเสียงหัวใจ ๑๒๘ ครั้งต่อนาที มดลูกหดตัวทุก ๒ นาทีระยะการหดตัว ๔๐ วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๓ เซนติเมตร ความบาง ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ระดับส่วนน้ำ ๐ ถุงน้ำคร่ำแตก สีน้ำคร่ำเขียวอ่อน มีซีเทาปน ติดเครื่องตรวจประเมินการทำงานของหัวใจทารกในครรภ์และประเมินการหดตัวของมดลูก (Electronic fetal monitoring: EFM)ได้ประมาณ ๕ นาที แปลผลยังไม่ได้ มีอาการชวนเบ่ง ๐๔. ๑๑ น.ปากมดลูกเปิดหมด แรกรับวินิจฉัยมีน้ำเดินก่อนกำหนดและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอด พิจารณาให้คลอดเองทางช่องคลอด</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๑ แสดงข้อมูลสรุปอาการและอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ของผู้ป่วย
กรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>คะแนนแอฟการ์(APGAR SCORE) ๙ ที่ ๑ นาทีเท่ากับ ๙ ที่ ๕ นาทีเท่ากับ ๑๐ และที่ ๑๐ นาทีเท่ากับ ๑๐ โปรท หลังคลอดให้ยา OXYTOCIN ๑๐ ยูนิต และผสมยา OXYTOCIN ๒๐ ยูนิตผสมกับ สารน้ำ ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ มิลลิเมตร หยดอัตรา ๑๐๐ มิลลิเมตรต่อชั่วโมง เวลา ๐๕.๐๙ น. รกคลอดครบหนัก ๖๕๐ กรัม หลังจากทำคลอดรก ตรวจและเย็บแผลฝีเย็บทางด้านขวา การฉีกขาดระดับสองเสร็จ ประเมินการเสียเลือดระหว่างการคลอดเท่ากับ ๒๕๐ มิลลิเมตร ประเมินระยะเวลาของการคลอด ระยะที่หนึ่ง ๕๐ นาที ระยะที่สอง ๑๕ นาที ระยะที่สาม ๔ นาที รวมระยะเวลาคลอด ๑ ชั่วโมง ๙ นาที เป็นภาวะคลอดเร็ว จึงให้ยา METHERGIN ๐.๒ MG ทางเส้นเลือด เวลา ๐๖.๐๐ น.จึงย้ายออกมาอนสังเกตอาการที่ห้องหลังคลอดต่อ เวลา ๐๗.๐๐ น.ประเมินพบว่ามึเลือดว่ามีเลือดออกจากช่องคลอดเป็นลักษณะก้อนเล็กๆ ๓๔๐ มิลลิลิตร แพทย์อัลตราซาวด์ไม่พบว่ามีเศษรกค้างในมดลูก ตรวจสอบพบมีปากมดลูกฉีกขาด มีเลือดไหลซึมออกจากแผลเรื่อยๆ รวมปริมาณเลือดหลังคลอด ๕๔๐ เป็นภาวะตกเลือดจึงให้สารน้ำเพิ่มเป็น ๐.๙%NNS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรทางเส้น LOAD ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรจากนั้นหยดอัตรา ๘๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ปัสสาวะไหลดีสีเหลือง ๒๐๐ มิลลิลิตรจากนั้นแพทย์จึงทำการเย็บแผลบริเวณปากมดลูกแต่ยังมีเลือดไหลซึมออกเรื่อยๆ ไม่รุนแรงจึงให้ประเมินต่อ เวลา ๐๘.๓๐ น.เลือดยังไม่หยุดซึมจากบริเวณรอยเย็บแผล แพทย์จึงพิจารณาขอส่งต่อโรงพยาบาลเดชอุดม รวมการเสียเลือดทั้งหมด ๖๐๐ มิลลิลิตร</p>	<p>มารดาคลอดปกติ ๐๔.๒๐ น.ทารกเพศชาย น้ำหนัก ๓,๓๑๐ กรัม คะแนนแอฟการ์(APGAR SCORE) ๙ ที่ ๑ นาทีเท่ากับ ๙ ที่ ๕ นาทีเท่ากับ ๑๐ และที่ ๑๐ นาทีเท่ากับ ๑๐ โปรท หลังคลอดให้ยา OXYTOCIN ๑๐ ยูนิต และผสมยา OXYTOCIN ๒๐ ยูนิตผสมกับ สารน้ำ ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ มิลลิเมตร หยดอัตรา ๑๐๐ มิลลิเมตรต่อชั่วโมง เวลา ๐๔.๓๒ น.รกคลอดครบหนัก ๕๔๐ กรัม หลังจากทำคลอดรก ตรวจและเย็บแผลทางด้านซ้าย การฉีกขาดระดับสองเสร็จ ประเมินการเสียเลือดระหว่างการคลอดเท่ากับ ๓๐๐ มิลลิเมตร ประเมินระยะเวลาของการคลอด ระยะที่หนึ่ง ๑ ชั่วโมง ๔๑ นาที ระยะที่สอง ๙ นาที ระยะที่สาม ๑๒ นาที รวมระยะเวลาคลอด ๒ ชั่วโมง ๒ นาที เป็นภาวะคลอดเร็ว จึงให้ยา METHERGIN ๐.๒ MG ทางเส้นเลือด และให้สารน้ำ ๐.๙%NNS ๑,๐๐๐มิลลิลิตรทางเส้นเลือดหยดในอัตรา ๘๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา ๐๕.๐๐ น.จึงย้ายออกมาอนสังเกตอาการที่ห้องหลังคลอดต่อ เวลา ๐๖.๐๐ น. ประเมินพบว่ามึเลือดว่ามีเลือดออกจากช่องคลอดเป็นลักษณะก้อนเลือด ๑๐๐ มิลลิลิตร มดลูกหดรัดตัวไม่ดี จึงให้ยา METHERGIN ๐.๒ MG ทางเส้นเลือดเพิ่มอีก เวลา ๐๖.๓๐ น. พบเลือดออกเพิ่มอีก ๑๐๐ มิลลิลิตร รวมทั้งสิ้นเป็น ๕๐๐ มิลลิลิตร แพทย์อัลตราซาวด์ไม่พบว่ามีเศษรกค้างในมดลูก ตรวจสอบไม่มีปากมดลูกฉีกขาด ให้ยา CYTOTEC ๔ tab เหน็บให้ทางทวารหนัก ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เวลา ๐๗.๓๐ น.ไม่พบมีเลือดออกเพิ่มเติม แต่มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดีปรึกษาสูติแพทย์ให้ส่งต่อ แพทย์จึงพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลเดชอุดม รวมการเสียเลือดทั้งหมด ๕๐๐ มิลลิลิตร</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๑ แสดงข้อมูลสรุปอาการและอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ของผู้ป่วย
กรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อ นาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ตรวจ ระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้วมือ ๗๘ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วมือ ๙๘ เปอร์เซ็นต์ ใน ระหว่างทางส่งต่อไม่มีภาวะ shock ไม่มีภาวะช็อก สัญญาณชีพ ชีพจรอยู่ในช่วง ๗๘-๙๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๘-๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๐ - ๑๔๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนใน เลือดที่ปลายนิ้วมือ ๙๘ เปอร์เซ็นต์ ตรวจไม่พบ เลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม</p>	<p>สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๕ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อ นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอทตรวจ ระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้วมือ ๘๘ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วมือ ๙๘ เปอร์เซ็นต์ ในระหว่างทางส่งต่อ ไม่มีภาวะช็อก ชีพจร ๘๕ - ๙๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ - ๑๑๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วมือ ๙๘ เปอร์เซ็นต์ ตรวจไม่พบมีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม</p>

จากตารางที่ ๑๑ อาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ที่เหมือนกัน
คือ มารดา มารดาโรงพยาบาลด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินก่อนมาถึงโรงพยาบาล คลอดปกติทางช่องคลอด
มีภาวะคลอดเร็ว และ ตรวจพบว่า มีภาวะตกเลือดในช่วง ๒ ชั่วโมงหลังคลอดเหมือนกัน แต่มีสาเหตุของการตก
เลือดแตกต่างกันแพทย์จึงพิจารณาให้การรักษาแก้ไขตามสาเหตุ โดยกรณีศึกษาที่ ๑ เกิดจากปากมดลูกฉีกขาดจึง
แก้ไขสาเหตุโดยการเย็บแผลที่ฉีกขาด ส่วนในกรณีศึกษาที่ ๒ เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีจึงให้ยาเหน็บทางทวาร
หนักเพิ่ม ทั้ง ๒ รายไม่มีภาวะช็อกและแพทย์พิจารณาส่งต่อเพื่ออยู่ในการดูแลของสูติแพทย์เพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นเหมือนกัน

๔.๗.๔ การวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ ๑๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>ระยะก่อนคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์ คลอดเนื่องจากมดลูกมีการหดตัว ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ เสี่ยงต่อการติดเชื้อใน โพรงมดลูกและทารกในครรภ์เนื่องจากการมีน้ำเดิน ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ มารดามีความกลัววิตก กังวลเกี่ยวกับการคลอด</p>	<p>ระยะก่อนคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์ คลอดเนื่องจากมดลูกมีการหดตัว ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ เสี่ยงต่อการติดเชื้อใน โพรงมดลูกและทารกในครรภ์เนื่องจากการมีน้ำเดิน ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ มารดามีความกลัววิตก กังวลเกี่ยวกับการคลอด</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ตามลำดับความสำคัญ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>ระยะคลอด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ เสี่ยงต่อการตกเลือดเนื่องจากการคลอด</p>	<p>ระยะคลอด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ เสี่ยงต่อการตกเลือดเนื่องจากการคลอด</p>
<p>ระยะหลังคลอด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๕ มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการฉีกขาดของปากมดลูก</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๖ มารดาและญาติมีความวิตกกังวลกลัวอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๗ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคระหว่างการส่งต่อเนื่องจากการเสียเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด</p>	<p>ระยะหลังคลอด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๕ มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการฉีกขาดของปากมดลูก</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๖ มารดาและญาติมีความวิตกกังวลกลัวอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๗ มีโอกาสเกิดภาวะช็อคระหว่างการส่งต่อเนื่องจากการเสียเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด</p>

จากตารางที่ ๑๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ รายที่ ๒ พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน แตกต่างกันในข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๖ ที่สาเหตุของการตกเลือดแตกต่างกัน

๔.๗.๕ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล)

ตารางที่ ๑๓ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะก่อนคลอด

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑</p> <p>ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกมีการหดตัว</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑</p> <p>ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกมีการหดตัว</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p> <p>มารดาไม่สุขสบายจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดเหมือนกันทั้งสองราย</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๓ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะก่อนคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = มารดาบอกเจ็บครรภ์และมีน้ำเดินก่อนมา ร.พ. ๔๐ นาที เจ็บครรภ์มาก</p> <p>O = สังเกตมารดานิวหน้า คิ้วขมวด ร้องคราง บิดตัวไปมาประเมิน pain score = ๘ คะแนน ตรวจประเมิน มดลูกมีการหดรัดตัว Interval ๒ นาที Duration ๕๐ วินาที ตรวจปากมดลูกเปิด ๙ ซม. ความบาง ๑๐๐% ระดับส่วนน้ำ +๑ ถุงน้ำแตก สีน้ำคร่ำใส</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = มารดาบอกมีน้ำเดินก่อนมา ๒ ชั่วโมงและเจ็บครรภ์ ก่อนมา ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที มีอาการเจ็บมาก</p> <p>O = สังเกตมารดานิวหน้า คิ้วขมวด ตรวจประเมิน มดลูกมีการหดรัดตัวประเมิน pain score = ๗ คะแนน Interval ๒ นาที Duration ๕๐ วินาที ตรวจปากมดลูกเปิด ๓ ซม. ความบาง ๑๐๐% ระดับส่วนน้ำ ๐ ถุงน้ำแตก สีน้ำคร่ำมีซีเทาปน</p>	<p>แตกต่างกันในสาเหตุและอาการมาของโรงพยาบาลมีน้ำเดินและเจ็บครรภ์</p> <p>คลอดแตกต่างกันในข้อมูลรายละเอียดการประเมินและการตรวจร่างกาย การประเมิน pain score การหดรัดตัวของมดลูกการเปิดของปากมดลูก</p>
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้เหมาะสมและปลอดภัย</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้เหมาะสมและปลอดภัย</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑.ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามคำบอก</p> <p>๒.มารดาไม่ร้องเสียงดัง ไม่ดิ้น</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑.ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามคำบอก</p> <p>๒.มารดาไม่ร้องเสียงดัง ไม่ดิ้น</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แจ้งอาการมารดาและญาติ อธิบายอาการเจ็บครรภ์ที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกและการเปิดของปากมดลูก</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แจ้งอาการมารดาและญาติ อธิบายอาการเจ็บครรภ์ที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก และการเปิดของปากมดลูก</p>	<p>แตกต่างกันในรายละเอียดของการให้คำแนะนำในการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดในแต่ระยะของการเปิดของปากมดลูก</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๓ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะก่อนคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๒.สอนการหายใจในระยะปากมดลูกเปิด ๘-๑๐ ช.ม.แบบเร็ว ตื้น เเบา และเป่าออก (Shallow breathing with forced blowing out) โดยการหายใจเข้าออกทางปากตื้นๆ เร็วๆ เเบาๆ ๔ ครั้ง ติดต่อกัน แล้วเป่าลมออกปาก ๑ ครั้ง</p> <p>๓.ย้ายมารดาเข้าห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๒.สอนการหายใจแก่ผู้คลอด ในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน ๓ ชม. แนะนำการหายใจแบบช้า (Slow deep chest breathing) ระยะปากมดลูกเปิด ๔-๗ ชม. ควรแนะนำการหายใจแบบเร็ว ตื้น และเบา (Shallow accelerant decelerated breathing) ในระยะปากมดลูกเปิด ๘-๑๐ ช.ม. ควรแนะนำการหายใจแบบเร็ว ตื้น เเบา และเป่าออก (Shallow breathing with forced blowing out) โดยการหายใจเข้าออกทางปากตื้นๆ เร็วๆ เเบาๆ ๔ ครั้ง ติดต่อกันแล้วเป่าลมออกปาก ๑ ครั้ง</p> <p>๓.ย้ายมารดาเข้าห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด</p>	
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดาไม่ร้องเสียงดังไม่ดิ้นไปมา มีบิตตัวและคราง หายใจตามคำแนะนำได้บางครั้ง ให้ความร่วมมือในการย้ายเข้าห้องคลอด</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดาร้องเสียงดัง บิตตัวและคราง หายใจตามคำแนะนำได้บางครั้ง ปากมดลูกเปิดเร็วจึงห้คำแนะนำได้ไม่ตามระยะเวลาเปิดของปากมดลูก ให้ความร่วมมือในการย้ายเข้าห้องคลอด</p>	<p>แตกต่างกันในกรณีศึกษาที่ ๑ ปฏิบัติการหายใจตามคำแนะนำได้ ไม่ดิ้นไม่ร้องเสียงดัง ส่วนในรายที่ ๒ หายใจตามคำแนะนำได้ บางครั้ง</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๓ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒</p> <p>เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากมีน้ำเดิน</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒</p> <p>เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากมีน้ำเดิน</p>	<p>ไม่แตกต่างกันใน</p> <p>ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากทั้งสองรายมีน้ำเดินมาจากบ้านจึงมีโอกาสติดเชื้อได้ทั้งสองราย</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = มารดาบอกเจ็บครรภ์พร้อมกับมีน้ำเดินก่อนมา ๔๐ นาที</p> <p>O = ตรวจภายในพบถุงน้ำแตก น้ำคร่ำสีใส ไม่มีกลิ่นเหม็น</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = มารดาบอกมีน้ำเดินมา ๒ ชั่วโมง เจ็บครรภ์มา ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที</p> <p>O = ตรวจภายในพบถุงน้ำแตก น้ำคร่ำเขียวมีซีเทาปน</p>	<p>แตกต่างกันใน</p> <p>รายละเอียดของข้อมูลสนับสนุนตามอาการของกรณีศึกษา</p>
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อของโพรงมดลูกและทารกในครรภ์</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อของโพรงมดลูกและทารกในครรภ์</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้</p> <p>๒. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติ ๑๒๐-๑๖๐ ครั้งต่อนาที</p> <p>๓. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่แสดงถึงภาวะติดเชื้อ</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้</p> <p>๒. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติ ๑๒๐-๑๖๐ ครั้งต่อนาที</p> <p>๓. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่แสดงถึงภาวะติดเชื้อ</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. แรกรับให้มารดาเปลี่ยนเสื้อผ้าที่จัดให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้สังกตสี กลิ่นน้ำคร่ำ</p> <p>๒. วัดสัญญาณชีพแรกรับและทุก ๔ ชั่วโมง</p> <p>๓. ฟังเสียงหัวใจทารกหรือประเมินด้วย</p> <p>๔. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อน-หลังการให้การพยาบาล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. แรกรับให้มารดาเปลี่ยนเสื้อผ้าที่จัดให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้สังกตสี กลิ่นน้ำคร่ำ</p> <p>๒. วัดสัญญาณชีพแรกรับและทุก ๔ ชั่วโมง</p> <p>๓. ฟังเสียงหัวใจทารกและหรือประเมินด้วย Electronic fetal monitoring</p>	<p>แตกต่างกันในการ</p> <p>พยาบาลเรื่องการฟังเสียงหัวใจทารกในกรณีศึกษารายที่ ๑ ปากมดลูกเปิด ๙ เซนติเมตรชวนแบ่ง</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๓ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๕.ส่ง CBC ไว้ตามแนวปฏิบัติ</p> <p>๖.รายงานแพทย์เมื่อพบมีภาวะผิดปกติ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๔.ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อน-หลังการให้การพยาบาล</p> <p>๕.ส่ง CBC ไว้ตามแนวปฏิบัติ</p> <p>๖.รายงานแพทย์เมื่อพบมีภาวะผิดปกติ</p>	<p>จึงฟังเสียงหัวใจ</p> <p>เท่านั้น ส่วนในรายที่ ๒ ติดเครื่องได้เพียง ๕ นาทีจนแบ่งปากมดลูกเปิดหมดจึงย้ายเข้าห้องคลอด</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>๑.สัญญาณชีพไม่มีสัญญาณการติดเชื้อ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>๒.เสียงหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๒๐ ครั้งต่อนาที</p> <p>๓.ผลการตรวจ CBC แรกรับไม่แสดงว่าติดเชื้อ ตรวจครั้งที่ ๒ หลังคลอด พบมีค่าผิดปกติ WBC ๑๖๓๐๐ PMN ๘๒ Lymphocyte ๕</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>๑.สัญญาณชีพไม่มีสัญญาณการติดเชื้อ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๑ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๖/๖๘ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>๒.เสียงหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๒๘ ครั้ง/นาที</p> <p>๓.ผลการตรวจ CBC แรกรับไม่แสดงว่าติดเชื้อ</p>	<p>ก่อนคลอด</p> <p>กรณีศึกษาไม่มี</p> <p>อาการแสดงถึงภาวะติดเชื้อทั้งสองรายเหมือนกัน</p> <p>กรณีศึกษาที่ ๑ พบ</p> <p>หลังคลอดมีการตรวจเลือดพบค่าผิดปกติ</p> <p>อาจแสดงถึงภาวะติดเชื้อ</p> <p>มีความแตกต่างในการตรวจสัญญาณชีพและเสียงหัวใจทารกในเฉพาะราย</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๓ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะเวลาก่อนคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓</p> <p>มารดามีความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓</p> <p>มารดามีความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด</p>	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเหมือนกัน
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = มารดาบอกกังวลเกี่ยวกับการคลอด กลัวความเจ็บปวดและกลัวการคลอด</p> <p>O = G๒P๐A๑L๐ มารดามีสีหน้ากังวล คิ้วขมวด ขณะตรวจและแจ้งผลการตรวจมอหยาญาติ</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = มารดาบอกกังวลเกี่ยวกับการคลอด กลัวจะผิดปกติ ถ้าพยาบาลจะคลอดได้ไหม</p> <p>O = G๒P๑ A๐L๑ ตรวจปากมดลูกเปิด ๓ ซม. ความบาง ๑๐๐% ระดับส่วนนำ ๐ ฤงน้ำแตก สีน้ำคร่ำมีซีเทาปน</p>	แตกต่างกันสาเหตุของความกลัว กรณีศึกษาที่ ๑ กลัวการเจ็บปวดและการคลอด ส่วนในกรณีที่ ๒ กังวลว่าได้รับอันตรายจากการคลอดเท่านั้น
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้มารดาและญาติ คลายความกังวล และมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้มารดาและญาติ คลายความกังวล และมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย</p>	ไม่แตกต่างกัน
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑.ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการ</p> <p>๒.กล้าซักถามเพิ่มเติมเมื่อมีข้อสงสัย</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑.ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการ</p> <p>๒.กล้าซักถามเพิ่มเติมเมื่อมีข้อสงสัย</p>	ไม่แตกต่างกัน
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามีส่วนร่วม อธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของอาการเจ็บครรภ์ขั้นตอนการคลอด และแผนการพยาบาล พร้อมกับเปิดโอกาสให้ถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งให้ความมั่นใจในการดูแล และให้กำลังใจ แจ่มแจ้งอาการให้ทราบทุกครั้งที่ทำกรประเมินและการปฏิบัติพยาบาล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑ .เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมอธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของอาการเจ็บครรภ์ขั้นตอนการคลอด และแผนการพยาบาล พร้อมกับเปิดโอกาสให้ถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งให้ความมั่นใจในการดูแล และให้กำลังใจ แจ่มแจ้งอาการให้ทราบทุกครั้งที่ทำกรประเมินและการปฏิบัติพยาบาล</p>	ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๓ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะก่อนคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
กิจกรรมการพยาบาล ๒. พูดคุยกับมารดาและญาติด้วยท่าที่เป็นมิตร ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล	กิจกรรมการพยาบาล ๒. พูดคุยกับมารดาและญาติด้วยท่าที่เป็นมิตร ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล	ไม่แตกต่างกัน
การประเมินผลการพยาบาล ๑. มารดาให้ความร่วมมือ ๒. ไม่มีข้อสงสัยซักถามเพิ่มเติม	การประเมินผลการพยาบาล ๑. มารดาให้ความร่วมมือ ๒. ไม่มีข้อสงสัยซักถามเพิ่มเติม	ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ ๑๔ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะคลอด

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ เสี่ยงต่อการตกเลือดเนื่องจากการคลอด	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ เสี่ยงต่อการตกเลือดเนื่องจากการคลอด	มารดาทั้งสองรายมีความเสี่ยงในการตกเลือดเหมือนกัน
ข้อมูลสนับสนุน S = มารดาบอกเจ็บครรภ์พร้อมกับมีน้ำเดินก่อนมา ๔๐ นาที O = G๒PoA๑Lo ประเมินระยะเวลาของการคลอด ระยะที่หนึ่ง ๕๐ นาที ระยะที่สอง ๑๕ นาที ทารกน้ำหนัก ๓๔๓๐ กรัม ความเข้มข้นของเลือดแรกจับ ๓๓%	ข้อมูลสนับสนุน S = มารดาบอกเจ็บครรภ์ก่อนมา ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที O = G๒P๑ AoL๑ ประเมินระยะเวลาของการคลอด ระยะที่หนึ่ง ๑ ชั่วโมง ๔๑ นาที ระยะที่สอง ๙ นาที ทารกน้ำหนัก ๓๓๑๐	มีความคล้ายคลึงในข้อมูลสนับสนุนกันถึงสาเหตุของการตกเลือดทั้งสองรายมีระยะเวลาเจ็บครรภ์และเวลาคลอดสั้นซึ่งอาจเกิดจากการหดตัวรุนแรงและคลอดทารกค่อนข้างโต ทำให้มดลูกอาจมีอาการเมื่อยล้าหดตัวไม่ดีหลังทารกคลอดและการคลอดเร็วอาจทำให้มีการบาดเจ็บหรือฉีกขาดของช่องทางคลอดเป็นสาเหตุของการตกเลือด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๔ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะคลอด

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ เสี่ยงต่อการตกเลือดเนื่องจากการคลอด	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ เสี่ยงต่อการตกเลือดเนื่องจากการคลอด	มารดาทั้งสองรายมีความเสี่ยงในการตกเลือดเหมือนกัน
ข้อมูลสนับสนุน S = มารดาบอกเจ็บครรภ์พร้อมกับมีน้ำเดินก่อนมา ๔๐ นาที O = G๒P๐A๑L๐ ประเมินระยะเวลาของการคลอด ระยะที่หนึ่ง ๕๐ นาที ระยะที่สอง ๑๕ นาที ทารกน้ำหนัก ๓๔๓๐ กรัม ความเข้มข้นของเลือดแรกรับ ๓๓%	ข้อมูลสนับสนุน S = มารดาบอกเจ็บครรภ์ก่อนมา ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที O = G๒P๑ A๐L๑ ประเมินระยะเวลาของการคลอด ระยะที่หนึ่ง ๑ ชั่วโมง ๔๑ นาที ระยะที่สอง ๙ นาที ทารกน้ำหนัก ๓๓๑๐	มีความคล้ายคลึงในข้อมูลสนับสนุนกันถึงสาเหตุของการตกเลือดทั้งสองรายมีระยะเวลาเจ็บครรภ์และเวลาคลอดสั้นซึ่งอาจเกิดจากการหดตัวรุนแรงและคลอดทารกค่อนข้างโต ทำให้มดลูกอาจมีอาการเมื่อยล้าหดตัวไม่ดีหลังทารกคลอดและการคลอดเร็วอาจทำให้มีการบาดเจ็บหรือฉีกขาดของช่องทางการคลอดเป็นสาเหตุของการตกเลือด
วัตถุประสงค์ ป้องกันภาวะตกเลือดจากการคลอด	วัตถุประสงค์ ป้องกันภาวะตกเลือดจากการคลอด	ไม่แตกต่างกัน
เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดภาวะตกเลือดเสียเลือดจากการคลอด ไม่เกิน ๕๐๐ มิลลิลิตร	เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดภาวะตกเลือดเสียเลือดจากการคลอด ไม่เกิน ๕๐๐ มิลลิลิตร	ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๔ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ทำ Active management ในระยะที่ ๓ ของการคลอดตามวิธีปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ถุงตวงเลือดหลังทารกคลอด เมื่อคลอดไหล่หน้าของทารกให้ Oxytocin ๑๐ ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือฉีดภายใน ๑ นาทีหลังทารกคลอด Delay cord clamping (อย่างน้อย ๖๐ วินาทีถ้าเด็ก vigorous) ทำคลอดตรรกปกติ/ Control cord traction หลังรกคลอดให้ Oxytocin ๒๐ ยูนิต ผสมในน้ำเกลือ ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร. หยดในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตร./ชั่วโมง หลังรกคลอดทำ Uterine Massage ๑ นาที หรือจนมดลูกหดรัดตัวดี</p> <p>๒. ป้องกันและตรวจสอบสาเหตุตามที่อาจทำให้เกิดเลือด check ๔T ได้แก่ tone, trauma, tissue, thrombin วัด สัญณชีพหลังรกคลอดและทุก ๑๕ นาที อยู่ในห้องคลอดจนกว่าจะย้ายออกจากห้องคลอด เย็บแผลให้เรียบร้อยตามวิธีปฏิบัติ</p> <p>๓. สังเกตลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพื่อประเมินความรุนแรง</p> <p>๔. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างโดยสวนปัสสาวะเมื่อมีกระเพาะปัสสาวะเต็ม</p> <p>๕. ดูแลให้ Methergine ๐.๒ มิลลิกรัม ทางเส้นเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ทำ Active management ในระยะที่ ๓ ของการคลอดตามวิธีปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ถุงตวงเลือดหลังทารกคลอด เมื่อคลอดไหล่หน้าของทารกให้ Oxytocin ๑๐ ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือฉีดภายใน ๑ นาทีหลังทารกคลอด Delay cord clamping (อย่างน้อย ๖๐ วินาทีถ้าเด็ก vigorous) ทำคลอดตรรกปกติ/ Control cord traction หลังรกคลอดให้ Oxytocin ๒๐ ยูนิต ผสมในน้ำเกลือ ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร. หยดในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตร./ชั่วโมง หลังรกคลอดทำ Uterine Massage ๑ นาที หรือจนมดลูกหดรัดตัวดี</p> <p>๒. ป้องกันและตรวจสอบสาเหตุตามที่อาจทำให้เกิดเลือด check ๔T ได้แก่ tone, trauma, tissue, thrombin วัด สัญณชีพหลังรกคลอดและทุก ๑๕ นาที อยู่ในห้องคลอดจนกว่าจะย้ายออกจากห้องคลอด เย็บแผลให้เรียบร้อยตามวิธีปฏิบัติ</p> <p>๓. สังเกตลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพื่อประเมินความรุนแรง</p> <p>๔. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างโดยสวนปัสสาวะเมื่อมีกระเพาะปัสสาวะเต็ม</p> <p>๕. ดูแลให้ Methergine ๐.๒ มิลลิกรัม ทางเส้นเลือด และให้ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร หยดในอัตรา ๘๐ มิลลิลิตรต่อ นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์</p>	<p>ให้การการพยาบาลในแนวทางเดียวกัน แตกต่างกันในการรักษา มารดากรณีที่ ๒ ได้รับสารน้ำ ๐.๙%NSS เพิ่ม</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๔ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะคลอด(ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๖.ย้ายมารดาสังเกตอาการต่อที่ห้องหลังคลอด คลึงมดลูกให้และสอนมารดาคลึงมดลูกเองทุก ๕ นาที</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>๕.ดูแลให้ Methergine ๐.๒ มิลลิกรัม ทางเส้นเลือด และให้ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร หยดในอัตรา ๘๐ มิลลิลิตรต่อ นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>๖.ย้ายมารดาสังเกตอาการต่อที่ห้องหลังคลอด คลึงมดลูกให้และสอนมารดาคลึงมดลูกเองทุก ๕ นาที</p>	
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ไม่เกิดภาวะตกเลือดระยะคลอด</p> <p>ประเมินการเสียเลือด ๒๕๐ มิลลิลิตร</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ไม่เกิดภาวะตกเลือดระยะคลอด</p> <p>ประเมินการเสียเลือด ๓๐๐ มิลลิลิตร</p>	<p>ทั้งสองรายไม่มีภาวะตกเลือดในระยะคลอดแตกต่างกันในปริมาณการเสียเลือดมากกว่ากรณีศึกษาที่ ๑</p>

ตารางที่ ๑๕ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะหลังคลอด

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๕</p> <p>มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการฉีกขาดของปากมดลูก</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๕</p> <p>มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการฉีกขาดของปากมดลูก</p> <p>รัดตัวไม่ดี</p>	<p>มีภาวะตกเลือดเหมือนกันทั้งสองกรณีศึกษา แตกต่างกันในสาเหตุของการตกเลือด</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = มารดาบอกรู้สึกเลือดออก</p> <p>O = ประเมินอาการ ๑ ชั่วโมงหลังคลอด พบมีเลือดออกเพิ่ม ๓๔๐ มิลลิลิตร ตรวจพบมีการฉีกขาดของปากมดลูก รวมการเสียเลือด ๖๐๐ มิลลิลิตร</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = -</p> <p>O = ประเมินอาการ ๑ ชั่วโมงหลังคลอด พบมีเลือดออกเพิ่ม ๑๐๐ มิลลิลิตร มดลูกหดตัวไม่ดี และออกเพิ่มอีกในเวลาต่อมา รวม ๕๐๐ มิลลิลิตร</p>	<p>ประเมินพบสาเหตุของการตกเลือดในช่วงหลังคลอด ๑ ชั่วโมงเหมือนกัน แตกต่างกันในสาเหตุของการตกเลือด</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๕ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะเวลาหลังคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
วัตถุประสงค์ เพื่อให้เลือดออกลดลง ปลอดภัยจากภาวะ ตกเลือด ไม่เกิดภาวะช็อก	วัตถุประสงค์ เพื่อให้เลือดออกลดลง ปลอดภัยจากภาวะ ตกเลือด ไม่เกิดภาวะช็อก	ไม่แตกต่างกัน
เกณฑ์การประเมินผล ๑.เลือดหยุดไหล ๒.สัญญาณชีพปกติ	เกณฑ์การประเมินผล ๑.เลือดหยุดไหล ๒.สัญญาณชีพปกติ	ไม่แตกต่างกัน
กิจกรรมการพยาบาล ๑.แจ้งแพทย์เวรรับทราบ ประเมินและ บันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ๒. ปรับเพิ่ม ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ มิลลิลิตร. + oxytocin ๒๐ ยูนิท ขึ้นเป็น ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ๓. ให้ยา Methergin ๐.๒ มิลลิกรัม ทาง เส้นเลือด ๔. ให้สารน้ำ ๐.๙ NSS ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ทางเส้นเลือด load ๕๐๐ มิลลิลิตร จากนั้น ให้อัครา ๘๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง. ๕.ส่งตรวจ CBC PT INR จอจ PRC group A ๒ ยูนิทไว้ ๕. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ให้ ๖.เตรียมมารดา จัดท่า เตรียมอุปกรณ์ ตรวจอัลตราซาวด์ และตรวจภายใน ๗.ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการเย็บแผล ปากมดลูก ๘.สังเกตการหดตัวของมดลูก ปริมาณ เลือดที่ออกเพิ่มทั้งจากมดลูกและจากแผล ๙.เตรียมส่งต่อตามคำแนะนำของสูติ แพทย์	กิจกรรมการพยาบาล ๑.แจ้งแพทย์เวรรับทราบ ประเมินและ บันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ๒. ปรับเพิ่ม ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ มิลลิลิตร + oxytocin ๒๐ ยูนิท ขึ้นเป็น ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ๓. ให้ Methergine ๐.๒ มิลลิกรัม ทุก ๑๕ นาที ๒ ครั้ง ตามแผนการรักษา คลื่น มดลูกให้ จนหดตัวดี ๔. Load ๐.๙ NSS ๕๐๐ มิลลิลิตร.และ ให้ต่อในอัตรา ๘๐มิลลิลิตรชั่วโมง ๕. ส่งตรวจ CBC PT INR จอจ PRC group B ๒ ยูนิท ไว้ ๖. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ให้ ๗. เตรียมจัดทำมารดา ช่วยแพทย์ในการ ตรวจอัลตราซาวด์และตรวจภายใน ๘. ให้ยา Cytotec ๔ tab เหน็บทางทวาร หนัก ตามแผนการรักษา ๙. เตรียมส่งต่อตามคำแนะนำของสูติ แพทย์	การพยาบาล เหมือนกันในการช่วย ให้สารน้ำ ช่วยเตรียม มารดาและอุปกรณ์ เพื่อตรวจอัลตรา ซาวด์และตรวจ ภายในเพื่อหาสาเหตุ ของการตกเลือด การพยาบาลแตกต่าง กันในการดูแลตาม สาเหตุของการตก เลือดในกรณีศึกษาที่ ๑ ตรวจพบมีการฉีก ขาดของปากมดลูก ช่วยเตรียมอุปกรณ์ และเข้าช่วยแพทย์ทำ หัตถการเย็บแผล ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ พบมดลูกหดตัวไม่ ดี ช่วยให้อาการระตุน การหดตัวของมด ลูกตามคำสั่งแพทย์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๕ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะเวลาหลังคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินเลือดยั่งซึมจากแผลไม่หยุดแพ็พพิจนาส่งต่อ</p> <p>๒. สัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติ ไม่แสดงสัญญาณของภาวะช็อก</p> <p>อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินเลือดหยุดไหล มีซึ่มติดผ้าอนามัยเล็กน้อยแต่มีคลุกยังหดตัวไม่ดี</p> <p>๒. สัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติ ไม่แสดงสัญญาณของภาวะช็อก</p> <p>อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๕ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต</p>	<p>แตกต่างกันการแก้ไขตามสาเหตุ</p> <p>กรณีศึกษาที่ ๑ หลังเย็บแผลปากมดลูกยังมีเลือดซึมจากแผล</p> <p>กรณีศึกษาที่ ๒ หลังให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกยังไม่ดี แต่ไม่มีเลือดออกเพิ่ม</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒</p> <p>มารดาและญาติวิตกกังวล กลัวอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒</p> <p>มารดาและญาติวิตกกังวล กลัวอันตรายจากการตกเลือดหลังคลอด</p>	<p>มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการตกเลือดเหมือนกันทั้งสองกรณีศึกษา</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S =มารดาถามจะอันตรายมากไหม</p> <p>O=ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลและสอบถามอาการเพิ่มหลังจากแจ้งว่ามารดาตกเลือดและจะได้รับการส่งต่อ รีบโทรแจ้งสามีของมารดาคลอด</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S =มารดาถามจะอันตรายมากไหม</p> <p>O=ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลและสอบถามอาการเพิ่มหลังจากแจ้งว่ามารดาตกเลือดและจะได้รับการส่งต่อ</p>	<p>กรณีศึกษาทั้งสองรายมีญาติมาเฝ้าคลอดและมีความกังวลสอบถามพยาบาลเหมือนกัน</p> <p>สองรายกรณีศึกษาที่ ๒ สามีไม่ได้อยู่ด้วยญาติจึงโทรแจ้ง</p>
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้มารดาและญาติ คลายความกังวลและมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้มารดาและญาติ คลายความกังวลและมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑.ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการ</p> <p>๒.กล้าซักถามเพิ่มเติมเมื่อมีข้อสงสัย</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑.ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการ</p> <p>๒.กล้าซักถามเพิ่มเติมเมื่อมีข้อสงสัย</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๕ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะหลังคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.อธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของโรคและแผนการรักษาพยาบาลพร้อมกับเปิดโอกาสให้ถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งให้ความมั่นใจในการดูแล รวมทั้งช่วยอธิบายกับสามีของมารดาทางโทรศัพท์ให้เข้าใจให้คลายกังวล ให้กำลังใจ แจ้งอาการให้ทราบทุกครั้งที่ทำกรพยาบาล</p> <p>๒.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและเป็นกันเอง</p> <p>๓.อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้เป็นระยะในช่วงที่ไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลหรือทำหัตถการกับมารดาเพื่อให้ญาติได้พูดคุยให้กำลังใจแก่มารดา</p> <p>๔.ขณะส่งต่อให้ญาตินั่งใกล้ชิดกับมารดาโดยที่ไม่กีดขวางการทำหัตถการ แจ้งอาการทุกครั้งที่ทำกรพยาบาลหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.อธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของโรคและแผนการรักษาพยาบาลพร้อมกับเปิดโอกาสให้ถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งให้ความมั่นใจในการดูแล และให้กำลังใจ แจ้งอาการให้ทราบทุกครั้งที่ทำกรพยาบาล</p> <p>๒.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและเป็นกันเอง</p> <p>๓.อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้เป็นระยะในช่วงที่ไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลหรือทำหัตถการกับมารดาเพื่อให้ญาติได้พูดคุยให้กำลังใจแก่มารดา</p> <p>๔.ขณะส่งต่อให้ญาตินั่งใกล้ชิดกับมารดาโดยที่ไม่กีดขวางการทำหัตถการ แจ้งอาการทุกครั้งที่ทำกรพยาบาลหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง</p>	<p>การพยาบาลทั้งสองรายคล้ายคลึงกัน แตกต่างกันในข้อ ๑ กรณีศึกษาที่ ๑ สามีทำงานไม่ได้มาคลอดด้วยจึงอธิบายทางโทรศัพท์ด้วย</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>๑.มารดาให้ความร่วมมือ</p> <p>๒.มารดาและไม่มีข้อสงสัยซักถามเพิ่มเติม</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>๑.มารดาให้ความร่วมมือ</p> <p>๒.มารดาและญาติไม่มีข้อสงสัยซักถามเพิ่มเติม</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๕ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะเวลาหลังคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๗</p> <p>มีโอกาสเกิดภาวะช็อกระหว่างส่งต่อเนื่องจาก การเสียเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๗</p> <p>มีโอกาสเกิดภาวะช็อกระหว่างส่งต่อเนื่องจาก การเสียเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด</p>	<p>มารดาได้รับการส่งต่อเหมือนกันทั้งสอง</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = -</p> <p>O = มารดาตกเลือดหลังคลอด มีเลือดออก ๖๐๐ มิลลิลิตร มีแผลปากมดลูกหลังแพทย์เย็บยังมีเลือดซึมออกไม่หยุด</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S = -</p> <p>O = มารดาตกเลือดหลังคลอด มีเลือดออก ๕๐๐ มิลลิลิตรจากมดลูกหดตัวไม่ดี หลังให้ยาเลือดหยุดแต่มดลูกยังหดตัวไม่ดีแพทย์จึงพิจารณาส่งต่อ</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุนต่างกันตามสาเหตุและปริมาณของการเสียเลือด</p>
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>มารดาปลอดภัย ไม่เกิดภาวะช็อกระหว่างเดินทาง</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>มารดาปลอดภัย ไม่เกิดภาวะช็อกระหว่างเดินทาง</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>๒. เลือดออกทางช่องคลอดในปริมาณปกติ ชุ่มผ้าอนามัยไม่เกิน ๑ ผืนต่อชั่วโมง</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>๒. เลือดออกทางช่องคลอดในปริมาณปกติ ชุ่มผ้าอนามัยไม่เกิน ๑ ผืนต่อชั่วโมง</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประสานการส่งต่อส่งข้อมูลกับศูนย์ประสานโรงพยาบาลปลายทาง</p> <p>๒. ประเมินและบันทึก อาการ ความรู้สึกตัว และปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด และสัญญาณชีพตั้งแต่ก่อนออกเดินทาง ระหว่างเดินทางรถทุก ๑๕ นาที และเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง</p> <p>๓. ตรวจสอบและดูแลมดลูกให้หดตัวดี โดยคลึงมดลูกและกดไล่เลือดให้เป็ระยะ เพื่อป้องกันเลือดออกเพิ่มจากมดลูกหดตัวไม่ดี</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประสานการส่งต่อส่งข้อมูลกับศูนย์ประสานโรงพยาบาลปลายทาง</p> <p>๒. ประเมินและบันทึก อาการ ความรู้สึกตัว และปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด และสัญญาณชีพตั้งแต่ก่อนออกเดินทาง ระหว่างเดินทางรถทุก ๑๕ นาที และเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง</p> <p>๓. ตรวจสอบและดูแลมดลูกให้หดตัวดี โดยคลึงมดลูกและกดไล่เลือดให้เป็ระยะ</p>	<p>ไม่แตกต่างกัน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ตารางที่ ๑๕ แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ระยะเวลาหลังคลอด (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๔. ดูแลควบคุมสารน้ำ ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร+ oxytocin ๒๐ ยูนิทหยดในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรหยดอัตรา ๘๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา</p> <p>๕.ดูแลสายสวนปัสสาวะ ไม่ให้พับงอเพื่อปัสสาวะไหลดีป้องกันการกีดขวางการหดตัวของมดลูก</p> <p>๖.เมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทางส่งข้อมูลให้กับพยาบาลรับส่งต่ออย่างละเอียด</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๔. ดูแลควบคุมสารน้ำ ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร+ oxytocin ๒๐ ยูนิทหยดในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรหยดอัตรา ๘๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา</p> <p>๕.ดูแลสายสวนปัสสาวะ ไม่ให้พับงอเพื่อปัสสาวะไหลดีป้องกันการกีดขวางการหดตัวของมดลูก</p> <p>๖.เมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทางส่งข้อมูลให้กับพยาบาลรับส่งต่ออย่างละเอียด</p>	ไม่แตกต่างกัน
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>๑.มารดาไม่มีภาวะช็อก สัญญาณชีพชีพจรอยู่ในช่วง ๗๘-๙๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๘-๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๐ - ๑๔๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วมือ ๙๘ เปอร์เซ็นต์</p> <p>๒.มีเลือดติดข้อมือนามัยเล็กครึ่งฝืน</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>สัญญาณชีพ ชีพจร ๘๕ - ๙๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ - ๑๑๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วมือ ๙๘ เปอร์เซ็นต์</p> <p>๒.เลือดออกข้อมือนามัยครึ่งฝืน</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>มารดาปลอดภัยไม่มีภาวะช็อกทั้งสองรายแตกต่างกันข้อมูล การตรวจสัญญาณชีพ และปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด</p>

ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กรณีศึกษาที่ ๑ เกิดเนื่องจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด กรณีศึกษาที่ ๒ เกิดจากการมดลูกหดตัวไม่ดี ในกระบวนการพยาบาลมีแนวปฏิบัติในการดูแลที่ชัดเจนทำให้การวินิจฉัย รักษาและส่งต่อมีประสิทธิภาพ มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

๔.๗.๖ สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>มารดาหญิงไทยอายุ ๓๔ ปี เข้ารับบริการที่ห้องคลอด วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ G๒PoA๑Lo GA ๓๘⁺๔ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินก่อนมา ๔๐ นาที คลอดปกติทางช่องคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนัก ๓๔๓๐ กรัม เสียเลือดในห้องคลอด ๒๕๐ มิลลิลิตร ย้ายออกมาห้องหลังคลอด ๑ ชั่วโมง แรกประเมนพบมีเลือดออกลักษณะเป็น blood clot ก้อนเล็กๆรวม ๓๔๐ มิลลิลิตร ตรวจสอบมีมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีปากมดลูกฉีกขาดเป็นแผล มีเลือดไหลจากแผล แพทย์เย็บแผลให้เลือดออกลดลงแต่ยังไม่หยุดซึม พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลเดชอุมด้วยภาวะตกเลือดหลังคลอดจากปากมดลูกฉีกขาด เลือดออกรวม ๖๐๐ มิลลิลิตร ระหว่างทางส่งต่อไม่มีเลือดออกเพิ่ม ติดตามอาการ admit ที่ตึกสูติกรรมโรงพยาบาลเดชอุม ๒ วันจึงจำหน่าย</p>	<p>มารดาหญิงไทยอายุ ๒๒ ปี เข้ารับบริการที่ห้องคลอด วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ G๒PoA๑Lo อายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ มาด้วยอาการมีน้ำเดินก่อนมา ๒ ชม. และเจ็บครรภ์คลอด ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที คลอดปกติทางช่องคลอด ทารกเป็นเพศชาย น้ำหนัก ๓๓๑๐ กรัม เสียเลือดในห้องคลอด ๓๐๐ มิลลิลิตร ย้ายออกมาห้องหลังคลอด ๑ ชั่วโมงหลังคลอดมีเลือดออกเพิ่ม ๑๐๐ มิลลิลิตร ตรวจพบมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ดูแลให้ยาตามวิธีปฏิบัติแล้ว ๓๐ นาทีต่อมาพบเลือดยังออกเพิ่ม ๑๐๐ มิลลิลิตร มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี จึงให้ยา Cytotec และพิจารณาขอส่งต่อโรงพยาบาลเดชอุมด้วยภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รวมเลือดออกทั้งหมด ๕๐๐ มิลลิลิตร ระหว่างส่งต่อไม่มีเลือดออกเพิ่ม ติดตามอาการ admit ที่ตึกสูติกรรมโรงพยาบาลเดชอุม ๒ วันจึงจำหน่าย</p>

๔.๗.๗ อภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ ๑ อภิปราย	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>มารดาหญิงไทยอายุ ๓๔ ปี เข้ารับบริการที่ห้องคลอด วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ G๒PoA๑Lo GA ๓๘⁺๔ สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพเนื่องจากมารดา มาอาศัยอยู่กับญาติสามีตอนอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินก่อน คลอดปกติทางช่องคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนัก ๓๔๓๐ กรัม เสียเลือดในห้องคลอด ๒๕๐ มิลลิลิตร ย้ายออกมาห้องหลังคลอด ๑ ชั่วโมงแรกประเมนพบมีเลือดออก ลักษณะเป็น blood clot ก้อนเล็กๆ รวม ๓๔๐ มิลลิลิตร ตรวจสอบมีมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีปากมดลูกฉีกขาดเป็นแผล ประเมนพบว่า มีเลือดไหลจากแผล แพทย์เย็บแผลให้เลือดออกลดลงแต่ยังไม่หยุดซึม</p>	<p>มารดาหญิงไทยอายุ ๒๒ ปี เข้ารับบริการที่ห้องคลอด วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ G๒PoA๑Lo อายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ มาด้วยอาการมีน้ำเดินและเจ็บครรภ์คลอด คลอดปกติทางช่องคลอด ทารกเป็นเพศชาย น้ำหนัก ๓๓๑๐ กรัม เสียเลือดในห้องคลอด ๓๐๐ มิลลิลิตร ย้ายออกมาห้องหลังคลอด ๑ ชั่วโมงหลังคลอดมีเลือดออกเพิ่ม ๑๐๐ มิลลิลิตร ตรวจพบมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ดูแลให้ยาตามวิธีปฏิบัติแล้ว ๓๐ นาทีต่อมาพบเลือดยังออกเพิ่ม ๑๐๐ มิลลิลิตร มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี จึงให้ยา Cytotec และพิจารณาขอส่งต่อโรงพยาบาลเดชอุมด้วยภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รวมเลือดออกทั้งหมด ๕๐๐ มิลลิลิตร ระหว่าง</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

๔.๗.๗ อภิปรายผล (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๑ อภิปราย	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลเดชอคมด้วยภาวะตกเลือด หลังคลอดจากปากมดลูกฉีกขาด เลือดออกรวม ๖๐๐ มิลลิลิตร ระหว่างทางส่งต่อไม่มีเลือดออกเพิ่ม ติดตามอาการadmit ที่ตึกสูติกรรมโรงพยาบาลเดชอคม ๒ วัน จึงจำหน่าย</p> <p>จากการทบทวนพบว่าระยะที่๑ และระยะที่๒ ของการคลอดใช้เวลา ๑ ชั่วโมง ๕ นาที เป็นการคลอดเร็วส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดได้ง่าย รวมทั้งมารดายังไม่เคยผ่านการคลอดและทารกตัวโต และการประเมินการฉีกขาดของช่องทางคลอดของพยาบาลยังไม่ครอบคลุมประเด็น ๔T (Tone, Trauma, Tissue, Thrombin) แต่มีการเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติ ทำให้ประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดได้เร็วทำให้การรักษา และส่งต่อมีประสิทธิภาพมารดา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>ส่งต่อไม่มีเลือดออกเพิ่ม ติดตามอาการ admit ที่ตึกสูติกรรมโรงพยาบาลเดชอคม ๒ วันจึงจำหน่าย</p> <p>จากการทบทวนพบว่าระยะที่๑ และระยะที่ ๒ ของการคลอดใช้เวลา ๑ ชั่วโมง ๕๐ นาที เป็นการคลอดเร็วเนื่องจากเป็นมารดาครรภ์ที่ ๒ ส่งผลให้เกิดการหดตัวของมดลูกไม่ดี เนื่องจากเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อมดลูก แต่มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทำให้ประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดได้เร็วทำให้การรักษา และส่งต่อมีประสิทธิภาพ มารดาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p>

๔.๗.๘ บทสรุป

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุการตายของมารดาไทย โดยเฉพาะการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่ง สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางคลอด การมีเศษรก เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด การหาสาเหตุของการตกเลือดและแก้ไขได้เร็วช่วยลดความรุนแรงของอุบัติการณ์ได้ พยาบาลมีบทบาทอย่างยิ่งในการประเมินหาสาเหตุของภาวะตกเลือดรวมทั้งการให้การพยาบาลการช่วยเหลือเบื้องต้น เตรียมความพร้อมในการส่งต่อ เพื่อลดอุบัติการณ์รุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน ๒ ราย

รายที่ ๑ รับไว้ดูแล วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๔.๔๐ น.- ๐๘.๓๐ น. รวม ๓ ชั่วโมง ๕๐ นาที มี
๗ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

รายที่ ๒ รับไว้ดูแล วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๔.๐๐ น.- ๑๐.๓๐ น. รวม ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที มี ๗
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ไม่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด

๕.๒.๒ มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่พบอุบัติการณ์เสียชีวิต

๕.๒.๓ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและญาติมีความพึงพอใจ ไม่มีข้อร้องเรียน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๖.๒ ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและและขณะส่งต่อ

๖.๓ เป็นแนวทางในการนิเทศบุคคลากรทางการพยาบาล

๖.๔ เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา ภาครณศึกษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ภาครณศึกษาทั้งสองรายที่รับไว้ในการดูแลมีภาวะแทรกซ้อนในการคลอดคือภาวะตกเลือดหลังคลอดต้องได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์จึงต้องมีการส่งต่อทำให้ต้องมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลบุรณทริกกับโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยแพทย์เวร พยาบาลประจำห้องคลอด และศูนย์ประสาน ภาครณศึกษาทั้ง ๒ รายอยู่ในการดูแลเป็นระยะเวลาสั้น ดังนั้นจึงทำให้ข้อมูลการซักประวัติไม่ครอบคลุมปัญหาในทุกด้าน จำนวนการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลงทำให้ขาดการทบทวนเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการประเมินโดยเฉพาะการประเมินการฉีกขาดทางช่องคลอดจึงควรมีการทบทวนและฝึกปฏิบัติ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการให้กาพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หากเกินศักยภาพของโรงพยาบาลจะต้องมีการส่งต่อซึ่งญาติคือสามีของภาครณศึกษาที่ ๑ ทำงานอยู่ที่ต่างจังหวัดทำให้ต้องมีการโทรประสานเพื่อวางแผนการดูแล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ พยาบาลห้องคลอดควรศึกษาทบทวน และฝึกทักษะการประเมิน และการประเมินซ้ำ การให้การช่วยเหลือในระยะวิกฤตของภาวะตกเลือดหลังคลอด การส่งต่อ

๙.๒ การพัฒนา/ปรับปรุงวางแนวปฏิบัติให้รัดกุมและครอบคลุมทั้งประเด็นการประเมิน การเฝ้าระวัง ความถี่ในการเฝ้าระวัง และเร่งรีบรายงานแพทย์ เพื่อการจัดการปัญหา ช่วยป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ระดับสูง

๙.๓ การฝึกฝนด้วยการจำลองสถานการณ์ที่ขึ้น ช่วยทำให้การจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ในกรณีเกิดอุบัติการณ์รุนแรง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เข้าร่วมนำเสนอ ผลงานวิชาการเรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย ในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคตปี ๒๕๖๗ ในวันที่ ๒๘ - ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี จัดขึ้นโดย มูลนิธิเครือข่ายพยาบาลชุมชนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เครือข่ายวิชาชีพพยาบาล สำนักงานเขตสุขภาพที่๑๐ (CNO - R) ชมรมผู้บริหารการพยาบาลจังหวัด อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวจินตนา สิงห์สวัสดิ์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสาวจินตนา สิงห์สวัสดิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจินตนา สิงห์สวัสดิ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางศิริรัตน์ สัตนา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบุญตริก

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุญตริก

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอดถือเป็นภาวะวิกฤติ และเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าทุก ๔ นาที จะมีการเสียชีวิตของมารดา ๑ ราย จากภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีอัตราการเกิดสูงถึง ๒๓๐ รายต่อการเกิด มีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย (World health Organization (WHO), ๒๕๕๗) สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกไม่หดตัว เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ ๘๐ ของภาวะตกเลือดใน ๒๔ ชั่วโมงแรก สถานการณ์การเสียชีวิตของมารดาไทยจากรายงานของกรมอนามัยพบการเสียชีวิตปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ เป็น ๑๕.๒, ๑๗.๔, ๒๐.๒, ๓๔.๖ และ ๒๕.๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ได้แบ่งประเภทสาเหตุการตายของมารดาไว้ ๓ ประเภท ได้แก่ ๑.สาเหตุโดยตรง (direct cause) ๒.สาเหตุโดยอ้อม(indirect cause) ๓.ไม่ระบุสาเหตุ(unspecified) ภาวะตกเลือด เป็นสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิต พบการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๑, ๒๑.๖, ๑๖.๙, ๑๒.๙ และ ๑๔.๗ ตามลำดับ ถึงแม้ว่าแนวโน้มการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดจะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังเป็นสาเหตุสำคัญ ควรมีการเฝ้าระวังป้องกันการเกิดให้ดีที่สุด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสีย เลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ ๑๐ จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือดเมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ใน ร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมอง ส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมน สำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และ เสียชีวิตได้ การตกเลือดหลังคลอดแบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ ๑) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early postpartum hemorrhage; Early PPH) หมายถึงการตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด ๒) การตกเลือดหลัง คลอดระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage; Late PPH) หมายถึงการตกเลือดภายหลัง ๒๔ ชั่วโมงจนถึง ๖ สัปดาห์หลังคลอด ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], ๒๐๑๗) แบ่งสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดเป็น ๔Ts ได้แก่ ๑) การหดตัวของมดลูก (Tone) โดยการหดตัวของมดลูกที่ไม่ดี เป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกถึงร้อยละ ๗๐ ๒) ช่องทางคลอดฉีกขาด (Tear or Trauma) พบร้อยละ ๒๐ ได้แก่ การฉีกขาดของฝีเย็บ ช่องคลอด ปากมดลูก และมดลูกแตก ๓) ส่วนของรกตกค้าง (Tissue) พบได้ร้อยละ ๑๐ และ ๔) ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Thrombin) พบร้อยละ ๑

โรงพยาบาลบุญทริกเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๑ ขนาด ๖๐ เตียง ไม่มีสูติแพทย์ ดูแลมารดาตั้งแต่ขณะรับใหม่ ระยะรอคลอด คลอด และหลังคลอดจนครบ ๔๘ ชั่วโมง รวมทั้งส่งต่อในรายที่มีภาวะฉุกเฉินครรภ์เป็นพิษ ตกเลือดหลังคลอดและทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ การดูแลมารดาที่มีครรภ์เสี่ยงสูงต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นแม่ข่ายศักยภาพในการดูแลสูงกว่า อย่างไรก็ตามมารดาครรภ์เสี่ยงต่ำ ที่คลอดโรงพยาบาลบุญทริกยังพบว่าภาวะ

ตกเลือดหลังคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลบุญทริก ได้พัฒนาและปรับปรุงวิธีการเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินความเสี่ยงแรกรับเพื่อเฝ้าระวังการตกเลือด การจัดการเร่งด่วนเมื่อมารดาเข้าสู่ระยะ ที่ ๓ ของการคลอด ให้หลัก Active management ภาวะตกเลือดมักเกิดขึ้นในระยะแรกคือภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด

สถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จากสถิติเวชระเบียนงานห้องคลอด โรงพยาบาลบุญทริก ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ – ๒๕๖๖ จำนวนผู้คลอด ๒๗๑ คน ๒๙๒ คน ๒๕๒ คน ๒๒๘ คน และ ๑๗๙ คน พบว่ามารดาหลังคลอดทางช่องคลอด มีภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็น อัตราร้อยละ ๕.๕ ๔.๗ ๓.๑ ๑.๗ และ ๒.๒ ตามลำดับ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบมารดาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน ๔ ราย สาเหตุเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ เกิดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ และพบว่าเป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก คิดเป็นร้อยละ ๗๕ จึงได้มีการทบทวนสาเหตุ พบว่าการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกการบันทึกยังไม่ครอบคลุมตามสาเหตุ ๔ T ทำให้การประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกล่าช้า นอกจากนี้ยังไม่มีมีการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด ในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งหากมีสมรรถนะที่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะสมรรถนะการพยาบาลในระยะคลอดซึ่งเป็นระยะวิกฤต จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการมารดาและทารก ดังนั้นจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ที่งานคลอด โรงพยาบาลบุญทริก เพื่อให้มีเครื่องมือ มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการตายของมารดาต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอด โรงพยาบาลบุญทริก

๒. เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอด โรงพยาบาลบุญทริก

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไป คือ มีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในครั้งต่อไปได้(ทิพวัลย์ เอี่ยมเจริญ) กระทรวงสาธารณสุขได้มองเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงกำหนดเกณฑ์อัตราการตายของมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพงานสาธารณสุขประเทศ โดยกำหนดให้อัตราส่วนการตายของมารดาจากการคลอดไม่เกิน ๑๗ รายต่อการเกิดมีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ นอกจากนั้น การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกที่สำคัญ ยังเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาทั้งในส่วนของมารดา ครอบครัว และโรงพยาบาล และอาจเกิดความไม่พึงพอใจเกิดการร้องเรียนตามมาตรา ๔๑ (ม. ๔๑) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุขจากอุบัติเหตุการคลอด เสียชีวิต (ยุทธพงศ์, ๒๕๕๙) งานห้องคลอด โรงพยาบาลบุญทริก มีอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด

หลังคลอดระยะแรกจำนวน ๑ ราย สาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จากอุบัติการณ์ดังกล่าวทำให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แต่ยังคงพบอุบัติการณ์มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในทุกปี โดยสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี ๔ สาเหตุหลัก (๔T) ได้แก่ ๑) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ๒) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) ๓) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ ๔) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Perry et al, ๒๐๑๐; Su, ๒๐๑๒; Murray & McKinney, ๒๐๑๔) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ วิทยาลัยพยาบาลวิชาวชิพงานห้องคลอดทำหน้าที่ประเมินภาวะเสี่ยง ให้การพยาบาล และรายงานแพทย์เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในกรณีมีภาวะเสี่ยง ซึ่งหากพยาบาลวิชาวชิพงานห้องคลอดขาดประสบการณ์ ทักษะ หรือสมรรถนะ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดและหลังคลอด และไม่มีเครื่องมือในการบันทึกยังไม่ครอบคลุมตามสาเหตุ ๔ T จะมีผลทำให้การดูแลมารดาหลังคลอดตกเลือดระยะแรก มีภาวะแทรกซ้อนเป็นอันตรายต่อชีวิต

สมรรถนะของพยาบาลวิชาวชิพเป็น ๑ ใน ๙ องค์ประกอบหลักในการป้องกันการตายของมารดาในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ (วนิดา และคณะ, ๒๕๖๓) การพยาบาลจะมีคุณภาพหากผู้ให้การพยาบาลมีความรู้ความชำนาญ ซึ่งพยาบาลวิชาวชิพที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางจะสามารถใช้ความรู้ในการให้บริการอย่างเป็นระบบ และองค์รวม ส่งผลให้ผู้คลอดปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ในทางกลับกันพยาบาลวิชาวชิพที่ขาดความรู้ ขาดทักษะความชำนาญ หรือมีสมรรถนะไม่เหมาะสมในการให้บริการ ย่อมส่งผลถึงคุณภาพทางการพยาบาลลดลงได้ (สุวรรณ, ๒๕๕๕) สภาการพยาบาล (๒๕๖๑) ได้ให้ความหมายสมรรถนะของพยาบาลวิชาวชิพ หมายถึง ความรู้ความสามารถ และเจตคติของพยาบาลวิชาวชิพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ที่จะทำให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามขอบเขตของวิชาชีพอย่างปลอดภัย มีความรับผิดชอบ เป็นผู้ร่วมงานที่มีประสิทธิภาพ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาวชิพไว้ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๒ เพื่อให้การบริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบุณชกร แบ่งระดับสมรรถนะพยาบาล ดังนี้ ระดับที่ ๑ Novice (ผู้เริ่มต้น) ประสบการณ์การทำงาน ๐-๑ ปี ระดับที่ ๒ Advance Beginner (ผู้เรียนรู้) ประสบการณ์การทำงานมากกว่า ๑-๓ ปี ระดับที่ ๓ Competent (ระดับผู้ปฏิบัติ) ประสบการณ์การทำงานมากกว่า ๓ - ๕ ปี ระดับที่ ๔ Proficient (ผู้ชำนาญการ) ประสบการณ์การทำงานมากกว่า ๕ -๑๐ ปี ระดับที่ ๕ Expert (ผู้เชี่ยวชาญ) ประสบการณ์การทำงานมากกว่า ๑๐ ปี

งานห้องคลอด โรงพยาบาลบุณชกร มีพยาบาลวิชาวชิพ จำนวน ๖ คน แบ่งเป็น ระดับที่ ๒ จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ และระดับที่ ๕ จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓ ทั้งนี้จำนวนผู้มารับบริการและผู้คลอดมีจำนวนลดลง ขาดการประเมินสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงควรมีการทบทวนให้สอดคล้องกับสภาการณปัจจุบัน การพัฒนาสมรรถนะที่เหมาะสมของพยาบาลวิชาวชิพงานห้องคลอด จะส่งผลให้บริการทางการพยาบาลมีคุณภาพ มารดามีความปลอดภัย ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๓.๒ แนวความคิด

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก งานห้องคลอด โรงพยาบาลบุณทริก โดยใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนา PDCA cycle ของ Deming (๑๙๘๖) ผู้ร่วมกระบวนการพัฒนาประกอบไปด้วยแพทย์จำนวน ๒ คน พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจำนวน ๖ คน การดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ ๑ (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์การตกเลือดหลังคลอด โดยสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มผู้ ร่วมกระบวนการพัฒนา ร่วมทบทวนสถานการณ์การดูแลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด และทบทวนสมรรถนะพยาบาล งานห้องคลอด ในการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ขั้นตอนที่ ๒ (Do) สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ สะท้อนปัญหา และร่วมพัฒนาแก้ไข ปัญหาเพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และเกณฑ์การประเมินสมรรถนะพยาบาลงานห้องคลอด

ขั้นตอนที่ ๓ (Check) ตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจาก PPH Check list เก็บสถิติอัตราการตกเลือดหลังคลอดและอัตราการตายจากตกเลือดหลังคลอด

ขั้นตอนที่ ๔ (Act) ประชุม PCT เพื่อประกาศใช้แนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

๓.๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๓.๑.ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด ที่ต้องรับผิดชอบงานเป็นเวร และมีเวรส่งต่อผู้ป่วย ทำให้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบถ้วน

๓.๓.๒. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สมรรถนะที่แตกต่างกันของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดแต่ละคน

๓.๓.๓. ปริมาณผู้มารับบริการคลอดมีจำนวนลดลง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. มีแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๔.๒. มารดาที่มาคลอดได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๔.๓. มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานห้องคลอด ในการทำคลอดศีรษะ และการคลอดรก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากแผลช่องคลอดลึก และเศษรกค้าง

๔.๔. มีแนวทางในการนิเทศพยาบาลห้องคลอด ในการประเมิน ป้องกัน และจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานการดูแล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑. อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ไม่เกินร้อยละ ๒

๕.๒. อัตราการเกิดภาวะ shock ในมารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร้อยละ ๐

๕.๓. อุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เท่ากับ ๐

๕.๔. พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด ได้รับการประเมินสมรรถนะเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนารายบุคคล เพื่อให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม

(ลงชื่อ)

(นางสาวจินตนา สิงห์สวัสดิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ /มกราคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง กรณีศึกษารายที่ ๑ การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในชุมชน : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ - ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ภาวะไตวาย (renal failure)

ภาวะไตวายเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียหน้าที่ของไต ไม่สามารถรักษาความสมดุลของ น้ำ กรด ด่าง อิเล็กโทรไลต์ของน้ำที่อยู่นอกเซลล์ (extracellular fluid) รวมทั้งการทำหน้าที่ในการผลิต ฮอร์โมนลดทอน สูญเสียหน้าที่ในการขับของเสียออกทำให้เกิดการคั่งของของเสีย ได้แก่ ยูเรีย ครีตินิน ฮอร์โมนพาราไธรอยด์ โซเดียม โปตัสเซียม และกรดจากการเผาผลาญ เป็นต้น ในทางปฏิบัตินิยมวัด จากค่าการคั่งของของเสียจากการตรวจหา ปริมาณครีตินิน (serum creatinine: Cr) และยูเรียไนโตรเจน (blood urea nitrogen: BUN) ในเลือด ในภาวะที่ ไตสูญเสียการทำงานอย่างทันทีทันใด เรียกว่า ภาวะไตวายเฉียบพลัน ส่วนภาวะที่มี การเสื่อมของไตติดต่อกันนาน กว่า ๓ เดือน เรียกว่า ภาวะไตวายเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease : CKD)

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตอย่างใด อย่างหนึ่ง ติดต่อกันนานกว่า ๓ เดือน เช่น การมีนิ่ว หรืออุ้งน้ำที่ไต การมีโปรตีน หรือเม็ดเลือดแดง ในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตอาจปกติหรือผิดปกติก็ได้ รวมถึงการตรวจพบอัตราการกรอง ของไตต่ำกว่า ๖๐ มล./นาที/พื้นที่ ผิวกาย ๑.๗๓ เมตร๒ ติดต่อกันนานกว่า ๓ เดือน ไม่ว่าจะมีความผิดปกติ ทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตก็ตาม โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงเรื่อยๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืน คืนสู่สภาวะ ปกติ จนถึงจุดที่ระบบสมดุลของร่างกายไม่สามารถปรับได้ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป โดยยังไม่ปรากฏอาการใน ระยะแรก และจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่ระยะไตวาย

พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology)

เกิดจากการเสื่อมของไต และการถูกทำลายของหน่วยไต มีผลให้อัตราการกรองทั้งหมดลดลง และการ ขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณครีตินิน และ ยูเรียไนโตรเจน ในเลือดสูงขึ้น หน่วยไตที่เหลืออยู่ จะเจริญมากผิดปกติ เพื่อกรองของเสียที่มีมากขึ้น ผลที่เกิดทำให้ไตเสียความสามารถในการปรับ ความเข้มข้นปัสสาวะ ปัสสาวะถูกขับ ออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ต่างๆ ได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่จากร่างกาย

จากการที่ไตถูกทำลายมากขึ้น และการเสื่อมหน้าที่ของหน่วยไต ทำให้อัตราการกรองของไต ลดลง ร่างกายจึงไม่สามารถขจัดน้ำเกลือ ของเสียต่างๆ ผ่านไตได้ เมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๑๐-๒๐ มล./นาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของยูเรียในร่างกายเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้น เมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวผู้ป่วยจึง ควรได้รับการรักษาด้วยการบ ำบัดทดแทนไต.

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (etiology and risk factors)

โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากความผิดปกติใดก็ตาม ที่มีการทำลายเนื้อไต ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ ของไตอย่างถาวร ซึ่งมักค่อยเป็นค่อยไป สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน รองลงมาคือโรค ความดันโลหิตสูง ส่วนสาเหตุ อื่นได้แก่ โรคหลอดเลือดฝอยในไตอักเสบเรื้อรัง (glomerulonephritis) ความผิดปกติของไต และ ระบบทางเดิน ปัสสาวะตั้งแต่กำเนิดโรคพันธุกรรมต่างๆเช่นโรคไตปัสสาวะอดกั้น ในทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งไตอักเสบเรื้อรังจาก การติดเชื้อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ระยะของโรคและอาการแสดง (clinical manifestation) ระยะของไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น ๕ ระยะตามระดับการทำงานของไต โดยใช้ค่าอัตราการกรอง

ของไตเป็นตัวกำหนดดังนี้

ระยะที่ ๑ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า ๙๐ มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย ๑.๗๓ เมตร ๒ หมายถึง การมีความผิดปกติของไต แต่ค่าอัตราการกรองของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรืออาจต่ำลงเล็กน้อย ในระยะนี้ ยังไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติ แต่บางรายอาจตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะได้

ระยะที่ ๒ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า ๖๐-๘๙ มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย ๑. ๗๓ เมตร ๒ หมายถึง การมีความผิดปกติของไต เมื่อค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อยโดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคง มีอาการปกติ ความดันโลหิตอาจเริ่มสูงขึ้นในระยะนี้ จะเริ่มพบความผิดปกติในผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

ระยะที่ ๓ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า ๓๐- ๕๙ มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย ๑.๗๓ เมตร ๒ หมายถึง การมีความผิดปกติของไต ค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง มักยังไม่แสดงอาการผิดปกติ โดยส่วนใหญ่พบภาวะความดันโลหิตสูง และอาจตรวจพบภาวะซีด แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟต ในเลือดสูงได้ในระยะนี้ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ระยะที่ ๔ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า ๑๕- ๒๙ มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย ๑. ๗๒ เมตร ๒ หมายถึง การมีความผิดปกติของไต และค่าอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยมักมีอาการ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร บวม ความจำแย่ลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆผิดปกติ พบภาวะ กรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) และไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) ควรมีการ เตรียมพร้อมเพื่อให้การบำบัดรักษาทดแทนไตต่อไป

ระยะที่ ๕ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๑๕ มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย ๑.๗๓ เมตร ๒ ซึ่งถือว่าเป็นระยะไตวาย ท า ให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ร่างกายเสียสมดุล น้ำ และ อิเล็กโตรไลต์ ผู้ป่วยมีอาการยูริเมีย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คัน คลื่นไส้ อาเจียน สะอึก เป็นตะคริว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากน้ำเกิน และภาวะความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยูริเมีย

ตารางการแบ่งระยะไตวาย

ระยะ	ข้อบ่งชี้	อัตราการกรองของไต (GFR) มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย ๑.๗๓ ตร.ม.
ระยะที่ ๑	มีการทำลายไตเกิดขึ้นแต่อัตราการกรองยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ	มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐
ระยะที่ ๒	มีการทำลายไตร่วมกับอัตราการกรองลดลงเล็กน้อย	อยู่ในช่วง ๖๐-๘๙
ระยะที่ ๓	มีการลดลงของอัตราการกรองของไตปานกลาง	อยู่ในช่วง ๓๐-๕๙
ระยะ ที่ ๔	มีการลดลงของอัตราการกรองของไตรุนแรง	อยู่ในช่วง ๑๕-๒๙
ระยะ ที่ ๕	มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	น้อยกว่า ๑๕ หรือต้องฟอกเลือด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยหลักการใหญ่ๆ ๓ ประการ คือ

๑. รักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต

๒. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสียเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูงที่เกิด ภายหลังจากภาวะไตวาย ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดจาก การติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชนิดต่างๆ

๓. ชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วของไต (progressive) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยจำเป็นต้องการรักษาสาเหตุ ที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุนั้นเท่าที่ทำได้ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิต ให้อยู่รักษาภาวะติดเชื้อ หยุดยาที่ส่งเสริมให้ภาวะของโรค เป็นมากยิ่งขึ้น หรือ ผ่าตัดรักษาอาการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่

๑. การควบคุมความดันโลหิต

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการ ควบคุมความดันโลหิตจึงนับเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการช่วยชะลอการเสื่อมของไต โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังควรได้รับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ คือ ถ้าผู้ป่วยที่มีโปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่า +๑ ควรให้ความดันโลหิตสูงไม่เกิน ๑๓๐/๘๕ มม.ปรอท ถ้ามีโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ +๑ ขึ้นไป ควรให้ ความดันโลหิตสูงไม่เกิน ๑๒๕/๗๕ มม.ปรอท โดยผู้ป่วยมักได้รับยาลดความดันโลหิต ในกลุ่มต่อต้าน เอ็นไซม์กระตุ้นการสลายแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitor : ACEI) เช่น enalapril และยาขับปัสสาวะ เพื่อควบคุมความดันโลหิตและชะลอการเสื่อมของไต ทั้งนี้ผู้ป่วย ควรได้รับการประเมินความดันโลหิต วัดค่าระดับครีตินิน และค่าระดับโปแตสเซียมในเลือดเป็นระยะ และควบคุมอาหารเค็ม เพื่อช่วยให้ยากลุ่ม ACEI ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น

๒. การควบคุมสมดุลน้ำ

ผู้ป่วยมักมีภาวะน้ำเกิน และมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด การดูแลจำเป็นต้องประเมิน ให้ความรู้ และติดตามภาวะสมดุลน้ำของผู้ป่วย ผู้ป่วย บางรายอาจมีภาวะขาดน้ำได้เช่นกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การให้น้ำทดแทนต้องทำอย่างระมัดระวัง และคอยประเมินภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย

๓. การควบคุมอิเล็กโทรไลต์

ที่สำคัญคือภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อย เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัสสาวะออกน้อย ในรายที่มีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงมากจะทำให้ หัวใจทำงานผิดปกติ รักษาโดยให้ kayexalate, NaHCO₃, กลูโคส และ อินซูลิน หรือพิจารณาทำการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อขจัดโปแตสเซียมออกจากร่างกาย ในรายที่มีภาวะแคลเซียมในเลือด ต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูงอาจรักษาโดยให้แคลเซียมคาร์บอเนต แคลเซียมอะซิเตต เพื่อให้ยาจับกับ ฟอสฟอรัสในลำไส้ ทำให้เพิ่มระดับแคลเซียม และลดระดับฟอสฟอรัสให้เป็นปกติ.

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๔. การควบคุมสมดุลกรด - ด่าง

เนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด จะช่วยเร่งให้ไตเสื่อมสภาพเร็วขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับยาโซดาบิการ์บอเนต (sodium bicarbonate) ในรูปรับประทาน หรือทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาระดับไบคาร์บอเนตใน กระแสเลือดไม่ให้ต่ำกว่า ๒๓ มิลลิเอควิวาเลนท์/ลิตร

๕. การควบคุมอาหาร

ผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่เพียงพอเหมาะสมกับระยะของโรค ปริมาณอาหารที่ได้รับควรให้ พลังงาน ประมาณ ๓๐-๔๕ กิโลแคลอรี/กก./วัน โดยร้อยละ ๖๐ ของพลังงาน ควรมาจากอาหาร ประเภทแป้งและน้ำตาล อีกร้อยละ ๓๐ มาจากไขมัน ถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารที่ให้พลังงานน้อยเกินไป จะทำให้มีการสลายกล้ามเนื้อเพื่อนำพลังงานมาใช้ เกิดการคั่งของของเสียเพิ่มมากขึ้น อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยควรเป็นอาหารที่มีโปรตีน โปแตสเซียม โซเดียม และฟอสเฟตต่ำ หลีกเลี่ยงการ รับประทาน ไข่แดง เนื้อสัตว์ นม เมล็ดพืชต่างๆ เนื่องจากมีปริมาณ ฟอสเฟตสูง การรับประทาน อาหารที่มีฟอสเฟตต่ำ หรือรับประทานสารจับฟอสเฟต เช่น Calcium carbonate, Calcium acetate จะช่วยลดการดูดซึมฟอสเฟตในลำไส้ ลดอัตราการเสื่อมของไต ลดความรุนแรงของโปรตีนที่รั่วทาง ปัสสาวะ

ภาวะไขมันในเลือดสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสัตว์ หรือกะทิมาก ควบคุมปริมาณ คอเลสเตอรอลไม่ ควรให้ เกิน ๓๐๐ มก./วัน ควบคุมอาหารกลุ่มโปรตีน โดยการรับประทานอาหารที่มี โปรตีนต่ำเนื่องจากอาหารที่มี โปรตีนต่ำจะช่วยลดการทำงานของไต ลดการกรอง ในโกลเมอรูลัส ลดปริมาณการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และ ลดระดับฮอริโมนพาราไทรอยด์ ในเลือด ซึ่งมีผลทำให้ ไตเสื่อมช้าลง การรับประทานอาหารโปรตีนต่ำตั้งแต่ระยะ เริ่มต้นของ โรคไตเรื้อรัง สามารถชะลอการ เสื่อมของไตและช่วยลดการสะสมของเสียในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี โรคเบาหวานร่วมด้วย

๖. การป้องกันและรักษาตามอาการต่างๆ

ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาตามอาการ เช่น ในภาวะซีด ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่ช่วยในการ สร้างเสริม เม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก กรดโฟลิกและยาฉีดกระตุ้นไขกระดูกเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง (epoietin alpha) ได้รับวิตามินเสริมต่างๆ เช่น วิตามิน B๑, B๑๒, B๖ และ B๑๒ ได้รับยาลดการหลังกรด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหาร เป็นต้น

๗. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับความรู้ และคำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้ อย่างมี คุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุยืนยาวขึ้น เช่น งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย รวมทั้งปรับพฤติกรรมรับประทาน อาหาร ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

๘. การระมัดระวังปัญหาจากเมตาบอลิซึมของยา (drug metabolism)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาโรค และประคับประคองอาการต่างๆ ควร หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของไต การมีพยาธิสภาพที่ไตทำให้มีผลต่อการดูดซึม การเผาผลาญ การ แพร่กระจาย และการขับยาออกจากร่างกาย ทำให้มีโอกาสได้รับพิษจากยามากขึ้น การประเมินค่าระดับครีตินินใน เลือด และค่าเคลียแรนซ์ครีตินินเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อน ามาปรับขนาดของ ยาที่เหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวานและ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ได้รับอินซูลินเมื่อ เข้าสู่ระยะที่ ๓ และ ๔ ของโรคไตเรื้อรัง จำเป็นต้องพิจารณาปรับปริมาณอินซูลินลดลงตามความเหมาะสม เนื่องจากร้อยละ ๓๐ ของอินซูลิน ที่ได้รับจะถูกขับออกทางไต เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ความสามารถในการขับอินซูลินก็ลดลงด้วย จึงมีระดับ อินซูลินคงค้างในกระแสเลือด ดังนั้นการตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารยา และคอยติดตาม ประเมินผลของยา พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ ๕ ซึ่งเป็นระยะไตวาย (kidney failure) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติเกือบ ทุกระบบของร่างกาย ร่างกายจะเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะของเสียคั่ง ในกระแสเลือด จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเพื่อทดแทนการทำงานของไตที่สูญเสียไป

การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy)

ปัจจุบันการรักษาบำบัดทดแทนไตสามารถแบ่งได้เป็น ๓ ประเภทดังนี้

๑. การปลูกถ่ายไต (kidney transplantation: KT) คือการนำไตใหม่มาปลูกถ่ายไว้ที่ผนังหน้าท้องของผู้ป่วย เพื่อทำหน้าที่แทนไตเก่าที่เสื่อมสภาพ อาจได้รับการบริจาคจากญาติสายตรง คู่สมรส หรือจากผู้เสียชีวิต ปัจจุบันการปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุด มีอัตราการรอดชีวิตสูงสุดเมื่อเทียบกับวิธีการอื่น

๒ . การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis : PD) คือการขจัดของเสียออกจากร่างกายโดยการใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้องทิ้งไว้ ๔-๖ ชั่วโมง ต่อรอบ น้ำยาจะทำการกรองของเสียออกจากเลือดผ่านเยื่อช่องท้องก่อนปล่อยน้ำยาจากช่องท้อง เพื่อนำไปทิ้ง โดยมีรอบการล้างไตทางช่องท้อง ๔ รอบต่อวัน เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ใช้บ่อย แพร่หลาย เทคนิคการทำค่อนข้างง่าย สามารถดึงน้ำออกจากร่างกายได้มาก

๓. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) คือ ขบวนการนำเลือดของผู้ป่วยเข้าสู่เครื่องไตเทียม โดยเลือดที่ออกจากผู้ป่วยจะผ่านตัวกรอง (hemodialyzer) เพื่อแลกเปลี่ยนน้ำสารต่างๆที่ละลายอยู่ในเลือดและน้ำยาด้วยกระบวนการออสโมซิส และอัลตราฟิลเตรชัน ใช้เวลา ๔-๕ ชั่วโมงต่อรอบ ก่อนนำเลือดที่ได้รับการฟอกแล้วกลับเข้าสู่ร่างกาย โดยไปรับบริการที่สถานรักษาพยาบาล ๒-๓ ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถ ขจัดของเสียออกจากร่างกายได้ในระยะเวลาอันสั้น และแก้ไขภาวะความเป็นกรดของเลือดได้อย่างรวดเร็วปัจจุบันการรักษาไตวายทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังที่นิยมมากที่สุด คือ การฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม (hemodialysis) การผ่าตัดช่องท้องสำหรับการฟอกเลือดถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญใน การรักษาชีวิตผู้ป่วย ซึ่งสามารถเตรียมช่องทางได้หลายช่องทางตามความเหมาะสมดังนี้ จึงอยากศึกษาและเรียนรู้ไปเพื่อนำไปดูแลผู้ป่วยในชุมชน

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD)

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องคือการรักษาที่ใช้แรงโน้มถ่วงเพื่อเติมและปล่อยน้ำยาล้างไตออกจากช่องท้องการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยทั่วไปทำวันละ ๓-๔ ครั้ง เวลาตื่นตอนเช้า ก่อนอาหารเช้า ก่อนอาหารเย็น และก่อนนอน ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจะเปลี่ยนน้ำยาล้างไตด้วยตนเอง การเปลี่ยนน้ำยาแต่ละครั้ง อาจใช้เวลา ๓๐ นาทีเพื่อปล่อยน้ำยาที่ค้างในช่องท้องออกมา และเติมน้ำยาใหม่เข้าไปในช่องท้อง ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมประจำวันตามปกติได้จนกว่าจะถึงการแลกเปลี่ยนครั้งต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ข้อบ่งชี้ของการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (CAPD)

๑. เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
๒. เยื่อช่องท้องปกติไม่มีพังผืดติดยึดและไม่มีช่องติดต่อระหว่างช่องท้องกับทรวงอก
๓. ผนังช่องท้องแข็งแรง ไม่มีไส้เลื่อน (ถ้ามีไส้เลื่อน ต้องผ่าตัดแก้ไขก่อน)
๔. ร่างกายแข็งแรง พอที่จะรับการผ่าตัดฝังท่อถาวรทางหน้าท้องได้
๕. สามารถทำเองได้หรือมีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย ๑ คนให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมี ปัญหาทางสุขภาพ

ไม่สามารถทำ CAPD ได้

๖. ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ
๗. ผู้ป่วยและญาติต้องยอมรับวิธีการของ CAPD และให้ความร่วมมือดี
๘. ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาด้วยการฟอกเลือด

ข้อห้ามในการทำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

๑. มีภาวะที่ขัดขวางการไหลของน้ำยาล้างไต เช่น เคยได้รับการผ่าตัดช่องท้องและเกิดผังผืด ภายในช่องท้อง
๒. ผู้ป่วยที่มี Ileostomy, Nephrostomy, Ileal conduit ภาวะเหล่านี้อาจมีความเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง
๓. ผู้ป่วยที่มีภาวะปวดเรื้อรัง Degenerative disc disease อาจมีอาการแย่ลงเมื่อ เริ่มใส่น้ำยาล้างไตเข้าช่องท้อง
๔. มีการติดเชื้อที่ผิวหนังทางหน้าท้อง
๕. น้ำหนักตัวในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า ๑๐๐ กิโลกรัม มักไม่สามารถล้างไตทางหน้า ท้องได้เพียงพอ โดยเฉพาะเมื่อไม่มีการทำงานของไตเหลือ (Residual renal function)
๖. ผู้ป่วยมีความผิดปกติของลำไส้
๗. ในผู้ป่วยที่มี abdominal prosthesis ควรอย่างน้อย ๖ สัปดาห์ ก่อนการเริ่มการล้างไตทางช่องท้อง

ภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้อง

๑. เยื่อช่องท้องอักเสบ

เกิดขึ้นเมื่อเยื่อช่องท้องมีการติดเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อรา สิ่งสำคัญคือต้องปฏิบัติตามสุขอนามัยที่เหมาะสมระหว่างการล้างไต ซึ่งรวมถึงการล้างมือก่อนการล้างไต การสวมหน้ากากระหว่างการรักษา การทาครีมยาปฏิชีวนะที่บริเวณทางออกสายท่อล้างไต และปฏิบัติตามขั้นตอนป้องกันอื่น ๆ ที่แพทย์สั่ง อาการของเยื่อช่องท้องติดเชื้อและอักเสบอาจรวมถึง ปวดท้อง มีไข้และหนาวสั่น น้ำยาขุ่น การรักษาการติดเชื้อในระยะแรกสำคัญมาก การรักษาเยื่อช่องท้องอักเสบทำได้โดยการฉีดยาปฏิชีวนะ หากการติดเชื้อรุนแรงหรือเกิดซ้ำ อาจต้องเปลี่ยนไปฟอกไตวิธีอื่น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๒. การติดเชื้ทางออกสายท่อล้างไต (Exit Site)

บริเวณทางออกสายท่อล้างไต คือ บริเวณผิวหนังที่สายท่อล้างไตออกจากช่องท้องควรดูแลทางออกสายท่อล้างไตให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อข้อควรปฏิบัติ การแต่งกายให้เหมาะสมตามที่คำแนะนำของพยาบาล ล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ ใช้เทปแปะสายสวนเพื่อเก็บสายให้เรียบร้อย สัญญาณและอาการของการติดเชื้อบริเวณทางออกสายท่อล้างไต อาจรวมถึง รอยแดง บวม ทนอง และความเจ็บปวด

๓.๒ การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home care)

หมายถึงการบริหารจัดการให้มีบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวรายหนึ่งๆที่บ้าน โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการเยี่ยม บ้าน การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับทีมผู้รักษาว่าจะรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือ ส่งต่อ การประเมินความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหารไปซื้อข้าวของ ทำความสะอาดบ้านเรือนซักเสื้อผ้า ความปลอดภัยของทรัพย์สินในบ้าน เป็นต้น

การเยี่ยมบ้าน (Home visit)

หมายถึงรูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแล สุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมิน สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นน่าจะกลับไปเป็นระยะๆเมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ

วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน
๒. เพื่อให้ญาติรู้วิธีในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้านและร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย
๓. เพื่อให้สามารถประเมินทั้งโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม
๔. เพื่อทำความเข้าใจและสานต่อความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว
๕. เพื่อให้สามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่างๆต่อสุขภาพของครอบครัวนั้นๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น สามารถโน้มน้าวหรือแนะนำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความ

ประเภทของการเยี่ยมบ้าน

๑. เยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลคนป่วยแบ่งเป็น ๓ ประเภท คือ ฉกฉวย เฉียบพลัน หรือเรื้อรัง
๒. เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลคนป่วยด้วยโรคที่หมดหวัง เพื่อลดความทรมาน ลดความกังวลหากกลัว ตลอดจนให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ
๓. เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ในรายที่ต้องใช้ยาหรือการรักษาที่ซับซ้อน ในรายที่มาใช้บริการการรักษาเกินจำเป็น ในรายที่มารับบริการลำบาก เช่น พิกุล ถูกสังคมรังเกียจถูกทอดทิ้ง ดิถยา
๔. เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสภาพผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น ในรายที่เพิ่งคลอดบุตร หลังการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุ เป็นต้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

กระบวนการเยี่ยมบ้าน

๑. ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยม

๑.๑ เตรียมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แฟ้มอนามัยครอบครัว OPD Card หรือสรุปการเยี่ยมบ้านในครั้งก่อน

๑.๒ อุปกรณ์ กระเป๋าเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ควรเตรียมติดตัวไปเยี่ยมบ้าน ใบสั่งยา เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วย เครื่องวัดความดันเลือด หูฟัง ชุดเครื่องมือตรวจหูและตา ปรอทวิตซ์ ไม้กดลิ้น สำลี แอลกอฮอล์ ชุดทำแผล ถุงมือ เครื่องวัดระดับน้ำตาลแบบพกพา แผ่นพับสุขศึกษา ถุงใส่ขยะ เป็นต้น. นอกจากนี้ กล้องถ่ายภาพอาจเป็นอุปกรณ์อีกชิ้นที่ควรพกพาไป เพราะอาจใช้ถ่ายภาพเพื่อติดตามสภาพบาดแผล หรือถ่ายภาพนาฬิกาที่ประทับใจภายในบ้าน ซึ่งอาจใช้เป็นเครื่องมือเตือนความทรงจำให้ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งกระชับความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันได้ในภายหลังอีกทั้งเป็นกำลังใจให้ทีมงานเยี่ยมบ้านในวาระต่อไป

๑.๓ ยานพาหนะ

๒. ระยะเยี่ยมบ้าน ในขณะที่เยี่ยมบ้านทีมงานต้องมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อสร้างสัมพันธภาพค้นหาปัญหา รู้จักเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะเหล่านี้ได้แก่

๒.๑ การให้บริการด้านจิตวิทยาสังคม

๒.๒ การใช้เครื่องมือทางด้านมนุษยวิทยา เช่น ชีวิตประวัติผู้ป่วย ผังเครือญาติ

ถึงบ้านแล้วทำอะไรดี หลังจากทักทายตามอัธยาศัยแล้ว นอกเหนือจากฟังความสนใจไปที่ตัวผู้ป่วย ไม่ได้แต่ไปรักษาแต่โรค ดังนั้นต้องช่างสังเกตและประเมินทุกสิ่งๆ ที่พบที่บ้านนั้นๆ หลายคนมีทักษะส่วนตัว แต่หลายคนอาจต้องการแนวทาง ซึ่งมีผู้รวบรวมมาเป็นเครื่องมือ (IN-HOME-SSS) ดังหัวข้อดังต่อไปนี้

I Immobility ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด

๑.กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ กินได้ ขับถ่าย สะดวก กลั้นได้หรือไม่

๒.กิจวัตรอื่นๆ ที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร รับประทาน จัดยากินเองได้ ล้างรถ ล้างสุนัข เป็นต้น

N Nutrition ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหาร ปริมาณที่กิน นิสัยการกิน ก่อนหรือหลังกินข้าวชอบสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือไม่ เป็นต้น.

H Housing ไม่ใช่ประเมินว่าดีหรือไม่ แต่ประเมินว่าสภาพบ้านมีลักษณะอย่างไร

๑.ภายในบ้าน เช่น แออัด โปรงสบาย สะอาด ดูเป็นส่วนตัว มีรูปแขวนผนังเป็นใครบ้าง มีประกาศนียบัตรหรือโล่ยกย่องเกียรติคุณเรื่องใดบ้างของสมาชิกในบ้าน มีโทรทัศน์เครื่องดนตรี ห้องหนังสือ เลี้ยงสัตว์ภายในบ้าน เป็นต้น.

๒.รอบบ้าน เช่น มีบริเวณหรือไม่ รอบบ้านเป็นอย่างไร รั้วรอบขอบชิด หรือทะเล่ถึงกันกับเพื่อนบ้าน

๓.เพื่อนบ้านเป็นใคร ลักษณะอย่างไร ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

O Other people ประเมินว่าภาระบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร มีต่อผู้ป่วยอย่างไร ถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นจะมีใครเป็นตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ การเยี่ยมบ้านมีข้อได้เปรียบในการพูดคุยเรื่องอนาคตของการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บ้านเป็นสถานที่ที่แพทย์สามารถคุยกับผู้ป่วยและญาติได้สะดวกและอบอุ่นกว่าในโรงพยาบาล เพราะปราศจากสภาพกดดันที่จะให้ผู้ป่วยและญาติออกจากโรงพยาบาล ทั้งยังเป็นการสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติเห็นสภาพจริงว่าสามารถอยู่บ้านได้อย่างไร บ้างแม้ในนาทีสุดท้าย

M Medications ประเมินว่าจริงๆ แล้วผู้ป่วยกินยาอะไรบ้าง กินอย่างไร มีวิธีการจัดยาแต่ละมื้ออย่างไร มียาอื่นอะไรอีกบ้างที่นอกเหนือจากแพทย์ประจำตัวสั่ง มียาสมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระและอะไรอื่นอีกบ้าง ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อห้าม แต่เพื่อให้รู้และประเมินพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายนั้นๆ

E Examination การตรวจร่างกายและการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำภารกิจประจำวันได้มากน้อยเพียงใดที่บ้าน จะทำให้เห็นสภาพความเจ็บป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้นๆ

S Safety ประเมินสภาพความปลอดภัยในบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับสภาพภายในที่บ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

S Spiritual health ประเมินความเชื่อ ค่านิยมของคนในบ้านจากศาสนวัตถุภายในบ้าน วารสารนิตยสารที่อ่านประจำหรือจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติโดยตรง

S Services ให้ญาติที่ใกล้ชิดอยู่ด้วยในขณะที่หมอไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้เข้าใจตรงกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเข้าใจบริการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลว่ามีอะไรบ้าง จะติดต่อได้อย่างไร เมื่อใดหรือมีบริการอื่นใดในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้บริการอื่นใดได้อีกบ้าง

๓. ระยะเวลาหลังการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะเวลาหลังการเยี่ยมบ้านได้มาพูดคุยกันเพื่อสรุปปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่เยี่ยมแนวทางแก้ปัญหาหรือการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปและนำผลที่ได้มาบันทึกลงในรายงานหรือแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน เพื่อประกอบการดูแลต่อเนื่องต่อไป

๓.๓ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎี ได้แก่

๑. บุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
๒. บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง
๓. การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการ พัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well being)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๓ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม(ต่อ)

๔. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกัน และกัน

๕. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล

๖. การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความควรแก่การ ยกย่องส่งเสริม

๗. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมา รับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น

๘. การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความ ต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย ๓ ทฤษฎีที่ สำคัญ ได้แก่

๓.๒.๑ ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

๓.๒.๒ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)

๓.๒.๓ ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)

๓.๒.๑ ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพอ กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่ และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่ จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้น อย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย ๒ ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ ๑ เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถ เปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะ กระทำ

ระยะที่ ๒ ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมาย ของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะ ใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่ จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็น มี ๓ อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, ๒๐๐๑ : ๔๗-๔๙) ดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๓ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

๑. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

๑.๑ คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

๑.๑.๑ บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ และคอยปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

๑.๑.๒ รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

๑.๑.๓ หาความเพลิดเพลินจากการหายใจการดื่มและการรับประทานอาหาร

๑.๒ คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

๑.๒.๑ จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

๑.๒.๒ จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระยาสั่งปฏิกลจากการขับถ่าย

๑.๒.๓ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

๑.๒.๔ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

๑.๓ คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

๑.๓.๑ เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

๑.๓.๒ รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง

๑.๓.๓ ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียม ประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

๑.๔ คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

๑.๔.๑ คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

๑.๔.๒ ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

๑.๔.๓ ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

๑.๕ ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

๑.๕.๑ สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

๑.๕.๒ จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย

๑.๕.๓ หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

๑.๕.๔ ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๓ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

๑.๖ ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

๑.๖.๑ พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง๑

๑.๖.๒ ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

๑.๖.๓ ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion & preventions)

๑.๖.๔ ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

๒. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น ๒ อย่างคือ

๒.๑ พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่

๒.๑.๑ อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอด

๒.๑.๒ ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

๒.๒ ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

๒.๒.๑ การขาดการศึกษา

๒.๒.๒ ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

๒.๒.๓ การสูญเสียญาติมิตร

๒.๒.๔ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ

๒.๒.๕ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

๒.๒.๖ ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

๓. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี ๖ อย่างคือ

๓.๑ แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

๓.๒ รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

๓.๓ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๓ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

๓.๔ รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

๓.๕ ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

๓.๖ เรียบรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของ การวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองต่อความต้องการการ ดูแลตนเองในประเด็นนี้ จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกัน อุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี ๓ ระดับ คือ (Orem, ๒๐๐๑ : ๒๕๘-๒๖๕)

๑. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)

เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ ๓ ประการ คือ

๑.๑ การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

๑.๒. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

๑.๓. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

๒. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components:enabling capabilities for self-care)

โอเร็ม มองพลังความสามารถทั้ง ๑๐ ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ ๑๐ ประการนี้ ได้แก่

๒.๑ ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

๒.๒ ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

๒.๓ ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๓ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

๒.๔ ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

๒.๕ มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

๒.๖ มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

๒.๗ มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

๒.๘ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง

๒.๙ มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

๒.๑๐ มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

๓. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

๓.๑ ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยา แบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น)

๓.๒ คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

๓.๒.๑ ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

๓.๒.๒ หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

๓.๒.๓ การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

๓.๒.๔ การเห็นคุณค่าในตนเอง

๓.๒.๕ นิสัยประจำตัว

๓.๒.๖ ความตั้งใจ

๓.๒.๗ ความเข้าใจในตนเอง

๓.๒.๘ ความหวังในตนเอง

๓.๒.๙ การยอมรับตนเอง

๓.๒.๑๐ ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๓ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

๓.๒.๑๑. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้นจะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จิตใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้นั้นคือขาดทั้งพลังความสามารถ ๑๐ ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้แจกแจงไว้ นอกจากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ผู้เขียนปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าทีมพยาบาลชุมชน ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงน้ำม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบุษราคัม ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ และได้รับการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ปี ๒๕๕๒ และหลักสูตรเวชปฏิบัติครอบครัว ปี ๒๕๖๑ จากการทบทวนความรู้รวมทั้งประสบการณ์จากการทำงาน จึงสนใจที่จะนำความรู้ความสามารถและประสบการณ์ดังกล่าวมาปรับปรุงการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ไตวายเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทำให้การทำงานของไตบกพร่องถูกทำลายไม่สามารถขับของเสียออกมาได้ตามปกติเมื่อประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้วต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (RRT) เป็นทางเลือก ตามการประเมินของแพทย์เฉพาะทางในผู้ป่วยรายนี้พิจารณาให้ทำการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) มีความเหมาะสม ยุงยากน้อยลงมีความเป็นไปได้ต่อการรักษาไตวายเรื้อรัง (ศิริลักษณ์ ฤกษ์ทอง, ๒๕๖๑) โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้กำหนดข้อบ่งชี้ของการเริ่มทำการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มิลลิลิตร /นาที่/๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบสาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมชั่วคราวร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำและโซเดียมเกิน จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือความดันโลหิตสูงจนควบคุมไม่ได้ ระดับโปแทสเซียม หรือฟอสเฟตในเลือดสูง เลือดเป็นกรด เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย เป็นต้น (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ๒๕๕๖)

การล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีการรักษาที่ง่าย ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนน้ำยาได้เองที่บ้าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำกว่าการฟอกทางหลอดเลือดดำไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่แพงมาก สามารถดำเนินการนอกโรงพยาบาลได้ แต่ก็มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือการติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้องซึ่งเป็นสาเหตุที่อันตรายถึงเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลชุมชนเพื่อให้ดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ จึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องให้เกิดประสิทธิภาพในการล้างไตทางช่องท้องให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดการเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

(เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ๒๕๕๖)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

พยาบาลอนามัยชุมชนซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ที่ต้องมีทั้งความรู้และทักษะและความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องและรวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การล้างไตทางช่องท้องที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดภาวะการทำงานของหัวใจดีขึ้นไม่ล้มเหลว ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตได้เช่นกัน

จากสถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของอำเภอภูเมธริกที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตการล้างไตทางช่องท้องทำด้วยตัวเองที่บ้านปี พ.ศ ๒๕๖๔,๒๕๖๕,๒๕๖๖ จำนวน ๗๒,๖๓, ๕๐ ตามลำดับ (ข้อมูลหอผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลภูเมธริก ๒๕๖๕)พบอัตราการเกิด Peritonitis ปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕, ๒๕๖๖ จำนวน ๘๕,๖๔, และ ๔๕ episode/ mon ในส่วนของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม รับผิดชอบประชากร ๑๕ หมู่บ้าน มีผู้ป่วย CAPD ปี ๒๕๖๔- ๒๕๖๖ ๖,๗,๖ ตามลำดับ จากภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะยูรีเมีย ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการทำกรณีศึกษาเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตและลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาที่หอผู้ป่วยบำบัดทางเส้นเลือดดำ (Hemodialysis) ลดอัตราการเสียชีวิตน้อยลง

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง

๔.๒.๒ เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายลดภาวะแทรกซ้อน

๔.๓ เป้าหมาย

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเองได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาและใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๕.๑ ศึกษาและทบทวนความรู้ บทความ เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาและซับซ้อนในการล้างไตทางช่องท้องเพื่อให้ได้แนวทางการดูแลแบบมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

๔.๕.๒ ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อทำเก็บรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย โดยการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย ตลอดจนการรวบรวมข้อมูลการรักษาทางการแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตลอดการศึกษาข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยอื่นต่อไป

๔.๕.๓ รวบรวมข้อมูลรายละเอียดประวัติผู้ป่วยและญาติ ซักถามเพิ่มเติมและเยี่ยมติดตามอาการของผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลเป็นระยะๆตลอดจนรวบรวม ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม ในการดูแลของครอบครัวและชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๕.๔. ขอรับคำแนะนำและปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลเฉพาะทาง การพยาบาลดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

๔.๕.๕. ประยุกต์ใช้กระบวนการการเยี่ยมบ้าน INHOMESS และทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มมาปรับใช้ในการดูแลกรณีศึกษา

๔.๕.๖. สรุปและประเมินผล

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๖.๑. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเองได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.๖.๒. มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเองในชุมชน

๔.๖.๓. ภาควิชาครุศาสตร์ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง

๔.๗. สาระสำคัญ

ในการศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ - ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเองได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ให้การพยาบาลครอบคลุมตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

๔.๗.๑. การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑) ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๒ ปี รักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตและเบาหวานไม่ได้ อยู่ในเกณฑ์ปกติทำให้มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๒) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

๒.๑) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ๑๘ ปีก่อน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรักษาที่โรงพยาบาลบุษตริก เมื่อวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๔ มีภาวะแทรกซ้อน ทางไต ได้รับการวินิจฉัยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและให้ทำการรักษาโดยการล้างไตทางหน้าท้องส่งโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อทำผ่าตัดวางสายล้างไต

๒.๒) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ประมาณ ๑๘ ปีที่ผ่านมาจากการคัดกรองสุขภาพประจำปีกลุ่มเสี่ยง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรับการรักษาที่โรงพยาบาลบุษตริกตลอดควบคุมระดับเบาหวานและความดันไม่ได้

ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เดือนกรกฎาคม เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดการอักเสบมีตุ่มหนองหนองโรงพยาบาลฉัตรเกษียรมาซื้อครุภัณฑ์รักษา เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ นอนโรงพยาบาลติดเชื้อเมลิออยโดซิสและในเดือนนี้คัดกรองตรวจตาเบาหวานพบ PDR -BE และได้ทำการรักษาเลเซอร์ส่งตัวไปรพ. สรรพสิทธิประสงค์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๒.๓) ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด ๖ คน อาศัยอยู่คนละจังหวัด บิดาเสียชีวิตแล้วด้วยโรคความดันโลหิตสูงเส้นเลือดในสมองแตก มารดายังมีชีวิตอยู่ อาศัยอยู่กับน้องชายคนสุดท้องอยู่คนละตำบล ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร ๒ คน ทำงานที่ต่างจังหวัด

๓) ข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลโอเรียม ในการประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อมูลประเมินสภาพแรกรับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทำการล้างไตทางหน้าท้องเองที่บ้าน เคลื่อนไหวด้วยการพยุงเดินและการใช้วอล์คเกอร์วัดสัญญาณชีพ น้ำหนัก = ๖๕ กก. ความสูง = ๑๖๕ ซม. อุณหภูมิ = ๓๗.๑ องศา ซีพจร = ๘๒ ครั้ง/นาที หายใจ = ๒๒ ครั้ง/นาที ความดัน = ๑๕๒/๗๕ มิลลิเมตรปรอท

๓.๑) การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ และสติปัญญา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ลำบาก พูดคุยได้ตามปกติ รับรู้บุคคล สถานที่ เวลา รับทราบการเจ็บป่วยของตัวเองและปฏิบัติตามได้ ประสาทสัมผัสใช้งานได้ตามปกติ แต่ไม่คล่องตัวสังเกตอาการของตัวเองได้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง

๓.๒) อาหาร การเผาผลาญอาหาร การขับถ่าย ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา รับประทาน อาหารได้น้อย แต่บวมขึ้นตามตัว เริ่มคลื่นไหวลำบาก ลักษณะอาหารที่รับประทานเป็นอาหารธรรมดา ยังรับประทานยาได้ ได้ตรงตามปกติ ขับถ่าย วันละ ๑ ครั้ง ปัสสาวะได้ตามปกติ วันละ ๒-๓ ครั้ง ครั้งละ ๕๐-๑๐๐ ซีซี น้ำล้างไตทางหน้าท้องยังเข้าออกสมดุลกันสีเหลืองใส

๓.๓) กิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ออกกำลังกายภายในบริเวณบ้าน เช่น ยืดเหยียด แกว่งแขน นอนหลับพักผ่อนได้

๓.๔) การรับรู้ตัวเองและอัตมโนทัศน์ เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกชาย ๒ คน อยู่ต่างจังหวัด และต่างอำเภอ จะมาเยี่ยมเฉพาะช่วงเทศกาล และส่งค่ารักษาพยาบาลมาให้บางครั้ง ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว เพราะสัปดาห์ ๑ ครั้ง เข้ามาโรงพยาบาลเพื่อรับการฉีดยา Hypercrit ๘๐๐๐ u/wks

๓.๕) บทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยอยู่กับภรรยา ครอบครัวรักใคร่ห่วงใยกันดี ลูกชายที่ต่างจังหวัดโทรศัพท์ สอบถามอาการเจ็บป่วย ส่งค่าเดินทางไปหาหมอบางครั้ง ผู้ป่วยก็ไม่อยากบกรวนลูกชายเนื่องจากมีภาระทางครอบครัวเหมือนกัน

๓.๖) เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ เนื่องจากการภาวะเจ็บป่วยทำให้ความต้องการทางเพศลดลงภรรยาเข้าใจซึ่งกันและกัน เป็นเพื่อนให้กำลังใจกัน

๓.๗) การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียดและปัญหา ผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับภรรยาได้ตลอดเวลา ภรรยากลัวผู้ป่วยเครียดเพราะเคยทำอะไรด้วยตัวเองตลอด ประเมิน $๙ Q = ๓$ คะแนน ช่วยกันหาทางออก ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ก็ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นออก ทำกับข้าวทานเอง เพื่อจะได้ถูกกับโรคที่เราเผชิญ และภรรยาก็ป่วยเป็นโรคเบาหวานภรรยาเห็นถึงความยากลำบากในการดูแลสุขภาพควบคุมน้ำตาลไม่ได้ส่งผลตามมา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๓.๘) คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ไปวัดทำบุญตามประเพณี วันสำคัญต่างๆตามเทศกาล มีภรรยาช่วยให้กำลังใจตลอด ไม่มีความเชื่อเรื่องภูตผี ปีศาจ ที่ทำให้เกิดโรค เชื่อแผนการรักษาในปัจจุบัน ไม่รับประทานยาสมุนไพร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามอาการของโรคที่เผชิญ ฟังธรรมะที่บ้าน แทนการเข้าร่วมกิจกรรม เข้าใจกระบวนการการรักษา

๔) ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผลการประเมิน
สภาพทั่วไป	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๕๒ ปี ลักษณะสีผิว ตำแดง แรกรับรู้สึกตัวดี พุดคุยได้ตามปกติ รับประทานอาหาร สถานที่ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน แต่เคลื่อนไหวลำบาก
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก ๖๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร BMI ๒๒.๘๙
สัญญาณชีพ	แรกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๕๙/ ๗๕ มิลลิเมตรปรอท
ศีรษะ	ศีรษะสมมาตรก้นดี ขนาดมีความสมดุลกับร่างกาย ผมสั้นใบหน้าเท่ากัน
ใบหน้า	ปกติดี
ตา	เปลือกตาปิดสนิทเมื่อหลับตา มองเห็นชัดเจนทั้ง ๒ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง หนังตาไม่บวม เยื่อตา สีตเล็กน้อย
หู	ไม่มีสิ่งคัดหลั่งจากรูหู ใบหู ๒ ข้างเท่ากัน รูปร่างปกติฟังเสียงได้ชัดเจน
จมูก	จมูกและปีกจมูกมีความสมดุลกันดี สมมาตรทั้งสองข้าง การรับกลิ่นปกติ
ปาก	ไม่มีรอยเปื่อย ไม่มีริมฝีปากอักเสบหรือเป็นแผล ไม่มีฟันผุ ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน
คอ	รูปร่างปกติ คอไม่พบก้อน
เล็บ	เล็บมือเล็บเท้ายาวเล็กน้อย แต่ไม่ดำ
ทรวงอก	ปกติดี
ช่องท้อง	No ascites, Seen exit site for CAPD
ขา	Pitting edema gr๒ at both leg
ผิวหนัง	ผิวหนังค่อนข้างแห้งกร้าน
ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์	No examination

จากข้อมูลการตรวจสุขภาพระบบต่าง ๆ พบว่า แรกรับรู้สึกตัวดี พุดคุยได้ตามปกติ รับประทานอาหาร สถานที่ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน แต่เคลื่อนไหวลำบาก จากการตรวจตาพบภาวะซีตเล็กน้อย บริเวณรอบสายล้าองใต้ทางหน้าห้องไม่บวมแดง ขาทั้ง ๒ ข้างบวมกดบุ๋ม grade ๒

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๕) ข้อมูลการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ IN-HOMESS

ประเด็น IN HOMESS	ผลการประเมิน
I: Immobilization	ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน แต่เคลื่อนไหวลำบากคะแนน ADL= ๑๒
N: Nutrition	การรับประทานอาหารทำได้เองแต่ภรรยาเตรียมให้ ประกอบอาหารเองที่ทำได้ตามพื้นบ้าน ท้องตลาด เพราะภรรยาก็ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ข้าวที่เหมาะสมเป็นข้าวสวย พุดคุยกับภรรยาในการเตรียมอาหาร ใช้สูตร ๒ :๑: ๑ / ๑ มีมือ การปรุงอาหาร ใช้หลักการปรุง ๖:๑:๑ / ๑ วัน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ต้องเป็นอาหารธรรมดา ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร
H: Housing	บ้านเดี่ยว ๑ ชั้น อาศัยอยู่กับภรรยา สภาพสิ่งแวดล้อม รั้วรอบ คงทน แข็งแรง สะอาดเรียบร้อย มีห้องทำการล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ มีแสงสว่างเพียงพอในการทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเองมีถังขยะใส่ขยะติดเชื้อ มีการเก็บอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว และมีที่นอนฟูก พักผ่อนหลังล้างไตเสร็จ
O: Other people	อาศัยอยู่กับภรรยา ๒ คน และลูกๆสอบถามอาการทางโทรศัพท์ มีเพื่อนบ้าน มาสอบถามอาการเจ็บป่วยได้รับความช่วยเหลือ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนักบริบาลผู้ป่วยในชุมชน CG (CAER GIVER) ในส่วนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มามีส่วนร่วมในการดูแล
M: Medication	ในการรักษาด้วยยา รับจากโรงพยาบาลบุณฑริก ยาที่รับประทานประจำ <ul style="list-style-type: none"> - Hypercrit ๘๐๐๐ u SC / week - Enaril ๒๐ mg ๑x๑ - Manidipin ๒๐ mg ๑x๑ - NPH penfill ๑๔-๐-๑๐ - Calcium ๑๒๕๐mg ๑.๕ tid pc - ASA ๘๑ mg ๑ od pc - Simvasatine ๑x๑ hs - Alpha dm ๐.๒๕ mcg ๔ tab จันทร, พุธ, ศุกร์ - Colchicine ๐.๖ mg ๑ tab HS วันคู่
E: Examination	V/S – T= ๓๗.๒ C ,P= ๘๒/ min R=๒๔/ min BP=๑๕๙/๗๕ mmHg Lime = pitting edema gr.๒
S: Safty	บริเวณบ้านมีความปลอดภัย ห้องน้ำ และห้องทำการล้างไตทางหน้าท้องบริเวณใกล้กัน บ้านชั้นเดียว อากาศถ่ายเทได้ดี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๕) ข้อมูลการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ IN-HOMESS (ต่อ)

ประเด็น IN HOMESS	ผลการประเมิน
S: Spiritual Health	มีความเชื่อตามประเพณี นับถือศาสนาพุทธ สวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญ ตักบาตร ไม่นับถือ ภูตผี ปีศาจ
S: Service	การเข้าถึงบริการในการรักษา ใช้สิทธิบัตร บัตรทอง ได้รับการดูแลโดยกระบวนการของสาธารณสุข โรงพยาบาลบุณชริก ศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านระบบ ๓ ทมอ อย่างทั่วถึง นักบริหารชุมชน CG (Care Giver) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากข้อมูลการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ IN-HOMESS พบว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน แต่เคลื่อนไหวลำบากคะแนน ADL = ๑๒ การรับประทานอาหารทำได้เองแต่ภรรยาเตรียมให้อาศัยอยู่กับภรรยา ๒ คน และลูกๆ สอบถามอาการทางโทรศัพท์ ขา ๒ ข้างบวมกดบวม มีเม็ดยา Hypercrit ๘๐๐๐ u SC / week

๖) ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		๑๘ มกราคม ๒๕๖๖		๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	
การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล	ผลการตรวจ	แปลผล
Hct	๓๕-๔๙ %	๒๓	มีภาวะซีด	๒๗	มีภาวะซีด
Hb	๑๓.๒-๑๖.๖ gramm/L	๗.๖	มีภาวะซีด	๘.๗	มีภาวะซีด
Wbc.	๔,๐๐๐- ๑๐,๐๐๐ Cell/cumm	๙๐๔๐	ปกติ	๗๑๒๐	ปกติ
Ptt.	๑๔๐,๐๐๐- ๔๐๐,๐๐๐ cell/cumm	๓๔๑๐๐๐	ปกติ	๒๒๒๐๐๐	ปกติ
N	๕๕-๗๕%	๖๔	ปกติ	๗๔	ปกติ
L	๒๐-๓๕ %	๒๗	ปกติ	๑๙	ปกติ
E	๐-๖%	๕	ปกติ	๖	ปกติ
MCV	๘๐-๑๐๐ft	๘๗.๕	ปกติ	๘๗.๓	ปกติ
Na	๑๓๖-๑๔๖ mmol/L	๑๒๙	ต่ำกว่าปกติ	๑๒๙	ต่ำกว่าปกติ
K	๓.๕-๕.๑ mmol/L	๕.๗๙	สูงกว่าปกติ	๔.๗๓	ปกติ
Chloride	๑๐๑-๑๐๙ mmol/L	๘๗	ต่ำกว่าปกติ	๘๗	ต่ำกว่าปกติ
CO ₂ (๒๒)	๒๑-๓๑ mmol/L	๒๒	ปกติ	๒๒	ปกติ

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีด และความสมดุลของเกลือแร่ในเลือด คือ มีปัญหาโซเดียมและคลอไรด์ต่ำ และมีโพแทสเซียมสูงในการเยี่ยมครั้งที่ ๒

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๗) แผนการรักษาและเยี่ยมบ้าน

๗.๑) เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ ๑ (๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕)

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๒ ปี อาศัยอยู่กับภรรยา ลูกชาย ๒ คน อยู่ต่างจังหวัด และต่างอำเภอ ลักษณะบ้านเป็นบ้านชั้นเดียว ปลูกตึก มีห้องล้างไตทางหน้าท้องเป็นสัดส่วน

แรกรับรู้สึกตัวดี พุดคุยได้ตามปกติ รับรู้บุคคล สถานที่ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน แต่เคลื่อนไหวลำบาก ADL= ๑๒ คะแนน On TK cath for CAPD แผล exit site ไม่บวมแดง ทำ CAPD วันละ ๔ รอบ น้ำเข้าออกสมดุลกันสีเหลืองใสได้กำไร ปัสสาวะวันละ ๒-๓ ครั้ง ครั้งละ ๕๐-๑๐๐ ซีซี มีอาการซีด บวมกดบวม ๒+ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ=๓๗.๑ องศา ซีพจร= ๘๒ ครั้ง/นาที หายใจ = ๒๐ ครั้ง/นาที ความดัน = ๑๕๒/๗๕ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก= ๖๕ กก. ความสูง = ๑๖๕ ซม. ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว เพราะสัปดาห์ ๑ ครั้ง เข้ามาโรงพยาบาลเพื่อรับการฉีดยา Hypercrit ๘๐๐๐ u/wks

๗.๒) การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ (๑๘ มกราคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ลำบาก พุดคุยได้ตามปกติ รับรู้บุคคล สถานที่ เวลา รับประทานอาหารได้น้อย แต่บวมขึ้นตามตัว เริ่มเคลื่อนไหวลำบาก ลักษณะอาหารที่รับประทานเป็นอาหารธรรมดา ยังรับประทานยาได้ตรงตามปกติ ขับถ่าย วันละ ๑ ครั้ง ปัสสาวะได้ตามปกติ วันละ ๒-๓ ครั้ง ครั้งละ ๕๐-๑๐๐ ซีซี On TK cath for CAPD แผล exit site บวมแดง ทำ CAPD วันละ ๔ รอบ น้ำเข้าออกสมดุลกันสีเหลืองใสได้กำไร ยังมีอาการซีด บวมกดบวม ๒+ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศา ซีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต ๑๖๑/๘๕ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก= ๖๓ กก. ความสูง = ๑๖๕ ซม. ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

๗.๓) การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ (๑๘ มกราคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ลำบาก พุดคุยได้ตามปกติ รับประทานอาหารได้เอง เป็นอาหารธรรมดา โดยมีภรรยาเป็นผู้ประกอบอาหาร ลูกเดินออกมานั่งแคร่หน้าบ้านได้ อาการบวมลดลงเล็กน้อย ขับถ่าย วันละ ๑ ครั้ง ปัสสาวะได้ตามปกติ วันละ ๒-๓ ครั้ง ครั้งละ ๕๐-๑๐๐ ซีซี ต่อวัน On TK cath for CAPD แผล exit site บวมแดงลดลง ทำ CAPD วันละ ๔ รอบ น้ำเข้าออกสมดุลกันสีเหลืองใสได้กำไร สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศา ซีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต ๑๖๑/๘๕ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก= ๖๓ กก. ความสูง = ๑๖๕ ซม. ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและการดำเนินชีวิตของตัวเองและครอบครัว ไม่อยากเป็นภาระลูกและภรรยา

๘) สรุปอาการและอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๒ ปี รักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลบุญทริกตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ปี ๒๕๕๘ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ด้วยโรคติดเชื้อเอนโดเธลิโอไตติส และได้รับการวางสายล้างไตทางหน้าท้องในปี ๒๕๖๔ โดยมีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนลูก ๒ คนทำงานอยู่ต่างจังหวัด โดยตลอดระยะเวลาที่ล้างไตทางหน้าท้องผู้ป่วยต้องเดินทางเข้ามาฉีดยา Hypercrit ๘๐๐๐ u/ wks สัปดาห์ละครั้งทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งหลังจากที่ได้มีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

ได้มีการปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดบริการในชุมชน แต่ระหว่างที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อบริเวณ Exit site และมีภาวะน้ำเกิน

๔.๗.๒ การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลแรกรับ	การวินิจฉัยการพยาบาลระหว่างการดูแลต่อเนืองที่บ้าน	การวินิจฉัยการพยาบาลก่อนจำหน่าย
<p>๑. ผู้ป่วยมีภาวะซีดจากไตทำงานบกพร่องในการสร้างฮอร์โมน erythropoietin</p> <p>๒. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจากไตสูญเสียหน้าที่และสมดุลของสารน้ำเข้าและออกจากการล้างไตทางหน้าท้อง</p>	<p>๑. ผู้ป่วยมีภาวะซีดจากไตทำงานบกพร่องในการสร้างฮอร์โมน erythropoietin</p> <p>๒. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจากไตสูญเสียหน้าที่และสมดุลของสารน้ำเข้าและออกจากการล้างไตทางหน้าท้อง</p> <p>๓. ผู้ป่วยมีผลติดเชื้อบริเวณ Exit site</p> <p>๔. ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลในเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตในครอบครัว</p> <p>๕. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง</p>	<p>๑. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจากไตสูญเสียหน้าที่และสมดุลของสารน้ำเข้าและออกจากการล้างไตทางหน้าท้อง</p> <p>๒. ผู้ป่วยและญาติ วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล)

๑) การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ ผู้ป่วยมีภาวะซีดจากไตทำงานบกพร่องในการสร้างฮอร์โมน erythropoietin</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย แต่หายใจไม่หอบ</p> <p>O : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นของเลือด Hct ๒๓ %</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ไม่มีอาการเหนื่อย หอบ</p> <p>สัญญาณชีพปกติ</p>	<p>๑. วัตถุประสงค์ในการออกติดตามเยี่ยมทุกครั้ง</p> <p>๒. จัดบริการฉีดยา Hypercrit ๘๐๐๐unit sc / weeks ให้ที่บ้านผู้ป่วย</p> <p>๓. แนะนำอาหารที่มีโปรตีนให้เพียงพอ อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า ๑ กรัม/น้ำหนัก ๑ กก. เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของเลือดและยาตามแผนการรักษา</p> <p>๔. ส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ</p> <p>๕. ติดตามเยี่ยมและเจาะเลือดตรวจทางให้ปฏิบัติการ พยาบาลหอผู้ป่วยไตเทียมตามแผนการรักษา</p>	<p>-ผู้ป่วยยังมีภาวะซีด Hct ๒๓ ถึง ๒๗ %</p> <p>- ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ</p> <p>- สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศา ซีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต ๑๖๑/๘๕ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ได้รับการปรับขนาดยา วันละ ๓-๔ ฟอง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจากไตสูญเสียหน้าที่และสมดุลของสารน้ำเข้าและออกจากการล้างไตทางหน้าท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย</p> <p>O : ขาทั้งข้างบวม pitting edema gr.๒</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>บวมลดลง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ</p> <p>ฟังปอดปกติ</p> <p>สัญญาณชีพปกติ</p> <p>I/O สมดุล</p>	<p>๑. สอบถามกับภรรยาผู้ป่วยในการบันทึกน้ำเข้า-น้ำออก ให้ชัดเจนถูกต้อง</p> <p>๒. แนะนำภรรยาในการการปรุงอาหารให้ผู้ป่วยต้อง งดหวาน งดเค็ม งดมัน รับประทานไข่ขาว จำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษาของแพทย์ ๖๐๐ ซีซี/วัน</p> <p>๓. รายงานแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางการล้างไตทางหน้าท้องเพื่อหาแนวทางแก้ไข เจาะเลือดผู้ป่วยมาส่งตรวจทันที ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทันเวลา และได้รับการปรับยา off amlodipine</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถนอนราบได้นานขึ้น</p> <p>ไม่มีเหนื่อย หอบ</p> <p>-ขาสองข้างบวมลดลง ๑+</p> <p>- ฟังปอดปกติ</p> <p>-สัญญาณชีพอุณหภูมิ=๓๗.๑ องศา ซีพจร= ๘๒ ครั้ง/นาที หายใจ = ๒๒ ครั้ง/นาที ความดัน = ๑๕๒/๗๕ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>I/O ๕๐๐ cc/๑๕๐-๓๐๐ cc me</p> <p>ทำ CAPD ได้กำไรวันละ ๑๕๐๐ CC</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๑) การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจากไตสูญเสียหน้าที่และสมดุลของสารน้ำเข้าและออกจากการล้างไตทางหน้าท้อง (ต่อ)	๔.ติดตามเยียมวัดสัญญาณชีพ ฟังเสียงปอดทุกครั้ง ๕.เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินสามารถได้รับการบริการตลอด ๒๔ ชม. ผ่านระบบ ๓ หมอ และหน่วยกู้ชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ๑๖๖๙ ๖.ให้การพยาบาลตามมาตรฐานพยาบาลอนามัยชุมชนให้ครอบคลุมมิติ	

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
๑. ผู้ป่วยมีภาวะซีดจากไตทำงานบกพร่องในการสร้างฮอร์โมน erythropoietin ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย แต่หายใจไม่หอบ O : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นของเลือด Hct ๒๓ % วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการเหนื่อย หอบ สัญญาณชีพปกติ	๑. วัดสัญญาณชีพในการออกติดตามเยียมทุกครั้ง ๒. ดูแลให้ได้รับการฉีดยา Hypercrit ๘๐๐๐unit sc / weeks ๓. แนะนำอาหารที่มีโปรตีนให้เพียงพอ อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า ๑ กรัม/น้ำหนัก ๑ กก. เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของเลือดและยาตามแผนการรักษา ๔. ส่งเสริมการนอนหลับ พักผ่อนให้เพียงพอ ๕. ติดตามเยียมและเจาะเลือดตรวจทางให้ปฏิบัติการ พยาบาลหอผู้ป่วยได้เฝ้าติดตามแผนการรักษา	- ผู้ป่วยยังมีภาวะซีด Hct ๒๓ ถึง ๒๗ % - ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศา ซิฟจร ๘๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต ๑๕๙/๘๕ มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนือง (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจากไตสูญเสียหน้าที่และสมดุลของสารน้ำเข้าและออกจากการล้างไตทางหน้าท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย</p> <p>O : ขาทั้งข้างบวม pitting edema gr.๒</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>บวมลดลง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ</p> <p>ฟังปอดปกติ</p> <p>สัญญาณชีพปกติ</p> <p>I/O สมดุล</p>	<p>๑.สอบถามกับภรรยาผู้ป่วยในการบันทึกน้ำเข้า-น้ำออก ให้ชัดเจนถูกต้อง</p> <p>๒.แนะนำภรรยาในการการปรุงอาหารให้ผู้ป่วยต้อง งดหวาน งดเค็ม งดมัน รับประทานไข่ขาว จำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษาของแพทย์ ๖๐๐ ซีซี/วัน</p> <p>๓.ติดตามเยี่ยมวัดสัญญาณชีพ ฟังเสียงปอดทุกครั้ง</p> <p>๔.เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินสามารถได้รับการบริการตลอด ๒๔ ชม. ผ่านระบบ ๓ หมอ และหน่วยกู้ชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ๑๖๖๙</p> <p>๕.ให้การพยาบาลตามมาตรฐานพยาบาลอนามัยชุมชนให้ครบทุกมิติ</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถนอนราบได้นานขึ้น ไม่มีเหนื่อย หอบ</p> <p>- ขาสองข้างบวมลดลง ๑+</p> <p>- ฟังเสียงปอดปกติ</p> <p>- รับประทานยา Manidipine ๒๐ mg ๑ x๑</p> <p>- BP ๑๖๐ /๙๐ - ๑๖๐/๑๐๐ mmHg</p> <p>- ปัสสาวะออกวันละ ๑๕๐-๓๐๐ ml</p> <p>- ทำ CAPD ได้กำไรเฉลี่ยวันละ ๑๔๐๐ - ๑๕๐๐ CC</p>
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๓. มีการติดเชื้อบริเวณแผล Exit site วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๖</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O :ขอบแผลรอบสายมีรอยแดง ผ่ากือสروبแผลดำ ปวดบริเวณรอบแผล แต่ไม่มีไข้ CBC : Wbc = ๙๐๔๐ , N = ๖๔, L = ๒๗</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อลดการติดเชื้อ</p>	<p>๑.สาธิตการเช็ดทำความสะอาดแผลให้ภรรยาใช้sterile technique</p> <p>๒.ล้างมือ ๗ ขั้นตอน สวมถุงมือ ก่อนทำการตัดการล้างไตทางช่องท้อง</p> <p>๓.แนะนำภรรยาให้สังเกตอาการที่บ่งบอกว่ามีติดเชื้อ เช่น มีไข้ เหนื่อยหายใจหอบ บวมแดงบริเวณแผลให้แจ้งผ่านระบบ ๓ หมอ ทันที</p> <p>๔.ทำความสะอาดบริเวณห้องล้างไตให้สะอาดทุกวันเก็บอุปกรณ์ล้างไตและทำแผลให้เป็นระเบียบเรียบร้อยพร้อมใช้งานอยู่เสมอ</p>	<p>แผล Exit site แห่งดี มีการคันรอบแผลเล็กน้อย ไม่มีไข้ ไม่หอบ</p> <p>ภรรยาผู้ป่วยทำได้และภูมิใจลดความวิตกกังวล ๒๕ มกราคม ๒๕๖๖</p> <p>CBC: Wbc = ๗๑๒๐ , N = ๗๔, L = ๑๙</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๓. มี การติดเชื่อบริเวณแผล Exit site วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๖ (ต่อ)</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แผล Exit site ไม่บวมแดง - ไม่มีไข้ - ผล Lab WBC, N ปกติ 	<p>๕. ในการติดตามเยี่ยมบ้านจะแจ้ง ประเมินผู้ป่วยและญาติก่อนทุกครั้ง เพื่อนำอุปกรณ์ไปช่วยเหลือ สนับสนุนลดขั้นตอนการมา โรงพยาบาลและประสานหน่วยกู้ชีพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง</p>	
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๔ ผู้ป่วย มีภาวะวิตกกังวลในเกี่ยวกับอาการ เจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตใน ครอบครัว</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยบอกว่าอยากออกไป ทำงานแบ่งเบาภาระครอบครัว มี ลูกชาย ๒ คน ไม่ได้อยู่ด้วยทำให้ไม่มีใครดูแล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไป รพ.สรรพสิทธิประสงค์ต้องเหมา ค่าโดยสาร ๑๐๐๐ -๑๕๐๐ บาท ขึ้นไป</p> <p>O : ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย</p> <p>การประเมินผล</p> <p>๒Q - negative</p>	<p>๑. ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ให้เห็นคุณค่าในตัวเอง อธิบาย ระยะของการเจ็บป่วย</p> <p>๒. อธิบายให้ภรรยาเข้าใจการ เจ็บป่วย การรักษาให้เข้าใจ และให้กำลังใจสามีมตลอด และลูกๆจะ โทรศัพท์สอบถามอยู่เป็นประจำแม้ อยู่ห่างไกลช่วยค่าใช้จ่ายถึงแม้จะไม่มากมาย</p> <p>๓. ในการออกติดตามเยี่ยมทุกครั้ง จะโทรแจ้งว่ามีอุปกรณ์ในการรักษา ไม่เพียงพอ เช่น แอลกอฮอล์ สำลี ผ้าก๊อซ น้ำยาทำความสะอาด</p> <p>๔. ในการประเมิน ๒Q ในการออก เยี่ยมบ้านทุกครั้ง</p> <p>๕. จัดหากิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ทำเพื่อ ลดภาวะฟุ้งฟิง หาอุปกรณ์ออก กำลังกาย อย่างยืด ฟังธรรมะ อ่าน หนังสือ ขณะทำการล้างไต</p>	<p>ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง เนื่องจาก ครอบครัวและชุมชนให้กำลังใจ</p> <p>๒Q - negative</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนือง (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๔ ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลในเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตในครอบครัว (ต่อ)</p>	<p>๖. ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยไตเทียม ผู้ป่วยรายนี้มีหัตถการ การรักษาเพิ่มเติม เช่น เจาะเลือด ประเมินภาวะซีด (CBC) การทำงานของไต (Electrolytes , BUN , CR.) การออกเยี่ยมบ้านจะทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล</p> <p>๗. ประสานทางโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีนัดทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ถ้ามีรถพยาบาลเข้าไปในตัวเมือง และการประสานกู้ชีพระดับตำบล อบต.บัวงาม ในการมารับบริการโรงพยาบาลบุณฑริก</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๕ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงจากเหนื่อยล้าจากโรคไตเรื้อรัง และซีด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>○ : การเคลื่อนไหวลำบาก</p> <p>ADL= ๑๒ คะแนน Hct ๒๓-๒๗% ขา ๒ ข้างบวม ๒+ Motor power gr ๓</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นจากเดิม</p> <p>ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหลังทำกิจกรรมต่างๆ</p>	<p>๑. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ADL</p> <p>๒. แนะนำกรรยาในการช่วยเหลือกิจกรรมบางส่วน</p> <p>๓. ฝึกการออกกำลังกายโดยวิธี Active-Passive exercise</p> <p>๔. จัดสิ่งของที่จำเป็นไว้ใกล้ตัวเพื่อความสะดวกในการใช้</p> <p>๕. ให้กำลังใจเมื่อทำกิจกรรมต่างๆได้เพิ่มขึ้น</p> <p>๖. แนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง/วิตามินซีสูง เพื่อดูดซึมธาตุเหล็กและหายใจในพื้นที่ เช่น กระจิน ผักโขม ใบชะพลู</p> <p>๗. ดูแลให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง Hypercrit ๘๐๐๐ unit sc/wk</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลูกเดิน ทำกิจกรรมต่างๆได้ โดยไม่มีอาการหอบ เหนื่อย</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจากไตสูญเสีย หน้าที่และเสียสมดุลของสารน้ำเข้า และออกจากการลำเลียงไตทางหน้า ท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยมากขึ้น O : ขาทั้งข้างบวม pitting edema gr.๒ ปริมาณสารน้ำออกได้กำไร ลดลง มีอาการไอ เจ็บใต้ราวนมซ้าย</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มี ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกิน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย แพทย์</p>	<p>๑. อธิบายอาการ และ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>๒. ประสานพยาบาลประจำหน่วย ลำเลียงไตทางหน้าท้อง</p> <p>๓. ประสานรถกู้ชีพระดับตำบล อบต.บัวงามเพื่อนำส่งผู้ป่วยมา ตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล บุณฑริก</p>	<p>ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล บุณฑริกหลังการตรวจแพทย์สั่งการ รักษาโดยการ Admitted ด้วย ปัญหา Fluid overload จำนวน ๑ วัน อาการดีขึ้นแพทย์จำหน่ายกลับ บ้าน</p>
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ ผู้ป่วย และญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S:ผู้ป่วยและญาติซักถามว่าจะได้ นอนโรงพยาบาลไหมและจะเป็น แบบนี้อีกไหม</p> <p>O : สีหน้าผู้ป่วยวิตกกังวล</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้รับการวางแผนจำหน่าย ก่อนกลับบ้าน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติ ตามแผนการรักษา</p>	<p>๑.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงแนว ทางการรักษาของแพทย์</p> <p>๒.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ขั้นตอนการรักษาและ ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น</p> <p>๓.ส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลบุณฑริกเพื่อประเมิน ๒Q และความวิตกกังวล</p> <p>๔.วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล</p>	<p>ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง และทราบ แนวทางการรักษาตามความรุนแรง ของโรค</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

ระหว่างการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ นั้น ผู้ป่วยยังมีภาวะซีด หลังได้รับบริการ Hypercrit ๘๐๐๐ u/ wks สัปดาห์ละครั้งในชุมชน ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายเพื่อเดินทางมารับบริการในโรงพยาบาล ระหว่างที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อบริเวณ Exit site และมีภาวะน้ำเกิน ซึ่งหลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ภาวะดังกล่าวดีขึ้น น ซึ่งจากการวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่าเกิดจากการจัดเก็บอุปกรณ์และการทำแผลที่ไม่ถูกวิธีของผู้ดูแล จึงได้มีการให้คำแนะนำ สอน และสาธิตในการกระบวนกรการทำแผลให้กับผู้ดูแล และมีการมอบหมายให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านดูแลและติดตามอาการสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง รวมทั้งการวางแผนการเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวมเร็วผ่านระบบกู้ชีพระดับตำบล ทำให้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตัวเองดีขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น

๔.๘ สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๒ ปี รักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลบุญทริกตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ปี ๒๕๕๘ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ด้วยโรคติดเชื้อเมลิออยโดซิส และได้รับการวางสายล้างไตทางหน้าท้องในปี ๒๕๖๔ โดยมีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนลูก ๒ คนทำงานอยู่ต่างจังหวัด โดยตลอดระยะเวลาที่ล้างไตทางหน้าท้องผู้ป่วยต้องเดินทางเข้ามาฉีดยา Hypercrit ๘๐๐๐ u/ wks สัปดาห์ละครั้งทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งหลังจากที่ได้มีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้มีการปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดบริการในชุมชน แต่ระหว่างที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อบริเวณ Exit site และมีภาวะน้ำเกิน ซึ่งจากการวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่าเกิดจากการจัดเก็บอุปกรณ์และการทำแผลที่ไม่ถูกวิธีของผู้ดูแล จึงได้มีการให้คำแนะนำ สอน และสาธิตในการกระบวนกรการทำแผลให้กับผู้ดูแล และมีการมอบหมายให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านดูแลและติดตามอาการสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง รวมทั้งการวางแผนการเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวมเร็วผ่านระบบกู้ชีพระดับตำบล ทำให้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตัวเองดีขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ทำให้อยู่ในสังคม ชุมชนได้ตามปกติมีการเข้าถึงเครือข่ายดูแลตัวเองตามสิทธิประโยชน์ และเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินมีการดูแลโดยระบบเครือข่าย ๓ หมอ

๔.๙ อภิปรายผล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Case manager ที่บ้านจากพยาบาลประจำด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โดยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพตามทฤษฎีโอเรียมและแบบประเมิน IN-HOMESS ในการเยี่ยมบ้าน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน แต่เคลื่อนไหวลำบาก คะแนน ADL= ๑๒ คะแนน มีภาวะซีดเล็กน้อย บริเวณรอบสายล้างไตทางหน้าท้องไม่บวมแดง ขาทั้ง ๒ ข้างบวมกดบวม grade ๒ ผู้ป่วยยังมีความพร้อมในการดูแลตัวเอง ทั้งด้านการล้างไตทางหน้าท้อง การรับประทานอาหารทำได้เองแต่ภรรยาเตรียมให้ ต้องได้รับการ ฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง หลังจากที่มีการวางแผนการดูแลโดยบูรณาการนโยบาย ๓ หมอ และส่งเสริมให้ภาคเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ผู้ป่วยได้รับฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงที่บ้าน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๙ อภิปรายผล (ต่อ)

การเดินทางไปโรงพยาบาล มีระบบการดูแลมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านดูแลและติดตามอาการสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง รวมทั้งกระบวนการรักษาอย่างรวดเร็วผ่านระบบกู้ชีพระดับตำบล ทำให้เข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็วผู้ป่วยและผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตัวเองดีขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ หลังติดตามและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับได้รับฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงที่บ้านสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๑๐๐ มีภาวะน้ำเกินจนต้องได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันทีทำให้มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ๑ วัน และอัตราการเกิด Peritonitis เท่ากับ ๐

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จากกรณีศึกษานี้การวางแผนการดูแลโดยบูรณาการนโยบาย ๓ หมอ และส่งเสริมให้ภาคเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลทั้งจากภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน Care giver และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ออกเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งให้บริการฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยหน่วยกู้ชีพระดับตำบลได้สะดวกขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ส่งผลให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติลดลง

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากรายงานกรณีศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

๖.๑ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและทีมสาขาวิชาชีพนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไตทางช่องท้องเองได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๖.๒ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและทีมสาขาวิชาชีพนำไปปรับใช้ในการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไตทางช่องท้องเองให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

๖.๓ ส่งเสริมให้ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะซีด ภาวะสมดุลสารน้ำอิเล็กโทรไลต์

๖.๔ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องที่บ้านได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีผู้ดูแลเพียง ๑ คน ดังนั้นจึงได้บูรณาการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ Care giver เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

๗.๒ จากปัญหาสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมคือเกษตรกรได้และภรรยาทำอาชีพรับจ้างได้ไม่เต็มที่ ทำให้การจัดสภาพแวดล้อมและการจัดเก็บอุปกรณ์สำหรับใช้ในการล้างไตทางหน้าท้องไม่มีติดขัด ดังนั้นจึงได้มีการให้คำแนะนำ สอน และสาธิตในการกระบวนการทำแผลให้กับผู้ดูแลเพิ่มเติมและวางแผนร่วมกับพยาบาลเฉพาะทางไตเทียมในการจัดวัสดุอุปกรณ์ใหม่เหมาะสม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลบุษตริก เนื่องจากเดินทางลำบากและไม่มีพาหนะในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการรักษา เศรษฐฐานะครอบครัว วิตกกังวลกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเองเป็นภาระของครอบครัวและลูกหลานจึงประสานขอความช่วยเหลือ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วน อปท.มามีส่วนร่วมในการดูแลผ่าน ระบบ นักบริบาลผู้ป่วย (Care Giver) องค์การบริหารส่วนตำบลบัวงาม อสม.ในชุมชน

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านบริหาร

๙.๑.๑. ควรบริหารจัดการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ เช่น พยาบาล นักบริบาล อสม. ผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยผู้ป่วยล่างไตทางหน้าท้องด้วยตัวเองที่บ้าน(CAPD) ครอบคลุม รพ.สต. และ PCU เครือข่ายอำเภอบุษตริก เพื่อป้องกัน ภาวะติดเชื้อ Exit site ร่วมกับภาวะน้ำเกิน และภาวะซีด จัดหา เครื่องมือเครื่องใช้เวชภัณฑ์ต่างๆ ตลอดจนจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้มีความเพียงพอกับความต้องการพยาบาลของผู้ป่วย

๙.๑.๒. ควรมีการพัฒนาและทบทวนสมรรถนะเชิงวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติในการล้างไตทางหน้าท้อง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว แก่พยาบาลในรพ.สต. เพื่อสามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

๙.๒ ด้านบริการ

๙.๒.๑. พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมิน ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องด้วยตัวเอง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

๙.๒.๒. พยาบาลที่ออกเยี่ยมบ้านเจอภาวะฉุกเฉิน สามารถรายงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ทันที เพื่อรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือ

๙.๒.๓. พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการบันทึกน้ำเข้า-ออกในแต่ละ รอบ และใน ๒๔ ชั่วโมง

๙.๓ ด้านวิชาการ

๙.๓.๑. ควรมีการพัฒนาการเชิงคลินิกร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง โดยใช้รูปแบบการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

๙.๓. ๒. ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องเพื่อลดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

๙.๓. ๓. ควรมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาการดูแลเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

นำเสนอ oral presentation ในการประชุมวิชาการโครงการเรื่องความก้าวหน้าและพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลยุค BANI จัดโดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางเย็นฤดี นามวา สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางเย็นฤดี นามวา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)...๑๐/มกราคม./๒๕๖๗...

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเย็นฤดี นามวา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาววรัตน์ สิงห์คำ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบุณฑริก

(วันที่)..๑๐.../...มกราคม.../...๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุณฑริก

(วันที่) ..๑๐./...มกราคม.../...๒๕๖๗...

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๑.ชื่อเรื่อง กรณีศึกษารายที่ ๒ การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุนะยะกลางจากภาวะเลือดออกในสมอง : กรณีศึกษา

๒.ระยะเวลาการดำเนินงาน ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

๓.๑.๑ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองหรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือด อุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆขึ้น ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็นชนิดต่างๆ ดังนี้คือ

๑) โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า ๘๐% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดเลี้ยงสมองไปเพียงพอ ส่วนใหญ่ แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้น เลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก ๒ ชนิดย่อย ได้แก่

๒) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

๓) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้ เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

๔)โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือ ฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรก คือประมาณ ๒๐% สามารถแบ่งได้อีก ๒ ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

๕) โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ(Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด สมองตั้งแต่กำเนิด ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยที่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้คือ

๕.๑) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

- อายุ : ในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีเนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมัน เกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น

- เพศ : เพศชาย มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง

- ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในขณะที่มีอายุน้อย

๕.๒) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตโดยมากสามารถปรับเปลี่ยนได้ไม่ว่าจะด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรม หรือการใช้ยา ได้แก่

- ความดันโลหิตสูง

- เบาหวาน

- ไขมันในเลือดสูง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) (ต่อ)

- การสูบบุหรี่

- โรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคลิ้นหัวใจต่างๆ อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย

๓.๑.๒ อาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่

๑) อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมากมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้ายเป็นต้น

๒) อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับ ร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง

๓) มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด

๔) มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่นเดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน

๕) การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้ว หายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณ ๑๕%

๓.๑.๓ การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้

๑) การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษา อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจ ร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท

๒) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การตรวจเลือดต่างๆ

๓) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CTScan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ในปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้โดยความรวดเร็วในการรักษาถือเป็นสิ่ง ที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา ๓-๔.๕ ชั่วโมง

๓.๑.๔ ยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษาได้แก่

๑) ยาละลายลิ่มเลือด ใช้เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ ซึ่งจะทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้น ยิ่ง ได้รับเร็วประสิทธิภาพในการรักษาก็จะยิ่งดีขึ้น

๒) ยาด้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่ นิยมใช้ได้แก่ยาแอสไพรินใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง และให้เพื่อป้องกันการ เกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะยาว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) (ต่อ)

๓) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติเพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาการของผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นตามลำดับ และอาจกลับมาเป็นปกติได้ ภายใน ๖ เดือน แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมอง และในระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสาร และการเคลื่อนไหวเพื่อให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

๓.๑.๕ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือด ซึ่งการลดความเสี่ยงทำได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนี้

๑) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะจะส่งผลให้เกิดภาวะ คอเลสเตอรอลในเลือดสูง(LDL) รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัด ที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

๒) ควบคุมน้ำหนัก โรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคร้ายแรงต่าง ๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุม น้ำหนักจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้

๓) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ ๒.๕ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

๔) งดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรรับการตรวจรักษาต่อเนื่องกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆโดยการใช้ ยาร่วมกัน ได้แก่

๕) การให้ยาควบคุมระดับคอเลสเตอรอล โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก ๖-๑๒ เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตาม อาการ

๖) ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ ต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท

๗) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร และการใช้ชีวิต นอกจากนี้ ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมอาการได้และทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง

๘) กรณีเป็นโรคหัวใจ ควรรับการรักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยกรณีเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Family Development Theory)

การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวตามพัฒนาการจะเป็นระยะ เป็นขั้นตอน เป็นลำดับก่อนหลัง เป็นวัฏจักร ซึ่งในแต่ละระยะจะมีภารกิจที่สมาชิกจะต้องทำให้สำเร็จ จึงจะไปสู่ระยะต่อไปได้เป็นอย่างดี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวนั้น มาจากปัจจัยด้านสมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะทั้งทางร่างกายและเสรีภาพ ปัจจัยด้านสังคมมีความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของบุคคล Duvall (๑๙๗๗) ได้แบ่งพัฒนาการครอบครัวออกเป็น ๘ ระยะ ดังนี้

๓.๒.๑ ครอบครัวระยะเริ่มต้น (marital stage) เป็นการเริ่มต้นครอบครัวที่หนุ่มสาวมีการเลือกคู่ครองของตนเองและทำการสมรส หรือมาอยู่ร่วมกันโดยไม่ได้ทำการสมรส เป็นระยะที่คู่สมรสต้องปรับตัวเข้าหากันในการใช้ชีวิตร่วมกัน นับจากการสมรสจนกระทั่งภรรยาตั้งครรภ์

๑) พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

๑.๑) จัดเตรียมที่อยู่อาศัย

๑.๒) สร้างระบบต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น ระบบการใช้จ่ายเงิน

๑.๓) ปรับตัวเข้าหากันและยอมรับพฤติกรรม และปรับบทบาทหน้าที่ใหม่ในครอบครัว

๑.๔) สร้างความพึงพอใจสัมพันธ์ภาพทางเพศให้คงอยู่ตลอดไป

๑.๕) สร้างระบบการสื่อสารที่ดี ใช้สติปัญญามีเหตุผล และซื่อสัตย์ต่อกัน

๑.๖) สร้างสัมพันธ์ภาพกับเครือญาติ

๑.๗) สร้างวิถีทางการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

๑.๘) วางแผนการมีบุตร

๑.๙) สร้างปรัชญาชีวิตร่วมกัน

๒) บทบาทของพยาบาลครอบครัว พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาในเรื่องการปรับบทบาทในชีวิตสมรสและเรื่องเกี่ยวกับเพศ การวางแผนครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว การดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ก่อนการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการมีบุตร รวมทั้งการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ ฯลฯ

๓.๒.๒.ครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร (Early childbearing families) เริ่มตั้งแต่มีบุตรคนแรกจนกระทั่งบุตรอายุได้ ๓๐ เดือน หรือ ๒ ขวบครึ่ง

๑) พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

๑.๑) เตรียมการจัดการสำหรับการเลี้ยงดูบุตร

๑.๒) พัฒนารูปแบบการหารายได้และการใช้จ่ายเงินใหม่

๑.๓) ปรับบทบาทความรับผิดชอบในการทำงานใหม่

๑.๔) ปรับแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์

๑.๕) ขยายระบบการสื่อสารในปัจจุบันโดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์

๑.๖) ปรับความสัมพันธ์กับเครือญาติ

๑.๗) ปรับความสัมพันธ์กับผู้อื่น ชุมชน สังคม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Family Development Theory) (ต่อ)

๑.๘) แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการเป็นบิดามารดา วางแผนสำหรับการมีบุตรในครอบครัว และ

๑.๙) รักษาตารางไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรมตามปรัชญาแห่งชีวิต

๒) บทบาทของพยาบาลครอบครัว พยาบาลควรจะให้ความรู้ คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาแก่ครอบครัวในเรื่องดังต่อไปนี้

๑.๑) การเป็นพ่อแม่

๑.๒) การดูแลสุขภาพ

๑.๓) การดูแลปัญหาสุขภาพเบื้องต้น การปฐมพยาบาล

๑.๔) การให้ภูมิคุ้มกันโรคเด็ก

๑.๕) การสังเกตประเมินพัฒนาการเด็กและการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

๑.๖) การวางแผนครอบครัว และ ๗) สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

๓.๒.๓. ครอบครัวระยะมีบุตรวัยก่อนเรียน (Families with preschool children) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ ๒ ปี ๖ เดือน ถึง ๕ ปี ครอบครัวในระยะนี้มีโอกาสเป็นไปได้ที่สมาชิกครอบครัวจะมีจำนวน ๓-๕ คน คือสามีภรรยาหรือพ่อแม่ ลูกชายและลูกสาว พี่ชาย-น้องสาว ซึ่งครอบครัวจะซับซ้อนมากขึ้นและมีความแตกต่างกัน ระยะนี้ส่วนมากจะเป็นช่วงที่พ่อแม่มีภารกิจและหน้าที่การงานมากซึ่ง ต้องใช้เวลามากในการทำงานและยังต้องใช้เวลาสำหรับลูกในบทบาทของพ่อและแม่ พ่อแม่ถือว่าเป็นสถาปนิกของครอบครัวเป็นผู้ออกแบบและชี้นำครอบครัวในการพัฒนา (Satir. V. ๑๙๙๑) เป็นช่วงเวลาที่สำคัญของสามีภรรยาที่ต้องเพิ่มความแข็งแกร่งร่วมกัน และรักษาชีวิตสมรสให้ราบรื่นมีความสุข และช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ตามระยะพัฒนาการ สนับสนุนให้เขาเป็นตัวของตัวเอง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

๑) พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

๑.๑) จัดเตรียมสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือเครื่องใช้ ให้เพียงพอสำหรับสมาชิกครอบครัว และคำนึงถึงความปลอดภัยของเด็กเป็นสำคัญ

๑.๒) วางแผนปรึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่างๆที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

๑.๓) ร่วมกันรับผิดชอบเกี่ยวกับการขยายตัวของครอบครัวและการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมาชิกครอบครัว จัดประสบการณ์ส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กได้มีโอกาสเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างเต็มที่

๑.๔) รักษาความพึงพอใจในสัมพันธภาพทางเพศ

๑.๕) รักษาระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว

๑.๖) รักษาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติกับครอบครัว

๑.๗) จัดสรรทรัพยากรตอบสนองความต้องการของสมาชิก มีความสัมพันธ์กับสังคมภายนอกครอบครัว

๑.๘) เผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Family Development Theory)(ต่อ)

๒) บทบาทของพยาบาลครอบครัว ประเมินครอบครัวและให้การช่วยเหลือให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก ส่งเสริมกระตุ้นให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย การป้องกันโรค การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การดูแลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับเด็ก การป้องกันอุบัติเหตุ และประเด็นสำคัญ คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งมั่นคงในชีวิตสมรส

๓.๒.๔.ครอบครัวระยะมีบุตรวัยเรียน (Families with school children) ครอบครัวระยะนี้จะเริ่มเมื่อมีบุตรคนแรก อายุ ๖ ปี และสิ้นสุดเมื่อบุตรคนแรก อายุ ๑๓ ปี เป็นระยะที่ครอบครัวจะมีจำนวนสมาชิกมากที่สุด บุตรจะเริ่มเข้าเรียนที่โรงเรียนประถมศึกษา โดยพันธกิจของบุตรคือความขยันหมั่นเพียร ประสบความสำเร็จในการเรียน มีความสุข สนุกสนาน ขณะที่พ่อแม่ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการแยกจากเด็กหรือปล่อยให้เด็กมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนโรงเรียนและมีกิจกรรมต่างๆ มากมาย

๑) พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

- ๑.๑) เตรียมการสำหรับกิจกรรมของเด็ก และความเป็นส่วนตัวของพ่อแม่
- ๑.๒) รักษาสถานภาพทางเศรษฐกิจให้มั่นคง
- ๑.๓) ให้ความร่วมมือประสานงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะโรงเรียน
- ๑.๔) ใช้ระบบการสื่อสารในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๑.๕) ยังคงรักษาความพึงพอใจของแต่ละบุคคล รวมทั้งคู่สมรส
- ๑.๖) มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกับญาติของครอบครัว
- ๑.๗) เชื่อมโยงครอบครัวกับสังคมภายนอก
- ๑.๘) ทดสอบและตรวจสอบปรัชญาของครอบครัวอีกครั้ง

๒) บทบาทของพยาบาลครอบครัว ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กการป้องกันปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ปัญหาการเรียน พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้เช่นปัญหาการเรียน พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ปัญหาสุขภาพ การสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับลูก รวมทั้งปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยา

๓.๒.๕ ครอบครัวระยะมีบุตรวัยรุ่น (Families with teenagers) เป็นช่วงระยะที่ครอบครัวมีบุตรคนแรกอายุ ๑๓ ปี จนกระทั่งอายุ ๒๐ ปี ช่วงเวลานี้ประมาณ ๖-๗ ปี หรืออาจจะสั้นหรือยาวกว่านี้ขึ้นกับบุตรเริ่มแยกออกไปจากครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวระยะนี้จะมีความผูกพันลดน้อยลง เนื่องจากพยายามที่จะให้เด็กมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นและให้อิสระแก่เด็กมากขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ อาจกล่าวได้ว่าช่วงชีวิตครอบครัวในระยะนี้ค่อนข้างจะยุ่งยาก ทั้งพันธกิจของเด็กวัยรุ่นและของพ่อแม่วัยรุ่นต้องการอิสระ ค่านิยมของกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อเด็กวัยรุ่น โดยมากจะเกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย ความคิดเห็น บรรทัดฐานจะแตกต่างกันระหว่างเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ดังนั้นปัญหาต่างๆอาจเกิดตามมาได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Family Development Theory)(ต่อ)

๑) พันธกิจของครอบครัว ประกอบด้วย

- ๑.๑) อำนวยความสะดวกตามความต้องการที่แตกต่างกันของสมาชิกครอบครัว
- ๑.๒) คิดคำนวณเงินรายได้ของครอบครัว เพื่อวางแผนการใช้จ่าย
- ๑.๓) ร่วมกันทำหน้าที่และรับผิดชอบการดำเนินชีวิตของครอบครัว
- ๑.๔) ให้ความสำคัญต่อสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสามีและภรรยา
- ๑.๕) รักษาระบบการสื่อสารที่ดี ยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
- ๑.๖) รักษาความสัมพันธ์กับเครือญาติ
- ๑.๗) เติบโตเป็นตัวของตัวเองอยู่ในครอบครัวและสังคมภายนอกอย่างมีความสุข
- ๑.๘) ดำเนินวิถีชีวิตตามปรัชญาการดำเนินชีวิต

๒) บทบาทของพยาบาลครอบครัว ประเด็นหลักในการให้การพยาบาลคือการที่ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเด็กวัยรุ่น และมีทักษะการสื่อสารที่ดี รวมทั้งทักษะการแก้ไขปัญหา การตอบสนองปฏิกิริยาความต้องการของวัยรุ่นอย่างเหมาะสม เพื่อเกิดช่องว่างระหว่างวัยน้อยที่สุด จะเป็นการลดความขัดแย้งและปัญหา พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

๓.๒.๖ ครอบครัวระยะมีบุตรแยกจากครอบครัว (Launching center families) พัฒนาการครอบครัวระยะนี้คือช่วงตั้งแต่บุตรคนแรกจนถึงบุตรคนสุดท้ายแยกจากพ่อแม่ครอบครัวไป อาจไปทำงาน ไปศึกษาหรือแต่งงานสร้างครอบครัวใหม่จนกระทั่งเกิด “รังว่าง” (empty nest) ระยะนี้อาจจะค่อนข้างสั้นหรือยาวพอสมควรขึ้นกับจำนวนบุตร ถ้าหากบุตรยังไม่แต่งงาน ยังอาศัยอยู่กับพ่อแม่หลังจากสำเร็จการศึกษา โดยทั่วไประยะเวลาช่วงดังกล่าวจะประมาณ ๖ หรือ ๗ ปี ภาระหน้าที่หลักของครอบครัวที่สำคัญ คือ การเตรียมตัวบุตรให้มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองและบทบาทพ่อแม่จะเปลี่ยนเป็นปู่ ย่า ตา ยาย

๑) พันธกิจของครอบครัว ประกอบด้วย

- ๑.๑) จัดสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพและทรัพยากรตามการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวให้เหมาะสม
- ๑.๒) ค่าใช้จ่ายสำหรับการที่บุตรย้ายครอบครัวไป
- ๑.๓) แบ่งบทบาทความรับผิดชอบใหม่ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในครอบครัว รับบทบาทการเป็นปู่ ย่า ตา ยาย
- ๑.๔) พ่อแม่จะย้อนกลับมาด้วยกันเพียงสองคน คือ สามีและภรรยา
- ๑.๕) คงรักษาระบบการสื่อสารที่ดีที่มีความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวและกับครอบครัวใหม่ของบุตร

๑.๖) วงจรครอบครัวจะขยายกว้างออกไปตั้งแต่บุตรเป็นผู้ใหญ่มีครอบครัวและมีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นจากการแต่งงาน มีบุตรเขย-สะใภ้ หลานและเครือญาติ ส่งเสริมช่วยเหลือบุตรให้อิสระและสามารถสร้างครอบครัวใหม่พร้อมทั้งยอมรับสมาชิกใหม่ของครอบครัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Family Development Theory)(ต่อ)

๑.๗) สร้างความปรองดองเมื่อเกิดความคับข้องใจในเรื่องความซื่อสัตย์และปรัชญาในการดำเนินชีวิต

๒) บทบาทของพยาบาลครอบครัว เมื่อทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต้องมีการให้คำแนะนำล่วงหน้าเพื่อให้ครอบครัวปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงและมีวิถีในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมช่วยเหลือสนับสนุนให้คำปรึกษาแนะนำบุตรในการสร้างครอบครัวใหม่ ยอมรับสมาชิกใหม่ของครอบครัวบุตร มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สามีและภรรยา

๓.๒.๗ ครอบครัวระยะวัยกลางคน (Families of middle years) เป็นช่วงที่บุตรแยกไปหมดแล้ว “ร้างร้าง” มีพ่อแม่หรือสามีภรรยาอยู่ด้วยกันเพียงสองคน และเตรียมตัวเกษียณจากหน้าที่การงาน โดยทั่วไประยะนี้จะเริ่มเมื่อพ่อแม่อายุประมาณ ๔๕-๕๕ ปี สิ้นสุดลงเมื่อเริ่มเกษียณจากงาน แต่ในปัจจุบันจะมีบ้างที่บางครอบครัวมีบุตรแต่งงานและยังคงให้การช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเงิน สิ่งของ การช่วยดูแลหลาน เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นผลดีทางด้านจิตใจพ่อแม่ มีความรู้สึกอบอุ่นใกล้ชิดไม่เหงาและรู้สึกยังมีคุณค่าในตนเอง มีความหมาย ในทางตรงกันข้าม พ่อแม่อาจจะรู้สึกลำบากเหนื่อยหนักต่อภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่อบุตรที่ไม่สิ้นสุด

๑) พัฒนกิจของครอบครัว ประกอบด้วย

๑.๑) ดูแลรักษาบ้านให้น่าอยู่

๑.๒) วางแผนเพื่อความมั่นคงของชีวิตในบั้นปลาย

๑.๓) รับผิดชอบต่อครอบครัว

๑.๔) สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันและกันให้มีความผูกพันใกล้ชิดให้เกิดความรู้สึกเป็นเพื่อน พึ่งพาอาศัยกันและกัน

๑.๕) มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัวใหม่ของบุตร

๑.๖) คงความสัมพันธ์ที่ดีกับเครือญาติโดยเฉพาะพ่อแม่ที่สูงอายุ

๑.๗) เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนสังคมเพิ่มมากขึ้น และ

๑.๘) ทบทวนเพื่อยืนยันว่าค่านิยมของวิถีชีวิตนั้นเหมาะสมและมีความหมายอย่างแท้จริง

๒) บทบาทของพยาบาลครอบครัว สิ่งสำคัญที่พยาบาลควรปฏิบัติ คือ

๑.๑) การส่งเสริมสุขภาพ

๑.๒) ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ที่ดีของสามีและภรรยา

๑.๓) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการสื่อสาร มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุตร บุตรเขย-บุตรสะใภ้ หลาน

และพ่อแม่วัยชรา

๑.๔) ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และ

๑.๕) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Family Development Theory)(ต่อ)

๓.๒.๘. ครอบครัวระยะวัยชรา (Aging families) เป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการครอบครัว เป็นช่วงที่สามีภรรยาเข้าสู่วัยชราเริ่มเกษียณอายุจากภาระหน้าที่การทำงานและเริ่มสูญเสียคู่สามีภรรยา โดยทั่วไปจะมีอายุประมาณ ๖๕ ปีหรือมากกว่านั้น ช่วงวิถีชีวิตวัยชราจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นกับฐานะทางการเงินหรือแหล่งสนับสนุน ความสามารถในการดูแลรักษา ความพึงพอใจที่บ้าน และภาวะสุขภาพของตนเองอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อมีปัญหาสุขภาพและพบได้บ่อยครั้งที่มีปัญหาทางด้านสมองเมื่อสูงอายุ

๑) พันธกิจครอบครัว ประกอบด้วย

- ๑.๑) เตรียมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย
- ๑.๒) ปรับการใช้จ่ายให้เหมาะสมภายหลังการเกษียณ
- ๑.๓) สร้างความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิต
- ๑.๔) ดูแลกันระหว่างสามีภรรยา
- ๑.๕) เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการสูญเสียคู่ชีวิต
- ๑.๖) อนุรักษ์ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุตรหลาน
- ๑.๗) ดูแลญาติที่สูงอายุ
- ๑.๘) อนุรักษ์ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชนสังคม
- ๑.๙) ค้นหาความหมายของชีวิต คุณค่าประสบการณ์ที่มีค่า มีความหมายที่ผ่านมามาตลอดชีวิต

๒) บทบาทของพยาบาลครอบครัว พยาบาลควรมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงการสูญเสียได้อย่างเหมาะสมโดยช่วยสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ เตรียมพร้อม ที่จะรับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะทางด้าน การสูญเสียและการเจ็บป่วย ส่งเสริมกระตุ้นให้กำลังใจ ในการดูแลสุขภาพ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ที่ดีในอดีตที่ผ่านมาทั้งใน ด้านครอบครัว หน้าที่การงาน ความสำเร็จต่างๆ สนับสนุนให้มีกิจกรรมร่วมกับชมรม องค์กรต่างๆในสังคม ส่งเสริมให้ ทำงานให้เป็นประโยชน์ถ่ายทอดประสบการณ์ของชีวิตแก่บุตรหลานหรือชุมชน สังคม และพยาบาลควรให้ คำแนะนำแก่บุตรหลานและครอบครัวให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความรักความต้องการของพ่อแม่ที่สูงอายุ เพื่อให้ การตอบสนองความต้องการของท่าน ให้คำปรึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุด้วยความรู้สึกรักให้เกียรติ จะเป็นสิ่งที่ช่วยจรรโลงใจพ่อแม่ผู้สูงอายุ

ผู้เขียนปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าทีมพยาบาลชุมชน ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโพ้นงาม กลุ่มงานบริการ ด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลบุณพริก ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ และได้รับการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ปี ๒๕๕๒ และหลักสูตรเวชปฏิบัติครอบครัว ปี ๒๕๖๑ จากการทบทวนความรู้รวมทั้ง ประสบการณ์จากการทำงาน จึงสนใจที่จะนำความรู้ความสามารถและประสบการณ์ดังกล่าวมาปรับปรุงการ พยาบาลผู้ป่วยสูงอายุระยะกลางจากภาวะเลือดออกในสมองเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World health organization ; WHO) ปี ๒๕๕๙ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั่วโลกประมาณ ๑๕ ล้านคนในแต่ละปี นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต เป็นอันดับ ๒ รองจากโรคมะเร็ง เป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นในทางเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้ และการเรียนรู้ด้านการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรม และอารมณ์ รวมทั้งอาจมีปัญหา ด้านครอบครัวและสังคม มีคุณภาพชีวิตลดลง มีภาวะพึ่งพิง บางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติ ข้อมูลสถิติจาก สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในประเทศไทย อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปเท่ากับ ๓๒๘.๐๐, ๓๓๐.๒๒ และ ๓๓๐.๗๒ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี ๒๕๖๓ -๒๕๖๕ เป็นร้อยละ ๑๐.๓๕, ๑๑.๐๐ และ๑๐.๙๒ ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า ,๒๕๖๖) โดยไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงส่วนในพื้นที่อำเภอบุณฑริก HDC ปี ๒๕๖๓ -๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องดูแลจำนวน ๗๕๘, ๘๐๓และ ๘๔๘ รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถิติข้อมูลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบุณฑริก ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ เท่ากับ ๑๘๒, ๑๕๑ และ๑๔๑ ราย และพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ เป็นร้อยละ ๕.๔๕, ๕.๐๒ และ ๓.๐๐ ตามลำดับ ส่วนอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมาเป็นซ้ำในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ เป็นร้อยละ ๑๑.๓๕, ๑๕.๒๓ และ ๑๔.๗๘ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่กลับไปดูแลที่บ้านบางรายยังเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ติดเชื้อในระบบ ทางเดินหายใจ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือเกิดแผลกดทับ ปีละ ๔ - ๕ ราย ซึ่งถึงแม้จะจำนวนไม่มาก แต่ส่งผลให้ เกิดการเสียชีวิตหรือพิการตามมามากขึ้น จึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดความพิการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่บ้าน

๔.๒.๒ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

๔.๒.๓ เพื่อส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้อย่าง

เหมาะสม

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาและใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะกลางที่มีภาวะเลือดออกในสมอง ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงามโดยทำการศึกษาระหว่าง ๑๕ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๖ ถึง ๑๕ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๕.๑ เลือกรณีศึกษาจากผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลบุณฑริก วินิจฉัยโรคเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) < ๑๐ คะแนน

๔.๕.๒ ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ปรึกษาแพทย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ

๔.๕.๓ ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล จำหน่ายจากโรงพยาบาลและมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง

๔.๕.๔ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีและพัฒนาคกรครอบครัวยมีส่วนร่วมเพราะผู้ป่วย ภาวะพึ่งพิงและระยะวัยชรา

๔.๕.๕ สรุปและอภิปรายผลการศึกษา จัดทำเป็นรูปเล่มและเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการทำกรณีศึกษา

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๖.๑ ผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะกลางจากภาวะเลือดออกในสมองได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.๖.๒ มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะกลางจากภาวะเลือดออกในสมอง

๔.๗ สาระสำคัญ

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑) ข้อมูลทั่วไป

ชายไทยอายุ ๗๓ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ พ่อบ้าน สถานภาพสมรส คู่
จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ อดีตเคยเป็นผู้ใหญ่บ้าน น้ำหนัก ๖๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร

๒) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

๒.๑) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ปี พ.ศ ๒๕๔๙ เป็นเบาหวานและความดันรักษาที่โรงพยาบาลบุณฑริกตลอด

ปี พ.ศ ๒๕๖๑ มีถุงลมโป่งพอง และไตวายเรื้อรังระยะที่ ๕ ร่วมด้วย ปฏิเสธการบำบัด

ทดแทนไต ดูแลแบบประคับประคอง

ปี พ.ศ ๒๕๖๓ - พ.ศ ๒๕๖๕ เริ่มมีแขนขาอ่อนแรง (Old CVA) รักษาที่ โรงพยาบาล

บุณฑริก ,โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ยังช่วยเหลือตัวเองได้

เดือน ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๖ หกล้มแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ชักเกร็ง ส่งโรงพยาบาล

บุณฑริก ,โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เดือน มิถุนายน ๒๕๖๖ ส่งกลับจาก รพ. สปส Dx Stroke with DM with HT with CKD

stage ๔ ลงสู่ชุมชน

๒.๒) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้เป็นโรคเบาหวาน และความดัน ๑๘ ปี ควบคุมระดับความดันและเบาหวานไม่ได้ มีแขนขา อ่อนแรง

๓ปีที่แล้ว ยังช่วยเหลือตัวเองได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)
ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

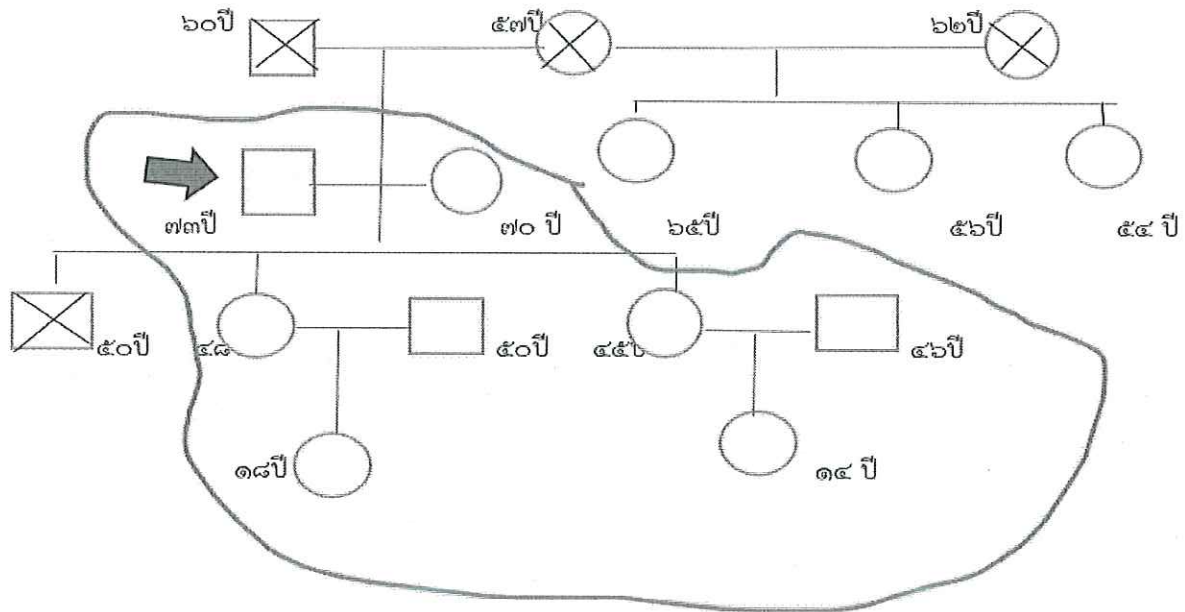
๒.๓) ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธรประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัว แต่ภรรยาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๓) ข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามแนวคิด

ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว

ภาพแสดง Genogram ของครอบครัว



พัฒนาการของครอบครัวระยะวัยชรา (Aging families) เป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการครอบครัว เป็นช่วงที่สามีภรรยาเข้าสู่วัยชราเริ่มเกษียณอายุจากภาระหน้าที่การงาน โดยครอบครัวอาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตรสาวทั้ง ๒ ครอบครัว

๔) ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผลการประเมิน
สภาพทั่วไป	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๗๓ ปี ลักษณะสีขา แกร็บผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ปลุกตื่น ทำตามคำบอกได้ On TT with NG for feeding with Foley' cath
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนักชั่งไม่ได้ ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร
สัญญาณชีพ	แกร็บสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๘/๘๕ มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานลำดับที่ ๒ (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

๔) ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ(ต่อ)

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผลการประเมิน
ศีรษะ	ศีรษะสมมาตรกันดี ขนาดมีความสมดุลกับร่างกาย ผมสั้นใบหน้าเท่ากัน
ใบหน้า	ปกติดี
ตา	เปลือกตาปิดสนิทเมื่อหลับตา หนึ่งตาบวม
หู	ไม่มีสิ่งคัดหลั่งจากรูหู ใบหู ๒ ข้างเท่ากัน รูปร่างปกติ
จมูก	จมูกและปีกจมูกมีความสมดุลกันดี สมมาตรทั้งสองข้าง การรับกลิ่นปกติ มีสาย NG จมูกข้างขวา on oxygen cannula ๓ lit/min
ปาก	มีปากเปื่อยเล็กน้อย
คอ	มี TT tube
เล็บ	เล็บมือเล็บเท้ายาวเล็กน้อย แต่ไม่ดำ
ทรวงอก	ปกติดี
ช่องท้อง	No ascites
ขา	No Pitting edema
ผิวหนัง	ผิวหนังค่อนข้างแห้งกร้าน
ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์	Retain foley' cath

จากข้อมูลการตรวจสุขภาพพระบบต่าง ๆ พบว่า แรกรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ปลุกตื่น ทำตามคำบอกได้ On TT with NG for feeding with Foley' cath มีปากเปื่อยเล็กน้อย

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๕) ข้อมูลการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ IN-HOMESS

ประเด็น IN HOMESS	ผลการประเมิน
I: Immobilization	ต้องพึ่งพิงตลอด ADL= ๐ คะแนน
N: Nutrition	On NG feeding BD q ๖ hrs. - ซึ้ออาหารสำเร็จรูปซึ่งมีค่าใช้จ่ายมาก ญาติจึงมาเรียนรู้วิธี สูตรผสมอาหารสำหรับปิ่น ประงเอง เพื่อป้องกันภาวะพร่องโภชนาการ โดยมี โภชนาการและ พยาบาล ช่วยออกแบบอาหารที่เหมาะสม และครอบครัว จัดหาได้ง่ายตามท้องถิ่น เพื่อลดค่าใช้จ่าย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๕) ข้อมูลการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ IN-HOMESS (ต่อ)

ประเด็น IN HOMESS	ผลการประเมิน
H: Home Environment	ลักษณะบ้าน เป็นบ้านไม้ ๒ ชั้น มีพื้นที่รั้วรอบ ขอบกัน ชัดเจน ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้น ๑ ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเคลื่อนไหวได้บางส่วน ในการพลิกตะแคงตัว ไม่มีแผลกดทับ พื้นที่แบ่งเป็นสัดส่วน เพื่อสะดวกทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย เช่น ดูดเสมหะ การเปลี่ยนถ่ายถังออกซิเจน การเช็ดตัว อาบน้ำ ให้อาหารทางสายยาง เทปัสสาวะ
O: Other people	ผู้ป่วยอยู่กับภรรยาซึ่งมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน และ ลูกสาว ๒ คน และ หลานสาว ๑ คน มีบุตรสาว ทั้ง ๒ คนเป็นหลักในการดูแลและการตัดสินใจในการรักษา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และจะติดต่อกับ เจ้าหน้าที่ตลอด ในการทำหัตถการที่เกินความสามารถผู้ดูแล (Care Giver) ซึ่งบุตรสาวที่ดูแลจะทำอาชีพค้าขายอาหารตามสั่ง ในการดูแลผู้ป่วยและจะพามาที่โรงพยาบาลลำบากในการเดินทางส่งผลกระทบท่อรายได้ที่จะต้องมาโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยดื่งสายยางให้อาหารออก การไหลออกของปัสสาวะ มีปัญหา
M: Medication	การให้ยาผู้ป่วยให้ทางสายให้อาหาร และมียาพ่น ประจำ ญาติดูแลอย่างถูกต้อง ประสบปัญหาจะเข้ามารับคำแนะนำและปรึกษาพยาบาลตลอด ๒๔ ชั่วโมง <ul style="list-style-type: none"> - SERETILDE ๔ puff. Bid - ACETYLCYSTEINE ๒๐๐ mg ๑ sac tid . pc. - BROMHEXINE ๘ mg ๑T tid. Pc - CLOPIDOGREL ๗๕ mg ๑ t O.D pc - DOXAZOSIN ๒t HS. - CLONAZEPAM๐.๕ mg ๑ t HS. - MANIDIPINE ๒๐ mg ๑T O.D pc - HYDRALAZINE ๒t q ๖ hs. - BERODUAL INHALER ๔ puff . prn. - FOLIC ๕ mg ๑ T OD. Pc - FERROUS FUMARATE ๒๐๐ mg ๑T tid. Pc
E:Examination	แรกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๙ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๘/๘๕ มิลลิเมตรปรอท
S: Safty	ผู้ป่วยอยู่บนเตียง มีราวกัน รอบเตียง และมีญาติเฝ้าตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีความปลอดภัย
S: Spiritual Health	มีเชื่อตามประเพณีวัฒนธรรม ชอบทำบุญ ตักบาตร ตอนยังมีสุขภาพแข็งแรง และผู้ป่วยเคยเป็นอดีตผู้ใหญ่บ้าน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๕) ข้อมูลการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ IN-HOMESS (ต่อ)

ประเด็น IN HOMESS	ผลการประเมิน
S:Service	ผู้ป่วยใช้สิทธิ์ ผู้สูงอายุ ในการรักษาพยาบาล เข้าถึงการบริการ หน่วย บริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบุณชกร ผ่านเครือข่าย ระบบ ๓ หมอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบล โพนงาม (CARE GIVE)โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามลำดับ

จากข้อมูลการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ IN-HOMESS พบว่าต้องพึ่งพิงตลอด ADL= ๐ คะแนน On NG feeding BD q ๖ hrs. ลักษณะบ้าน เป็นบ้านไม้ ๒ ชั้น มีพื้นที่รื้อรอบ ขอบกัน ชัดเจน ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้น ๑ ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเคลื่อนไหวได้บางส่วน ในการพลิกตะแคงตัว ไม่มีแผลกดทับ บุตรสาว ทั้ง ๒ คนเป็นหลักในการดูแลและการตัดสินใจในการรักษา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และจะติดต่อกับ เจ้าหน้าที่ตลอด ในการทำหัตถการ ที่เกินความสามารถผู้ดูแล (Care Giver)

๖) ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖		๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๖	
การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล	ผลการตรวจ	แปลผล
Hct	๓๕-๔๙ %	๒๗	มีภาวะซีด	๒๗	มีภาวะซีด
Hb	๑๓.๒-๑๖.๖ gramm/L	๘.๖	มีภาวะซีด	๗.๔	มีภาวะซีด
Wbc.	๔,๐๐๐- ๑๐,๐๐๐ Cell/cumm	๙๕๐๐	ปกติ	๘๒๕๐	ปกติ
Plt.	๑๔๐,๐๐๐- ๔๐๐,๐๐๐ cell/cumm	๔๓๗๐๐๐	ปกติ	๔๒๓๐๐๐	ปกติ
N	๕๕-๗๕%	๖๘	ปกติ	๗๖	ปกติ
L	๒๐-๓๕ %	๒๑	ปกติ	๒๐	ปกติ
E	๐-๖%	๔	ปกติ	๖	ปกติ
MCV	๘๐-๑๐๐ft	๘๒.๙	ปกติ	๘๒.๘	ปกติ
Triglycerind	< ๒๐๐ mg/dl	๑๙๑	ต่ำกว่าปกติ	๘๔	ต่ำกว่าปกติ
LDL	< ๑๓๐ mg/dl	๑๖๓	สูงกว่าปกติ	๙๘	ปกติ
CR.	๐.๙-๑.๓ mg/dl	๑.๕	ต่ำกว่าปกติ	๑.๖	ต่ำกว่าปกติ
GFR		๕๕	CKD๓	๔๕.๘	CKD๓

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีด และมีค่าไขมัน LDL สูงเกินปกติ และ CKD stage๓

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๗) แผนการรักษาและเยี่ยมบ้าน

๗.๑) เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ ๑ (๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๗๓ ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง และไตวาย ระยะที่ ๓ นอนอยู่บนเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ประเมิน ADL = ๐ คะแนน ตอบสนองโดยการพยักหน้า วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศา ซีฟร ๙๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดัน ๑๓๘/๙๒ มม.ปรอท ให้อาหารทางสายยา (NG Feeding) ครั้งละ ๓๕๐ ซีซี วันละ ๔ ครั้ง On foley catheter ปัสสาวะไหลออกดี มีตะกอนติดสาย แนะนำญาติให้สังเกต อาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ .On tracheostomy มีเสมหะเยอะมาก ญาติดูดเสมหะ ทุก ๒ ชั่วโมง หรือตามอาการ On Oxygen canular ๓ ลิตร /มิลลิเมตร

๗.๒) การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ (๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ปลุกตื่นลืมตา วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศา ซีฟร ๙๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดัน ๑๓๑/๘๒ มม.ปรอท .ผู้ป่วยตั้งสายยางให้อาหารออก ประเมินการกลืนของผู้ป่วย ญาติให้จับน้ำ ผ่านหลอด กาแฟ แนะนำให้ใช้ Syring ทดลองผู้ป่วย มีอาการสำรอก เล็กน้อย ญาติอยากให้ใส่ สายยางให้อาหารเหมือนเดิม และได้เบิกรูปกรณ์นำไปใส่ให้เหมือนเดิม On foley catheter ปัสสาวะไหลออกดี มีตะกอนติดสาย แนะนำญาติให้สังเกต อาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่มีปัสสาวะซึมทางสายสวน วันนี้ ปัสสาวะ สีดี ไม่มีตะกอน On tracheostomy มีเสมหะเยอะมาก ญาติดูดเสมหะ ทุก ๒ ชั่วโมง หรือตามอาการ On Oxygen canular ๓ ลิตร /มิลลิเมตร

๗.๓) การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ (๒ สิงหาคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ญาติพาลูกนั่งบนเตียงได้ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๙ องศา ซีฟร ๙๙ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดัน ๑๓๕/๘๙ มม.ปรอท On foley catheter ปัสสาวะซึมออกมาทางสายสวน ปัสสาวะขุ่น off catheter เบิกรูปกรณ์จากโรงพยาบาลนุตรีก ใส่สายสวนปัสสาวะให้ใหม่ ปรับเตียง flowler ' position สามารถกลืนน้ำได้เอง พลิกตะแคงตัวได้เอง ไม่มีแผลกดทับ ยกขาทั้งสองข้างท่ามุม ๔๕ องศา บนเตียงได้ On Oxygen canular ๓ ลิตร /มิลลิเมตร สามารถ พักได้เอง ๑-๒ ชั่วโมง /วัน๗. On tracheostomy มีเสมหะเยอะ ญาติดูดเสมหะ ทุก ๒ ชั่วโมง หรือตามอาการ สอนวิธีเคาะปอด การจัดทำที่เหมาะสม

๗.๔) การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๔ (๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ญาติพาลูกนั่งบนเตียงได้ นั่งรถเข็นมานอกบ้านได้ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศา ซีฟร ๘๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดัน ๑๒๙/๘๒ มม.ปรอท ผู้ป่วยต้องการเอาสายอาหารออก ประเมินการกลืนของผู้ป่วย ญาติลองต้อน้ำจากแก้ว จะมีอาการสำรอก เล็กน้อย รับประทานข้าวต้ม โจ๊ก ๔-๕ คำ On foley catheter ปัสสาวะไหลออกดี ไม่มีตะกอนติดสาย แนะนำญาติให้สังเกต อาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่มีปัสสาวะซึมทางสายสวน วันนี้ ปัสสาวะ สีดี On tracheostomy มีเสมหะเยอะในตอนเช้า กลางวันจะลดลง ญาติดูดเสมหะ ตามอาการ On O๒ canular ๓ ลิตร /มิลลิเมตร .ผู้ป่วยนั่งขอบเตียงหย่อนขาข้างเตียงได้ อยากรถเข็นสามารถออกกำลังกาย Active- Passive exercise ได้ทั้งบนเตียง และรถเข็น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย (ต่อ)

๘) สรุปอาการและอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๓ ปี มีโรคประจำตัว เบาหวานความดัน ภาวะถุงลมโป่งพอง (COPD) และเลือดออกในสมอง (Stroke) รักษาที่รพ. บุณทริก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ส่งต่อลงสู่ชุมชน การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน (IN-HOMESSS) การดูแลแบบ (Case Management) ได้รับการทำหัตถการ เจาะคอ (tracheostomy) มีเสมหะมากต้องได้รับการดูดเสมหะ ทุก ๒ ชั่วโมง ให้อาหารทางสายยาง ทุก ๒ ชั่วโมง (NG Feed) ไม่สามารถขับปัสสาวะออกเองได้ ใส่สายสวนปัสสาวะตลอด (Retrain Foley catheter) ๒๔ ชั่วโมง ทางศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงามได้ติดตามเยี่ยม วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ หลังจากการเยี่ยมพบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัว ญาติพาลุกนั่งบนเตียงได้ นั่งรถเข็นมานอกบ้านได้ ต้องการเอาสายอาหารออก ประเมินการกลืนของผู้ป่วย ญาติลองต้อน้ำจากแก้ว จะมีอาการสำรอกเล็กน้อย รับประทานข้าวต้ม โจ๊ก ๔-๕ คำ On foley catheter ปัสสาวะไหลออกดี ไม่มีตะกอนติดสาย On tracheostomy มีเสมหะเยอะในตอนเช้า กลางวันจะลดลง ญาติดูดเสมหะ ตามอาการ On O๒ canular ๓ ลิตร / มิลลิเมตร .ผู้ป่วยนั่งขอบเตียงหย่อนขาข้างเตียงได้ อยากรถเข็นนั่งรถเข็นสามารถออกกำลังกาย Active-Passive exercise ได้ทั้งบนเตียง และรถเข็น

๔.๗.๒ การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลแรกรับ	การวินิจฉัยการพยาบาลระหว่างการดูแลต่อเนืองที่บ้าน	การวินิจฉัยการพยาบาลก่อนจำหน่าย
<p>๑. เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ เนื่องจากขับเสมหะออกเองไม่ได้</p> <p>๒. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ</p> <p>๓. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากไม่สามารถดูแลความสะอาดได้</p>	<p>๑. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว</p> <p>๒. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย กลืนลำบาก</p> <p>๓. เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะบกพร่องด้านการกลืน</p>	<p>๑. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดกล้ามเนื้อเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาอ่อนแรง</p> <p>๒. ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการฟื้นฟู</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล)

๑) การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ เสี่ยงต่อภาวะอุดตันของทางเดินหายใจ เนื่องจากขับเสมหะออกเองไม่ได้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>○ : ๑. ผู้ป่วย Old CVA สูญเสียกลไกการไอ การขับเสมหะ ไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาได้</p> <p>ตรวจร่างกายได้ยินเสียงเสมหะ</p> <p>On Treacy ostomy ADL= ๐</p> <p>คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>๑. เพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน</p> <p>๒. ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก</p> <p>๒. ไม่มี Cyanosis</p> <p>๓. ทางเดินหายใจโล่ง ไม่ได้ยินเสียงเสมหะ</p>	<p>๑. สังเกตการหายใจ ลักษณะการหายใจ ภาวะ cyanosis</p> <p>๒. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อป้องกันสำลัก secretion เข้าสู่ปอด</p> <p>๓. เปลี่ยนท่านอนทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อให้ปอดขยายตัว ป้องกันปอดแฟบ และลดการคั่งค้างของเสมหะ</p> <p>๔. ฟังเสียงเสมหะและดูดเสมหะ เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ</p> <p>๕. ดูแลให้ออกซิเจน ๓ ลิตร / นาที ตลอด เมื่อมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน</p> <p>๖. แนะนำการถอด inner tube มาทำความสะอาดวันละ ๒ ครั้ง เพื่อป้องกันการหมักหมมและอุดตันจากเสมหะที่คั่งค้างในท่อ</p> <p>๗. สาธิตวิธีเคาะปอด เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้ง่าย</p> <p>๘. สาธิตวิธีดูดเสมหะอย่างถูกวิธี</p> <p>พับสายดูดเสมหะก่อนใส่เข้าไป treacy ostomy ดูดเสมหะ ๕-๑๐ วินาที หักพับสายก่อนถอยออกมา ห่างกันทุก ๒ ชั่วโมง หรือ ตามปริมาณเสมหะและอาการของผู้ป่วย</p>	<p>๑. ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก</p> <p>๒. ไม่มี Cyanosis</p> <p>๓. ทางเดินหายใจโล่ง ไม่ได้ยินเสียงเสมหะ</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๑) การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑. ผู้ป่วย On Tracheostomy tube</p> <p>๒. รอบแผลเปื่อย มีรอยแดง มีเสมหะติดรอบแผล</p> <p>๓. ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในสถานพยาบาล</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. บริเวณแผลเจาะคอไม่บวมแดง แผลแห้ง</p> <p>๒. ไม่มีไข้</p> <p>๓. ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดปกติ</p>	<p>๑. สังเกตการติดเชื้อที่แผลเจาะคอ เช่น มีอาการ บวม แดง มีไข้</p> <p>๒. แนะนำญาติล้างมือก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย</p> <p>๓. ก่อนทำแผลแนะนำญาติดูดเสมหะ หรือไอเอาเสมหะออกให้หมดก่อนเพื่อลดการกระตุ้นการไอขณะทำแผล</p> <p>๔. สอน แนะนำการทำแผลเจาะคอ โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ วันละ ๒ ครั้ง</p> <p>๕. แนะนำการถอด inner tube มาทำความสะอาดวันละ ๒ ครั้ง เพื่อป้องกันการหมักหมมและอุดตันจากเสมหะที่ค้างในท่อ โดยทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ หรือ ผงซักฟอก ใช้แปรง</p> <p>๖. แนะนำญาติเปลี่ยนผ้าผูกท่อเจาะคอเมื่อสกปรก เพื่อลดการติดเชื้อ</p> <p>๗. แนะนำญาติสังเกตการติดเชื้อที่ปอด เช่น มีไข้สูง เหนื่อยหอบ ถ้ามีให้รับนำส่งโรงพยาบาล CARE GIVER สามารถติดต่อผ่าน ระบบ ๓ หมอ หน่วยกู้ภัยบุญซริก กู้ชีพ ขององค์การบริหารส่วนตำบลโพนงามตลอด ๒๔ ชั่วโมง</p> <p>๘. แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เพื่อลดการติดเชื้อ</p>	<p>๑. แผลเจาะคอไม่บวมแดง</p> <p>๒. ไม่มีไข้ อุณหภูมิต่ำกว่า ๓๗.๕ องศา</p> <p>๓. ฟังเสียงปอดปกติ ไม่มีอาการเหนื่อย หอบ</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๑) การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๓ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากไม่สามารถดูแลความสะอาดได้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑. ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ ใส่สายสวนปัสสาวะคาวัว(Foley' cath)</p> <p>๒. ไม่สามารถทำความสะอาดด้วยตัวเองได้</p> <p>๓. ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ADL= ๐ คะแนน</p> <p>๔. V/S: อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศา ซีพจร ๙๒ ครั้ง/ นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดัน ๑๓๘/๙๒ มม.ปรอท</p> <p>๕. ถุงปัสสาวะรั่ว (urine bag) วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. ไม่มีไข้ T ๓๖ -๓๗.๔ C</p> <p>๒. ปัสสาวะสีไม่ขุ่น</p>	<p>๑. ป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยดูแลชำระทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่และน้ำสะอาด เช้าเย็น และหลังขับถ่ายทุกครั้ง ตามหลักการปลอดเชื้อ</p> <p>๒. ประเมินและดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารน้ำและสารอาหารทางสายยางอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกต บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกในแต่ละวันให้สมดุลแก่ร่างกาย</p> <p>๓. ฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ โดยสังเกตลักษณะสีของปัสสาวะ ประเมินสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอและรายงานเมื่อพบความผิดปกติ</p> <p>๔. ให้ความรู้ญาติในการฝึกเปลี่ยนถุงใส่ปัสสาวะ (urine bag) เมื่อมีถุงรั่วหรือซีมออกนอกถุงแต่สายสวนปัสสาวะยังทำงานได้ปกติ</p>	<p>๑. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศา</p> <p>๒. ปัสสาวะไม่มีสีขุ่น ไม่มีตะกอน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑.เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑. ผู้ป่วยอ่อนแรงซีกขวา นอนหงายตลอดเริ่มมีรอยแดง ๆ ที่บริเวณหลัง ก้น และสันเท้าทั้ง๒ข้าง</p> <p>๒. ADL (๑/๗/๖๖) = ๐ คะแนน</p> <p>๓. Barden Score = ๑๔ คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. ไม่มีรอยแดง หรือรอยถลอก บริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่รับน้ำหนักของท่าต่างๆ</p> <p>๒. ไม่เกิดแผลกดทับ ผิวหนังเรียบตึง ไม่มีรอยถลอกหรือฉีกขาด</p> <p>๓. ผิวหนังชุ่มชื้นมีความยืดหยุ่นดี</p> <p>๔. Braden Scale score > ๑๖</p>	<p>๑. ให้การพยาบาลโดยการลดแรงกดลงบนผิวหนัง</p> <p>๑.๑ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องแผลกดทับ สาเหตุและการป้องกัน</p> <p>๑.๒ ประเมินอัตราเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือต่อไป</p> <p>๑.๓ ให้ผู้ป่วยนอนบนที่นอนนุ่มเพื่อลดแรงกดและดูแลให้อ่อนในที่ถูกต้องพร้อมพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง</p> <p>๑.๔ ประสานโรงพยาบาล บุณฑริกทีม (Palliative Care) หาที่นอนลมยางให้ผู้ป่วย</p> <p>๑.๕ สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติตามเมื่อเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วย ควรใช้ผ้าขวางเตียงช่วยยกตัวผู้ป่วยขึ้น ไม่ใช้วิธีลากเตียงเพราะจะทำให้ผิวหนัง เกิดการเสียดสีทำให้เส้นเลือดฝอยฉีกขาดและเนื้อเยื่อถูกทำลายได้</p> <p>๑.๖ สอนและสาธิตให้ญาติปฏิบัติตามเมื่อดูแลเปลี่ยนผ้าปูที่นอน เทียงให้ตึงเรียบและสะอาดปราศจากฝุ่นละอองเศษผงหรืออื่นๆเพื่อป้องกันการระคายเคือง</p>	<p>๑. ไม่พบรอยถลอก แผลที่ผิวหนัง</p> <p>๒. ไม่เกิดแผลกดทับ</p> <p>๓. ผิวหนัง ไม่บวม สะอาดและชุ่มชื้นดี</p> <p>๔. Barden Score เท่าเดิม</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว (ต่อ)</p>	<p>๒. การดูแลผิวหนัง</p> <p>๒.๑ แนะนำญาติดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ถ้าอากาศร้อนควรเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าปูบ่อยๆ เพื่อลดแบคทีเรียที่อยู่บนผิวหนัง</p> <p>๒.๒ แนะนำญาติหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระควรทำความสะอาดและเช็ดผิวหนังบริเวณนั้นให้แห้ง</p> <p>๒.๓ แนะนำให้ญาติใช้ครีมทาผิวทาบริเวณผิวหนังที่แห้งเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง</p> <p>๓. สร้างเสริมความแข็งแรงของผิวหนังและเนื้อเยื่อทั่วไปดังนี้</p> <p>๓.๑ ประเมินและรักษาภาวะความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่มีส่วนเสริมให้เกิดแผลกดทับ เช่น การมีไข้สูงหรือการติดเชื้อในร่างกายเป็นต้น</p> <p>๓.๒ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารวันละ ๒,๐๐๐ แคลอรี เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเพื่อเสริมสร้างการเจริญเติบโตของเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนย่อยง่าย เช่น ไข่ ปลา</p>	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย กลืนลำบาก</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑.ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง กลืนเองไม่ได้</p> <p>๒.GCS: E๓M๕V๒</p> <p>๓. ผู้ป่วยดิ่งสายยางให้อาหารออก (NG Feed)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพียงพอ ไม่ขาดอาหาร</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. รับประทานอาหารทางสายยางได้หมด</p> <p>๒. ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>๓. ไม่มีผิวแห้ง กล้ามเนื้อลีบ</p>	<p>๑. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยเพื่อดูการได้รับอาหารของผู้ป่วย</p> <p>๒.แนะนำผู้ป่วยและญาติการดูแลรักษาความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันขนนุ่มอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน</p> <p>ไม้พันสำลีด้วยน้ำยาบ้วนปากเพื่อป้องกันปากเป็นแผลและเป็นการส่งเสริมให้มีน้ำลายและความชื้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร</p> <p>๓. แนะนำและสาธิตญาติในการให้อาหารเหลวและน้ำทางสายยางสู่กระเพาะอาหารอย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษาดูแลให้อาหารทางสายยาง</p> <p>๔. แนะนำญาติจัดทำปรับศีรษะสูงขณะให้อาหารทางสายยาง</p> <p>๕. แนะนำญาติเตรียมอาหารปั่นเพื่อให้ได้สารอาหารเพียงพอ</p> <p>๖. เพื่อป้องกันการดิ่งสายยางให้อาหารโดยใช้เครื่องมือ เช่น ถุงมือ ผ้า</p> <p>๗. ประสานโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา นำอุปกรณ์ใส่สายยางให้เหมือนเดิม</p> <p>๘.ปรึกษาโภชนาการในการ ปรง ปั้นอาหารให้ ผู้ป่วย</p>	<p>๑. ผู้ป่วย feed BD รับประทานได้ทุกมื้อ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>๒. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียลดลง</p> <p>๓. น้ำหนักตัว ๖๐ กิโลกรัมเท่ากับน้ำหนักเดิมก่อนที่จะมา นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>๔. ญาติสามารถให้อาหารทางสายยางเองที่บ้านได้ถูกต้อง (Work From Home)</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๓ เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะบกพร่องด้านการกลืน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเอง ให้อาหารทางสายยาง (Barthel index) เท่ากับ ๖๕ คะแนน ซึ่งต้องการพึ่งพิง เป็น Old CVA ADL= ๐-๔ คะแนน On treacyostomy <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันการสำลัก</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ไม่มีการสำลักหลังให้อาหาร ได้รับสารน้ำอาหารเพียงพอ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร 	<ol style="list-style-type: none"> ขณะให้อาหาร BD. (๑:๑) ๔๐๐ ml x ๔ F.และยาทางสายยาง ดูแลป้องกันการสำลัก โดยจัดทำผู้ป่วยศีรษะสูง ๓๐-๔๐ องศา หลังจากให้อาหาร ยา และน้ำทางสายยาง ดูแลให้อยู่ในท่าเดิมอย่างน้อย ๓๐ นาที ช่วยดูแลขณะให้อาหารทางปากร่วมด้วยตามโปรแกรมการฝึกกลืน ลดสิ่งรบกวนขณะรับประทานอาหาร เช่น การพูดคุยหรือดูทีวี รบกวนผู้ป่วย ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนทุกวัน ใช้ผ้าก๊อสปิด treacyostomy เวลาฝึก โดยให้ผู้ป่วยออกเสียง อา อู อี อ้อ ออ บริหารลิ้น โดยดันลิ้นไปด้านข้างจนกระทั่งแก้มซ้าย ขวา ดันขึ้นจนเพดานปาก แลบลิ้น ครั้งละ ๕ นาที ทำอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง ประเมินภาวะการกลืนลำบากอย่างสม่ำเสมอโดยสังเกตอาการสำลัก ขณะกลืนอาหารหรือน้ำ ดูแลเรื่องการปรับอาหาร ระดับ ๑-ชั้นเป็นเนื้อเดียว, ๒-เหลวเหนียว กลืนง่าย, ๓-แข็งและเหนียว ใกล้เคียงอาหารปกติ. ๔-อาหารปกติชิ้นเล็กพอคำ ติดตามประเมินร่วมกับการฝึกกลืน 	<ol style="list-style-type: none"> หลังให้อาหารทางสายยาง ไม่มีการสำลัก ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หลังให้อาหารทางสายยาง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดกล้ามเนื้อสลับจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาอ่อนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑. จากการตรวจร่างกายแขนขาข้างขวาอ่อนแรงเกรด E๔V๔M๕,</p> <p>๒. ลูกนั่งเองไม่ได้</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย</p> <p>๑. ไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายลีบ</p> <p>๒. ไม่มีภาวะข้อติดแข็งปลายเท้าซ้ายไม่ตก</p> <p>๓. ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องปลอดภัย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. ขนาดของกล้ามเนื้อแขนขาขวาไม่ลีบเล็กลง</p> <p>๒. ข้อต่อต่างๆ เหยียดและงอได้ดีขึ้น ปลายเท้าขวาไม่ตก</p> <p>๓. ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องปลอดภัย</p>	<p>๑. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยประเมินกำลังของแขนขา (motor power)</p> <p>๒. การช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) โดย</p> <p>๒.๑ ให้ผู้ป่วยใช้มือซ้ายจับมือขวายกขึ้นลงครั้งละ ๒๐ ครั้งทำเข้า-เย็น</p> <p>๒.๒ ให้ผู้ป่วยใช้เท้าขวายกเท้าซ้ายขึ้นครั้งละ ๒๐ ครั้งทำเข้า-เย็น</p> <p>๒.๓ ให้ผู้ป่วยใช้มือขวากำมือซ้ายหมุนข้อมือครั้งละ ๒๐ ครั้งทำเข้า-เย็น</p> <p>๓. สอนญาติในการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) โดย</p> <p>๓.๑ ช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอแขนเข้าออกทำสลับกัน ๒๐ ครั้งเข้า-เย็น</p> <p>๓.๒ ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอขาเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อ</p> <p>๓.๓ พยุงผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ และคอยช่วยกระตุ้น</p> <p>๔. สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยใช้แขนข้างที่ดีให้ทำการออกกำลังกายด้วยตัวเอง (active exercise) และช่วยผู้ป่วยทำการออกกำลังกาย (passive exercise) แขนขาข้างขวาที่อ่อนแรง จัดเท้าข้างอ่อนแรงให้ตั้งตรงเพื่อป้องกัน</p>	<p>๑. ขนาดของกล้ามเนื้อแขนขาขวาไม่ลีบเล็กลง</p> <p>๒. ข้อต่อต่างๆ เหยียดและงอได้ดี ปลายเท้าข้างซ้ายไม่ตก</p> <p>๓. ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ปลอดภัย แต่ยังไม่ทั้งหมด</p> <p>๔. แขนขาข้างขวาดีขึ้น นั่งบนเตียง หย่อนขาข้างเตียง อยากรับรถเข็น ทำกายภาพต่อเนื่องทุกวัน และประเมินซ้ำ</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗.๓ การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล) (ต่อ)

๒) การพยาบาลผู้ป่วยระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาอ่อนแรง (ต่อ)</p>	<p>เฝ้าตอกอาจให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็น เพื่อเปลี่ยนจุดถ่วงน้ำหนักตัว เมื่อปฏิบัติได้ดีขึ้นค่อยฝึกการลุกนั่งบนเตียงเมื่อทรงตัวได้สมดุลจึงให้เริ่มฝึกลุกยืนจนขาทั้ง ๒ ข้างลงน้ำหนักได้มั่นคงดีแล้วจึงฝึกเดินตามลำดับ</p> <p>๕. ประเมินการการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) ของผู้ป่วยและญาติว่าทำถูกต้องหรือไม่</p>	
<p>วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการฟื้นฟู ข้อมูลสนับสนุน ญาติซักถามเกี่ยวกับโรค โปรแกรมการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัด วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวลของญาติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. ญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น</p> <p>๒. ญาติเข้าใจ มีความรู้เรื่องโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตอบคำถามได้ถูกต้อง</p>	<p>๑. ให้ความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยแก่ญาติ แจ้งญาติและผู้ป่วยล่วงหน้า เตรียมความพร้อมในแต่ละวัน ร่วมกัน พยาบาลหมั่นเข้าไปเยี่ยม พูดคุยสร้างความมั่นใจในการดูแลและฟื้นฟู</p> <p>๒. ประเมินภาวะจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยกับการให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจ</p> <p>๓. จัดสภาพแวดล้อมให้สุขสบายสงบ ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่</p> <p>๔. ประสานนักกายภาพบำบัดออกติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินทุก ๑-๒ เดือน</p>	<p>๑. ญาติสีหน้าสดชื่น</p> <p>๒. ญาติตอบคำถามเรื่องโรค การฟื้นฟูสภาพได้ถูกต้อง ยอมรับและเข้าใจแผนการรักษา</p> <p>๓. ผู้ป่วยเริ่มลุกจากเตียง นั่งรถเข็นได้เป็นระยะ</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

ระหว่างการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ADL = ๐ คะแนน GCS = E๒V๒ M๓ การดูแลโดยพยาบาลชุมชนผ่านครอบครัว แบบมีส่วนร่วมในการดูแลทำหัตถการให้ผู้ป่วยอยู่ถูกต้องตามหลักวิชาการและประสานงานภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วม ทีมกายภาพบำบัด โภชนากร จากโรงพยาบาลบุษตริก นักบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลโพนงาม(CARE GIVER) และหน่วยกู้ชีพ กู้ภัยบุษตริก และ บุษตริกร่วมกตัญญู ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ADL ดีขึ้นตามลำดับ ในระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้ป่วยได้ให้การพยาบาล และติดตามประเมิน และปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งสาเหตุการทำหัตถการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ญาติผู้ป่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการมานอนโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแล มีอาชีพค้าขาย และขายอาหารตามสั่งทำให้สะดวกมากขึ้นและไม่เสียเวลาในการมาเฝ้าไข้และนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับสามารถ นั่งรถเข็นได้ เคลื่อนไหวได้เอง หยิบจับอาหาร รับประทานอาหาร รับประทานได้เอง ดื่มน้ำได้เองจาก แก้ว หรือขวด ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้นเรื่อยๆ

๔.๘ สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๓ ปี มีโรคประจำตัว เบาหวานความดัน ภาวะถุงลมโป่งพอง (COPD)และเลือดออกในสมอง (Stroke) รักษาที่รพ. บุษตริก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ส่งต่อลงสู่ชุมชน การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน (IN-HOMESSS) การดูแล แบบ (Case Management) ได้รับการทำหัตถการ เจาะคอ (traecyostomy) มีเสมหะมากต้องได้รับการดูดเสมหะ ทุก ๒ ชั่วโมง ให้อาหารทางสายยาง ทุก ๖ ชั่วโมง (NG Feed) ไม่สามารถขับปัสสาวะออกเองได้ ใส่สายสวนปัสสาวะตลอด (Retrain Foley catheter) ๒๔ ชั่วโมง ทางศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงามได้ติดตามเยี่ยม วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ เนื่องจาก ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ADL = ๐ คะแนน GCS = E๒V๒ M๓ การดูแลโดยพยาบาลชุมชนผ่านครอบครัว แบบมีส่วนร่วมในการดูแลทำหัตถการให้ผู้ป่วยอยู่ถูกต้องตามหลักวิชาการและประสานงานภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วม ทีมกายภาพบำบัด โภชนากร จากโรงพยาบาลบุษตริก นักบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลโพนงาม(CARE GIVER) และหน่วยกู้ชีพ กู้ภัยบุษตริก และ บุษตริกร่วมกตัญญู ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ADL ดีขึ้น GCS ตามลำดับ ในระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้ป่วยได้ให้การพยาบาล และติดตามประเมิน และปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งสาเหตุการทำหัตถการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ญาติผู้ป่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการมานอนโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแล มีอาชีพค้าขาย และขายอาหารตามสั่งทำให้สะดวกมากขึ้นและไม่เสียเวลาในการมาเฝ้าไข้และนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับสามารถ นั่งรถเข็นได้ เคลื่อนไหวได้เอง หยิบจับอาหาร รับประทานได้เอง ดื่มน้ำได้เองจาก แก้ว หรือขวด ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้นเรื่อยๆ

๔.๙ อภิปรายผล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Case Managements ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เบาหวานความดัน ภาวะถุงลมโป่งพองที่มีภาวะพึ่งพิง มีพัฒนาการด้านการใช้ชีวิตดีขึ้น บทบาทของครอบครัวและชุมชน มีส่วนสำคัญในการดูแลไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ(urinary tract infection) ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) จากการเจาะคอ แผล(Infection)ไม่มีการติดเชื้อ และไม่มีแผลกดทับ(Bed sore) จากการนอนเตียงนาน ไม่มีการเคลื่อนไหว รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการถูกต้อง (NG Feeding) มีระบบการดูแลมี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๙ อภิปรายผล (ต่อ)

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านดูแลและ นักบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลโพรงามติดตามอาการสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง รวมทั้งกระบวนการรักษาอย่างรวดเร็วผ่านระบบกู้ชีพระดับตำบล ทำให้เข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทางไปโรงพยาบาล ทำให้วิตกกังวลลดลง ญาติสามารถค้าขาย ได้เพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมในการดูแลตัวเองดีขึ้น ตักอาหารรับประทานได้เอง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ทำกิจกรรม และกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองพึ่งผู้ดูแลน้อยลง นอกเวลาราชการหากเกิดภาวะฉุกเฉิน สามารถตามรถ ๑๖๖๙ และหน่วยกู้ภัยได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ หลังติดตามและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากวินิจฉัยการพยาบาลระยะแรกรับจำนวน ๓ ข้อ ระยะต่อเนื่อง ๒ ข้อ พบว่า อัตราการเกิดการติดเชื้อสายสวนปัสสาวะ = ๐ อัตราการสำลักอาหาร = ๐ อัตราการ นอกจากนั้นในการวางแผนการจำหน่ายเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติด

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จากกรณีศึกษานี้การวางแผนการดูแลโดยพยาบาลชุมชนผ่านครอบครัว แบบมีส่วนร่วมในการดูแลทำ หัตถการให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและประสานงานภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วม ทีมกายภาพบำบัด โภชนากร จากโรงพยาบาลบุณฑริก นักบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลโพรงาม(CARE GIVER) และหน่วยกู้ชีพ กู้ภัยบุณฑริก และ บุณฑริกร่วมกตัญญู ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ADL ดีขึ้น GCS ตามลำดับ ในระยะเวลา ที่ได้ดูแลผู้ป่วยได้ให้การพยาบาล และติดตามประเมิน และปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งสาธิตการทำหัตถการที่ทำให้ผู้ป่วย ไม่รู้สึกสบาย ญาติผู้ป่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการมาอนโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแล มีอาชีพค้าขาย และขาย อาหารตามสั่งทำให้สะดวกมากขึ้นและไม่เสียเวลาในการมาเฝ้าไข้และนอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ตามลำดับสามารถ นั่งรถเข็นได้ เคลื่อนไหวได้เอง หยิบจับอาหาร รับประทานได้เอง ตื่นน้ำได้เองจาก แก้ว หรือ ขวด ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้นเรื่อยๆ

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากรายงานกรณีศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

๖.๑ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและทีมสาขาวิชาชีพนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๖.๒ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและทีมสาขาวิชาชีพนำไปปรับใช้ในการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

๖.๓ ส่งเสริมให้ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะช็อค ภาวะสมดุลสารน้ำอิเล็กโทรไลต์

๖.๔ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีภาวะเลือดออกในสมอง (STROKE) ร่วมด้วย ได้รับการทำหัตถการ เจาะคอ (tracheostomy) มีเสมหะมากต้องได้รับการดูดเสมหะ ทุก ๒ ชั่วโมง ให้อาหารทางสายยาง ทุก ๒ ชั่วโมง (NG Feed) ไม่สามารถขับปัสสาวะออกเองได้ ใส่สายสวนปัสสาวะตลอด (Retrain Foley' catheter) ๒๔ ชั่วโมง ผู้ดูแลขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลประกอบกับต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เมื่อเกิดภาวะยุ่งยากซับซ้อน ทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและได้รับการรักษาโดยการเจาะคอ ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายยางสำหรับให้อาหาร ทำให้เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ

๘.๒ ญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลทำงานประจำและประกอบอาชีพค้าขายทำให้ไม่มีเวลาในการดูแล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑. ควรบริหารจัดการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ เช่น พยาบาล นักบริบาล อสม. ผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องฟื้นฟูสภาพครบ ทุก รพ.สต. และPCU เครือข่ายอำเภอชุมชน

๙.๒ ควรมีการพัฒนาและทบทวนสมรรถนะเชิงวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางเย็นฤดี นามวา สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางเย็นฤดี นามวา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..๑๐./...มกราคม..../..๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเย็นฤดี นามวา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวนวรรตน์ สิงห์คำ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบุญทริก

(วันที่)....๑๐../...มกราคม.../....๒๕๖๗....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุญทริก

(วันที่)๑๐..../...มกราคม.../...๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง...การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative care ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาไปอย่างก้าวไกล มีการค้นพบการรักษาและยาที่สามารถรักษาและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญแต่ละสาขาเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้ประชากรทั่วโลกมีอายุยืนยาวขึ้นและก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ซึ่งผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก การรักษาที่มุ่งเน้นให้หายจากโรค ทำให้การรักษามีความยาวนานยืดเยื้อ และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ ถึงแม้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การรักษาก็ยังมุ่งที่จะยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถเลือกทางเลือกการรักษาที่ตนเองต้องการ โดยทางเลือกของการรักษาต่างๆมักกระทำโดยครอบครัวของผู้ป่วย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ๒๕๖๐) ความรู้ความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ทั้ง แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพอื่น ผู้ดูแลผู้ป่วยและภาคสังคมในการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เป็นอุปสรรคในการจัดบริการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะแพทย์ที่มุ่งรักษาโรคให้หาย และมองว่าการดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่การรักษา แต่เป็นการยุติการรักษา เมื่อแพทย์เจ้าของไข้มีความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไม่ถูกต้อง ไม่ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้การเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมีข้อจำกัด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้รับทางเลือกในการเข้าถึงบริการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ , ๒๕๖๐)

องค์การอนามัยโลก (WHO ,๒๐๐๒) ได้ให้ความหมายของ Palliative care ไว้ว่าเป็นการมุ่งเน้นที่จะทำให้อาการของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening illness) ให้การดูแลรักษาอาการรบกวนต่างๆที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยมุ่งเน้นการรักษาแบบองค์รวมทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และควรให้การรักษาดังแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หาย เป็นโรคระยะท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วย ภายหลังการสูญเสีย การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานจากโรคหรือการเจ็บป่วย หมายถึง การดูแลรักษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในช่วงสุดท้ายของโรค ดังนั้น Palliative care จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการรบกวนต่างๆ ครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ ตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรี รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังเสียชีวิต

จากสถานการณ์ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองของศูนย์สุขภาพชุมชนโพรงาม ปี๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๑๕.๑๗.๑๒ รายตามลำดับซึ่งพบว่าปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว คือ แนวทางการปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกันและหลากหลาย การดูแลไม่มีเป้าหมายและการประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างและไม่ครอบคลุมองค์รวม รวมถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน อีกทั้งบุคลากรทีมสุขภาพบางส่วนยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Palliative care ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลที่เหมาะสมและ ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง(Palliative care)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคององค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๐๒) ได้ให้คำนิยามว่า หมายถึง การดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมิน และให้การรักษาสภาพเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรือภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายได้มีจำนวนมาก ซึ่งไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเหล่านี้เท่านั้นแต่รวมถึงญาติด้วยจึงมีความต้องการการดูแลที่ตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองต้องการให้เกิดการปรับตัว และบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้เวลาที่เหลือของผู้ป่วย การดูแลจึงมุ่งเน้นที่ระยะสุดท้ายของชีวิต ที่ความตายเป็นสิ่งที่มองเห็นได้ว่าจะต้องเกิดขึ้นในอนาคต อันใกล้ (โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑)

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองต้องมีความแตกต่างจากการให้การดูแลปกติ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นจึงนำ เอาแนวคิดประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นแนวคิดในการกำหนดเนื้อหาการดำเนินงาน ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๐๒) กำหนดประเด็นสำคัญระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี ๖ ด้าน คือ

๑. การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง
๒. การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน
๓. ความต่อเนื่องในการดูแล
๔. การดูแลแบบเป็นทีม
๕. การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล

๖. เป้าหมายในการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๖.๑. การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง หมายถึง การดูแลที่แพทย์หรือผู้ให้การรักษา ทำความเข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทำความเข้าใจ ๒ คำ คือโรค (Disease) เป็นกระบวนการทางพยาธิวิทยาที่ใช้อธิบายรูปแบบของความเจ็บป่วย มีทฤษฎีรองรับชัดเจน อธิบายในผู้ป่วยทุกรายเหมือนกัน ส่วนความเจ็บป่วย (Illness) หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ พฤติกรรมที่เกิดจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเป็นความเป็นจริงเฉพาะของแต่ละบุคคลและซับซ้อน สามารถอธิบายได้แตกต่างกันไปตามแต่พื้นฐานและประสบการณ์ชีวิต โดยกระบวนการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบตามแนวคิดของ (Stewart M, Brown J. และ Ian Mcwhinney, ๒๐๐๓ อ้างใน สตางค์ ศุภผล, ๒๐๑๓) ได้แก่

๖.๑.๑. ค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย (Explore both disease and illness)

๖.๑.๒. ช่วยเข้าใจชีวิตบุคคล (Understand the whole person) พยาบาลแบบประคับประคอง

๖.๑.๓. หาหนทางร่วมกัน (Find common ground)

๖.๑.๔. สร้างสรรค์งานป้องกันส่งเสริม (Incorporate prevention and health promotion)

๖.๑.๕. ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี (Enhance doctor-patient relationship) ๖.๑.๖. มีวิถีอยู่บนความเป็นจริง (Being realistic)

การดูแลแบบประคับประคองจะยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือการนำเอาผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล เน้นการดูแลเพื่อความสุขสบาย ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน แยกแยะปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากตัวผู้ป่วยหรือปัญหาจากสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวเพื่อการดูแลที่ถูกต้องตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๖.๒. การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน หมายถึงเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน โดยการพยาบาลองค์รวม เป็นการพยาบาลที่ดูแลบุคคลเป็นหนึ่งเดียว ผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม มุ่งตอบสนองความต้องการของมนุษย์ในเรื่องภาวะสุขภาพ การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, ๒๕๕๑) และเป็นส่วนสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากดูแล แบบประคับประคองต้องมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ และเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโรค (WHO, ๒๐๐๒) การพยาบาลองค์รวมจึงเป็นแนวคิดที่สำคัญของระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง พยาบาลองค์รวม(สำนักการพยาบาล, ๒๕๕๑) ประกอบด้วย

๖.๒.๑. เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ และสังคมออกมาเป็นหนึ่ง เพราะฉะนั้นจะไม่มีคำว่าผู้ป่วยทางกาย หรือผู้ป่วยทางจิตเวช

๖.๒.๒. บุคคลเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัวหรือชุมชน ในระบบเปิดมนุษย์จะแสวงหาความเป็นระบบระเบียบมากขึ้น นั่นคือมนุษย์มีความสามารถที่จะแสวงหาความรู้ สร้างปัญญาและแนวคิดของตนเองที่จะเลือกกลยุทธ์ในการจัดการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตคนที่มีสุขภาพดีคือคนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดีรู้ว่าตนเองจะก้าวไปทางใดรู้จักจัดระบบระเบียบของตนเองและมีเป้าหมายในชีวิต

๖.๒.๓. เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยนำที่สามารถทำให้มีความเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้

๖.๒.๔. การมีสุขภาพและความผาสุกอันสูงสุด ต้องใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล

๖.๒.๕. ใช้แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมเป็นพื้นฐาน

๖.๒.๖. การพยาบาลมุ่งช่วยเหลือบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อความผาสุกและเพื่อสุขภาพของชีวิตการดูแลแบบองค์รวมเป็นกระบวนการที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วย ที่ไม่ใช่การดูแลเพื่อรักษาแต่เป็นการดูแลที่ต้องใส่ใจทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๖.๓. ความต่อเนื่องในการดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่องแม้จะอยู่ที่บ้านหรืออีกนัยคือการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) เป็นกระบวนการที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวเริ่มจากการประเมิน

ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม วิเคราะห์ปัญหาความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญเมื่อกลับบ้าน รวมถึงการประเมินผู้ดูแล และสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อกำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน ให้คำแนะนำ ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินผลการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อน การจำหน่าย การดูแลแบบประคับประคองเน้นให้การดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามให้การดูแลและช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากเป็นการดูแลตลอดช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตตลอดจนภายหลังเสียชีวิต

๖.๔. การดูแลแบบเป็นทีม หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Teamwork) เป็นการทำงานที่ประสานงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไปแต่มากขึ้นกับบริบท ของพื้นที่ องค์ประกอบของทีมอาจแตกต่างกันไปโดยทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย (กรมการแพทย์, ๒๕๕๑)

๖.๔.๑ แพทย์(แพทย์เจ้าของไข้แพทย์ประจำครอบครัวแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความจำเป็นของผู้ป่วย)

๖.๔.๒ พยาบาล

๖.๔.๓ บุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ เภสัชกรนักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด โภชนากร บุคลากรอื่นๆในชุมชน ได้แก่ พระนักบวช หมอหนอง แพทย์แผนโบราณ ฯลฯ

๖.๔.๔ .ครอบครัวญาติ และเพื่อนบ้าน

๖.๔.๕ อาสาสมัคร

๖.๕. การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล หมายถึง เป็นระบบการดูแลที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับ การรักษาพยาบาล แต่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้โดยทีมสุขภาพเป็นผู้ติดตามดูแลให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ใช้ชีวิต ได้อย่างปกติ

๖.๖.เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้เพื่อให้หายจากการรักษาแต่เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่นี้คือ การที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งสังคม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและบริบทของสังคม สามารถแก้ไขปัญหาตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยที่ต้องดูแลตัวเองที่บ้านได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล
๒. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตัวเองที่บ้าน (HOME WARD)
๓. ภาควิชาเครื่องมือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน
๔. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น ได้รับการปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ ประสานงานได้ผ่านระบบ ๓ หมอ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) ในอำเภอบุณฑริกได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล

๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลตัวเองที่บ้านลดลงหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับเข้าไปนอนโรงพยาบาล

๓. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

ลงชื่อ 

(นางเย็นฤดี นามวา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)๑๐.../...มกราคม.../..๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง
ในอำเภอชายแดนไทย-ลาว
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กรกฎาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 ความรู้ทั่วไปของโรคทางจิตเวช สารเสพติด ยาบ้า และอาการทางจิตที่ก่อความรุนแรง
 - 3.2 ทฤษฎีมาสโลว์ หรือ ลำดับขั้นความต้องการ (Maslow's Hierarchy of Needs) เป็นทฤษฎีจิตวิทยาที่
อับราฮัม เอช. มาสโลว์ คิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1943 ในเอกสารชื่อ “A Theory of Human Motivation”
Maslow ระบุว่า มนุษย์มีความต้องการทั้งหมด 5 ชั้นด้วยกัน ความต้องการทั้ง 5 ชั้น มีเรียงลำดับจาก
ขั้นต่ำสุดไปหาสูงสุด มนุษย์จะมีความต้องการในขั้นต่ำสุดก่อน เมื่อได้รับการตอบสนองจนพอใจแล้วก็
จะเกิดความต้องการขั้นสูงต่อไป ความต้องการของบุคคลจะเกิดขึ้น 5 ชั้นเป็นลำดับ
 - 1.ความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย (Physiological Needs)หมายถึง ความต้องการ อาหาร
เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ความต้องการทางเพศ ความสะอาดสบาย เป็นต้น
 - 2.ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety Needs)หมายถึง ความต้องการได้รับการปกป้องจาก
อุปสรรคและการออกจากงาน ความปลอดภัยการทำงาน เป็นต้น
 - 3.ความต้องการความรักและสังคม (Belonging and Love Needs)ความต้องการเพื่อน ต้องการความ
รัก ความเป็นเจ้าของ เป็นส่วนหนึ่งทางสังคม
 - 4.ความต้องการการได้รับการยกย่องนับถือในตนเอง (Esteem Needs)ความต้องการเป็นอิสระ
ต้องการการยอมรับ ได้รับการยกย่อง ได้รับเกียรติจากผู้อื่น เป็นต้น
 - 5.ความต้องการพัฒนาศักยภาพของตน (Self-actualization)ความต้องการได้รับความสำเร็จ
สูงสุดในสิ่งที่ปรารถนาทุกอย่างที่ตั้งใจไว้
 - 3.2 ความรู้ทฤษฎี Self – Esteem
 - 3.3 มาตรฐานการปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้สูงอายุและยาเสพติดผู้ป่วยนอก การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและ
ยาเสพติด แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวชและยาเสพติด การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวช
 - มาตรฐานที่1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา
 - 1.1 การคัดกรองและประเมินปัญหา
 - 1.2 การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้สูงอายุและสารเสพติดต่อเนื่อง (Ongoing Assessment)
 - 1.3 การปฏิบัติการพยาบาล
 - 1.4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล
 - มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา
 - มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา
 - มาตรฐานที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด
 - มาตรฐานที่ 5 การดูแลต่อเนื่อง
 - มาตรฐานที่ 6 การสร้างเสริมสุขภาพ
 - มาตรฐานที่ 7การคุ้มครองภาวะสุขภาพ
 - มาตรฐานที่ 8 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ
 - มาตรฐานที่ 9 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
 - มาตรฐานที่ 10 การบันทึกทางการพยาบาล

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

3.5 การประเมินปัญหาครอบครัวและชุมชน การพยาบาลชุมชน

3.6 การค้นหาศักยภาพของชุมชน และ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.7 เครื่องมือแบบประเมิน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินการ

ฆ่าตัวตาย แบบประเมินความเครียด แบบประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยทางจิตที่ก่อความรุนแรง แบบติดตามดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

อำเภอบุญศรีเป็นอำเภอชายแดน ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีการระบาดของยาเสพติดระดับรุนแรง ประชากรที่ใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มวัยทำงาน และวัยรุ่น ร้อยละ 35.51 และ 25.57 ตามลำดับส่งผลให้มีผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากยาเสพติดร้อยละ 97 และมีผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง เพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ในปี 2566 มีผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V สะสม 134 ราย โรงพยาบาลบุญศรีโดยกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ก้าวร้าวรุนแรง ตั้งแต่ปี 2557 และเสริมสร้างความรู้ทักษะแก่ชุมชน ในการค้นหา เฝ้าระวัง สังเกต ประสาน ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยภาคีเครือข่ายช่วยเหลือ ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยรายเก่า มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดซ้ำ หากแต่สามารถลดความรุนแรงลงได้ และครอบครัวให้ความสำคัญในการดูแล และเข้าถึงบริการเมื่อมีเหตุเร่งด่วนในกรณีก้าวร้าว ซึ่งอำเภอบุญศรีโดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเห็นความสำคัญในการป้องกันความรุนแรงในชุมชนจากผู้ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช โดยลดการใช้ยาเสพติด ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ลดความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ส่งต่อ และมีระบบติดตามให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้นหน่วยงานภาคีเครือข่ายผลักดันให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกัน ในการค้นหา คัดกรอง บำบัด รักษาฟื้นฟู และติดตามโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ผู้นำโดยนายอำเภอได้เร่งรัดให้ทุกหน่วยงานมีบทบาทหน้าที่และความร่วมมือในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในอำเภอชายแดนไทย-ลาว เมื่อมีการพัฒนาระบบโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ ตั้งแต่ระดับการเฝ้าระวัง การป้องกัน การค้นหา การคัดกรอง ตลอดจนการนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ติดตาม ฟื้นฟู จะทำให้สังคม ชุมชน ลดความรุนแรง ลดอันตราย ลดการตายจากสารเสพติดได้ สังคมสงบสุข

เป้าหมาย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอบุญศรีและนำไปปฏิบัติได้ ให้เข้าถึงบริการ และลดความรุนแรงลงได้

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง
2. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ได้รับการดูแล และลดอันตรายในชุมชน

วิธีการศึกษา และการปฏิบัติงาน (Practic Process) แนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง (SIM-V)

เครื่องมือที่ใช้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยมีกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนเชิงปริมาณ มีกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ตารางบันทึกข้อมูลที่ได้จาก

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

โปรแกรม V-care ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อความรุนแรง ที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรม V-care จำนวน 110 คน ในอำเภอบุณฑริก โดยการคัดกรอง V-SCAN และ OAS

ขั้นตอนเชิงคุณภาพ มีกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง, แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลักในการประชุมกลุ่ม เลือกแบบเจาะจงโดยเลือกตามคุณสมบัติ จำนวน 15 คน ดังนี้ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด บุคลากรผู้รับผิดชอบงานจาก รพ.สต. อสม. อปท. ผู้นำชุมชน จำนวนกลุ่มละ 3 คน

3. ขั้นตอนการดำเนินการ

3.1. การศึกษาสภาพปัญหา

1. การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากฐานข้อมูล HI ,โปรแกรมบสต. และโปรแกรม V-care
2. ศึกษาจากข้อมูลสรุปการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่
3. การศึกษาจากข้อมูลบันทึกแจ้งขอความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย
4. แฝมประวัติผู้ป่วยใน และบันทึกการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
5. สรุปข้อมูลสภาพปัญหาและนำเสนอต่อ คณะกรรมการเครือข่ายจิตเวชและยาเสพติดระดับอำเภอ ผู้นำระดับอำเภอให้ความสำคัญ สนับสนุน อำนวยความสะดวก แต่และมีทีมที่ให้ความร่วมมือสอดคล้องกัน และมีการประชุมคณะกรรมการต่อเนื่อง

3.2 จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงในอำเภอชายแดนไทย-ลาว

1. ร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
2. จัดกระบวนการประชุมกลุ่มโดยนำเสนอสภาพปัญหาและร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติด ในที่ประชุมกลุ่มเพื่อขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
3. บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการประชุมกลุ่มนำไปปรับปรุงร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติด เพื่อให้เป็นฉบับสมบูรณ์ และสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่
4. นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติด ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวหายาเสพติดระดับอำเภอ เพื่อประกาศเป็นนโยบายของอำเภอและใช้จริงในพื้นที่ทันที

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ขั้นตอนเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย
2. ขั้นตอนเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ได้แก่ การให้ความหมายตีความ และสรุปประเด็น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- ผู้นำระดับอำเภอให้ความสำคัญ สนับสนุน อำนวยความสะดวก ความร่วมมือ บูรณาการการทำงานโดยทีม คณะกรรมการเครือข่ายจิตเวชและยาเสพติดระดับอำเภอ มีคำสั่งคณะทำงาน และคณะกรรมการของทีมย่อย แต่ละทีมที่สอดคล้องกัน และมีการประชุมคณะกรรมการต่อเนื่อง
- ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านเห็นปัญหาในหมู่บ้านของตนเอง ประชาสัมพันธ์ ความรู้ อากาศเตือน ให้ประชาชน และค้นหา คัดกรอง 5 อาการ ดูแลและติดตามในชุมชนเฝ้าระวังโดยชุมชนเมื่อพบความเสี่ยง มีช่องทาง การประสานส่งต่อขอความช่วยเหลือได้ทันที
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนช่วยเหลือจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ และช่วยฟื้นฟูอาชีพ
- สร้างระบบช่องทางขอความช่วยเหลือที่ชัดเจนและทันทีในการควบคุมจำกัดพฤติกรรมความรุนแรงในชุมชน
- มีระบบการรักษา ระยะวิกฤติ และแบบผู้ป่วยใน มีระบบส่งต่อตามแนวทางปฏิบัติ และติดตามเยี่ยมในชุมชน
- มีการประสานติดตามเยี่ยมให้ความรู้ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยเครือข่ายชุมชนและ โรงพยาบาล
- มีผู้รับผิดชอบชัดเจน มีข้อมูล การแลกเปลี่ยนข้อมูล ในการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย
- ปรับรูปแบบและความถี่ในการติดตามเยี่ยม โดยทีม เครือข่ายและสหวิชาชีพ รูปแบบ การดูแล 3 ระดับ

5.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ตารางวิเคราะห์ที่ 1 แยกตามเพศและระดับความรุนแรงที่มีอาการทางจิตร่วมกับการใช้ยาเสพติด

ประเภท ระดับความ รุนแรง	ก้าวร้าวรุนแรงไม่สามารถ ควบคุมตนเองได้ (รุนแรงหนักมาก)	ก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่ม ควบคุมตนเองไม่ได้ (รุนแรงหนัก)	ก้าวร้าวรุนแรงที่เตือนแล้ว สงบลงได้ (รุนแรงปานกลาง)
จำนวน	16	32	62
แยกตามเพศ			
เพศชาย	15	30	62
เพศหญิง	1	2	0
มีอาการทางจิตร่วมด้วย (10 คน)	3	2	5
ใช้สารเสพติด (100 คน)	13	30	57

หมายเหตุ **** ไม่มีความเสี่ยง จำนวน 11 คน เพศชาย 8 คน เพศหญิง 3 คน

หมายเหตุ: ข้อมูลจากการคัดกรองด้วย v-scan และ OAS ในชุมชน โดยผู้นำชุมชน ในช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2566

ตารางวิเคราะห์ที่ 2 การติดตามให้ความช่วยเหลือแบ่งตามประเภทความรุนแรง

ประเภทกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง	จำนวน (ร้อยละ)	ได้รับการติดตามรักษา จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้	16 คน (14.6)	15 คน (93.75)
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้	32 คน (29.3)	27 คน (85)
พฤติกรรมที่สามารถรับฟังคำเตือนได้แล้วอาการสงบ	62 คน (55.9)	57 คน (92)

ผลลัพธ์ -ปรับปรุงร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดให้เป็นฉบับสมบูรณ์และสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

- มีรูปแบบ การคัดกรองค้นหา และรูปแบบการติดตามในชุมชน
- กลุ่มที่ศึกษา ลดการใช้สารเสพติด ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่มีเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
- เครือข่ายทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือ ผู้ดูแล ผู้ปกครอง ให้การดูแลและแจ้งประสานขอความช่วยเหลือได้

6.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1.ต่อหน่วยงาน

- 1.1 มีเครือข่ายในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย
- 1.2 สามารถต่อยอดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

6.2.ต่อผู้ป่วย

- 2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตาม ตามรูปแบบที่พัฒนาของพื้นที่
- 2.2 เพื่อนบ้าน บุคคลในชุมชนอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข

6.3.ต่อบุคลากร

- 3.1 มีระบบการติดตามที่ชัดเจนในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด
- 3.2 บุคลากรในเครือข่ายมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- สภาพอาการของผู้ป่วยระยะกำเริบเฉียบพลันต้องให้การพยาบาล โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา แบบผสมผสาน ศาสตร์ความรู้หลายด้าน
- การพยาบาลในชุมชนค่อนข้างยุ่งยาก ไม่ได้รับความร่วมมือของครอบครัว ครอบครัวปฏิเสธการดูแล ต้องใช้เทคนิค Motivation Interviewing และ Problem Solving therapy และ Family therapy ต้องใช้ทักษะ การผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม มาบูรณาการในการดูแลและติดตาม
- ผู้ป่วยมีทัศนคติ Low self-image ต้องอาศัยเวลาในการกระตุ้นผู้ป่วยด้วย Self Esteem ในการปรับตัวดำรงชีวิตให้ดีขึ้น
- มีปัจจัยหลายด้านในการประสานงานขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ต้องใช้ทักษะสัมพันธภาพที่ดี
- การดูแลต่อเนื่องจำกัดด้วยปัญหา เศรษฐกิจของครอบครัวต้องปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ด้านผู้ป่วย

- ผู้ป่วยระยะแรกการสื่อสาร การให้คำปรึกษา การโต้ตอบ ปฏิสัมพันธ์ ช้าหรือไม่มีปฏิสัมพันธ์ ไม่มีความมั่นใจในการที่จะเลิกสารเสพติด
- ทัศนคติ ของผู้ป่วยไม่ยอมรับว่า การใช้สารเสพติดของตนเองเป็นปัญหา ปฏิเสธการรักษา
- ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่มีรายได้ และครอบครัวไม่ใส่ใจ ทำให้กลับไปเสพซ้ำ

ด้านเครือข่ายและชุมชน

- ชุมชนไม่ให้ความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือในระยะแรกๆ
- ผู้นำชุมชน ไม่มีความมั่นใจ ในการคัดกรอง ติดตาม มีความหวาดกลัว ในการนำเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา

ด้านครอบครัว

- ผู้ป่วยเป็นบุตรบุญธรรม ที่นำมาเลี้ยงตั้งแต่เด็ก ครอบครัวจึงไม่ได้ดูแลให้เหมาะสม
- มีความรุนแรงในครอบครัวจากบิดาบุญธรรม

9. ข้อเสนอแนะ

- ทีมการดูแล พยาบาลส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบและก่อความรุนแรง
- เครือข่ายในการส่งต่อ เฝ้าระวัง และช่วยเหลือเบื้องต้น ต้องมีความปลอดภัย เมื่อเกินขีดความสามารถ มีการประสานที่รวดเร็ว และส่งข้อมูลการจัดการ เบื้องต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือได้ทันที
- ผู้นำชุมชน ครอบครัว ต้องให้ความสำคัญ เห็นคุณค่าของผู้เข้ารับการรักษาอย่างเท่าเทียม
- ชุมชน ครอบครัว ควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยทางจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ควรให้การสนับสนุน ช่วยเหลือติดตาม และให้โอกาส
- ผู้บริหารในระดับชุมชน ระดับอำเภอให้ความสำคัญและควรนำปัญหาของชุมชน วางแผนการพัฒนาการมีส่วนร่วมในชุมชนต่อไป
- การส่งเสริมอาชีพในชุมชนการฝึกอาชีพในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงใน
อำเภอชายแดน ไทย-ลาว ในงานการประชุมวิชาการนานาชาติว่าด้วยยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 1
ในวันที่ 7-9 สิงหาคม 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1 นางทัศนัชกรกรณ์ สาเลศ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางทัศนัชกรกรณ์ สาเลศ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 11 / ม.ค. / 2567

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางทัศนัชกรกรณ์ สาเลศ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทร

วันที่ ๑๒ / ๑๑. / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทร

วันที่ ๑๒ / ๑๑. / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง พัฒนาการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง
ด้วยกระบวนการครอบครัวบำบัด

2. หลักการและเหตุผล

ตามนโยบายจากการประชุมขององค์การสหประชาชาติสมัยพิเศษ ปี 2016 ว่าด้วยปัญหาเสพยาเสพติด ให้มีความสำคัญถึงความเป็นมนุษย์ ปรับมุมมองให้ผู้เสพยาเสพติดเป็นผู้ป่วยสมควรได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟู ให้กลับมาเป็นพลเมืองที่มีคุณค่าของสังคมและประเทศชาติ ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มีแนวทางว่าผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วย ตติยารักษาได้ เพื่อลดปัญหาเสพยาเสพติดเน้นการบำบัดรักษาแบบสมัครใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจของผู้เสพยาให้กลับคืนสู่สภาพปกติ รวมทั้งทำความเข้าใจกับสังคมว่าเป็นโรคเรื้อรังสามารถกลับไปเสพยาได้ ขึ้นอยู่กับการดูแลและปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว เป็นสำคัญ และมีเครือข่ายและชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุน

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) ประสงค์ให้มีการบูรณาการหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ขับเคลื่อนการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย ให้มีการจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระยะยาวมินิธัญญารักษ์ ทั้งนี้อำเภอบุนนาค โดยที่ทำการปกครองอำเภอบุนนาค กรมการปกครอง โรงพยาบาลบุนนาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีความประสงค์ที่จะจัดตั้ง สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระยะยาว บุนนาคมินิธัญญารักษ์ เพื่อให้การแก้ไข ปัญหา ป้องกัน บำบัดรักษา ส่งต่อและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลบุนนาคโดยกลุ่มงานจิตเวชเสพยาเสพติด ได้ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ ผู้เสพยา และผู้ติดยาเสพติดในปี 2564-2566 จำนวน 353,332 และ 316 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยเสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแล (Retention Rate) ในปี 2564-2566 ร้อยละ 42.8, 94.8, 90.6 ตามลำดับ กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง อายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 35.4 เป็นส่วนใหญ่ รองลงมาอายุ 11-20 ปี ร้อยละ 25.45 และอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 21.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ประกอบอาชีพประกอบอาชีพ เกษตรกร รับจ้างทั่วไปและ เด็กวัยเรียน ซึ่งกลุ่มนักเรียนมีทั้งในระบบโรงเรียน และนอกระบบโรงเรียนเท่ากัน สาเหตุที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มเด็กนักเรียน และวัยรุ่น คือ สังคมสิ่งแวดล้อม และอยากเข้าสังคมเพื่อน ใช้ตามกลุ่มเพื่อน เข้าสังคมกับเพื่อน ส่วนในวัยทำงาน สาเหตุที่ใช้ เคยใช้ ตั้งแต่วัยรุ่น สาเหตุหลัก เหนื่อย อ่อนเพลียจากการทำงาน ต้องการงานได้ดี ไม่เหนื่อยง่าย จึงใช้ยาเสพติด

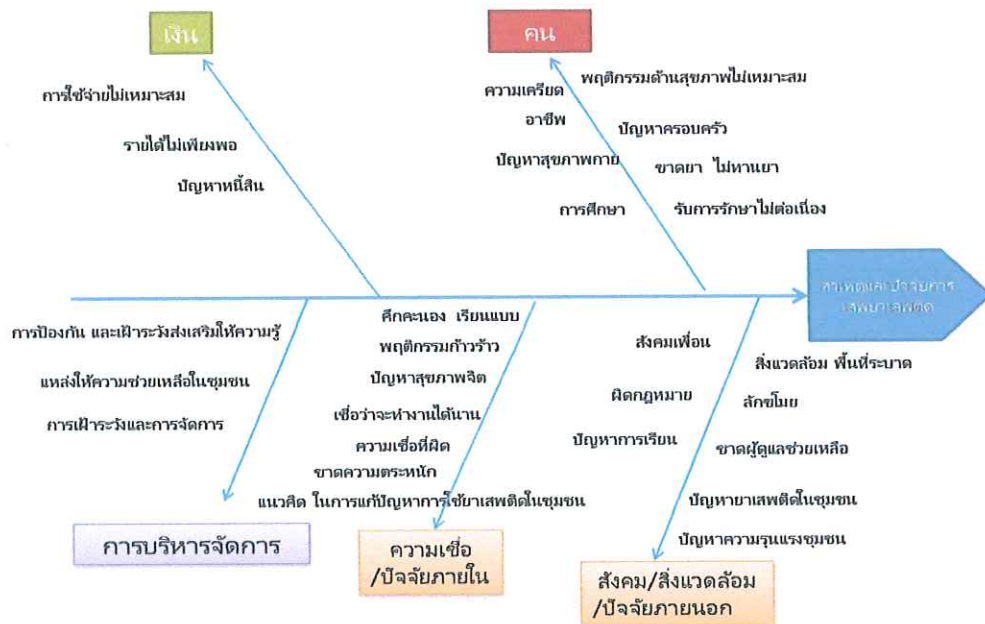
ดังนั้นในกระบวนการบำบัดยาเสพติดมีการใช้เทคนิค การบำบัดมากมายและการประยุกต์ศาสตร์ องค์ความรู้ต่างๆบูรณาการในการบำบัดผู้เสพยาเสพติด ซึ่งการติดยาเสพติดทำให้โครงสร้างตลอดจนการทำงานของสมองเปลี่ยนไป การหยุดใช้ยาเสพติดด้วยตัวเองจึงทำได้ยากมาก คนที่พยายามเลิกยาเสพติดด้วยตัวเอง โดยไม่ได้รับความรู้และ การบำบัดและการดูแลหลังการรักษาอย่างเหมาะสม ในที่สุดก็กลับไปติดยาเสพติดซ้ำ ในการบำบัดฟื้นฟูเสพยาเสพติด ตามโปรแกรมต่างๆ เทคนิคบำบัดต่างๆให้ประสบผลสำเร็จและไม่กลับมาเสพยาซ้ำนั้น ทั้งนี้ครอบครัวบำบัดเป็นหัวใจสำคัญ และเป็นหลักในการช่วยเหลือ ซึ่งเน้นการเยียวยาแบบบูรณาการ ทั้งร่างกาย จิตใจ ด้านการป้องกัน ให้กำลังใจ เสริมแรงให้ผ่านพ้นระยะวิกฤติของชีวิตไปได้ เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การฟื้นฟูความสัมพันธ์ที่บกพร่อง บทบาทหน้าที่ของครอบครัว โดยมีครอบครัวคอยประคับประคอง ไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดหรือพฤติกรรมเสพยา ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูรักษาจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมเดิม ดังนั้นจึงมุ่งเน้นนำแนวคิดครอบครัวบำบัด คือ การบำบัดภายในจิตใจของบุคคลในครอบครัว เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีคุณค่าต่อตนเอง มีแนวทางแก้ปัญหา มีความรับผิดชอบ และความสอดคล้องตามความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว จนเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้อย่างยั่งยืน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ ผู้ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในพื้นที่ ที่มีการระบาดของยาเสพติดระดับรุนแรง และ อำเภอบุญทริก เป็นอำเภอชายแดน มีเขตติดต่อกับประเทศลาว สารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น ยาบ้า และ ประชาชนมีการใช้ จำหน่ายสารเสพติด ซื้องาได้โดยง่าย รวมทั้งใช้ ในการทำงาน ส่วนวัยรุ่นจะใช้สารเสพติดตาม เพื่อน ในผู้เสพยาเสพติด ที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นตา ยายปู่ ย่า ขาดการเอาใจใส่ ในกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน หลังเลิกเรียนไม่ได้ช่วยทำงานบ้าน พ่อ แม่ ไม่ได้ทบทวนการเรียน ถูกพ่อแม่ตามใจหรือสั่งสอนไม่ได้เมื่อมาเรียน หนังสือในห้องเรียน ไม่มีสมาธิในการเรียน ไม่มีความรับผิดชอบด้านการเรียน มีผลต่อการเรียนตกต่ำ ด้าน ประชาชนทั่วไปมีการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเสพติดในชุมชน และพบว่า มีผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิต และ มีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงร้อยละ 8 ในปี 2566 ผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ในพื้นที่ มีสาเหตุมาจากการ ใช้ สารเสพติด ร้อยละ 97 ในปี 2566

การนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู ทั้งนี้ ต้องมีการคัดกรองตามแบบประเมินของคลินิกบำบัดฟื้นฟู สารเสพติด และการตกลงทำความเข้าใจกับผู้ปกครองและครอบครัว ในการนำกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง เข้ารับการบำบัด ตามระบบบำบัดสมัครใจที่โรงพยาบาลบุญทริก ซึ่งทีมบำบัดฟื้นฟู มีการประชุมเตรียมการโดยยึดขนาดปัญหา ความรุนแรง ความบอบบาง สัมพันธภาพของครอบครัว เพื่อปรับ การบำบัดให้สอดคล้องกับบริบท ของครอบครัว จึงได้วิเคราะห์ ปัญหาของผู้เข้ารับบำบัด เมื่อเข้ารับการบำบัดใน ครั้งแรก โดยการสอบถามจากผู้บำบัด ผู้ปกครองผู้ดูแล ได้ปรับวางแผนการพยาบาล ในบำบัดให้เหมาะสมกับ บริบท ในการทำกลุ่มแต่ละครอบครัว



แนวคิด

จากการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดของโรงพยาบาลบุญทริกที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ผู้ที่เข้ารับ การบำบัดมีปัญหาคอร์คอร์วร้อยละ 100 คอร์คอร์วเอื้อมระอา ไม่ใส่ใจ เนื่องจากพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ก้าวร้าวรุนแรง คบเพื่อนที่เสพยาเสพติดไม่มีความรับผิดชอบ ไม่ประกอบอาชีพ การเรียนมีปัญหาและจากผลการ นำเทคนิค ครอบครัวบำบัดมาประยุกต์ใช้ ตามผลงานเรื่อง การส่งเสริมครอบครัวล้อมรั้วเยาวชนในกลุ่มผู้ใช้สาร

แนวคิด (ต่อ)

เสพติดและสุรา ซึ่งผลลัพธ์ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวบำบัด ไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 95.2 ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี จึงได้เลือก การทำครอบครัวบำบัด ยึดแนวทาง การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy: PST)ที่ D’Zurilla and Nezu พัฒนาขึ้น จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) (Nezu et al. 1989; D’Zurilla&Nezu, 2007) จุดเด่นของการบำบัดนี้มุ่งเน้นไปที่การปรับมุมมอง ปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองในทางบวก (positive problem orientation : PPO) และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งลดความเครียดและ เพิ่มความสามารถของสมองในการจัดการปัญหา อย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Alexopoulos et al., 2011) จะทำให้ผู้เข้าบำบัดและครอบครัวสามารถกำกับตนเองได้ มองปัญหาในทางบวก เลือทางออกในการแก้ปัญหา ด้วยเหตุผล พัฒนาแผนการที่จะลงมือทำตามวิธีแก้ปัญหา ที่เลือกและประเมินผลการลงมือแก้ปัญหาที่ เลือก (D’Zurilla&Nezu, 2007) และนำแนวทาง จิตบำบัดแบบ ชาเทียร์ ซึ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงและเติบโตภายในตัวตน โดยมีเป้าหมายเพื่อ

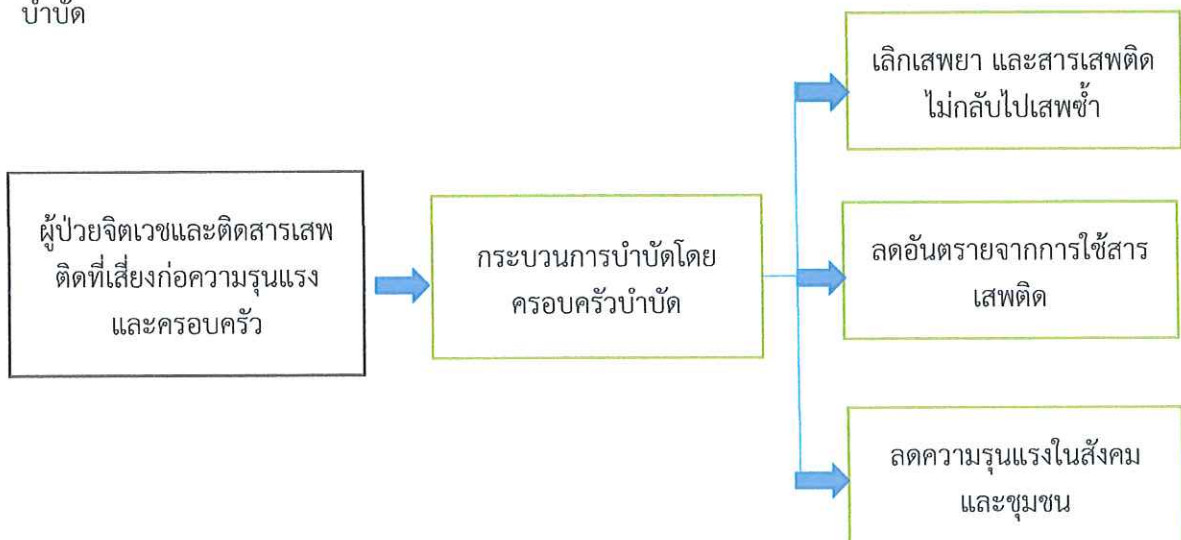
- 1.ปรับปรุงการสื่อสารในครอบครัว
- 2.พัฒนาให้สมาชิกแต่ละคนเป็นตัวของตัวเอง
- 3.ลดความขัดแย้งในครอบครัว
- 4.มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในจิตใจ
- 5.ลดความทุกข์ใจของสมาชิกในครอบครัว

จิตบำบัดแบบชาเทียร์มีรากฐานมาจากความเชื่อที่ว่า

- คนเราแต่ละคนเป็นเจ้าของอารมณ์ความรู้สึกของตนเองจึงสามารถเรียนรู้ที่จะเป็น “นาย” ความรู้สึกของตนได้
- ทุกคนมีทรัพยากรอยู่ภายใน ที่สามารถนำมาใช้ในการปรับตัวและพัฒนาตนเอง
- สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหา แต่วิธีที่เราจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นต่างหากที่เป็นปัญหา
- การเปลี่ยนแปลงภายนอกจะทำได้อย่างจำกัด แต่การเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจเป็นไปได้เสมอ
- เราไม่อาจเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต แต่สามารถเปลี่ยนผลกระทบที่มีมาถึงปัจจุบันได้

และนำแนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจของ Frederick : การจูงใจที่เน้นคุณลักษณะภายในของบุคคล ทำให้ร่างกายมีความเคลื่อนไหว ไปในทิศทางที่มีเป้าหมายที่ได้เลือกไว้ หรือกระบวนการต่างๆที่ร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้น ให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรม เพื่อที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายความต้องการ โดยการจัดการของตนเองและครอบครัวจะต้องรู้จักการจูงใจ โดยกระตุ้นให้บุคคลรู้สึกอยากกระทำในสิ่งที่เป็นเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักการรักตนเอง การเป็นส่วนร่วมของครอบครัว การมีคุณค่าของตนเอง ทั้งนี้ต้องเข้าใจความรู้สึก ความต้องการของผู้เข้าบำบัดฟื้นฟู และบริบทของครอบครัว

กรอบแนวคิด การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงด้วยกระบวนการครอบครัวบำบัด



ขั้นตอนการดำเนินงานและกิจกรรม

การพัฒนา การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ด้วยกระบวนการครอบครัวบำบัด นั้นกำหนดรูปแบบและกิจกรรมการดำเนินงานดังต่อไปนี้

- ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติด ประเมินการใช้สุรา ประเมินอาการทางจิต ประเมินซึมเศร้า ประเมินการฆ่าตัวตาย ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองทุกรายอย่างครอบคลุม
- ประเมินอาการและโรคทางกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและ ตรวจร่างกาย โดยแพทย์
- ประเมินปัญหา ด้านสังคม ครอบครัว ความสัมพันธ์ การเรียน ความรับผิดชอบ การคบเพื่อน การใช้โทรศัพท์ ติดเกม การประกอบอาชีพ
- วิเคราะห์ปัญหาร่วมกับครอบครัว และสะท้อนปัญหา และหาความต้องการของครอบครัว
- วางแผนร่วมกับครอบครัว ในการทำกิจกรรมเพื่อปรับ แก้ไข ส่งเสริม การทำกิจกรรมการพยาบาล ครอบครัวบำบัดแบบกลุ่ม กิจกรรมความผูกพัน โดยใช้เทคนิครักเหนือรัก การกอดบำบัด การเปิดใจ
- การมอบหมายหน้าที่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลในการดูแล กำกับควบคุม ที่บ้าน การมอบหมายงาน ให้ความรับผิดชอบ การจัดสรรเวลาให้เกิดประโยชน์ การเลิกใช้โทรศัพท์
- การประเมินจาก จากครอบครัว ด้านสัมพันธภาพ ด้านความพร้อม การให้กำลังใจ การให้โอกาส ให้ความช่วยเหลือในการส่งเสริมอาชีพ การทำงาน
- กิจกรรม ครอบครัวบำบัด สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 -12 สัปดาห์
- การติดตามช่วยเหลือ ของชุมชน ติดตามประเมินพฤติกรรม ความรุนแรงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

ข้อเสนอ

- การทำกิจกรรมครอบครัวบำบัด ผู้ดำเนินการต้องมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ที่หลากหลาย สามารถประยุกต์ศาสตร์ต่างๆในการบำบัดได้
- ความรู้ ความสามารถ ของทีมผู้ช่วยการทำครอบครัวบำบัด ต้องมีความเข้าใจ ในแต่ละกิจกรรมก่อนลงมือปฏิบัติ
- การพัฒนาความสามารถของครอบครัว แต่ละครอบครัวที่แตกต่างกันในการช่วยเหลือผู้รับการบำบัด
- การแบ่งระดับความรุนแรง กับ เนื้อหา ความถี่ ระยะเวลา จำนวนครั้ง ในการทำกิจกรรมครอบครัวบำบัด

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

- 1.ความคิด ทศนคติ ของครอบครัว ผู้ดูแล ที่ผลัการะ ไม่ต้องการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย
- 2.ความยุ่งยาก ของครอบครัว ที่ไม่สามารถมาตามนัดได้ และเข้ากลุ่มกิจกรรมไม่ครบ ตามที่กำหนด
- 3.ความอดทน ความใส่ใจ ของผู้เข้ารับการบำบัด ระยะแรก ๆ มีน้อย
- 4.ความขัดแย้งระหว่างผู้รับการบำบัด กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ขณะทำกลุ่มบำบัด

แนวทางแก้ไข

1. ให้ความรู้ ปรับทัศนคติ ความคาดหวัง ความต้องการและ เป้าหมาย ของครอบครัว ให้ครอบครัวเห็นความสำคัญ มีความรับผิดชอบ
2. ประสานผู้รับการบำบัด และครอบครัว ประเมินปัญหาอุปสรรคของครอบครัวที่ไม่ได้มาตามนัด และปรับวันเวลา กำหนดกิจกรรมให้เหมาะสม และประสานเครือข่ายในการให้คำปรึกษาครอบครัว และประเมินความรุนแรง ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้มีการติดตามต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข (ต่อ)

3. ผู้บำบัดทำความเข้าใจสภาพ อาการทางสมอง ปรับเทคนิคการให้คำปรึกษา ลดความยุ่งยาก หงุดหงิด ของผู้เข้าบำบัด และปรับระยะเวลาในการทำกลุ่มให้เหมาะสม
4. ในการทำกลุ่มเมื่อเกิดความขัดแย้ง ให้การตักเตือน สะท้อนความคิด และให้สงบ ไม่ให้แสดงความคิดเห็นเห็นขมขื่นมีความขัดแย้ง ผู้บำบัดสะท้อนกลุ่มและวัตถุประสงค์ของการทำครอบครัวบำบัด ถ้ามีความรุนแรงเกิดขึ้น ให้แยกทำกิจกรรม ของผู้บำบัด และครอบครัว และยุติการทำกลุ่ม ปรับแผนการดูแล

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้ารับการบำบัด และครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ให้การความช่วยเหลือผู้เข้ารับการบำบัดให้ผ่านพ้นระยะวิกฤต และเลิกใช้สารเสพติดได้
2. ลดอันตรายและความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด ในชุมชน สังคมสงบสุข
3. ชุมชน ครอบครัวมีการติดตามช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ ก่อความรุนแรง ในครอบครัว

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ความพึงพอใจของครอบครัวและผู้เข้าบำบัด ครอบครัวบำบัด มากกว่าร้อยละ 80
- ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ที่เข้าบำบัดด้วยกระบวนการครอบครัวบำบัด ได้รับการติดตาม ร้อยละ 90
- ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ที่เข้าบำบัดด้วยกระบวนการครอบครัวบำบัดไม่กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 90
- ร้อยละ 0 ของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ที่เข้าบำบัดด้วยกระบวนการครอบครัวบำบัด ก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน

(ลงชื่อ)

(นางทัศนภรณ์ สาเลศ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 11 / ๒๑ / ๒๕๖7

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการรายที่ ๑ วันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖
ระยะเวลาที่ดำเนินการ รายที่ ๒ วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑. ความรู้

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่ เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและ ต่อเนื่อง ในระยะแรกร่างกายจะอยู่ในภาวะ hypodynamic state โดยจะมีการ ขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilatation) ส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำที่จะไหล ระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสูบฉีด (hypovolemia) ประกอบกับการทำงานของหัวใจที่แย่งลง เป็นผลจาก cytokines ต่างๆ ที่ถูกหลั่งออกมาจากเซลล์เม็ดเลือดขาวและกระบวนการอักเสบที่มีอยู่ทำให้ปริมาณของ ออกซิเจนที่ถูกขนส่งไปยังเนื้อเยื่อต่างๆลดลง ในขณะที่เนื้อเยื่อต่างๆ มีความต้องการออกซิเจนมากขึ้นจาก อัตราการเผาผลาญในร่างกายที่เพิ่มขึ้นทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง เนื้อเยื่อ จะปรับตัวโดยพยายามดึงเอาออกซิเจนจากเลือด ซึ่งมีน้อยอยู่แล้วออกจากฮีโมโกลบินและพลาสมาให้มากขึ้น หากยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของเนื้อเยื่อต่างๆ ร่างกายจะปรับตัวโดยเปลี่ยนไปใช้ anaerobic metabolism แทน ทำให้ระดับของสาร lactate ในเลือดสูงขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไข ร่างกายจะเข้าสู่ ภาวะ hyperdynamic state โดยมีการตีบตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เลือดสูบฉีดมากขึ้น cardiac output เพิ่มขึ้น และปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดเริ่มสูงขึ้นไปด้วย แต่ปริมาณออกซิเจนที่มากขน เนื้อเยื่อไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ได้ เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนอย่าง ๒ รุนแรงเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง เซลล์เนื้อเยื่อต่างๆจะค่อยๆเสื่อมสภาพ จนเกิดอวัยวะล้มเหลวในที่สุด หากอวัยวะล้มเหลว พร้อมๆ กันหลายระบบ (Multiple Organ Failure) อาจถึงแก่ชีวิตได้

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

ผู้ป่วยsevere sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มี ภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์

ผู้ป่วยseptic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี Systemic inflammatory response syndrome: SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป ที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ต้องใช้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressor) ในการรักษาไว้ซึ่ง Mean Arterial Pressure: MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท และ มีค่า serum lactate Level > 2 มิลลิโมลต่อ ลิตร (๑๘ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ (ต่อ)

การวินิจฉัยภาวะ sepsis และ septic shock Sepsis จะวินิจฉัยเมื่อสงสัยหรือมีหลักฐานว่าติดเชื้อร่วมกับประเมินคะแนน The sequential organ failure assessment score (SOFA) ≥ 2 ซึ่งถ้าคะแนน SOFA ยิ่งมากจะยิ่งเพิ่มโอกาสการเสียชีวิต มากยิ่งขึ้น โดย SOFA score ในกรณีผู้ป่วยที่มาตรวจเบื้องต้นเองที่ห้องฉุกเฉิน อาจพิจารณาใช้การประเมิน แบบง่ายและรวดเร็ว โดยใช้ quick Sepsis Organ Failure Assessment (qSOFA) มีเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้ ๑) Respiratory rate $\geq 22/\text{min}$ ๒) Altered mentation ๓) Systolic blood pressure ≤ 100 มิลลิเมตรปรอท หรือใช้ Search Out Severity Score (SOS) หากค่า qSOFA ≥ 2 หรือ SOS ≥ 4 ให้สงสัยภาวะ sepsis และให้ประเมิน SOFA เป็นลำดับถัดไป

เกณฑ์การวินิจฉัย (Clinical criteria) ในการวินิจฉัย Sepsis จะต้องครบทั้ง ๓ ข้อดังนี้

๑. ภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรงจนต้องอาศัยยา vasopressors เพื่อรักษาระดับ mean arterial pressure ให้ได้ ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท (Persisting hypotension requiring vasopressors to maintain MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท)

๒. ระดับ Serum lactate level >2 mmol/L (๑๘mg/dL) ๓. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในเบื้องต้นเพียงพอแล้ว

๓. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในเบื้องต้นเพียงพอแล้ว

การรักษา

เมื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย sepsis และ septic shock แพทย์จะรับผู้ป่วยราย นั้นเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit) หรือ หอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีศักยภาพใกล้เคียงกับ หอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีเป้าหมายในการรักษา ดังนี้ ๑) ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (Mean arterial pressure > 65 มิลลิเมตรปรอท)

๒) ปัสสาวะออกในเกณฑ์ที่เหมาะสม (Urine output > 0.5 ml/kg/hour) ๓) แก้ไขภาวะเนื้อเยื่อทั่วร่างกายขาดออกซิเจน (Reversal of tissue hypoxia) และให้การ รักษาโดยใช้ ๖ แนวทาง (The Sepsis Six Care Bundles) ดังนี้

๑. เจาะเลือดส่ง Hemoculture ๒ ขวดพร้อมกันจากแขน ๒ ข้าง ข้างละ ๑ specimen พร้อมเจาะ เลือดทุกชนิด ในคำสั่ง ได้แก่ CBC, BUN/Cr, electrolyte , LFT, PT, PT, INR และ blood lactate

ให้เจาะ venous blood โดยไม่รัด tourniquet หรือ เก็บเป็น arterial blood ก็ได้) รวมทั้งการเก็บ specimen จากแหล่งที่ติดเชื้อ ได้แก่ Sputum gram/culture , Urine gram/culture

๒. เปิด IV line เบอร์ ๑๘-๒๒ รวม ๒ เส้นเป็นอย่างน้อย เพื่อให้ Crystallloid [๐.๙%NaCl] แล้ว load free flow อย่างน้อย ๓๐ ml/kg ถ้ามีอาการของภาวะนั้นเกินอาจต้องหยุดสารน้ำก่อนถึงเป้าหมาย อาจพิจารณาใช้ point of care ultrasound (POCUS) มาช่วยประเมินการให้สารน้ำ

๓. ให้ antibiotics ให้เร็วที่สุดภายใน ๑ ชั่วโมง

๔. พิจารณาเริ่มยา Norepinephrine เป็น vasopressor ตัวแรก โดยเริ่มหลังจากที่ให้ IV fluid จนครบ ๓๐ ml/kg แล้ว mean arterial pressure ยังคง < 65 มิลลิเมตรปรอท กรณีมี central line (คัตน้ำหนักตัว ≥ 50 kg) กรณีมี Central Line สามารถเลือกใช้ Norepinephrine ๘ mg ใน ๕ % DW ๑๐๐ ml IV drip ๓-๒๐ ml/hr

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ (ต่อ)

หรือ Norepinephrine ๔ mg ใน ๕ % DW ๑๐๐ ml IV drip ๓-๔๐ ml/hr ก็ได้ กรณีไม่มี Central Line (คิดน้ำหนักตัว ๕๐ kg) ให้เตรียม Norepinephrine ๔ mg ใน ๕ % D/W ๒๕๐ ml IV drip ๓-๘๐ ml/hr เท่านั้น

๕. ใส่สายสวนปัสสาวะ และบันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออก หากมีการใส่สายสวนปัสสาวะมาแล้ว ให้บันทึกจำนวน โดยการเทปัสสาวะเดิมไว้แล้วเทปัสสาวะนั้นทิ้งก่อน

๖. บันทึกแบบฟอร์มเกี่ยวกับสัญญาณชีพเบื้องต้น การให้สารน้ำและยา

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียงให้บริการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่วิกฤตฉุกเฉินกรณีทรุดลงได้มีระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่าในการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรับการรักษาที่เหมาะสม ข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน ๗๗ , ๑๒๘, ๑๓๗, ๑๑๗, ๑๓๐ ราย ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกร้อยละ ๑๖.๘๘ , ๑๗.๑๘ , ๙.๔๘ , ๑๑.๑๑ , ๘.๕๖ จำนวนเสียชีวิตร้อยละ ๑.๒๙ , ๑.๕๖ , ๐ , ๑.๗๐ , ๑.๕๓ ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงจึงควรเข้าถึงการบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา ลดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต และเป็นหน้าที่หลักของพยาบาลจุดคัดกรอง พยาบาลห้องฉุกเฉินแลพยาบาลในหอผู้ป่วยในที่จะต้องให้การพยาบาลที่ครบถ้วน

๒. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาล ๕ ขั้นตอนที่สำคัญดังนี้

๑. การประเมินภาวะ (Assessment) การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการโดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการครอบครัว และ บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

๒. การวินิจฉัย (Diagnosis) การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้โดยอาการแสดงทางคลินิก (Clinical judgment) ซึ่งความรู้ทางคลินิก (clinical Knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งซึ่งช่วยให้พยาบาลไวต่อข้อสำคัญหรือนัยของข้อมูลช่วยให้เข้าใจข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยปัญหาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การประมวลข้อมูล การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๓. การวางแผน (Planning) การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไขปัญหาที่วินิจฉัยไว้ประกอบด้วย การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการตั้งเป้าหมายและการเลือกวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

๔. การนำแผนปฏิบัติ (Implementation) เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การ มอบหมายงานการสอน การให้คำปรึกษา การปรึกษาหรือ การรายงาน และการบันทึก ผู้ปฏิบัติตาม แผนที่กำลังข้างต้น อาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ

๕. การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของพยาบาล ในการประเมินผล แม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน

ส่วนที่๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ (ต่อ)

๓. แนวทางการรวบรวมข้อมูลตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของ บุคคลและครอบครัว โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วง ระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับ ตัวทางกายภาพ และจิตสังคม พยาบาลต้องรวบรวม ข้อมูลให้ครอบคลุมทั้ง ๑๑ แบบแผน

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทยและอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี เมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วย sepsis ๑ ราย เกิดขึ้น ทุกๆ ๓ นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต ๕ รายทุก ๑ ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย ปี ๒๕๖๑ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ข้อมูลตั้งแต่ปี ๒๕๖๒- ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน ๗๗,๑๒๘, ๑๓๗,๑๑๗,๑๓๐ ราย ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกร้อยละ ๑๖.๘๘ , ๑๗.๑๘ , ๙.๔๘ , ๑๑.๑๑ , ๘.๔๖ จำนวนเสียชีวิตร้อยละ ๑.๒๙ , ๑.๕๖, ๐, ๑.๗๐, ๑.๕๓ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อที่เกิดจากกระบวนการอักเสบ ที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและ ต่อเนื่อง ในระยะแรกร่างกายจะอยู่ในภาวะ hypodynamic state โดยจะมีการ ขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำที่จะไหลระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่อวัยวะ หากไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะเกิดอวัยวะล้มเหลวในที่สุด หากอวัยวะล้มเหลวพร้อมๆ กัน หลายระบบจะอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยการศึกษาปัญหาและวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย โรค พยาธิสภาพ การรักษา แบบแผนสุขภาพ สภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก

๒. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก : กรณีเปรียบเทียบ ๒ ราย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ขั้นตอนในการดำเนินงาน

๑. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๒ ราย เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก: กรณีเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี ประเมินผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัว

๓. กำหนดข้อรับผิดชอบดูแลให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลและติดตามอาการผู้ป่วย รายนี้จนกระทั่งจำหน่าย

๔. นำปัญหามาวางแผนงาน วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล เพื่อนำมาเป็นกรณีตัวอย่าง ในการศึกษาผู้ป่วยในรายต่อๆ ไปโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

๕. เรียบเรียงเนื้อหาเป็นลักษณะเอกสารทางวิชาการ

๖. จัดพิมพ์เพื่อเสนอผลงาน

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคติดเชื่อในกระแสโลหิต ได้รับการดูแลได้อย่าง ถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ ๑ ผู้ป่วย เพศหญิง อายุ ๕๕ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาศัยที่บ้านเลขที่ ๑๐๒ บ้านเพนียด หมู่ ๑๐ ตำบล หนามแท่ง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๒๕๐
เข้ารับการรักษาวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๖ มาด้วยอาการ ๒ ชั่วโมงมีไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะมีสีขุ่นและมีกลิ่นเหม็น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยอัมพาตจากภาวะและเป็นผู้ป่วยติดเตียง (Bed ridden) เมื่อ ๑๐ ปีก่อนจากประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ ผู้ป่วยอาการพิการท่อนล่างไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจเร็ว เหนื่อย อ่อนเพลีย ถ่ายอุจจาระเหลว ๑ ครั้ง ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็น สัญญาณชีพแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน อุณหภูมิ ๓๙.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง ๘๘/๔๖ มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในเลือด ๙๖% ประเมินระดับความรู้สึกตัว E๔V๕M๖ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ ml iv load ๕๐๐ ml then ๘๐ ml/hr, ได้รับออกซิเจน ๓ LPM, Retained Foley's catheter Residual urine = ๕ ml. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, UA, UC, H/C ได้รับ Antibiotic Ceftriaxone ๒ gm iv stat หลังได้สารน้ำ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการเหนื่อยหอบลดลง อุณหภูมิ ๓๙.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๘/๗๖ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ๙๗% เวลา ๒๐.๐๐ น. มีอาการจุกแน่นได้ลีนปี ได้รับ Omeprazole ๑ amp vein, Plasil ๑ amp vein รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ๒ ชั่วโมง สัญญาณชีพปกติ อาการหอบลดลงพร้อม Admit ประเมินสัญญาณชีพซ้ำอุณหภูมิ ๓๘.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ๙๗%

ส่วนที่๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษาที่๑

รับใหม่ที่หอผู้ป่วยแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยหอบลดลง ไม่มีอาการหนาวสั่น ปัสสาวะออก ๔๐๐ ml สัญญาณชีพอุณหภูมิ ๓๙.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ๙๘% ขณะAdmit ๕ ชั่วโมงมีความดันโลหิตต่ำ ๘๔/๕๓ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ๙๖% ได้รับสารน้ำต่อ ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ ml iv load ๕๐๐ ml then ๘๐ ml/hr เริ่มให้, Levophed ๔ mg v ๕ml/hr tritrate ๕ mcd/ min หลังได้รับยา Levophed ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ให้ Levophed ๔ mg v ๕ml/hr tritrate ๕ mcd/ keep BP SBP>๙๐ mmHg ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยให้Levophed ๔ mg v ๒ml/hr then try ween off keep keep BP SBP>๙๐ mmHg, ผู้ป่วยรู้สึกตัว E๔V๕M๖ ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ mmHg off Levophed ไม่มีอาการเหนื่อย หายใจสะดวก ไม่มีมีวิงเวียน ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ติดตามผลH/C No growth ๒ day ให้อาาAntibiotic ต่อจนครบ ๖ วัน ติดตามผล ส่งปริญางานกายภาพเพื่อรับการฟื้นฟูก่อนจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย หายใจสะดวก ไม่มีวิงเวียน ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน มีอาการปวดแสบร้อนท้อง มีคลื่นไส้อาเจียน วันที่ ๑๗ กันยายน๒๕๖๖จำหน่ายตามแพทย์อนุญาต การวินิจฉัยโรค Urinary Tract Infection with Sepsis with Septic shock with Paraplegia รวมระยะวันนอนโรงพยาบาล ๗ ได้รับ Antibiotic ๖วัน รู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ไม่เหนื่อย ไม่มีอาการบวม ปัสสาวะออกดีสีเหลืองพยาบาลได้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและให้ คำแนะนำก่อนจำหน่ายพร้อมวิธีการปฏิบัติตัวและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมพบแพทย์

กรณีศึกษาที่๒ผู้ป่วย เพศหญิง อายุ ๖๐ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ที่อยู่ ๑๕๐ บ้านเพนียด หมู่ ๒ ตำบล แก้งกอก อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๒๕๐ ผู้ป่วยผู้สูงอายุ มาด้วยอาการ ๗วันก่อนไข้ มีน้ำมูก ไม่ไอเหนื่อยเพลีย กินได้น้อย มีจ้ำเลือดตามตัว ถ่ายเหลว ๑ ครั้งมูกปนน้ำ วันนี้นั่งไม่ปัสสาวะโรคประจำตัว SLE HT รับประทานที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่และ รพ.สต.ใกล้บ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

๑๕ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๗ น. (ห้องฉุกเฉิน)สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๘.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๒๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๓๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๘๘/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ๙๘% ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ ml iv load ๕๐๐ ml then ๘๐ ml/hr, On O๒ Cannula ๓ LPM ส่งตรวจLab CBC, BUN, Cr, UA, UC, H/C Electrolyteมีภาวะ Hpokalemia ได้รับ Elixer kcl ๓๐ ml oral q ๓ hr Start Antibiotic Ceftriaxone ๒ gm iv stat , CXR ผลปกติ EKG EKG =Sinustachycardia ภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการเหนื่อยหอบ ให้สารน้ำ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ ml iv load ๕๐๐ ml วัดสัญญาณชีพซ้ำก่อนAdmit อุณหภูมิ ๓๙.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๒๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๘/๗๖ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ๙๘% lung crepitation both lung Beradual ๒:๒ NB Stat thng ๖ hr หลังพ้นยาอาการหอบลดลงอัตราการหายใจหายใจ ๒๖ ครั้ง/นาที Retain foley cath ส่งตรวจUA ปัสสาวะออก ๒๐๐ ml สีเหลืองใส

๑๕ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๑.๔๐ น. รับAdmitในหอผู้ป่วยสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๗องศาเซลเซียส ชีพจร๑๐๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ๙๗% On O๒ ๓ LPM ผู้ป่วยรู้สึกตัวดียังมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ ปัสสาวะออก ๒๐๐ ml ให้Ceftriaxone ๒ gm iv OD ต่อ Electrolyte tomorrow พ้นยาขยายหลอดเลือดลมBeradual ๒:๒ NB prn g ๔ hr ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยลดลง หลังใส่สายสวนปัสสาวะ ๓ วัน แพทย์ให้Off foley catheter ติดตามผล H/C No growth ๒ day วันที่ ๑๙กันยายน๒๕๖๖ จำหน่ายกลับบ้านนัดตรวจวันที่ ๒๖กันยายน๒๕๖๖พร้อมแลบElectrolyte

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตาราง การเปรียบเทียบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดผู้ป่วยติดเชื่อและผลลัพธ์ทางการพยาบาลกรณีศึกษา ๒ ราย

ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อใน กระแสโลหิตและผลลัพธ์ทางการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
นำแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ภาวะติดเชื่อในกระแสโลหิตตาม มาตรฐานสากลนำมาใช้	ไม่พบการใช้แนวทางในการคัด กรองผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิต	ไม่พบการใช้แนวทางในการคัด กรองผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิต
ค้นหาผู้ป่วยโดยเร็วโดยใช้เครื่องมือ การประเมินจากอาการและการใช้ เครื่องมือ Quick Sofa	แรกรับไม่ได้ประเมินโดยใช้แบบ ประเมิน Quick Sofa จึงไม่สามารถ ค้นหาผู้ป่วยได้เร็ว	แรกรับไม่ได้ประเมินโดยใช้แบบ ประเมิน Quick Sofa จึงไม่สามารถ ค้นหาผู้ป่วยได้
ค้นหาผู้ป่วยโดยเร็วโดยใช้เครื่องมือ การประเมินจากอาการและการ แสดงของของของผู้ป่วยจากการ เปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมา ในรูปแบบระดับคะแนน MEWS Score	แรกรับไม่ได้ประเมินโดยใช้แบบ ประเมิน MEWS Score จึงไม่ สามารถค้นหาผู้ป่วยได้เร็ว	แรกรับไม่ได้ประเมินโดยใช้แบบ ประเมิน MEWSS score จึงไม่ สามารถค้นหาผู้ป่วยได้เร็ว
ส่งตรวจเพาะเชื้อ ๒ ขวดก่อนให้ยา ด้านจุลชีพ	๓๐ นาทีหลังให้ยาต้านจุลชีพ ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	๑๐ นาทีก่อนให้ยาต้านจุลชีพ ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
ได้รับยาต้านจุลชีพภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากได้รับการวินิจฉัย)	๒๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะ ช็อกที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	๑๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะ ช็อกที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
การรับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก	๕ วัน	๑ วันหลังจากการวินิจฉัย
ระยะเวลาพักรักษาตัวในผู้ป่วย	๗ วัน	๔ วัน
ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเมื่อ จำหน่าย	มีชีวิต	มีชีวิต

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

๑. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกเกิดจากสาเหตุการได้รับการวินิจฉัย และการรักษาที่ล่าช้า การเข้าถึงบริการล่าช้าเนื่องจากมีปัญหาด้วยการคมนาคม ที่อยู่ห่างไกลการเกิดทางลำบาก

๒. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลในภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ตลอดจนให้การพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ได้รับเลือด สารน้ำ และยาที่มีความเสี่ยงสูงในการดูแลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและการแก้ไขภาวะวิกฤติ

๓. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีการกำหนดและขอวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในแต่ละระยะครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

๔. กรณีศึกษารายที่ ๑ เกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกเป็นผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวและเป็นผู้ป่วยติดเตียง รักษาที่โรงพยาบาลจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

กรณีศึกษารายที่ ๒ เกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อกเป็นผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวและเป็นรักษาที่โรงพยาบาลจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

๕. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย รายที่ ๑ นอนโรงพยาบาลจำนวน ๗ วัน รายที่ ๒ นอนโรงพยาบาล. ๔ วัน หลังจำหน่าย สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนติดตามต่อเนื่อง สุขภาพแข็งแรงดี ปลอดภัย สามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ข้อมูล/ปีงบประมาณ		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑.	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต	๑๓๗	๑๑๗	๑๓๐
๒.	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก	๙.๔๘	๑๑.๑๑	๘.๔๖
๓.	อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต	๐	๑.๗๐	๑.๕๓
๔.	ร้อยละผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับ ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง	๙๖.๐๓	๙๙.๓	๑๐๐
๕.	อัตราการได้รับ Hemoculture ก่อนได้รับ ATB	๙๗.๓๕	๙๘.๖	๑๐๐

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงคุณภาพ

๑. พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รวดเร็ว
๒. ลดอัตราเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
๓. ระบบการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๔. ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานและมีแผนการดูแลที่ชัดเจน

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑.เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกในโรงพยาบาล

๒.สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกโดยเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัยเพื่อลดอัตราเสียชีวิต

๗.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกมีปัญหาเรื่องอวัยวะล้มเหลวร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ระบบสำคัญล้มเหลวได้แก่ ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจนทำให้เกิดภาวะช็อก ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ซึ่งควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก แต่ผู้ป่วยรายนี้ต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยสามัญที่อยู่ในโซนวิกฤต สิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ คือพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การพยาบาลที่ให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ การป้องกันภาวะไตเสื่อมที่รุนแรงเป็นภาวะไตวายเรื้อรังได้ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการที่ตับเสียหายที่ ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยการใช้ MEWS Score และ Quick sofaจึงเป็นสิ่งจำเป็นพยาบาลจึงควรจดจำและนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยและมีการประเมินความรุนแรงโดยการใช้ MEWS Score เพื่อช่วยให้พยาบาลรายงานแพทย์ได้ทันถ่วงที การทำ Six of bundles care จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่ทันถ่วงทีเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับบ้านได้

๘.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community Acquired ที่มีภาวะช็อกและมีปัญหาเรื่องอวัยวะล้มเหลวร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีระบบสำคัญของชีวิตล้มเหลว ได้แก่ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวทำให้เกิดภาวะช็อก ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ซึ่งต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก สิ่งสำคัญที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้คือพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง โดยใช้MEWS Score และ Quick sofa และแบบประเมินภาวะ Sepsis จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย และมีการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยใช้MEWS Score ในการประเมิน จะช่วยให้พยาบาลรายงานแพทย์ได้เพื่อรับการช่วยเหลือได้ทันถ่วงที ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามกระบวนการดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับบ้านได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๙. ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นบทบาทท้าทายความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลร่วมกชุมชนเพื่อให้ผลการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดที่กำหนด และเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้นดังนั้น

๑. พยาบาลควรตระหนักว่าเมื่อผู้ป่วยมีไข้ให้นึกถึงโรคติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยทุกครั้ง ซึ่งทำให้พยาบาลใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์จะได้รายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ เพราะการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดถือว่าเป็นชั่วโมงของชีวิต หากทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การช่วยเหลือภายใน ๑ ชั่วโมงจะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น

๒. ควรเน้นทีมพยาบาลในการทำตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิตตาม Sepsis Protocol เพื่อป้องกันภาวะช็อก

๓. ควรนำระบบการติดตามต่อเนื่องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ถึงแม้จะไม่ใช่วิธีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่บ้านที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาการติดเชื้อ ทีมเยี่ยมบ้านสามารถร่วมค้นหาและป้องกันการเกิดการติดเชื้อในชุมชนได้และควรติดตามประเมินการได้รับยาปฏิชีวนะที่ได้รับกลับบ้านครบถ้วน เพื่อเป็นการป้องกันเชื้อดื้อยาจากการที่ได้รับ Antibiotic ไม่ครบถ้วนได้

๔. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวในให้ห่างไกลโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต

ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก : กรณีเปรียบเทียบ ๒ ราย

วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ ในการประชุมวิชาการเรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุคBANI”

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางนิลาวัลย์ ศรีบุระ สัดส่วนของผลงาน.๑๐๐%..(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ขอประเมิน

(นางนิลาวัลย์ ศรีบุระ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๘ มกราคม ๒๕๖๗

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนิลาวัลย์ ศรีบุระ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางศรีัญญา พงษ์อ่อน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายวศรัณ วัฒนธีรางกูร.)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง : การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

๒. หลักการและเหตุผล

เนื่องจากภาวะ Septic shock เป็นภาวะที่มีอัตราการตายสูง ซึ่งต้องการการคัดกรอง การวินิจฉัย และรักษาอย่างมีประสิทธิภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ โดยประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มี ๓ ข้อ ได้แก่) ความถูกต้อง รวดเร็ว ในการวินิจฉัย การรักษาที่ล่าช้า หรือให้การรักษาเมื่อเกิด organ dysfunction ๑ ระบบ จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ ๒๐ หากมี organ dysfunction ๒ , ๓ หรือ ๔ ระบบ อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๐ , ๖๐ และ ๘๐ ตามลำดับ ๒) ความรวดเร็วและความเหมาะสมในการให้สารน้ำ โดยเฉพาะใน ๑- ๒ ชั่วโมงแรกของการรักษา การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงขึ้น ๓) ความรวดเร็วในการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและครอบคลุมเชื้อ

การติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายซึ่งจะนำไปสู่ภาวะช็อกที่เรียกว่าช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septic shock) เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ มีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตสูง การวินิจฉัยอย่างถูกต้องรวดเร็วแพทย์และทีมให้การพยาบาลโดยรวดเร็วและครบทุกด้าน จากสถิติข้อมูลโลกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิตและมีภาวะล้มเหลวของอวัยวะภายใน จะมีอัตราเสียชีวิตสูง ร้อยละ ๒๕-๓๐ และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ ๔๐-๗๐ และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆและ ประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ต่อปีและมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ๑ ราย เกิดขึ้นทุกๆ ๓ นาที และมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต ๕ รายทุก ๑ ชั่วโมง โดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในประเทศไทย ปีงบประมาณพ.ศ ๒๕๖๐ ถึงงบประมาณ พ.ศ ๒๕๖๒ อยู่ร้อยละ ๓๔.๘๑ , ๓๔.๙๗ และ ๓๒.๘๒ ตามลำดับ

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ปี๒๕๖๒-๒๕๖๖พบผู้ป่วยที่ ติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน ๗๗ , ๑๒๘ , ๑๓๗ , ๑๑๗ , ๑๓๐ ราย ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก ร้อยละ ๑๖.๘๘ , ๑๗.๑๘ , ๙.๔๘ , ๑๑.๑๑ , ๘.๔๖ จำนวนเสียชีวิตร้อยละ ๑.๒๙ , ๑.๕๖ , ๐ , ๑.๗๐ , ๑.๕๓ ตามลำดับ จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า เกิดจากการวินิจฉัยที่ล่าช้า การให้ Antibiotic บุคลากรทางการแพทย์ได้ทบทวนจนทำให้เกิด Fast tract sepsis มีการพัฒนาโดยให้ความรู้และกำหนดแนวทางที่ชัดเจน มี Sepsis Protocol รวมทั้งมีการใช้ Mews score และ Quick sofa ในการประเมินคัดกรองในกลุ่ม Sepsis หรือกลุ่มที่มานอนโรงพยาบาลด้วยอาการติดเชื้อทุกระบบ ทำให้อัตราเสียชีวิตลดลงจากเดิม ร้อยละ. ๑.๓ ในปี๒๕๖๒ เหลือร้อยละ ๐.๗๗ ในปี๒๕๖๖

ในปี ๒๕๖๖ ทบทวนการทรุดลงระหว่างหน่วยบริการพบว่าเกิดจากการวินิจฉัยที่ล่าช้า สาเหตุคือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ Quick sofa ในการคัดกรองตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลการประเมินอาการผู้ป่วย และ Mews score การเฝ้าระวังอยู่ ต่อเนื่องและการรายงานแพทย์ยังไม่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง

จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความสนใจที่จะพัฒนางานแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จึงมีการศึกษาแนวทางปฏิบัติในผู้ป่วย Sepsis ทำให้การเดิภาวะช็อกและอัตราการเสียชีวิตลดลง ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีแนวทางปฏิบัติใช้ร่วมกันกับจังหวัดตาม Service plan สาขาอายุรกรรมเขตบริการสุขภาพที่ 10 และการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายในชุมชนเน้นการทำความรู้ความเข้าใจเพื่อการเข้าถึงการรักษาได้เร็วที่สุด plan สาขาอายุรกรรมเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ และการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายในชุมชนเน้นการทำความรู้ความเข้าใจเพื่อการเข้าถึง การรักษาได้เร็วที่สุด

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีประสิทธิภาพในสหสาขาวิชาชีพ
๒. เพื่อประเมินการใช้เครื่องมือในการคัดกรองและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต
๓. เพื่อประเมินคุณภาพทางรักษาและทางการพยาบาล
๔. เพื่อลดอุบัติการณ์ทรุดลงส่งต่อ ลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจาก Septic shock

๒. เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางดูแลผู้ป่วย Sepsis ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
 ๒. เพิ่มการเข้าถึงยาปฏิชีวนะ และการวินิจฉัยภายใน ๑ ชั่วโมง
 ๓. ผู้ป่วย Sepsis สามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติ
๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข
บทวิเคราะห์

๑. ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และยังไม่ค่อยเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและระดับความรุนแรงของอาการ อาศัยในพื้นที่ห่างยากต่อการเข้ารับบริการ รวมทั้งผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุขาดคนดูแล ต้องรอญาติถึงจะได้เข้ามาโรงพยาบาล

๒. ด้านบุคลากร

๒.1 ด้านการพยาบาลจากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า การประเมินผู้ป่วยและการบันทึกตามแบบประเมินยังไม่ครบถ้วนทุกเคส จากการทบทวนในเวชระเบียน ส่วนใหญ่ในห้องฉุกเฉินไม่แนบเอกสาร มากับเวชระเบียน ไม่มีการประเมินโดยใช้ MEWSs ในปี ๒๕๖๕ ผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด จำนวน 130 ราย มีการใช้แบบประเมิน MEWSs ๘0 ราย และ ขาดการประเมินอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยใน

๒.๒ แผนกผู้ป่วยในมีการประเมินโดยใช้ MEWSs และ Quick sofa ในการคัดกรองผู้ป่วยแต่มีการประเมิน Vital sign ตามคะแนนที่ประเมินได้

๒.3 ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ยังไม่ครบถ้วนตามอาการผู้ป่วย และยังไม่สอดคล้องกับการรักษาแบบมุ่งเป้า ภายใน ๖ ชั่วโมงแรก และยังไม่สามารถวิเคราะห์ Clinical risk ของผู้ป่วยได้ส่วนการบันทึกทางการแพทย์พบว่ายังบันทึกไม่ต่อเนื่อง

แนวความคิด

การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้ทำการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลการใช้งานการพยาบาล เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ขั้นตอนในการพิจารณาวิเคราะห์ ปัญหาที่เป็นความต้องการองค์กร โดยบุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาพร้อมกัน เพื่อเป็นการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นและจัดการแก้ไขจากปัญหาที่แท้จริง ทำให้ความร่วมมือของบุคลากรผู้ปฏิบัติในการแก้ไขได้ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

ตาราง : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเปรียบเทียบกับรูปแบบใหม่และแบบเดิม

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเดิม	แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่
๑. การพยาบาลผู้ป่วยตามประสบการณ์และบริบทของหน่วยงาน ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วย	๑. กำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลระยะต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ๑.๑ การพยาบาลใน ๖ ชั่วโมง ได้แก่ การดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา. ๑.๒ ประเมินและหาสาเหตุการเกิด Sepsis (หากไม่ทราบสาเหตุ) ๑.๓ ประเมินสัญญาณชีพโดยใช้ MEWS ๑.๔ การพยาบาลเฝ้าระวังการทำงานของไต
๒. มีแนวทางการวางแผนการจำหน่ายในหอผู้ป่วย แต่มีการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	๒. กำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย ๒.๑ ประเมินความพร้อมด้านร่างกายความพร้อมการช่วยเหลือตัวเอง และสภาพการรับรู้สติของผู้ป่วย ๒.๒ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอย่างต่อเนื่องและวางแผน การดูแลร่วมกับครอบครัวก่อนการจำหน่าย
๓. ยังไม่มีการวางแผนการประสานทีมเยี่ยม	๓. ประสานทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อสนับสนุนให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น	แนวทางแก้ไข
๑. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีจำนวนมาก ประกอบกับภาระงานที่มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไม่ครบตามมาตรฐาน มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและสมรรถนะการประเมินระดับความรุนแรงของการล้มเหลวของอวัยวะ	ให้ความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้มีการใช้แนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและควรมีการประเมินผลตัวชี้วัดให้ทราบ
๒. จากกรณีวินิจฉัยล่าช้า สาเหตุคือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ Quick sofa หรือ MEWSs เป็นเครื่องมือช่วยวินิจฉัย	๑. ทบทวนสาเหตุการไม่ได้ใช้ Quick sofa หรือ MEWSs เป็นเครื่องมือช่วยวินิจฉัย ๒. หัวหน้าหน่วยงานติดตามนิเทศกำกับในการประเมินผู้ป่วยโดยตรวจสอบเวชระเบียน

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

ข้อเสนอ

๑. ควรนำการพัฒนาแนวทางนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลอย่างเหมาะสม

๒. ควรมีการทบทวนองค์ความรู้ และพัฒนาสมรรถนะของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

๓. ควรมีระบบติดตามกำกับการใช้แนวทางการพยาบาลเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. นำเสนอเพื่ออนุมัติการจัดทำเรื่องการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตให้ผู้บังคับบัญชาและคณะกรรมการที่มนำโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

๒. จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการจัดทำรูปแบบการการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

๓. ประชุมวางแผนการดำเนินงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อ การคัดกรองที่ถูกต้อง การรักษาที่รวดเร็ว และการดูแลต่อเนื่องในหน่วยรับAdmit รวมทั้งทีมส่งต่อกรณีที่มีวิกฤตเกินศักยภาพของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

๔. เก็บข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตทุกรายเพื่อนำมาทบทวนกระบวนการดูแลและทบทวนเวชระเบียนนำปัญหาที่ทบทวนได้สู่ทีมนำเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการดูแลต่อไป

๕. ติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทุก ๑ เดือน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ทุกราย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมากกว่า ร้อยละ ๙๐

๒. อัตราการเกิดภาวะช็อกการติดเชื้อในกระแสโลหิต น้อยกว่าร้อยละ ๒

๓. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด น้อยกว่าร้อยละ ๑

(ลงชื่อ)

(นางนิลาวัลย์ ศรีบุระ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีภาวะไตเสื่อม : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ รายที่ 1 : วันที่ 13 ธันวาคม 2565 - 16 มิถุนายน 2566
รายที่ 2 : วันที่ 4 มกราคม 2566 - 10 กรกฎาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
การศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีภาวะ ไตเสื่อม ทำให้ทราบถึงการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) ให้เกิดความครอบคลุม นั้นต้องอาศัยกระบวนการดูแลรักษาและปัจจัยต่างๆหลายอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดี และชะลอการเกิดการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น ลดการเกิดความพิการและการเสียชีวิตได้ แนวคิดเพื่อนำไปปรับปรุงงานและพัฒนางาน มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) เป็นชนิดที่พบมากที่สุดของคนไทย โดยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุจากภาวะดื้ออินซูลิน ร่วมกับความบกพร่องของตับอ่อนในการสร้างอินซูลินที่เหมาะสม การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอันตรายในทุกระบบของร่างกาย ที่เป็นอันตราย ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neuropathy) การเสื่อมของกระจกตา (Retinopathy) การเสื่อมของไต(Nephropathy) นอกจากนั้นยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด คือภาวะแทรกซ้อนทางไต พบประมาณร้อยละ 25 -40 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มา นานมากกว่า 10 ปี จะเริ่มพบอาการไตเสื่อมประมาณร้อยละ 30-35 และหากดูแลเองที่ไม่ถูกต้องก็จะกลายเป็นโรคไตเรื้อรัง
ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต ซึ่งเป็นผลจากการเป็นเบาหวานระยะเวลานานทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง โดยสาเหตุมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นการไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาเบาหวานไม่ถูกต้อง การเข้าสู่มะเร็ง ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียด ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มีผลทำให้หลอดเลือดมาเลี้ยงที่ไตเกิดการตีบแข็ง มีผลทำให้การทำงานของไตค่อยๆลดลง ทำให้เกิดการเสื่อมลงอย่างถาวร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป้าหมายในการดูแลคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้ได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการดำเนินของโรค ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงมีความสำคัญ ในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและป้องกันการเสื่อมของไต และการชะลอความเสื่อมของไต โดยสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด จนสามารถช่วยชะลอการเกิดไตเสื่อม ลดการเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทย จากสถานการณ์อัตราการป่วยของโรคเบาหวาน ในประเทศไทย ปี 2563 -2566 ที่เพิ่มขึ้น เท่ากับ 501.31,522.91,561.93,596.22 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ระดับทุติยภูมิ (F2) มีจำนวนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี 2563-2566 เท่ากับ 456.54, 445.26, 513.46, 491.25 และ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เพิ่มมากขึ้น ปี 2563-2566 เท่ากับ 712, 837, 920, 941 ราย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก มีบทบาทสำคัญในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3 ระดับ ดังนี้

1. บทบาทพยาบาลในการป้องกันขั้นแรก เป็นการป้องกันไม่ให้อัตราผู้ป่วยเบาหวานเกิดโรคไตเรื้อรัง การค้นหาและคัดกรอง ควบคุมปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยการ 1.1) การซักประวัติและค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมน้ำตาลในเลือด (HbA1C), การควบคุมระดับความดันโลหิต, การใช้ยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น 1.2) การตรวจร่างกายตามระบบการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย, อาการชา, อาการบวม, ลักษณะสีปัสสาวะ, ปัสสาวะเป็นฟอง หากผิดปกติพิจารณาส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยระยะไตเรื้อรัง 1.3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการประเมินค่าอัตราการกรองไต (GFR) และตรวจอัลบูมินในปัสสาวะปีละ 1 ครั้ง 1.4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ให้ความรู้เรื่องโรค, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะลดความเสี่ยงของไต
2. บทบาทพยาบาลในการป้องกันระดับทุติยภูมิ ในผู้ป่วยที่มีไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการเสื่อมของไตมากกว่าครึ่งแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้งานของไตลดลง ในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงเหลือ ร้อยละ 30 - 59 โดยการสนับสนุนการรู้จักตนเอง สร้างความตระหนักและการสร้างแรงจูงใจ ในการชะลอไตเสื่อม จากเบาหวาน พัฒนาความรู้ และทักษะในการจัดการตนเอง และลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดย 2.1) การตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจค่า creatinine และคำนวณ ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ตรวจปัสสาวะ Urine protein, potassium, Calcium Phosphate ทุก 6 เดือน 2.2) การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะซีด, ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 2.3) การให้คำแนะนำในการรับประทานอาหาร 2.4) การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม 2.5) การส่งเสริมให้รับประทานยาต่อเนื่องและถูกต้อง ตามแผนการรักษา 2.6) การให้คำแนะนำการงดการดื่มแอลกอฮอล์ 2.7) การประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม
3. บทบาทพยาบาลในการป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 เพื่อชะลอการเกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งให้คำปรึกษาเมื่อได้รับการบำบัดทดแทนไต 3.1) การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจเลือดได้แก่ CBC ตรวจปัสสาวะ Urine protein, potassium, Calcium Phosphate ทุก 3 เดือน 3.2) ประเมินภาวะแทรกซ้อน ภาวะน้ำเกิน, อาการบวม, เหนื่อยหอบ, เบื่ออาหาร, โรคติดเชื้อ เป็นต้น 3.3) เน้นการควบคุมอาหาร และปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวานมัน เค็ม และน้ำดื่มอย่างเคร่งครัด 3.4) การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม 3.5) การให้คำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตและส่งพบอายุรแพทย์ 3.6) ประสานงานทีมสุขภาพ เพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม

4. สรุปสาระ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1.1 เลือกรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล 2 ราย

4.1.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี และแบบแผนการรักษาของแพทย์ และ แนวทางการดูแลรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

4.1.3 ศึกษาค้นคว้าตำรา วิชาการ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานและมีภาวะไตเสื่อม
- แบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
- มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก
- การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การวินิจฉัยทางการพยาบาล
- การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care)
- ทฤษฎี Motivational interviewing
- รูปแบบการดูแลภาวะเรื้อรัง (Chronic Care Model)

4.1.4 ปรึกษาพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์รักษา

4.1.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม

4.1.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผนการพยาบาล สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

4.1.7 เรียบเรียงผลงาน รวบรวม และจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

4.1.8 เผยแพร่ผลงานวิชาการ โดยนำเสนอวิชาการในการประชุมวิชาการ

4.2 สารสำคัญ

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 66 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพ หม้าย อาชีพทำนา ภูมิลำเนาบ้านห้วยหมากน้อย ต.คำไหล อ.ศรีเมืองใหม่ รายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ 600 บาทต่อเดือนอาศัยอยู่กับบุตรชาย ผู้ป่วยมาตามนัดคลินิกโรคเบาหวาน มีอาการคอแห้ง ปัสสาวะบ่อย เหนื่อย เพลีย ปัสสาวะบ่อยกลางคืน 10 ครั้งต่อคืน เป็นนาน 2 สัปดาห์ 7 วันก่อนมีแผลบวมแดงที่ขาขวา รักษาที่รพ.ได้ยาฆ่าเชื้อรอถึงวันนัดจึงมารพ. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตป่วยเป็นเบาหวานนาน 18 ปีก่อน รักษาที่รพ.และส่งรักษาที่รพสต. ในระยะหลังพบว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี, FBS = 175-228mg% , HbA1C อยู่ในช่วง 8.5 - 10.8 % , ความดันโลหิตสูง 142/80 -180/80 มม.ปรอท, และมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จึงส่งกลับมารักษาที่รพ.ปี 2562 - ปัจจุบันไม่มีประวัติโรคเรื้อรังในครอบครัว ไม่มีประวัติแพ้ยา/สารอาหารใดๆ การประเมินแรกรับ ผู้ป่วยเดินมาได้เอง,รูปร่างผอม,รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ชิดเล็กน้อย ตาทั้งสองข้างเป็นต้อกระจก แผลบวมแดงที่ขาขวา แรกรับวัดสัญญาณชีพ น้ำหนัก 42 กก. ส่วนสูง 152 ซม.BMI 18.2 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์) อุณหภูมิ =36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร = 116 ครั้งต่อนาที O2 sat =98% BP1=177/89 มม.ปรอท, BP2=209/96 มม.ปรอท, BP3=198/107มม.ปรอทผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ FBS= 193mg% , HbA1c = 11.6 % , CBC: HCT = 40 % Neutrophil=82% LDL = 151 mg/dl ,TG = 408 mg/dl, e.GFR= 46.7, K = 3.22 ส่งต่อผู้ป่วยดูแลรักษาต่อที่ห้องอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แรกรับ BP=225/110มม.ปรอท ให้นยา Nicardipine 1 mg. iv Stat rate 60cc วัดBPซ้ำ ทุก30นาที BP 167/80 มม.ปรอท

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 สารสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษาครั้งที่ 1 (ต่อ) ให้ยา elixer Kcl 30 ซีซี oral X 2 dose ทุก 3 ชั่วโมง I & D Abscess Rt. LEG at ER on RI Scale และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแพทย์วินิจฉัยเป็น Hyperglycemia with HT urgency with hypokalemia with Rt. Abscess at RT. Leg with DM type 2 with HLD with CKD stage 3 ขณะนอนพักรักษาที่รพ.ได้รับยาฉีด NPH ตามแผนการรักษา ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 100 mg% BP 140/80 มม.ปรอท แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ระยะเวลาอนพักรักษาที่รพ.รวม 3 วัน ติดตามต่อเนื่องที่คลินิกโรคเบาหวาน ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนพบว่ามีความสุขภาพที่มีปัญหา แบบแผนที่ 1 คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่เหมาะสม เรื่องการรับประทานอาหาร และตามองไม่ชัดทำให้อ่านฉลากยาผิดทำให้ฉีดยาผิด แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญอาหาร พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่าย ทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ แบบแผนที่ 6 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ ตาเป็นต้อเป็นต้อกระจกทั้งสองข้างต้องถูกส่งไปรักษาต่อ และแบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด วิตกกังวลไม่ยอมเป็นภาระผู้อื่น พยายามช่วยเหลือตนเอง ปัญหาและความต้องการในระหว่างอยู่ในความดูแลของผู้ศึกษา ตามกระบวนการหลักงานผู้ป่วยนอก การพยาบาลระยะก่อนตรวจ 1.) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 2.) มีภาวะความดันโลหิตสูง 3.) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่อง ได้รับการประเมินอาการจำแนกความรุนแรงเป็นผู้ป่วยป้องกันสีแดง ประเมินอาการเข้าแนะนำและสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดสูง/ความดันโลหิตสูง จัดทำอนที่ที่เหมาะสม พร้อมประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม(Fall risk assessment tool :Hendrich II) ไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในทุกครั้งที่ตรวจรักษา และประสานการส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินตามแนวทางปฏิบัติ การพยาบาลในระยะตรวจ 1.) มีภาวะHypokalemia 2.) มีการติดเชื้อของแผลที่ขาขวา ให้ความรู้เฝ้าระวังอาการจากภาวะHypokalemia, แจ้งแผนการรักษา Incision & drain ,dressing ,และให้ยาฆ่าเชื้อ การพยาบาลในระยะหลังตรวจ 1.) มีความวิตกกังวลใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น 2.) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม มีการประเมินความเครียด ST- 5 ของกรมสุขภาพจิต มีความเครียดระดับปานกลาง และได้รับการวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D -METHOD ประสานศูนย์ส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และติดตามการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ทุก 2 เดือน ผลลัพธ์การศึกษา ผู้ป่วยได้รับแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันตามปัญหาที่สำคัญฉุกเฉินเร่งด่วน และได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานอย่างเหมาะสมไม่เกิดอันตรายขณะรอตรวจ ขณะนอนพักรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากKต่ำ และ ติดตามผลเลือดElectrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการจัดการปัญหาด้วยตนเองและครอบครัวมีส่วนร่วม มีความรู้ความเข้าใจตามแผนการจำหน่ายและยาที่ได้รับ GPZ [5] 2X2 po ac, NPH PENFIL 300IU./3ML 24-0-20, Amlodipine 10 mg 1x1 OD PC, HydrAlazine [25] 1 x3 po pc, Gemfibrozil [300] 1x2 po ac การนัดติดตามต่อเนื่องที่คลินิกโรคเบาหวาน ทุก 2 เดือน 3 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ F/Uครั้งที่ 1 FBS=200 mg/dl (สีแดง) Electrolyte – ปกติทุกตัว HbA1c = 8.8 % (สูง) F/U ครั้งที่ 2 FBS= 178 mg/dl (สีส้ม) e.GFR = 48.9 (Stage 3a) F/U ครั้งที่ 3 FBS=185 mg/dl (สีแดง) e.GFR =55.2 (Stage 3a) จากการติดตามการ ตรวจเลือดยังพบระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้ อัตราการกรองไตยังอยู่ในระยะที่3 ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมไม่ได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 สารสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 48 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพ สมรส อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนา บ้านหนองห้าง ม.10 ตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ รายได้จากเบี้ยเลี้ยงคนพิการ 800 บาทต่อเดือน และการค้าขายอาศัยอยู่กับภรรยา/ไม่มีบุตร ผู้ป่วยมาตามนัดคลินิกโรคเบาหวาน มีอาการเหงื่อออก ใจสั่นกลางคืน 1-2 ครั้งในเดือนที่ผ่านมา มีประวัติน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นประจำ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ป่วยเป็นโรคเบาหวาน นาน 19 ปี รักษาที่รพ.ศรีเมืองใหม่ ปี 2562 ผ่าตัดขาซ้าย ที่รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ปี 2563 การวินิจฉัยเป็น CKD stage 3 ประวัติโรคเรื้อรังในครอบครัว ไม่มีประวัติแพ้ยา/สารอาหารใดๆสูบบุหรี่ 5-6 มวนต่อวัน - ดื่มสุราเป็นบางครั้ง มีประวัติการใช้สมุนไพรลดระดับน้ำตาล การประเมินแรกเริ่ม ผู้ป่วยนั่งรถเข็น ใส่ขาเทียมข้างซ้าย รูปร่างผอมรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ซีดเล็กน้อย s/p LT .leg amputation Below knee กล้ามเนื้อ arthophy hypotone poor ADL ผลที่นิ้วหัวแม่มือเท้าขวา แรกเริ่ม น้ำหนัก 47 กก. ส่วนสูง 167 ซม. BMI 16.9 T= 37 องศาเซลเซียส P= 82 ครั้ง/นาที R = 22 ครั้ง/นาที BP= 110/70 มม.ปรอท O2 SAT 98 % FBS 110 มก% งดอาหารก่อนอาหาร ขณะรอตรวจ09.00น.มีอาการเหงื่อออก ใจหวิว ใจสั่น เจาะDTX 68 มก% ให้ดื่มน้ำหวาน 1แก้วอาการดีขึ้น ไม่มีใจสั่นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS=110 mg/dl (สีเหลือง) DTX = 68mg% หลังงดอาหาร HbA1c = 8.6% CBC= HCT 21% Neutrophil=80% K=3.22 mmol / L eGFR = 31.9 (Stage 3) แพทย์พิจารณา รับไว้รักษาในโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็นHypoglycemia with hypokalemia with Anemia with DM type 2 with HT S/P Lt. amputation Below knee with CKD stage 3 ขณะนอนพักรักษาในรพ. ได้ยาตามแผนการรักษา เจาะ dtx premeal hs. keep 80-250mg % On RI Scale HPH 6 U sc. ก่อนนอน HOLD ไว้ก่อน E . KCL 30 ml. oral ทุก 3 ชม . * 3 dose ให้เลือด 1 ยูนิต ผู้ป่วยเกิดภาวะhypoglycemia ซ้ำ ระยะเวลาการนอนรักษาที่รพ.รวม 8 วัน ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 126 mg% BP= 120/80 มม.ปรอท HCT= 26 % Neutrophil= 65 % K = 3.8 ผลที่นิ้วเท้าขวาแดงดี ไม่มีหนอง ติดตามต่อเนื่องที่คลินิกโรคเบาหวาน ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนพบว่ามีความสุขภาพที่มีปัญหา คือ แบบแผนที่1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่เหมาะสม เรื่องการรับประทานอาหาร และญาติมีการปรับยาเอง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยครั้ง แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญอาหาร พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 6 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ ขาซ้ายถูกตัดต้องใส่ขาเทียม กังวลเรื่องผลที่กลัวถูกตัดขาอีกข้าง แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด วิตกกังวลไม่อยากเป็นภาระผู้อื่น พยายามช่วยเหลือตนเอง แบบแผนที่ 11 ความเชื่อมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการใช้สมุนไพร ซึ่งส่งผลต่อการเสื่อมของไต ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระหว่างอยู่ในความดูแลของผู้ศึกษา ตามกระบวนการหลักงานผู้ป่วยนอก การพยาบาลระยะก่อนตรวจ 1.) มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2.) ภาวะhypoglycemiaซ้ำ 3.) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่อง ได้รับการประเมินอาการจำแนกความรุนแรงเป็นผู้ป่วยปิงปองสีแดง ประเมินอาการ / ตรวจวัดระดับน้ำตาลซ้ำ แนะนำและสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ พร้อมประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Fall risk assessment tool :Hendrich II) ไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในทุกขณะที่ตรวจรักษา การพยาบาลในระยะตรวจ 1.) มีภาวะHypokalemia 2.) มีการติดเชื้อของแผลที่ขาขวา 3.) มีภาวะซีด ให้ความรู้เฝ้าระวังอาการจากภาวะHypokalemia แจกแผนการรักษา dressing และให้ยาฆ่าเชื้อ การให้เลือด การรับประทานยา Folic acid ต่อเนื่องการพยาบาลในระยะหลังตรวจ 1.) มีความวิตกกังวลใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น 2.) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 สารสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 2 มีการประเมินความเครียด ST- 5 ของกรมสุขภาพจิต มีความเครียดระดับปานกลาง และได้รับการวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D -METHOD ประสานศูนย์ส่งต่อดูแลต่อเมื่อที่บ้าน และติดตามการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ทุก 2 เดือน ผลลัพธ์การศึกษา ผู้ป่วยได้รับแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันตามปัญหา ไม่เกิดอันตรายขณะรอดตรวจ ขณะนอนพักรักษาให้การรักษากว้างน้ำตาลในเลือดต่ำในระดับไม่รุนแรง (mild hypoglycemia) โปแทสเซียมต่ำ และภาวะซีด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมต่ำ ติดตามผลเลือด Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการจัดการปัญหาด้วยตนเองและครอบครัวมีส่วนร่วม ยาที่ได้รับ metformin [850] 1/2 tab x 1 ครั้งเช้า , Novomix 30 Penfil [100 u/ml] ฉีด 22 - 0 - 14 , pioglitazone 1x1 op pc , vit B1-6-12 1X2 op pc , folic acid 1x1 OP การนัดติดตามต่อเนื่องจากที่คลินิกโรคเบาหวาน ทุก 2 เดือน 3 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ F/Uครั้งที่ 1 FBS=126 mg/dl (สีเหลือง) Electrolyte – ปกติทุกตัว CBC= HCT 26 % F/U ครั้งที่ 2 FBS=136 mg/dl (สีเหลือง) HbA1c = 8.6 % F/U ครั้งที่ 3 FBS=132mg/dl (สีเหลือง) HCT 25 % e.GFR = 68.13 (Stage 2) จากการติดตามการ ตรวจเลือดยังพบระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้ต่อเนื่อง อัตราการกรองไตดีขึ้นเป็น ระยะที่ 2 แต่ยังมีภาวะซีด แนะนำให้รับประทานอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดง / ยาที่ได้รับประทาน การล้างแผลที่เท้าต่อเนื่อง ป้องกันการติดเชื้อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมงดการสูบบุหรี่ เน้นทบทวนการใช้ยาฉีด ให้คำแนะนำผู้ดูแล ไม่ปรับยาเอง และ หลีกเลี่ยงการใช้ยาสมุนไพรต้ม ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

1. กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 5 ข้อ ดังนี้
 - 1.1 มีภาวะHypokalemia
 - 1.2 มีการติดเชื้อของแผลที่ขาขวา
 - 1.3 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
 - 1.4 มีความวิตกกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่าย
 - 1.5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลตนเอง
2. กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกันดังนี้
 - 2.1 กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง (HT urgency)
 - 2.2 กรณีศึกษารายที่2 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Hypoglycemia ช้ำ และ มีภาวะซีด
3. กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความแตกต่างเรื่องเพศ ,อายุ , แบบแผนสุขภาพ และอาการแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ซึ่งทำให้ กรณีศึกษาทั้งสองรายมีระยะเวลาในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ที่มีความแตกต่างกันตามปัญหาและสาเหตุของการเจ็บป่วย กรณีศึกษารายที่2 นอนพักรักษาที่โรงพยาบาลที่นานกว่ากรณีศึกษารายที่ 1
4. กรณีศึกษา 2 ราย ได้มีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในแต่ละระยะครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
5. กรณีศึกษาทั้ง2ราย ได้รับการส่งต่อข้อมูล ไปที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เพื่อการประสานส่งต่อรพ.สต.ใกล้บ้านเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมอาการ และส่งกลับข้อมูลมาที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย (ต่อ)

6.กรณีศึกษารายที่ 1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารได้ และ ไปรับการรักษาผ่าตัดต่อกระຈกที่รพ. ติระการพิชผล กรณีศึกษารายที่2 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ,ไม่ใช้ยาสมุนไพร และญาติไม่ปรับยาผิดเอง และ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้มีการติดตามการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3

5.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลงานเชิงปริมาณ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2564	ปี2565	ปี2566
1	อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร		445.26	513.46	491.25
2	ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C ≤ 7	\geq ร้อยละ80	84.82	84.5	86.07
3	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตสูง $\leq 130/80$	\geq ร้อยละ60	78.99	75.49	71.33
4	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	<5%	3.34	5.19	3.66
5	อัตรา re-admit ด้วยภาวะแทรกซ้อน Hypoglycemia	<5%	1.48	0	1.38
6	อัตรา re-admit ด้วยภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia	<5%	4.59	0	2.56
7	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	\geq ร้อยละ80	89.52	90.2	87.46
8	ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 5 ml/min/1.73 m ² /yr	>66%	59.97	56.9	71.65
9	ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	\geq ร้อยละ80	82.5	84.5	87.6

ผลงานเชิงคุณภาพ

1. พยาบาลสามารถนำกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอกในระยะก่อนตรวจรักษา ระยะขณะตรวจรักษาและการพยาบาลในระยะหลังตรวจรักษา ที่ถูกต้องและรวดเร็ว ไม่มีอุบัติการณ์ทรุดลงขณะรอตรวจ
2. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วยมากขึ้นและทราบถึงการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความพึงพอใจ คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น
4. อัตราการ Re-Admit ของผู้ป่วยลดลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลงานเชิงคุณภาพ (ต่อ)

5. การประสานกับเครือข่ายสุขภาพโดยตรงในการติดตามดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ให้ปรับพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต ทำให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำขึ้นอีก

6. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทตนเอง

7. สมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีความรู้ความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลสู่การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมตามมาตรฐานวิชาชีพ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และมีภาวะไตเสื่อม

2. พยาบาลสามารถนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้วยกระบวนการ Motivational interviewing มาใช้ในกระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ในการนำกระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก

4. ใช้เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีภาวะไตเสื่อม เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ในการให้คำปรึกษาที่มีเป้าหมายชัดเจน

5. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแต่ละระยะ และ การจัดการกระบวนการชะลอไตเสื่อมให้มีคุณภาพ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ ลักษณะที่แสดงถึงความยุ่งยากของการพยาบาลทั้งสองรายนี้ คือการประเมินและการวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเบาหวานที่มีการเสื่อมของไตระยะที่ 3 ให้มีความครอบคลุมทุกด้านในแต่ละระยะตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอก ระยะก่อนตรวจ ระยะขณะรอตรวจ ระยะหลังตรวจ การตรวจคัดกรองรวบรวมข้อมูลและการประเมินอาการเบื้องต้น ประเมินและจำแนกระดับความรุนแรง แรงจูงใจ ให้การช่วยเหลือการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลันและอาการทรุดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะโปแตสเซียมต่ำ ส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประเมินการเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีความพร้อมในการตรวจรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลต่อแผนการรักษาของสหสาขาวิชาชีพ โดยอาศัยการจัดการทางการพยาบาลที่ครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการเสื่อมของไต ได้แก่ แบบแผนสุขภาพ การรับรู้การจัดการสุขภาพ พฤติกรรมโภชนาการ กิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกาย ความเชื่อและการปรับตัวในการเผชิญความเครียด ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลคือ การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการอาการแทรกซ้อนเฉียบพลันที่รุนแรง และการชะลอไตเสื่อม โดยการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self management support) ด้วยเทคนิค 5 A มาใช้ในกระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ยากมากในการที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ อีกทั้งผู้ป่วยทั้งสองรายขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองจึงทำให้ขาดการควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตอย่างจริงจัง และเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังมานาน การศึกษาครั้งนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือพยาบาลทุกระดับประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนในการประสานความร่วมมือจากทุกฝ่าย ตลอดจนการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการเสื่อมของไต

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

โดยการประเมินรวบรวมข้อมูลกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยตั้งเป้าหมายการพยาบาล ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้พยาบาลแก้ไขปัญหาให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาล ปัญหาที่ยังคงอยู่ต้องดูแลต่อเนื่อง มีข้อมูลครบถ้วนชัดเจน ส่งต่อพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลในรพสต. และอสม. แก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและต่อเนื่อง ชะลอการเสื่อมของไต ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย การติดตามมาตามนัด ติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีภาวะไตเสื่อม : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย มีปัญหาอุปสรรคดังนี้

8.1 ด้านการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตัวเองของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ พยาบาลวิชาชีพผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่มีทักษะ มีประสบการณ์ มีความชำนาญ และความอดทนสูงความมุ่งมั่นตั้งใจ ประกอบกับผู้ป่วยและญาติจะต้องมีความเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคไปพร้อมๆกัน

8.2 ในการดำเนินการศึกษา กรณีศึกษาทั้งสองรายนี้ ผู้ป่วยมีความแตกต่างในด้านอายุ ความเชื่อในการจัดการตนเอง การสื่อสารความเข้าใจ และการวางแผนในการรักษาต่อเนื่อง จะต้องมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ซึ่งต้องใช้เวลาในการติดตามประเมินผลลัพธ์ และ ใช้กระบวนการพยาบาลในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยและญาติมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่อง ทำให้ต้องใช้ความรู้ความชำนาญงาน และความพยายามสูงมากในการจัดการตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

8.3 ด้านผู้ป่วย กรณีศึกษาทั้งสองรายนี้ มีระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ประกอบกับแบบแผนสุขภาพการดำเนินชีวิตที่ทำให้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรค จนมีอาการแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน มีภาวะไตเสื่อม มีการติดเชื้อของแผล ทำให้เกิดความวิตกกังวล เป็นความยุ่งยากซับซ้อนที่พยาบาล ต้องสามารถประเมินให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ซึ่งต้องมีองค์ความรู้ ทักษะการพยาบาล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ในการที่จะจัดการและส่งต่อข้อมูลประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามแต่ละปัญหา ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

8.4 ในการประสานความร่วมมือ การสื่อสาร การส่งต่อข้อมูล การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการพยาบาล การประสานพยาบาลชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการดูแลต่อเนื่องให้เกิดความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะช็อค การป้องกันการเกิดแผล มีความยุ่งยาก และเป็นอุปสรรคในการดูแลต่อเนื่อง ยังมีความต้องการในการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบและวิธีการใหม่ๆ ที่ท้าทายและต้องพัฒนาต่อไป

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง nurse case manager ให้มีความรู้ความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมได้ทุกราย ครอบคลุมมาตรฐานการปฏิบัติการผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการ จนออกจากหน่วยบริการรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะทำให้การพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

9.2 ควรมีการพัฒนาส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพ ทุกหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลและพยาบาลในชุมชน ให้ใช้ความรู้โรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม บูรณาการทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสมกับความเสียหายรายบุคคล ตามแนวคิดในการแยกระดับผู้ป่วยเบาหวานตามป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี เพื่อเฝ้าระวังช่วยเหลือและแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างทันที่และเป็นแนวทางให้ทีม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

สหสาขาวิชาชีพจัดการโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการเพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง การจัดการกับอาหาร การเคลื่อนไหว อารมณ์ และความเครียด เป็นต้น

9.3 พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยบริการ ใช้วิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมแบบผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ โดยใช้ เทคนิค Motivational interviewing เพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้มีความรู้และมีทักษะสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้จริง

9.4 สนับสนุนให้มีการนำนโยบาย การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม โดยการประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย นำสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยตั้งเป้าหมายการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

9.5 ควรมีการจัดการระบบบริการการชะลอไตเสื่อมก่อนการบำบัดทดแทนไต ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องที่รพสต. เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานวิชาการ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต (Change and Challenges in the Next Normal) และนำเสนอผลงานวิชาการ จัดโดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับเครือข่ายวิชาชีพพยาบาลสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 ชมรมผู้บริหารการพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี และมูลนิธิเครือข่ายพยาบาลชุมชน วันที่ 28-29 ตุลาคม 2566 ณ.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน : ไม่มี

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติงานนี้ ร้อยละ 100

- 1.) นางสงกรานต์ ยอดศิริ สัดส่วนของผลงาน 100 %
- 2.)สัดส่วนของผลงาน
- 3.) สัดส่วนของผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

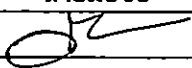
(นางสงกรานต์ ยอดศิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสงกรานต์ ยอดศิริ	
2.	
3.	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางศรีญา พงษ์อ่อน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายวศรัณ วัฒนธีรภาพ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

(วันที่) ๙ / มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องราวไป
หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาระดับรองคือผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณี
ที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบการเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อชะลอการเสื่อมของไต โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

2. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบัน ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงทั่วโลก ตามข้อมูลองค์การอนามัยโลก(World Health Organization) ในปี 2564 ประชากรประมาณ 422 ล้านคนทั่วโลกถือว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นจากปี 2523 ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพียง 108 ล้านคนเท่านั้น นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต โดยประมาณ 1.6 ล้านคนเสียชีวิตในปี 2564 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2543 ที่มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ล้านคนเท่านั้นในประเทศไทยก็มีความรุนแรงไม่แตกต่างจากสถานการณ์ทั่วโลก โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นที่กังวลในประเทศไทย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในเกือบสามสิบปีที่ผ่านมา โดยตามรายงานจากกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 แสดงให้เห็นสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย โดยมีข้อมูลดังนี้ 1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 4.7 ล้านคน เทียบเท่ากับประมาณ 8% ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย 2. อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประมาณ 8-10 % ต่อปี 3. อัตราการเสียชีวิต โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในประเทศไทย โดยประมาณ 63,000 คนเสียชีวิตในปี 2562 อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2566 อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเท่ากับ 491.25 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม จำนวน 4,446 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 1,261 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.36 ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็นระยะของโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 จำนวน 941 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 227 ราย และ ระยะที่ 5 จำนวน 93 ราย

โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หากไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมภาวะแทรกซ้อนสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 และอาจมีผลกระทบต่ออวัยวะหรือระบบต่างๆ ในร่างกายได้ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนกับไต โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตวาย ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่าโรคไตเรื้อรัง (diabetic nephropathy) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์ไตเรื้อรัง เนื่องจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดที่ไตทำให้ระบบกรองของไตเสื่อมสภาพ ซึ่งผลให้โปรตีนและสารอันตรายสะสมในร่างกายเริ่มสะสมในไต ภาวะนี้ถ้าไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องอาจทำให้เกิดภาวะไตวาย (end-stage renal disease)

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ได้ให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการบูรณาการคลินิกชะลอไตเสื่อมร่วมกัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีกระบวนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการชะลอไตเสื่อม ในระยะที่ 1-5 มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจสอบระบบการทำงานของไต การควบคุมความดันโลหิต การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การ

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ติดตามและการจัดการภาวะแทรกซ้อน โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร โภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ข้อดีคือทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการแบบเบ็ดเสร็จ ในจุดเดียว (One stop service) แต่ยังมีขาดแบบแผนการดำเนินงานในคลินิกที่ชัดเจน โดยเฉพาะการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคลินิก ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับการติดตามอาการที่เหมาะสม ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการออกแบบบริการสุขภาพ รวมทั้งแนวปฏิบัติที่ใช้ยังเป็นข้อมูลการดูแลแบบรวมกลุ่ม ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังดูแลและติดตามประเมินผลแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งการมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร สถานที่คับแคบ ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางไต ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่3 ต้องถูกส่งจากรพสต.ให้กลับเข้ารับรักษาที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการเดินทาง ไม่ต้องการมารักษาที่รพ. ส่งผลต่อการขาดการรักษา ไม่มาตามนัด ความรุนแรงโรคมากขึ้นจึงมารพ. และค่าใช้จ่ายการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น

จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมีความสำคัญอย่างมาก การดูแลและการรักษาโรคเบาหวานอย่างถูกต้องและเข้มงวดสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไตวายเรื้อรังได้มาก ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างและรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อชะลอการเสื่อมของไต โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป้าหมาย

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้รับการคัดกรองโรคไตในระยะเริ่มแรก อย่างครอบคลุมตามมาตรฐาน

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวรและการมีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด กรดต่างของร่างกายหรือภาวะที่มีก็ทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวรและแก้ไขไม่ได้ สามารถตรวจสอบพบความผิดปกติได้อย่างใดอย่างหนึ่งของหน้าที่ไต (renal function test) หรือมีค่าอัตราการคัดกรองของไตลดลงกว่าปกติ หรือมีค่า creatinine สูงกว่าปกติ ติดต่อกันเป็นเวลานาน โรคไตไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุที่ไตโดยตรงหรือจากโรคประจำตัว หากไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมจนเกิดเป็นโรคไตเรื้อรัง อาการของผู้ป่วยจากโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานไม่แตกต่างจากโรคไตเรื้อรังจากสาเหตุอื่นแต่จะมีอาการคล้ายกัน ได้แก่ ในระยะเริ่มต้นจะไม่มีอาการ ซึ่งหากมีอาการก็จะเป็นอาการของตัวเบาหวานเอง เช่น คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และถ้าหากไม่มีการชะลอการเสื่อมของไตก็จะกลายเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง เมื่อมีของเสียในเลือดสูง (azotemia) นานกว่า 3 เดือน จนตรวจพบ Broad cast ในปัสสาวะ และมีภาวะ normochromic normocytic anemia ร่วมกับมีไตขนาดเล็กลงทั้งสองข้าง ในกรณีไตวายระยะ

บทวิเคราะห์ (ต่อ)

สุดท้ายคือการทำงานของไตลดลงน้อยกว่า 15 % มีอาการมากขึ้น โดยนิยามเป็นภาวะยูรีเมีย (uremia) เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นไม่รับรส ออกร้อนตามตัว น้ำหนักลดลง ซีด ขาและหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด นอนราบไม่ได้เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มือเท้าชาจากเส้นประสาทเสื่อม สมอองไม่สั่งการ ไม่รู้ตัว ชักหรือบางที่สับสน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า BUN และ creatinine ในเลือดสูง (BUN ≥ 60 mg/dl, creatinine ≥ 6 mg/dl หรือ creatinine clearance น้อยกว่า 15 ซีซีต่อนาที) ร่วมกับโลหิตจางมาก เกลือแร่ในเลือดผิดปกติอย่างมากเช่น ระดับโปแตสเซียมสูง ระดับ HCO_3^- ต่ำระดับ phosphate สูง และระดับ calcium ต่ำ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ไตเทียม หรือปลูกถ่ายไตและจำทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การทำงานของไตเสื่อมลงและอาจร้ายแรงจนถึงภาวะไตวายเรื้อรังและโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้ถึงแก่ความตายได้

จากผลการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บูรณาการคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่พบว่า ปี2565-2566 ร้อยละของผู้ป่วยCKD 1-4 และเป็น DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป้า $\geq 40\%$ ผลงานเป็น ร้อยละ17.07,17.26 ตามลำดับ การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ BP < 140/90มม.ปรอท เป้า $\geq 40\%$ ผลงานเป็นร้อยละ 69.07,71.70 ตามลำดับ การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m²/yr เป้า $\geq 66\%$ ผลงานเป็นร้อยละ 56.90, 74.65 ตามลำดับ และการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEI /ARB เป้า >60% ผลงานเป็น ร้อยละ33.09, 35.23 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุตัวชี้วัดผลงานการชะลอไตเสื่อมของไตไม่ผ่านตามเกณฑ์ ด้านผู้ป่วยและญาติในการจัดการตนเอง ขาดความรู้ความตระหนักในความรุนแรงของโรคเบาหวาน ขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร และการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล ด้านระบบบริการ ข้อจำกัดของบุคลากรพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต้องมีองค์ความรู้ความสามารถ ในการคัดกรองกับภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน การบูรณาการร่วมกับคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้สถานที่รับบริการคับแคบ ไม่มีห้องตรวจเฉพาะกลุ่มโรคไตเรื้อรัง ระบบการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรค ไตเรื้อรังระยะที่3 ต้องถูกส่งจากรพสต.ให้กลับเข้ารับที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาล ขาดการสื่อสารข้อมูลในด้านความรู้ในการดูแลตนเองในแต่ละระยะ ความรุนแรงโรคมกขึ้นจึงมารพ. ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น

แนวความคิด

แนวคิดที่นำมาใช้ได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่แนวคิดการจัดการตนเอง (self management) ร่วมกับเทคนิค 5 A (5 A's Behavior Chang Model Adapted for Self-Management Support) เป็นแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและทักษะการวางแผน จัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีการจัดการตนเองที่ดี นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง (นุสรา วิโรจนกัญ,2560) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.ศรีเมืองใหม่ได้มีความตระหนักถึงความสำคัญในความรุนแรงของ

แนวความคิด (ต่อ)

โรคเบาหวาน และกระบวนการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องพัฒนาองค์ความรู้ความสามารถ ทักษะการจัดการในการให้ความรู้ และวางแผนในการจัดบริการด้วยการพัฒนาคลินิกให้มีคุณภาพตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม จากผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อชะลอการเสื่อมของไตประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก คือ 1. การลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดไตเสื่อม มีเป้าหมายเพื่อการรับรู้ ปรับเปลี่ยน หลีกเลี่ยง งด ลดความเสี่ยงของการเกิดไตเสื่อม และการเสริมพลังผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. การค้นพบโรคที่เร็ว มีเป้าหมายเพื่อ ค้นหาความเสี่ยงหรือโรคที่รวดเร็วในกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วยกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวาน 3. การรักษาที่ได้มาตรฐาน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลตามแนวทาง เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล 4. การดูแลต่อเนื่อง (สุภา ศรีบุญเรือง,ภาณุพงษ์ พังค้อย,2566)

ข้อเสนอ

กระบวนการในการแก้ปัญหาและพัฒนา

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานวิเคราะห์และวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร โภชนาการ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ดูแลมีส่วนร่วม
2. นำเสนอเพื่อขออนุมัติในการจัดทำเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ให้ผู้บังคับบัญชาและ คณะกรรมการเครือข่ายบริการระดับอำเภอ
3. จัดตั้งคณะทำงาน ประชุมวางแผน เพื่อดำเนินการร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
4. ดำเนินการปฏิบัติตามแผน กำหนดเป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อนและ ตัวชี้วัด (purpose , Driver diagram & Indicator) คลินิกชะลอไตเสื่อม รพ.ศรีเมืองใหม่
5. กำหนด Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีไตเรื้อรัง ครอบคลุมระยะที่ 1-5
6. จัดทำแบบประเมินพฤติกรรมความเสี่ยง เพื่อรับรู้การปรับเปลี่ยน หลีกเลี่ยง งด ลดความเสี่ยงของการเกิดไตเสื่อม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกิจกรรม
7. กิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตรวจเลือดประจำปี จำแนกกลุ่มตามผลเลือดเพื่อวางแผนการติดตามให้ชัดเจน
8. กำหนดแนวทางปฏิบัติ การวินิจฉัยCKD การใช้ยารักษา และการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการรักษาที่ได้มาตรฐาน ตามกระบวนการป้องกันชะลอไตเสื่อม
 - 8.1 Prevention and Assessment ผู้ป่วยในกลุ่ม NCDได้รับการประเมิน BUN/Cr และ albumin คัดกรองCKDปีละ1ครั้ง
 - 8.2 Plan of care แผนการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อม หากตรวจพบความผิดปกติ protein urine start ยา ACEI / ARB ติดตามค่า Cr และปรับยาตามCPG

ข้อเสนอ (ต่อ)

กระบวนการในการแก้ปัญหาและพัฒนา (ต่อ)

8.3 Care of patient CKD stage 1-3 ได้ยา ACEI/ARB ระบบติดตามผู้ป่วยไม่มาตามนัด ระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในรพ.สต. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า(ACP)ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และการเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล

9. คณะทำงาน มีการทบทวน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางานบริการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. การดำเนินงานยังขาดระบบการจัดการที่ดี การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้การบริการเกิดความล่าช้า และทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น

2. การพัฒนาความรู้ ทักษะเฉพาะโรค ในการจัดการปัญหาป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังของทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. อัตราค่าล้างมีจำนวนจำกัด เนื่องจากเป็นการบูรณาการคลินิกชะลอไตเสื่อมร่วมคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้พยาบาลไม่มีเวลาในการให้คำปรึกษา/ การเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแลตามกระบวนการที่กำหนด

4. ผู้ป่วยและผู้ดูแล ขาดความรู้ ความเข้าใจในพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภค การเฝ้าระวังอาการและ ภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้อง และเหมาะสม

5. ขาดการติดตามประเมินผลการจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างเป็นระบบ ไม่มีความต่อเนื่อง

6. ขาดระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด โดยเฉพาะกลุ่มไตเรื้อรัง stage 3-5

แนวทางการแก้ไข

1. การสร้างระบบการจัดการ การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เข้าถึงบริการได้ง่าย บูรณาการตรวจรักษาที่รพ.สต.

2. เพิ่มการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เช่นอสม. รพ.สต. สสอ. ในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด เป็นต้น

3. จัดทำโครงการเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภค การเฝ้าระวังอาการและ ภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้อง และเหมาะสม

4. จัดเพิ่มอัตราค่าล้าง และ แยกบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม จากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. กำหนดระยะเวลาในการติดตามผลการปฏิบัติงาน ติดตามตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบทุก 1 , 3 ,6เดือน

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. คลินิกชะลอไตเสื่อมรพ.ศรีเมืองใหม่ มีรูปแบบและระบบการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานมากขึ้น

2. เพิ่มการคัดกรองCKDในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การชะลอการเสื่อมของไตควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ต่อ)

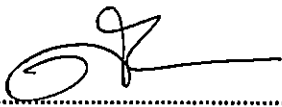
3. การจัดบริการ palliative care สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD stage 5) และการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning :ACP) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKDstage5) ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

4. ได้รับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการจัดบริการ palliative care in CKD stage 5 ร่วมกับ service plan สาขาดูแลแบบประคับประคอง

5. มีเครือข่าย มีทีมในการช่วยดูแลประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอย่างยั่งยืนครอบคลุมทุกเครือข่าย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง $\geq 80\%$
2. ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR $< 5 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr.} \geq 66\%$
3. ร้อยละของผู้ป่วย CKD 1-4 และเป็น DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ $> 40\%$
4. ผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ BP $< 140/90$ มม.ปรอท $> 80\%$
5. ผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEI/ARB $> 60\%$
6. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq 80\%$
7. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อชะลอการเสื่อมของไต อยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80

ลงชื่อ) 

(นางสงกรานต์ ยอดศิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖

รายที่ ๑ วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖

รายที่ ๒ วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑. มาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด

๒. แนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะภาวะตกเลือดหลังคลอด

๓. การพยาบาลแบบองค์รวมและกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

๔. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

๕. การค้นหาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุหลักของภาวะตกเลือดหลังคลอด

๖. แนวคิด ๑๑ แบบแผนสุขภาพกอร์ดอน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๑. หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอด ถือเป็นภาวะวิกฤติ และเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอด ที่พบได้มากที่สุด รวมถึงเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยในประเทศไทยที่กำลังพัฒนา พบว่ามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูงถึง ๒๓๐ รายต่อการ เกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย และในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบ ๑๖ รายต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย สถิติปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ในประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด ๒๔ รายต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย เขตสุขภาพที่ ๑๐ พบอัตราการตายของมารดาจากสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด ๒ ราย ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย กระทรวงสาธารณสุขได้มองเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงกำหนดเกณฑ์ อัตราการตายของมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพงานสาธารณสุขของประเทศ โดยกำหนดให้อัตราส่วนการตายของมารดาจากการคลอด ไม่เกิน ๑๗ ราย ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย ผลกระทบจากภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทำให้เกิดภาวะช็อค บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าปกติ เช่น การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บใหม่ การชูดมดลูก รวมทั้งการตัดมดลูกทิ้ง หากการสูญเสียเลือดยังดำเนินต่อไปไม่ได้รับการแก้ไข เสียเลือดอยู่นาน มารดาจะเกิดภาวะช็อก การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดน้อยลง เกิดการทำงานล้มเหลวของอวัยวะนั้นๆ เช่น ไตวาย หัวใจล้มเหลว เลือดไม่แข็งตัว และสุดท้ายเสียชีวิต บางรายที่เสียเลือดรุนแรง ส่งผลให้ต่อมใต้สมองขาดเลือด เนื้อเยื่อสมองบางส่วนตาย เกิดภาวะ Sheehan's syndrome มีผลต่อการดำเนินชีวิต จากการที่บางรายอาการรุนแรงต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น หรือต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด ในห้อง ICU ถูกแยกออกจากครอบครัวและบุตร ทำให้เกิดความกลัว เกิดความวิตกกังวล ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ รวมถึงญาติเองก็ต้องเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดในสิ่งที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอด อาจเกิดความไม่พึงพอใจเกิดการร้องเรียนตามมาตรา ๔๑ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๖๐ เตียง ในรอบ ๓ ปี พบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด ๑๗๖ ราย ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด ๑๔๘ ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๕ Hypovolemic shock ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด ๑๔๘ ราย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๕ Hypovolemic shock ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ปึงบประมาณ ๒๕๖๖ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด ๑๕๔ ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๙ เกิดภาวะ Hypovolemic shock ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งจากการทบทวนข้อมูล พบว่าสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด เกิดจาก ภาวะรक्त้าง ช่องทางคลอดฉีกขาด มี Hematomaและยังขาดแนวทางการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การพยาบาลและส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่าย จากปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการตายของมารดา

๒.วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบมารดา ประวัติการเจ็บป่วย โรค พยาธิสภาพ การรักษา แบบแผนสุขภาพ สภาพปัญหาของมารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะช็อก
๒. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๓. เป้าหมาย

๑. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด
๒. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะ shock จากตกเลือดหลังคลอด
๓. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอด
๔. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

๔. ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษารายกรณีจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ๒ ราย ในหน่วยงาน ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ศึกษาและรวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี ประวัติการผ่าตัดและการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ประวัติการเข้ายาและสารเสพติด ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย
๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจรักษาของแพทย์
๔. ศึกษา ค้นคว้าเอกสารวิชาการจากหนังสือ สื่อ internetและตำราทางการพยาบาล โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา
๕. ขอคำปรึกษา คำแนะนำจากหัวหน้าพยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษา
๖. นำข้อมูลที่ได้มาวางแผน วิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลด้านกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ
๗. นำการพยาบาลสู่การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
๘. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมข้อมูล และประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
๙. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
๑๐. สรุป ผลงาน รวบรวมและเขียนรายงานจัดพิมพ์รูปเล่ม พิจารณาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและแก้ไขตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ
๑๑. เผยแพร่ผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

สรุปกรณีศึกษาครั้งที่ ๑

หญิง สัญชาติไทย อายุ ๔๑ ปี HN ๙๙๔๓๒ AN ๖๐๕๙ อาชีพ แม่บ้าน สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ ๖ น้ำหนัก = ๕๔ กิโลกรัม ส่วนสูง = ๑๖๐ เซนติเมตร น้ำหนักเพิ่ม ๕ กิโลกรัม ปฏิเสธโรคประจำตัว, ปฏิเสธแพ้ยาอาหารปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัวประวัติการตั้งครรภ์ : มารดา G๓P๒A๐L๒ อายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ by u/s ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ผ่าครรภ์ที่ สถานพยาบาล ครอบคุณภาพ มารดาผ่าครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ รับไว้ในห้องคลอด วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ (๒๑.๔๕ น.) อาการสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอด ก่อนมา โรงพยาบาล ๒ ชั่วโมง ๔๕ นาที เจ็บครรภ์ถี่ ลูกดิ้นดี ไม่มีน้ำเดิน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด มารดาตั้งครรภ์ที่ ๓ ครรภ์ที่ ๑ คลอดปกติ ทารกน้ำหนัก ๓,๒๐๐ กรัม ครรภ์ที่ ๒ คลอดปกติ ทารกน้ำหนัก ๒,๙๐๐ กรัม G๓P๒A๐L๒ อายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ ผ่าครรภ์ครั้งแรกเมื่อ อายุครรภ์ ๑๐ สัปดาห์ ผ่าครรภ์จำนวน ๑๕ ครั้ง ครอบ ๕ ครั้งคุณภาพ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก่ง มีตัวคลื่นป้องกันบาดทะยัก ครอบ ๓ เข็ม ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการปกติ ค่าฮีโมโกลบินปกติ และค่า มาโทรคริตปกติ ปริมาณเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงปกติ ปริมาตรของเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular volum หรือ MCV)ปกติ ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular hemoglobin concentration หรือ MCHC) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณเกล็ดเลือดปกติ มารดาเป็น GDMA๑ diet control ตรวจทางหน้าท้องพบระดับยอคมตลูก ๓/<๔> ระดับสะดือ ไม่มีตับม้ามโตเท่าบวม กดไม่บวม ระบบประสาทและกล้ามเนื้อปกติ ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท Hct stat at LR= ๔๑% , DTX=๘๑ mg/dl ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด ๙ เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ๑๐๐% ระดับส่วนน้ำ +๑ ยังไม่มีน้ำเดินมดลูกหดตัวทุก ๒ นาที มดลูกหดตัวนาน ๔๐ วินาที ระดับความแรงของการหดตัวมดลูก ๒+ อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๓๖ ครั้ง/นาที คาดคะเนน้ำหนักทารก ๒,๗๖๐ กรัม ทารกดิ้นดี รับผู้คลอดไว้ในห้องคลอด เวลา ๒๑.๔๕ น. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ ปากมดลูกเปิดหมดเวลา ๒๒.๐๐ น. ย้ายเข้าห้องคลอด เชียร์แบ่งคลอด พยาบาลผู้ทำคลอดตัดแผลมีเย็บเพื่อเปิดช่องทางคลอดให้กว้างขึ้น คลอดปกติเวลา ๒๒.๐๘ น. ทารกเพศชายแรกเกิดร้องเสียงดัง ผิวสีชมพู เชี่ยวตามปลายมือปลายเท้า ขยับแขนขาได้ดี ประเมินคะแนนข้อบ่งชี้สุขภาพทารก (APGAR SCORE) นาทีที่ ๑ ได้ ๙ คะแนน นาทีที่ ๕ ได้ ๑๐ คะแนน และนาทีที่ ๑๐ ได้ ๑๐ คะแนน หักสีผิว ๑ คะแนน เชี่ยวตามปลายมือปลายเท้า น้ำหนัก ๒,๙๑๐ กรัม หลังคลอดวัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอทฉีด Oxytocin ๑๐ unit IM เมื่อไหลหน้าทารกคลอด Oxytocin ๒๐ unit in ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ ml vein drip ๑๐๐ ml /hrs. หลังคลอดนาน ๓๐ นาที (เวลา ๒๒.๓๘ น.) รกยังไม่คลอด ไม่มีสัญญาณการลอกตัวของรก รายงานแพทย์ ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดได้ ๒๐๐ มิลลิลิตร ตรวจวัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙% เปิดเส้นให้สารน้ำเพิ่มอีก ๑ เส้นเป็น ๐.๙% Nacl load จนครบ ๑,๐๐๐ ml then ๐.๙ Nacl IV drip ๘๐ ml/hr. ดูแลให้ออกซิเจน ๑๐ ลิตร/นาที ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ(CBC,UA,BUN,Cr,Electrolyte,LFT) ,Cross matching for PRC ๑ unit ไว้ เวลา ๒๒.๔๐ น. แพทย์ทำการล้วงรกแต่ไม่สำเร็จ มีเลือดไหลออกมามากขึ้น ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดได้ ๖๐๐ มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๘๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙% call for help เวลา ๒๒.๕๐ น. เลือดออกเพิ่มขึ้น ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดได้ ๙๐๐ มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ อัตรา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษารายที่ ๑ (ต่อ)

การเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๗๐/๔๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๕ % ให้สารน้ำทางเป็น NSS loading จนครบ ๑,๐๐๐ ml และให้ PRC ๑ unit เวลา ๒๒.๕๕ น. เลือดออกเพิ่มขึ้น ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดได้ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๐๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดได้ ๙๕ % เวลา ๒๓.๐๐ น. ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดได้ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดได้ ๙๕ % มารดารู้สึกตัวดีตามตอบรู้อะไร แพทย์เวรปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารให้ NSS load จนครบ ๒,๐๐๐ ml และพิจารณาส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร เวลา ๒๓.๐๕ น. ประสานและเตรียมที่มพยาบาลส่งต่อ วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๐๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙ % มารดารู้สึกตัวดีตามตอบรู้อะไร เวลา ๒๓.๑๐ น. วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๐๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙ % มารดารู้สึกตัวดีตามตอบรู้อะไร เวลา ๒๓.๑๕ น. เลือดออกเพิ่มขึ้น ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดได้ ๑,๖๐๐ มิลลิลิตร Hct = ๓๕ % วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙ % มารดารู้สึกตัวดีตามตอบรู้อะไร เวลา ๒๓.๓๐ น. ระหว่างรอรถพยาบาลและที่มพยาบาลส่งต่อ วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๗% มารดารู้สึกตัวดีตามตอบรู้อะไร เวลา ๒๓.๕๐ น. ขณะส่งต่อโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๗% มารดารู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อะไร เวลา ๐๐.๐๕ น. วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๗% มารดารู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อะไร เวลา ๐๐.๑๐ น. วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๗% มารดารู้สึกตัวดีตามตอบรู้อะไร เวลา ๐๐.๒๐ น. วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๐/๕๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๗ % มารดารู้สึกตัวดีตามตอบรู้อะไร เลือดออกเพิ่มขึ้น ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือด ได้ ๑,๙๐๐ มิลลิลิตร ถึงโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ย้ายเข้าห้องคลอดแพทย์ทำการล้วงรกสำเร็จ มีเลือดออกเพิ่ม ๓๐๐ มิลลิลิตร ได้รับ methergin ๑ amp vein PRC อีก ๒ unit วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ ได้ PRC อีก ๑ unit ความเข้มข้นของเม็ดเลือด ๓๐ % มารดาหลังคลอดตัดสินใจทำหมัน เนื่องจากมีบุตรเพียงพอแล้ว แพทย์วางแผนผ่าตัดในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ จำหน่าย วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ๔ วัน ได้รับ PRC ๔ unit ความเข้มข้นของเม็ดเลือด ๓๒ % นัดตรวจหลังคลอด ๑ เดือน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

สรุปกรณีศึกษาครั้งที่ ๒

หญิง สัญชาติ ไทย อายุ ๒๓ ปี HN ๑๘๐๕๓๖ AN ๕๘๑๒ อาชีพ แม่บ้าน สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ ๖ น้ำหนัก = ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง = ๑๖๐ เซนติเมตร น้ำหนักเพิ่ม ๑๖ กิโลกรัม รับไว้ในห้องคลอด วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๕ (๑๑.๐๐ น.) อาการสำคัญ : เจ็บครรภ์คลอด ก่อนมาโรงพยาบาล ๔ ชั่วโมง เจ็บครรภ์ถี่ ลูกดิ้นดี ไม่มีน้ำเดิน ปฏิเสธโรคประจำตัว, ปฏิเสธแพ้ยาอาหารปฏิเสธการเจ็บป่วย มารดา ตั้งครรภ์ที่ G๑PoAoLo อายุครรภ์ ๓๘+๕ สัปดาห์ by u/s ผ่าครรภ์ที่ สถานพยาบาล ครบคุณภาพมารดา ผ่าครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๙ สัปดาห์ ผ่าครรภ์จำนวน ๑๐ ครั้ง ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนามแท่ง ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ครบ ๓ เข็ม ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการปกติ ค่าฮีโมโกลบินและค่าฮีมาโตคริตปกติ ปริมาณเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงปกติ ปริมาตรของเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular volum หรือMCV) ปกติ ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (mean corpuscular hemoglobin concentration หรือMCHC) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณเกล็ดเลือดปกติ Hct stat at LR=๔๔ %, ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ๒๕ % ระดับส่วนน้ำ - ๑ ยังไม่มีน้ำเดิน มดลูกหดตัวทุก ๔ นาที มดลูกหดตัวนาน ๓๐ วินาที ระดับความแรงของการหดตัวมดลูก ๑+ อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๔๐ ครั้ง/นาที คาคะเนน้ำหนักทารก ๓,๓๐๐ กรัม ทารกดิ้นดี เวลา ๑๗.๐๐น. มารดาเริ่มเจ็บครรภ์สม่ำเสมอ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๘ เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ๑๐๐% ระดับส่วนน้ำ ๐ ยังไม่มีน้ำเดินมดลูกหดตัวทุก ๓ นาที มดลูกหดตัวนาน ๔๐ วินาที ระดับความแรง ของการหดตัวมดลูก ๒+ อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๓๒ ครั้ง/นาที เวลา ๑๘.๐๐น. มารดาเจ็บครรภ์สม่ำเสมอ มีน้ำเดิน ตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๙ เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ๑๐๐% ระดับส่วนน้ำ ๐ มดลูกหดตัวทุก ๒ นาที มดลูกหดตัวนาน ๔๐ วินาที ระดับความแรงของการหดตัวมดลูก ๒+ อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๔๐ ครั้ง/นาที เวลา ๑๙.๒๐น. ปากมดลูกเปิดหมด ย้ายเข้าห้องคลอด เชียร์เบ่งคลอด เบ่งคลอดนาน ๔๐ นาที ยังไม่คลอดรายงานแพทย์ พิจารณาช่วยทำคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ คลอดเวลา ๒๐.๓๖ น. ทารกเพศชาย แรก เกิดร้องเสียงดัง ผิวสีชมพู เขียวตามปลายมือปลายเท้า ขยับแขนขาได้ดี ประเมินคะแนนข้อบ่งชี้สุขภาพทารก (APGAR SCORE) นาทีที่ ๑ ได้ ๙ คะแนน นาทีที่ ๕ ได้ ๑๐ คะแนน และนาทีที่ ๑๐ ได้ ๑๐ คะแนน ทักสีผิว ๑ คะแนน เขียวตามปลายมือปลายเท้า น้ำหนัก ๓,๐๖๐ กรัม หลังคลอดวัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ฉีด Oxytocin ๑๐ unit IM เมื่อไหลหน้าทารกคลอด Oxytocin ๒๐ unit in ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ ml vein drip ๑๐๐ml /hr. เวลา ๒๐.๕๕ น. รกคลอด ทำคลอดรกและประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดได้ ๒๐๐ มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ Methergin ๑ amp vein ประเมินแผลฝีเย็บฉีกขาดเพิ่มระดับ ๒ เย็บซ่อมแซมฝีเย็บให้ ย้ายมารดาไปตีกหลังคลอด เวลา ๒๒.๐๐ น. หลังคลอด ๒ ชั่วโมง ตรวจพบ Hematoma และแผลฉีกขาดเพิ่มระดับ ๒ มีเลือดออกเพิ่มขึ้น ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือด ได้ ๖๐๐ มิลลิลิตร ประเมินวัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๘๐/๕๐ มิลลิเมตรปรอท มารดามีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อก เปิดเส้นให้สารน้ำเพิ่มอีก ๑ เส้นเป็น ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ ml load ดูแลให้ออกซิเจน ๑๐ ลิตร/นาที call for help แจ้งข้อมูลการรักษาให้มารดาและญาติรับทราบ รายงานแพทย์ทราบ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC,UA,BUN,Cr,Electrolyte,LFT), Cross matching for PRC ๒ unit เขียนใบขอเลือดแบบใช้ทันที ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้เวลา ๒๒.๑๐ น. แพทย์ตรวจเย็บอาการ มีเลือดไหลออกมามากขึ้น ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดได้ ๘๐๐ มิลลิลิตรชีพจร ๑๑๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๘๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท มารดามีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษาครั้งที่ ๒ (ต่อ)

เวลา ๒๒.๑๕ น. เลือดออกเพิ่มขึ้น ประเมินการเสียเลือดด้วยถุงตวงเลือดได้ ๙๐๐ มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๕ % ให้ NSS loading จนครบ ๑,๐๐๐ ml และ retained foley's cath , Hct = ๓๕ % แพทย์เวร ปริญญาสูติแพทย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้ NSS load จนครบ ๑,๐๐๐ ml และพิจารณาส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แจ้งข้อมูลให้มารดาและญาติรับทราบ เวลา ๒๓.๐๐ น. ประสานและเตรียมที่มพยาบาลส่งต่อ วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙ % มารดารู้สึกตัวดีตามตอบรู้อยู่ เวลา ๒๓.๑๕ น. วัดสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๗ % ติดตามอาการ มารดาหลังคลอดจากเจ้าหน้าที่ตึกสูติกรรม ๒ มารดาหลังคลอดได้รับการกรีดแผล เพื่อเอาก้อนเลือดออกประมาณ ๓๐๐ มิลลิเมตรและเย็บซ่อมแซมแผลให้ Total blood loss ๑,๒๐๐ ml ได้รับ PRC ๒ unit Hct= ๒๘.๔% ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๘ % มารดารู้สึกตัวดี ปวดแผลเล็กน้อยวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๖ ติดตามอาการมารดาหลังคลอด จากเจ้าหน้าที่ตึกสูติกรรม ๒ สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของชีพจร ๑๐๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๘% มารดารู้สึกตัวดี Hct= ๓๐ % ช่วยเหลือตัวเองได้ดี แผลดีไม่ปวดแผล ให้นมบุตรได้ น้ำคาวปลาสีจางลง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ติดตามเยี่ยมมารดาคลอดทางโทรศัพท์ มารดาหลังคลอดบอกว่า ปวดแผลเล็กน้อย นอนหลับดี แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนะนำวิธีคุมกำเนิดด้วยยาฉีดคุมกำเนิด รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ๒ วัน ได้รับ PRC ๒ unit ความเข้มข้นของเม็ดเลือด ๓๐ %

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๑. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อกเหมือนกัน แต่เกิดจากสาเหตุที่ต่างกัน ซึ่งกรณีศึกษารายที่ ๑ เกิดจากภาวะรक्त้าง ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ เกิดจากHematoma และแผลฉีกขาดระดับ ๒

๒. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลในทุกะยะของการคลอดและแนวทางการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนให้การพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ได้รับเลือด สารน้ำ และยาที่มีความเสี่ยงสูง ในการดูแลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและการแก้ไขภาวะวิกฤติก่อนและขณะส่งต่อ

๓. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีการกำหนดและข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในแต่ละระยะครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

๔. กรณีศึกษารายที่ ๑ คลอดปกติแต่มีภาวะรक्त้างได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาล.พินุลมังสาหารเพื่อล้งรงก และให้การดูแลรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง

กรณีศึกษารายที่ ๒ Hematomaและแผลฉีกขาดระดับ ๒ได้รับการส่งต่อไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อให้การดูแลรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง

๕. กรณีศึกษารายที่ ๑ นอน โรงพยาบาลนาน ๓ วัน กรณีศึกษารายที่ ๒ นอน โรงพยาบาล ๒ วัน หลังจำหน่าย สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนติดตามต่อเนื่องหลังคลอด ๑ เดือน สุขภาพแข็งแรงดี ปลอดภัย สามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลมารดาคลอดที่ได้รับการรักษา
ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ข้อมูล/ปีงบประมาณ		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑.	จำนวนมารดาคลอดทั้งหมด (ราย)	๑๗๖	๑๔๘	๑๕๔
๒.	อัตราการเกิด PPH	๐	๑.๓๕ % (๒ ราย)	๑.๒๙% (๒ ราย)
๓.	อัตราการเกิด PPH with Hypovolemic shock	๐	๕๐ % (๑ ราย)	๑๐๐% (๒ ราย)
๔.	จำนวนผู้ป่วยเกิด PPH ได้รับการส่งต่อ (ราย)	๐	๑	๒
๕.	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจาก PPH เช่น การเสียชีวิต , การตัดมดลูก	๐	๐	๐

ข้อมูลการดูแลมารดาคลอดผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่ในการด้านการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการเรียนรู้พัฒนางานต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่มารดาคลอดและญาติให้มากที่สุด

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. มารดาคลอดได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดได้อย่างถูกต้องครอบคลุม
๒. มารดาคลอดได้รับการประเมิน วินิจฉัย และให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและรวดเร็ว
๓. มารดาคลอดได้รับการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตที่รวดเร็ว เหมาะสมและการส่งตัวรักษาต่ออย่างปลอดภัย
๔. มารดาหลังคลอดได้รับการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด
๕. มารดาตกเลือดหลังคลอดไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

๑. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
๒. เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น
๓. เพื่อใช้จัดทำเกณฑ์ในการตามทีมส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับทีม PCT กรณี case ส่งต่อที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อให้การนำส่งผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากที่สุด
๔. เพื่อใช้เป็นเอกสารวิชาการในห้องคลอด
๕. เพื่อใช้เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้สนใจศึกษาทั่วไป
๖. เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัยต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ขาดทักษะในการล้วงรก ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด
๒. ความยุ่งยากในการสื่อสารเพื่อติดต่อประสานขอส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย
๓. อัตรากำลังในการปฏิบัติงาน เวิร์บ่าย ดึกขึ้นปฏิบัติงานเพียง ๑ คน ถ้ามีมารดาคลอดจึงเรียกอัตรากำลังเสริมตามเกณฑ์

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ทีมในการดูแลผู้ป่วยขณะคลอดไม่พร้อม เนื่องจากอัตรากำลังเวิร์บดึก พยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน ๑ คน เรียก on call nurse ห้องคลอดไม่ได้ และขณะนั้นพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินกำลังทำหัตถการ on ET-Tube มาเข้าร่วมทีมไม่ได้
๒. ขาดอัตรากำลังในการส่งต่อผู้ป่วย

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรจัดอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาทักษะในการล้วงรกของแพทย์
๒. ควรจัดอบรม พี่นพ และพัฒนาทักษะในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
๓. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการบริหารทีม บริหารยาที่ชัดเจน
๔. จัดทำเกณฑ์การตามพยาบาล on call ตามลำดับ
๕. จัดทำเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงตามรายโรค และขั้นตอน ในการตามทีมในการส่งต่อผู้ป่วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

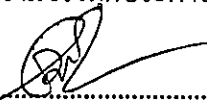
นำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการความก้าวหน้าและพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน(ถ้ามี)หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงคนเดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วน

ผลงาน ๑๐๐%

๑. นางสาวนีย์ ใฝ่จิต สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ..... ผู้ขอประเมิน

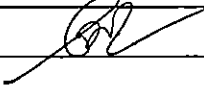
(นางสาวนีย์ ใฝ่จิต)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ


๕ มกราคม ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นาง เสาวนีย์ ใฝ่จิต	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางศรีญญา พงษ์อ่อน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ.....

(นายวศรัณ วัฒนธีรางกูร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ในงานการพยาบาลผู้คลอด
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

๒.หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอดถือเป็นภาวะวิกฤติ และเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุด รวมถึงเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยในประเทศไทยที่กำลังพัฒนาพบว่ามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูงถึง ๒๓๐ รายต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย และในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วพบ ๑๖ รายต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย สถิติปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ในประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด ๒๔ รายต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย เขตสุขภาพที่ ๑๐ พบอัตราการตายของมารดาจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด ๒ รายต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย กระทรวงสาธารณสุขได้มองเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงกำหนดเกณฑ์ อัตราการตายของมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพงานสาธารณสุขประเทศ โดยกำหนดให้อัตราส่วนการตายของมารดาจากการคลอดไม่เกิน ๑๗ รายต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ ราย ผลกระทบจากภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทำให้เกิดภาวะช็อค บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าปกติ เช่น การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บใหม่ การชูดมดลูก การตัดมดลูกทิ้ง บางรายที่เสียเลือดรุนแรง ส่งผลให้ต่อมใต้สมองขาดเลือด เนื้อเยื่อสมองบางส่วนตายเกิดภาวะ Sheehan's syndrome มีผลต่อการดำเนินชีวิต จากกรณีที่บางรายอาการรุนแรงต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดในห้อง ICU ถูกแยกออกจากครอบครัวและบุตร ทำให้เกิดความกลัว เกิดความวิตกกังวล ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ส่วนญาติก็ต้องเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดในสิ่งที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอด นอกจากนั้น ยังเป็นการเพิ่ม ค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาทั้งในส่วนของมารดา ครอบครัว และโรงพยาบาล และอาจเกิดความไม่พึงพอใจเกิดการร้องเรียนตามมาตรา ๔๑ อีกด้วย

จากสถิติของมารดาที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ในรอบ ๓ ปี พบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด ๑๗๖ ราย ไม่พบมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด ๑๔๘ ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๒ เกิดภาวะ Hypovolemic shock ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด ๑๕๔ ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๙ เกิดภาวะ Hypovolemic shock ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งหมด ๓ ราย ซึ่งจากการทบทวนข้อมูล พบว่า สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด เกิดจาก ภาวะรกค้าง ช่องทางคลอดฉีกขาดเพิ่ม เกิด Hematomaและยังขาดแนวทางการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน การบริหารหน้าที่ในทีม ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การพยาบาลและส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า ดังนั้นจากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้ค้นคว้า และศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การนำแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจาก CPG ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ มาปรับรูปแบบการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ และจัดทำแนวทางการบริหารทีม กรณีเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้บุคลากรรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง และให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด อันจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการตายของมารดา และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทันที

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอแนะ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดที่พบบ่อยที่สุดคือ การหดรั้งตัวของมดลูกไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางคลอด รกหรือชิ้นส่วนของรกค้าง และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ซึ่งในปัจจุบันยังคงพบว่ามีมารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะช็อก ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU ภาวะซีดทำให้ต้องได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นจากการตกเลือดหลังคลอด หรืออาการอาจจะรุนแรงถึงขั้นต้องตัดมดลูกหลังคลอด หรือเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้น การดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น จึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลสูติกรรม ซึ่งจากการรวบรวมปัญหา จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้มีแนวทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะ shock จากการตกเลือดหลังคลอด
3. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอด
4. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

กลุ่มเป้าหมาย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดได้รับการดูแลตามมาตรฐานทุกราย
2. บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลและบทบาทหน้าที่ในทีมได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาข้อมูลและทบทวนปัญหาของมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
๒. นำเสนอ สาเหตุ ปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
๓. จัดทำแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยปรับรูปแบบจากแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดของ CPG เขตสุขภาพที่ ๑๐ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่
๔. ทดลองใช้แนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดกับมารดาคลอดทุกราย
๕. นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แก้ไข เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมากที่สุด

แนวทางการป้องกันมารดาตายจากภาวะตกเลือดหลังคลอด หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่
PPH Check list (ใช้ทุกราย เมื่อคนไข้ Fully dilate)

ระยะก่อนคลอด ชักประวัติ ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือด เจาะ HCT ทุกราย < ๓๓% รายงานแพทย์
และเจาะ CBC+ Cross match

****กรณีที่ต้อง Cross match****

๑. HCT \leq ๓๐%
๒. มีประวัติตกเลือดก่อนคลอดและหลังคลอด
๓. มีประวัติ Abortion
๔. มารดา Teenage pregnancy
๕. มารดาตั้งครรภ์ที่ ๔

ระยะรอคคลอด ใช้ Partograph ในการเฝ้าระวังการคลอดยาวนาน

ระยะคลอด (Intrapartum)	
Prevention	<input type="checkbox"/> โหลหน้าของทารกคลอดให้ Oxytocin ๑๐ unit IM และให้ Oxytocin ๒๐ unit +๕% DN/๒ ๑,๐๐๐ ml vein drip rate ๑๐๐ cc/hr <input type="checkbox"/> Delay cord clamping ๑ - ๓ นาที (ป้องกันภาวะซีดในทารก) <input type="checkbox"/> ใช้ถุงตวงเลือดหลังเด็กคลอด เพื่อประเมิน Blood loss <input type="checkbox"/> ทำคลอดรกโดยวิธี cord control <input type="checkbox"/> หลังรกลอดกดมดลูกส่วนล่างโดยกดนาน ๑๐ นาที กดให้แรงพอเพื่อให้ส่วนของมดลูกที่ถูกกดบีบเข้าหากันแน่น <input type="checkbox"/> หลังรกลอด BP < ๑๔๐/๙๐ mmHg ให้ methergine ๐.๒ mg IV <input type="checkbox"/> Uterine Massage <input type="checkbox"/> V/S ทุก ๑๕ นาที
Alert PPH (EBL ๓๐๐ ml และยังมีเลือดออกมาก)	<input type="checkbox"/> เปิดเส้นด้วย Medicath เบอร์ ๑๘ ให้ NSS/LRS ๑,๐๐๐ ml IV drip rate ๑๐๐ cc/hr. <input type="checkbox"/> ส่ง LAB cross match จอง PRC ๒ unit / CBC ,LFT ,Electrolyte ,BUN ,Cr,UA <input type="checkbox"/> Check : ๔ T - Tone : ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี - Trauma : การฉีกขาดของช่องทางคลอด - Tissue : ชิ้นส่วนเนื้อเยื่อค้างอยู่ในโพรงมดลูก - Thrombin : การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ <input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ <input type="checkbox"/> ดูแลรักษาตามสาเหตุ <input type="checkbox"/> Methergin ๐.๒ mg IV ทุก ๑๕ นาที หากมดลูกหดตัวไม่ดี

ระยะคลอด (Intrapartum)	
PPH (EBL ๕๐๐ - ๑,๐๐๐ ml.) **ภายใน ๓๐ นาที ถ้าไม่ดีขึ้น ให้ Refer	<input type="checkbox"/> call for help (ปฏิบัติตามบทบาท) <input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ <input type="checkbox"/> NSS ๑,๐๐๐ ml + oxytocin ๒๐ - ๔๐ unit IV drip rate ๑๐๐ - ๑๒๐ cc/hr. <input type="checkbox"/> other medication <input type="checkbox"/> methergin ๐.๒ mg IV ซ้ำได้อีกทุก ๑๕ นาที <input type="checkbox"/> Cytotec ๕ tabs rectal supose <input type="checkbox"/> Nalador ๕๐๐ mcg. + NSS ๑๐๐ ml. vein drip in ๓๐ นาที
PPH (EBL ๕๐๐ - ๑,๐๐๐ ml.) **ภายใน ๓๐ นาที ถ้าไม่ดีขึ้น ให้ Refer	<input type="checkbox"/> ให้ PRC ๒ unit (หากไม่มีให้ refer) <input type="checkbox"/> Retained foley's catheter ,On O๒ mask with bag ๑๐ LPM <input type="checkbox"/> ถ้า BP drop ให้ LRS IV push และดูแลเหมือน EBL ๑,๐๐๐ - ๑,๕๐๐ ml. <input type="checkbox"/> หา cause อีกครั้ง <input type="checkbox"/> แจ้งญาติ , แจ้ง โรงพยาบาลแม่ข่าย <input type="checkbox"/> Uterine massage
๒ ชม. หลังคลอด	<input type="checkbox"/> Obs. V/S ทุก ๑๕ นาที x ๔ ครั้ง, ๓๐ นาที x ๒ ครั้ง, เพื่อสังเกตอาการ shock <input type="checkbox"/> Uterine Massage ทุกครั้งที่วัด V/S <input type="checkbox"/> Obs. Full Bladder <input type="checkbox"/> Obs. Bleeding per vagina แผลฝีเย็บ ทุก ๑๕ นาที กรณีเลือดชุ่ม pad ให้ชั่งน้ำหนัก (ชั่งทุกครั้งชุ่ม) - Record bleeding - ถ้า blood loss รวมช่วง intrapartum เกิน ๕๐๐ ml. ให้รายงานแพทย์ - กรณี case PPH ถ้ายังมี bleeding per vagina ให้รายงานแพทย์ทันที <input type="checkbox"/> กระตุ้น BF (ถ้าแม่สามารถให้ได้)
๒๔ ชั่วโมงแรกหลังคลอด	<input type="checkbox"/> Obs. V/S ทุก ๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ดูแลคลึงมดลูกและสอนคลึงมดลูก <input type="checkbox"/> กระตุ้น BF ทุก ๒-๓ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> Obs. Bleeding per vagina <input type="checkbox"/> obs. แผลฝีเย็บเพื่อประเมิน Hematoma <input type="checkbox"/> งดดื่มน้ำอุ่นและน้ำร้อนใน ๒๔ ชั่วโมงแรก
๒๔ ชั่วโมง - ๔๘ ชั่วโมงหลังคลอด	<input type="checkbox"/> Obs. V/S ทุก ๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> กระตุ้น BF ทุก ๒-๓ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ดูแล Hygiene care

แนวทางการบริหารทีม กรณีเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

การบริหาร PPH Team	
ห้องคลอด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่	
บุคลากร	หน้าที่รับผิดชอบ
แพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - ให้การรักษา/ สั่งการรักษา - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ
พยาบาลคนที่ ๑ (Incharge) ER กรณี Active case	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานแพทย์ทราบถ้า Blood loss \geq ๓๐๐ ml - ประเมินสัญญาณชีพและจับ oxygen sat เพื่อประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด - เปิดเส้นให้สารน้ำเพิ่มเป็น NSS ๑,๐๐๐ ml หรือ LRS โดยใช้เข็มเบอร์ ๑๘ - ประสาน Lab Cross match ,CBC , LFT, Electrolyte , BUN , Cr , UA - เตรียมและให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ <ul style="list-style-type: none"> * ให้ Oxytocin ๑๐ unit IM หลังไหลหน้าคลอด * ให้ Oxytocin ๒๐ unit ใน ๕% D/N/๒ ๑,๐๐๐ ml IV drip ๑๐๐ ml/hr. * ให้ Methergin ๑ amp IV หลังรกคลอดถ้า BP < ๑๔๐/๙๐ mmHg ซ้ำได้ทุก ๑๕ นาที max dose ไม่เกิน ๕ amp * Nalador ๑ amp (๕๐๐ mg)+NSS ๑๐๐ ml IV drip in ๓๐ นาที * Cytotec (๒๐๐ mg) ๕ tab rectal suppose ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี - ควรพิจารณา Refer - ให้ O_๒ Mask with bag ๑๐ LPM - ประสานเตรียมทีม Refer - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ - กรณีต้อง Refer ประสานข้อมูล รพ.พิบูลมังสาหาร/ รพ.สรรพสิทธิประสงค์
พยาบาลคนที่ ๒ (Member) On call (นอกเวลา)	<ul style="list-style-type: none"> - ทำคลอด - กดบริเวณส่วนต้นของมดลูกหลังรกคลอดนาน ๑๐ นาที - ประเมินการหดตัวของมดลูก - หลังรกคลอดประเมิน blood loss ด้วยถุงตวงเลือด - ประเมินการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ / เย็บซ่อมแซมฝีเย็บ - ประเมิน ๔T ได้แก่ Tone ,Trauma ,Tissue , Thrombin - Retained foley's catheter ถ้า EBL \geq ๕๐๐ ml - Bimanual uterine compression (กรณี PPH) - ดูแลผู้ป่วยขณะ รอ Refer และร่วมทีม CPR กรณี Arrest <p>**หมายเหตุ **</p> <p>๔T คือ Tone = ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก Trauma = การบาดเจ็บ ที่เกิดขึ้นกับช่องทางคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์ Tissue = การเหลื่อมค้ำของเศษรก Thrombin= ความผิดปกติของเกร็ดเลือด</p>

การบริหาร PPH Team (ต่อ)	
บุคลากร	หน้าที่รับผิดชอบ
พยาบาลคนที่ ๓ พยาบาล ER/ward ๒ (ช่วยรับเด็ก)	- ประเมินอาการและสัญญาณชีพทารกแรกเกิดภายใต้ Radiant war mer - Suction clear airway - ฉีด Vitamin k ๑ amp IM หน้าขาซ้ายด้านข้าง - ดูแล cord care - keep warm - ช่วย N๒ ในการทำBimanual uterine compression (กรณี PPH) - ทีม CPR กรณี Arrest
Nurse Aide (N ๔)	- ช่วยประเมินสัญญาณชีพมารดาตลอด - ประสานขอความช่วยเหลือ ER กรณี PPH - ช่วยคล้องมดลูกประคบเย็น - ดูแลให้ oxygen mask with bag ๑๐ LPM - เตรียมอุปกรณ์ Refer - ร่วมทีม CPR กรณี Arrest
พยาบาลส่งต่อ (N ๕)	- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ - เตรียมอุปกรณ์ในการส่งต่อผู้ป่วย - ดูแลทางเดินหายใจร่วมกับ N๑ - รับส่งต่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วยจากพยาบาลห้องคลอด - ประเมินสัญญาณชีพก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถส่งต่อ - ร่วมทีม CPR กรณี Arrest

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ประเมินภาวะเสี่ยงได้รวดเร็ว และสามารถตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยได้ทันเวลา
๒. บุคลากรเข้าใจแนวทางปฏิบัติและสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ในทีมให้การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดได้
๓. มารดาตกเลือดหลังคลอดได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ ๕
2. อัตราการเกิดภาวะ shock จากการตกเลือดหลังคลอดเป็น ๐
3. อัตราการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดเป็น ๐
4. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดได้รับการดูแลตามมาตรฐานทศวรรษ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ

(นางเสาวนีย์ ใฝ่จิต)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่ได้รับยา Streptokinase: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ และศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจจะช่วยลดอัตราการตายได้ จึงทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา SK พยาบาลจึง มีบทบาทสำคัญในการประเมิน คัดกรอง ชักประวัติ การวินิจฉัย การเตรียมยา การให้ยา การพยาบาล ทักษะ และ การส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจ มีการอุดตันแบบสมบูรณ์หรือตีบรุนแรง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โดยจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาเป็นนาทีหรือไม่เกินชั่วโมง กลไกการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมัน ที่เกาะในหลอดเลือด เมื่อมีการปริแตกร่างกายจะระดมเกร็ดเลือดและสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือด ส่วนนั้น จนส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์หรือตีบรุนแรง ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืด เป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิต ของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ ๕-๑๐ การรักษาคือการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด การประเมิน การวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มาก รวมทั้ง การส่งต่อและการประสานงานภายในโรงพยาบาล มีส่วนสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เพื่อลดหรือป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมและการปฏิบัติตนเองอย่างเหมาะสม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพสาเหตุ อาการอาการแสดง สามารถ รวบรวมปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนให้การพยาบาลอย่างถูกต้องครอบคลุม มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยหาย จากภาวะแทรกซ้อน มีชีวิตรอดปลอดภัยและสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติไป โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุ สำคัญอันดับ ๑ ของการเสียชีวิต (จาก WHO) ในประเทศไทย ปี ๒๕๖๐ มีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูง ๓๒๖,๙๔๖ คน และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ ๕๗ คน และมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลจาก กรมการแพทย์ ปี ๒๕๖๒ พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจถึง ๖๙๐๖ ล้านบาทต่อปี

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง (F๒) อยู่ห่างไกลจากรพ.สรรพสิทธิ ประสงค์ ๘๓ กม. ใช้เวลาเดินทาง ๑.๓๐ ชม. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นพยาบาลในท้องฉุกเฉินจึงมีบทบาท สำคัญในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็วรายงานแพทย์และนำสู่การวินิจฉัยโรค ให้ยาละลายลิ่มเลือด ทันเวลา และประสานการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบช่องทางด่วนโดยพยาบาล ICU Mobile ได้อย่างปลอดภัย รวดเร็ว ทันเวลา ผู้ป่วยรอดชีวิตกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สถิติในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีจำนวน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ๓๕ ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ในท้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จำนวน ๒๐ ราย ส่งต่อทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ๒๐ รายและ เสียชีวิต ๒ ราย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงเป็นหน้าที่เบื้องต้นที่พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องให้การพยาบาลอย่างรีบด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยของแพทย์ และสามารถให้การรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

๑.ด้านการประเมินผู้ป่วย แนวทางในการซักประวัติ คัดกรอง อาการและอาการแสดง ของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตามแบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต นำไปสู่การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและสามารถให้การพยาบาลและรักษาได้ทันเวลาอย่างปลอดภัย

๒. ด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยนั้นพยาบาลต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านต่างๆดังนี้ (สำออง ตันวิเชียร,๒๕๕๗)

๒.๑ ด้านการประเมินผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล มีการประเมิน แรกเริ่มและประเมินทุกช่วงเวลาเนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสที่อาการมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

๒.๒. ด้านร่างกาย การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะวิกฤตด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การรักษาพยาบาลให้รวดเร็วทันเวลา เนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตหรือการบาดเจ็บ หรือมีการบาดเจ็บหลายระบบหรือมีภาวะล้มเหลวหลายระบบร่วมกัน ผู้ป่วยอาจหมดสติ ภาวะช็อก ตกเลือด หัวใจวาย ไตวาย และภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยในภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓.ด้านจิตสังคม ความต้องการด้านจิตสังคมก็เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ที่ต้องการพยาบาลที่มีความสามารถในการจัดการเรื่องต่างๆเช่นการยอมรับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกต่างๆเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ส่งเสริมและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการยอมรับ มีส่วนร่วม ตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

๒.๔. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จัดการหรือลดสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นอาการเจ็บป่วยหรือมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ

๓.การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอนได้แก่

๓.๑ การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)

๓.๒ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

๓.๓ การวางแผนการพยาบาล (planning)

๓.๔ การปฏิบัติการพยาบาล (implementation)

๓.๕ การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

๔.แนวทางการรวบรวมข้อมูล นำทฤษฎีการพยาบาลของไอเรมมาประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพ ความสามารถ ความต้องการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องรวมถึงแผนการพยาบาล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากรายงานขององค์การอนามัย โลกพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ มีผู้เสียชีวิตประมาณ ๙.๒ ล้าน ในประเทศไทยเสียชีวิตเป็นอันดับ๔โดยสถิติการเสียชีวิตร้อยละ ๓๑.๓ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑) สถิติในปี๒๕๖๔-๒๕๖๖ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ๓๕ ราย คิดเป็น ๑๗.๑ ต่อแสนประชากร ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จำนวน ๒๕ ราย ส่งต่อทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ๒๕ รายและเสียชีวิต ๒ ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย ชักประวัติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การรายงานแพทย์ และเป็นผู้ประสานงานส่งต่อ เพื่อสวนหัวใจอย่างเร่งด่วนจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจการดำเนินของโรคและแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากตำรา เอกสารวิชาการอินเทอร์เน็ต เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาเฉพาะราย นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย
๒. เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (case Study) จากผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตของผู้ป่วย จำนวน ๒ ราย ซึ่งมารับบริการที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่
๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
๔. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบจิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติ การเจ็บป่วยของครอบครัว
๕. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
๖. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษายาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง
๗. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะรายจัดทำเป็นเอกสารวิชาการทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของผลงานเนื้อหา

เป้าหมายของงาน

- ๑ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เข้าใจภาวะสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพ และจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดSTEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด:กรณีศึกษา ๒ ราย ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑ หญิงไทยอายุ ๗๙ ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกรมเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัมส่วนสูง๑๔๕เซนติเมตรBMI = ๒๓.๗ kg/ m^๒ ให้ประวัติ ขณะรอตรวจ ติดตามอาการติดเชื้อ Covid - ๑๙ มีอาการแน่นหน้าอกแล้วไปหลัง วิงเวียน แกร็บที่ Cohort ward โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕ เวลา เวลา ๐๙.๓๐ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบ รู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นหลังรับประทานอาหาร Pain Score ๑๐/๑๐ ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ มีโรคประจำตัวเป็น DM type ๒ อาการแกร็บ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกสัญญาณชีพ แกร็บ อุณหภูมิ ๓๗ องศา ซีพจร ๗๒ ครั้ง/นาที ,หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที,ความดันโลหิต ๑๑๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท O๒sat ๙๙ % E๔V๕M๖ Pain Score ๑๐/๑๐ EKG: show STEV๒,V๓,Trop-T :Positive ให้อายา ASA ๓๐๐ mg tab เคี้ยวกลืน ,Plavix ๗๕mg ๔ tab oral stat เวลา ๑๐.๐๐ น. อาการแน่นหน้าอกลดลง ปรีक्षाแพทย์ เฉพาะทาง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา ๑๐.๐๗ น.สั่งการรักษาให้อายา SK ๑.๕ MU+NSS ๑๐๐ CC vein drip in๑hr. เริ่มให้อายาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase). ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำและหลังได้อายา SK ในนาที่ที่ ๑๐ มีภาวะHypotension ความดันโลหิต๕๒/๒๘ มิลลิเมตรปรอท on ๐.๙%NSS load ๕๐๐ ml/hr. ให้การพยาบาลตาม แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ำเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดติดตาม วัดสัญญาณชีพทุก ๕ นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๐ - ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท MAP ๖๘ - ๖๘ ซีพจร ๖๘-๘๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้ง/นาที O๒Sat ๙๘ - ๙๙% Pain score ๐ ได้รับการดูแลรักษาตามกระบวนการพยาบาลทุกระยะผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยขณะให้ ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ เนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ ไม่มีเตียงรองรับ ต้องรับไว้AdmitในCohort wardขณะนอนรักษามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงให้การรักษาด้วยอินซูลินตามscale และรักษาภาวะการติดเชื้อโควิด-๑๙ อย่างต่อเนื่อง Favipiravir ๔ tabs bid pc จนครบตามแผนการรักษา สัญญาณชีพขณะนอนโรงพยาบาลความดันโลหิต ๑๐๐/๗๐ - ๑๑๐/ ๘๐ มิลลิเมตรปรอทซีพจร ๗๐-๙๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/ นาที O๒Sat ๙๘% Pain Score ๐/๑๐ ขณะนอนโรงพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล เฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเตรียมอุปกรณ์ ยาช่วยชีวิตตลอดเวลา ให้ข้อมูลคำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบ รู้เรื่อง จำหน่ายกลับบ้านวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๕ รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล ๑๐ วัน มีนัดวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) รวมพักรักษาตัว ๕วัน มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้รับยา Ceftriaxone ๒ gm IV OD แพทย์อนุญาตให้ส่งตัวกลับมารักษาที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ เพื่อให้รับยา Ceftriaxone ๒ gm IV จนครบ ๗ วัน จำหน่ายกลับบ้าน ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ได้รับยาASA (๘๑mg) ๑X๑ oral pc , Omeprazole ๒๐mg ๑x๑ oral ac, Clopidogrel ๗๕mg ๑x๑ oral pc, Atrovas ๔๐ mg ๑ tab hs, Metformine ๘๕๐ mg ๑x๒ oral pc, Metronidazole ๒๐๐ mg ๒x๓ oral pc , ORS จิบ และนัดติดตามอาการ ๑ เดือนได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับรพ.สต.ในเขตเพื่อติดตามเยี่ยมอาการและส่งกลับข้อมูลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยญาติเข้าใจพยาธิสภาพและมีความรู้มากขึ้นในการปฏิบัติตัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๒ หญิงไทยอายุ ๖๕ ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกรม เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย นั้บถือ ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก ๖๗ กก. ส่วนสูง ๑๕๖ เซนติเมตร BMI = 27.50 kg/m^2 ๑.๓๖ ซม.ก่อนมา เจ็บแน่นตรงกลางหน้าอก ๓ ครั้ง นานประมาณ ๑๐ นาที ไม่ร้าวไปที่ไหน แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๗.๓๖ น.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพอุณหภูมิ ๓๖.๖ องศา ซีฟจร ๖๘ ครั้ง/นาที, หายใจ ๓๖ ครั้ง/นาที ,ความดันโลหิต ๑๔๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท O๒ sat ๙๗ % E๔V๕M๖ , Pain Score ๙ /๑๐, EKG :show STE II,III ,RBBB, Trop-T: Negative ให้อายา ASA ๓๐๐ mg ๑ tab.เคี้ยวกลืน, Plavix ๗๕ mg ๔ tab Oral stat เวลา ๑๘.๓๐ น. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สั่งการรักษาให้อายา SK๑.๕mu +NSS ๑๐๐ CC vein drip in ๑ hr. เวลา ๑๘.๔๐ น ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำและให้การพยาบาลตาม แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดติดตามวัดสัญญาณชีพ ทุก ๕ นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๐ - ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท MAP ๗๐-๗๒ ซีฟจร ๗๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้ง/นาที O๒Sat ๙๘ - ๙๙% ระหว่างให้นานาที่ ๑๕ ผู้ป่วยมีภาวะ hypotension ความดันโลหิต ๗๙/๓๗ มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร ๖๐ครั้ง/นาที หายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ปวดท้องอาเจียน ได้แก้ไขภาวะ hypotension โดยให้ ๐.๙ % NSS ๓๐๐ ml. vein load เวลา ๑๘.๔๕ น หลังให้ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๕ มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร ๗๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ทุกระยะผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินนานประมาณ ๑.๓๐ ชม. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเวลา ๒๐.๐๐ น. สัญญาณชีพก่อนการส่งต่อ ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอทซีฟจร ๖๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/ นาที O๒Sat ๑๐๐% Pain Score ๕ /๑๐ ขณะนำส่งให้ การปฏิบัติการพยาบาล เฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ชิดให้ข้อมูล คำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง นำส่งต่อโดยพยาบาล ICU Mobile อุปกรณ์ ยาช่วยชีวิตตลอดเวลา สัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อ ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๕ - ๑๑๕/๗๕ มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร ๗๐-๘๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘-๒๐ ครั้ง/นาทีให้ออกซิเจน Cannula ๓ l/min O๒Sat ๙๘ - ๑๐๐% Pain score ๕/๑๐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและเตรียมเคลื่อนย้ายส่งต่อรพ.สรรพสิทธิประสงค์ เฝ้าสังเกตและติดตามอาการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography) และทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) รวมระยะเวลาการรักษา ๔ วัน อาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รับยา Aspirin (๘๑mg) ๑x๑ oral pc ,omepazone ๒๐ mg ๑x๑ oral ac, Clopidogrel ๗๕ mg ๑x๑ oral pc ,Atorvastatin ๔๐mg ๑x๑ oral hs. และนัดติดตามอาการ ๓๐ วันได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับรพ.สต.ในเขต ติดตามเยี่ยมอาการและส่งกลับข้อมูล ผู้ป่วย มีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยญาติเข้าใจพยาธิสภาพและมีความรู้มากขึ้นในการปฏิบัติตัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง๒ราย

๑. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดSTEMIแต่ความรุนแรงและตำแหน่งที่เกิดต่างกัน
๒. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นเพศหญิงมีอายุใกล้เคียงกัน อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้ง ๒ ราย กรณีรายที่ ๑ มีโอกาสเสี่ยงมากกว่ารายที่ ๒ เนื่องจากโรคเบาหวานและมีภาวะการติดเชื้อโควิด-๑๙
๓. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายไม่มีข้อห้ามในการให้ยาSKและได้รับยาSK ทันเวลาที่กำหนด ทั้ง ๒ ราย มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเกิดภาวะHypotension
๔. การกำหนดและข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในแต่ละระยะครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
๕. กรณีศึกษารายที่๑ได้รับการAdmit ที่ Cohort ward โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ให้การพยาบาลโดยมีการประสานงานร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในทุกระยะการพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน กรณีรายที่ ๒ ส่งต่อด้วยระบบ FAST TRACK ภายในเวลาที่กำหนดโดยมีทีม Mobile ICU เป็นพยาบาลส่งต่อรพ.สรรพสิทธิประสงค์ เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง
๖. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายได้รับการส่งต่อข้อมูลไปที่รพ.สต.ใกล้บ้านเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมอาการ และส่งกลับข้อมูลมาที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันและเป็นอันดับต้นๆในระดับประเทศพยาบาลต้องมีความรู้ทักษะการประเมินคัดกรอง การอ่านผลEKGเบื้องต้น การรายงานแพทย์อย่างรวดเร็ว การวางแผนและการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจึงจะมีความปลอดภัย เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และการเข้าถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในปี ๒๕๖๔ , ๒๕๖๕ , ๒๕๖๖ มีผู้ป่วย STEMI จำนวน ๘,๑๐,๑๗ ตามลำดับและได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน ๔,๕,๑๑ และผู้ป่วยเสียชีวิต ปี ๒๕๖๔ , ๒๕๖๕ , ๒๕๖๖ จำนวน ๐,๑,๑ จึงได้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดSTEMI เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการทันเวลา

๕.๒เชิงคุณภาพ

๑. พยาบาลสามารถให้การคัดกรองและรักษาพยาบาลได้ถูกต้องและรวดเร็ว
๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
๓. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีความเข้าใจต่อโรคและสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว
๔. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถ้ากลับเป็นอีกครั้ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)
๒. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI
๓. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆที่สนใจ
๔. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพบลักษณะความยุ่งยากของงานดังนี้

ความยุ่งยากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย เนื่องจากโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ๘๓ กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทาง ๑.๓๐ ชั่วโมง กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกันจากปัญหาที่พบ กรณีศึกษารายที่ ๑ จะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าเนื่องจากมีภาวะติดเชื้อโควิด ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลรักษา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย พยาบาลและทีมการพยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะการดูแล การประเมินการพยาบาลภาวะวิกฤติภายใต้ศักยภาพที่มีอยู่ อย่างเต็มความรู้ความสามารถ การประสานร่วมมือครอบครัวผู้ดูแลให้มีความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเครือข่าย

ปัญหาในการติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-๑๙ มีความยุ่งยากซับซ้อน บางครั้งไม่มีเตียงรองรับ ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาพยาบาล รวมทั้งปัญหาพยาบาลมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษา การคัดกรองที่ล่าช้าส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ด้านผู้ป่วย การเข้าถึงระบบบริการล่าช้า ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานทำให้เกิดความล่าช้า การเรียกใช้รถ ๑๖๖๙ ของผู้รับบริการยังน้อยส่วนมากใช้รถส่วนตัวซึ่งไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้น

๘.๒ ด้านสถานที่ให้บริการ การให้บริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการดูแลที่ต้องใช้ความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์ระบบการดูแลพบว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่ แนวทางในการดูแลไม่เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติด้านอุปกรณ์ไม่พร้อมในการใช้งาน

๘.๓ ด้านบุคลากร พยาบาลมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษาของแพทย์ การคัดกรองที่ล่าช้าส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย

๘.๔ ระบบการขอคำปรึกษาไม่ทราบช่องทางด่วน ปรึกษาล่าช้าใช้เวลานาน เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจในโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีสมรรถนะด้านการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายภาวะหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา

๙.๒ พัฒนาความรู้ทักษะทีมแพทย์ พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในการบริหารการยาStreptokinase อย่างปลอดภัย

๙.๓ พัฒนาระบบการสื่อสาร การประสานงาน การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางให้มีความสะดวก รวดเร็วมากขึ้น

๙.๔ พัฒนาความรู้สมรรถนะพยาบาลและทีมดูแลระหว่างส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ

๙.๕ การประสานเครือข่ายบริการสุขภาพ การให้ความรู้เสริมพลังในเรื่องการเฝ้าระวังเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

นำเสนอผลงานวิชาการในการประชุม วิชาการ เรื่องความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในยุคBANI รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ อุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน : ไม่มี

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติผลงานนี้ร้อยละ ๑๐๐

๑.) นางพูนทรัพย์ จันทวี สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

๒.).....สัดส่วนของผลงาน.....

๓.).....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

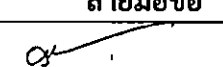
(นางพูนทรัพย์ จันทวี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙/ มกราคม /พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางพูนทรัพย์ จันทวี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางศรีญญา พงษ์อ่อน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๙ / มกราคม /พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายวศรัญญ์ วิฒนธีรางกูร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

(วันที่) ๙/ มกราคม /พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการคัดกรองโดยใช้ MOPH ED Triage ผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

การคัดกรองผู้ป่วยเป็นกระบวนการสำคัญในการจัดลำดับ คัดแยกผู้ป่วยตามประเภทความเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการเจ็บป่วย ให้การรักษาพยาบาลได้ทันเวลา เหมาะสมการประเมิน คัดกรอง ที่ถูกต้องจะช่วยลดอัตราทรุดลงส่งต่อ หรืออุบัติการณ์เสียชีวิตของผู้ป่วยได้ และช่วยลดระยะเวลารอคอยได้ สถิติอุบัติการณ์ทรุดลงขณะรอตรวจที่ OPD ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ จำนวน ๔,๗,๕ ราย ตามลำดับ (เวชระเบียน โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ,๒๕๖๖) จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ๑ ราย รอตรวจที่ OPD พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มีอาการเหนื่อยแน่นหน้าอก จากการตรวจประเมินประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ซักประวัติไม่ครอบคลุม คือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รับประทานต่อเนื่อง มีอาการแน่นหน้าอกที่บ้าน ๒ ครั้ง กินยาลดกรดแล้วดีขึ้นแต่ไม่ได้ให้ข้อมูลแก่พยาบาลจุดคัดกรอง พยาบาลที่จุดซักประวัติ OPD พบว่าผู้ป่วยมีประวัติอาการเจ็บแน่นหน้าอก ได้รายงานแพทย์และส่งต่อผู้ป่วยไปที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า รายงานแพทย์และประสาน งานปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง พิจารณาให้ Streptokinase และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบคือการประเมินคัดกรองไม่ถูกต้อง

ซึ่งปัจจุบันการประเมินคัดกรอง แยกระดับผู้ป่วยตามหลัก Triage ESI ทำให้แพทย์และพยาบาลสามารถให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันและอยู่ในภาวะฉุกเฉินจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วนทันเวลา ลดระยะเวลารอคอยและที่สำคัญลดข้อร้องเรียน วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินคัดกรองในโรงพยาบาล
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองได้ถูกต้อง รักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย
๓. เพื่อให้ทีมผู้รักษาพยาบาลได้เตรียมการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วย

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินคัดกรอง ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาครั้งนี้ใช้แนวคิดระบบการคัดกรองผู้รับบริการ ประกอบด้วย ความหมาย ความสำคัญ มาตรฐานการคัดกรอง แนวคิดการประเมินผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาล

การคัดกรองผู้ป่วย(Triage) หมายถึง การจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตามความเร่งด่วน เพื่อคัดแยกผู้ป่วยรายใดจำเป็นต้องได้รับการรักษาเป็นลำดับแรก โดยประเมินสภาพตามอาการ และภาวะของโรคผู้ป่วย

สำหรับห้องอุบัติเหตุจำเป็นต้องมีกระบวนการคัดกรอง(Triage)เพื่อหาผู้ป่วยที่รอไม่ได้และจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ซึ่งจำนวนผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแนวโน้มที่มากขึ้น มีความแออัดมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือกระบวนการคัดกรองที่แม่นยำและน่าเชื่อถือที่มาของเครื่องมือกระบวนการคัดกรอง(Triage) โดยนำ Thailand National Triage Guideline(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑)

มาตรฐานการคัดกรอง(Triage) เป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ ๒ การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพยาบาลวิชาชีพคัดกรองการเจ็บป่วยที่สำคัญที่มาใช้บริการ ณ หน่วยงาน

อุบัติเหตุฉุกเฉินทุกราย จัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาลตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย (สำนัก การพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑)

การบันทึกทางการพยาบาล ตามมาตรฐานที่ ๘ พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่าง มีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมรักษาและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายโดยกำหนดแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลให้ถูกต้องและต่อเนื่องครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมถูกต้อง และต่อเนื่องข้อความที่บันทึกชัดเจนกะทัดรัด

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. นำเสนอเพื่อขออนุมัติการจัดทำเรื่องการพัฒนารูปแบบการประเมินคัดกรองผู้ป่วยในท้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ให้ผู้บังคับบัญชาและ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่
๒. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการจัดทำการพัฒนาแบบการประเมินคัดกรอง
๓. ประชุมวางแผนการดำเนินการพัฒนาแบบการประเมินคัดกรอง(Triage)
๔. ทบทวนและปรับปรุงแนวทาง MOPH ED Triage มาใช้เป็นรูปแบบเดียวกัน
๕. เสนอผู้บริหารคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ผู้ที่เกี่ยวข้องพยาบาลวิชาชีพที่คัดกรองผู้ป่วยเพื่อใช้แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยรวมทั้งรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่เกิดจากการใช้แบบประเมินคัดกรอง
๖. ประเมินผลการใช้แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย ทุก ๓ เดือน และนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ต่อไป

๔. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑ . ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ถูกต้อง ปลอดภัย
- ๒ . บุคลากรพยาบาลสามารถนำรูปแบบคัดกรอง ๕ ระดับไปใช้ในการคัดกรองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
- ๓ . ลดระยะเวลาารอคอยตรวจที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๖. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ไม่พบอุบัติเหตุการเกิดเหตุการณไม่พึงประสงค์ขณะรอดตรวจ
๒. ผู้ป่วยได้รับการประเมินถูกคัดกรอง ต้องและครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐
๓. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการคัดกรองMOPH ED Triageอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ ๘๐
๔. ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

ลงชื่อ)

(นางพูนทรัพย์ จันทวี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ /มกราคม / พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1.ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษา
เปรียบเทียบ2ราย

2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ 18 กันยายน 2565 – 10พฤศจิกายน 2565

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคโควิด-19 (COVID-19) หรือ โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส สายพันธุ์ใหม่ 2019 เริ่มระบาดในช่วงเดือนธันวาคมปี 2019 โดยเกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า SARS-CoV-2 พบเชื้อครั้งแรกที่ตลาดอาหารทะเลในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และแพร่ระบาดสู่ประเทศอื่น ๆ อย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาเกือบทุกประเทศทั่วโลก ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) ไวรัสโคโรนา คือ กลุ่มไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วย มีอาการตั้งแต่เป็นไข้ธรรมดาจนถึงระดับที่รุนแรง เช่น ไวรัส MERS (Middle East Respiratory Syndrome) และ SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)

ความหมายของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส

เชื่อก่อนโรคไวรัสโคโรนา มีชื่อชั่วคราวที่ใช้ในตอนแรกคือ 2019-nCoV ชื่อทางการในปัจจุบันคือ SARS-CoV-2 ส่วนชื่อของโรคติดเชื้อชนิดนี้ เรียกว่า COVID-19 ย่อมาจาก CO แทน corona, VI แทน virus, D แทน disease และ 19 แทน 2019 ไวรัสโคโรนา เป็นกลุ่มของเชื้อไวรัสที่สามารถก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจในคน ซึ่งไวรัสที่อยู่ในกลุ่มนี้มีหลายสายพันธุ์ ส่วนใหญ่ทำให้เกิดอาการไม่รุนแรง คือ เป็นไข้หวัดธรรมดา ในขณะที่ บางสายพันธุ์อาจก่อให้เกิดอาการรุนแรงเป็นปอดอักเสบได้ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจ ตะวันออกกลาง (เมอร์ส) หรือ โรคซาร์ส (SARS) ซึ่งเคยมีการระบาดในอดีตที่ผ่านมา สำหรับไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) คือ ไวรัสในกลุ่มโคโรนาที่เพิ่งมีการค้นพบใหม่และไม่เคยมีการพบเชื่อนี้ ในคนมาก่อนโดยพบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนในช่วงปลายปี2019 จึงเรียกชื่อว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 (COVID-19) ซึ่งสามารถติดต่อระหว่าง คนสู่คนได้ง่าย และมีหลายสายพันธุ์ เช่น สายพันธุ์อินเดีย (เดลต้า) สายพันธุ์อังกฤษ (อัลฟา) สายพันธุ์บราซิล (แกมมา) สายพันธุ์แอฟริกาใต้(เบต้า) สายพันธุ์ใหม่เปรู (แลมบ์ดา) และล่าสุด สายพันธุ์โอไมครอน เป็นต้น ถ้าติดต่อกับคนสู่คนจะมีระยะฟักตัวประมาณ 2-7 วัน

กายวิภาคและพยาธิสรีรวิทยา

การติดเชื้อไวรัสโคโรนาในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Coronaviruses) อาจทำให้เกิดอาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ โดยในทารกที่มีอาการรุนแรง อาจมีลักษณะปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือ หลอดลมฝอยอักเสบ (Bronchiolitis) ในเด็กโตอาจมีอาการของหอบหืด(Asthma) ส่วนในผู้ใหญ่ อาจพบลักษณะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคหอบหืดได้ และอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงได้มากในผู้สูงอายุหรือผู้ที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยพบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการได้ในทุกอายุ และหากแสดงอาการมักพบร่วมกับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอื่นๆ เช่น Rhinovirus, Adenovirus หรือเชื้ออื่นๆ ระยะฟักตัวของโรคโดยเฉลี่ยประมาณ 2 วัน (อาจมีระยะฟักตัวนานถึง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

3-4วัน) สำหรับโรคซาร์อาจใช้ระยะพักตัว 4 – 7 วัน (อาจนานถึง 10 – 14 วัน)

ไวรัสโคโรนา (Coronaviruses หรือ CoVs) คือเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร ลักษณะเด่นของไวรัสตระกูลนี้คือ เป็นไวรัสที่มีสารพันธุกรรมชนิด RNA มีเปลือกหุ้มด้านนอกที่ประกอบด้วยโปรตีน และล้อมรอบด้วยปุ่มหนามที่เกิดจากกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ดูคล้าย ‘มงกุฏ’ จึงถูกตั้งชื่อว่า Coronavirus โดยมากแล้วมักพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในสัตว์ แต่ก็มีไวรัสโคโรนาที่พบการติดเชื้อโรคในมนุษย์ (Human coronaviruses) อยู่มากกว่า 30 สายพันธุ์ด้วยกัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. สายพันธุ์ที่ก่อโรคไม่รุนแรง เช่น HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 และ HCoV-HKU1 เป็น 4 สายพันธุ์หลักที่มักก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจที่ไม่รุนแรงมักเป็นเพียงไข้หวัดทั่วไป (Common Cold) เป็นสาเหตุให้เกิดไข้หวัดราว 30% ของผู้ป่วยและถึงแม้ จะพบได้น้อย แต่อาจก่อโรคในระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่มีอาการรุนแรงได้เช่น ปอดอักเสบ (Pneumonia) และโรคหลอดลมฝอยอักเสบ (Bronchiolitis รวมถึงอาจก่อให้เกิดอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง นอกจากนี้ ไวรัส HCoV-OC43 ยังอาจจะกลายพันธุ์จะทำให้เกิดการติดเชื้อในสมองได้

2. สายพันธุ์ที่ก่อโรครุนแรง ตัวอย่างเชื้อไวรัส เช่น SARS-CoV ทำให้เกิดโรคซาร์ส หรือโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ซึ่งเคยระบาดในประเทศจีนและฮ่องกง ช่วงปี 2002-2003 MERS-CoV ทำให้เกิดโรคเมอร์ส หรือโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ซึ่งพบการระบาดมากในช่วงปี 2012-2013 SARS-CoV-2 เป็นสายพันธุ์ล่าสุดที่เพิ่งค้นพบในปี 2019 และทำให้เกิดโรคโควิด-19 เช่นเดียวกับไวรัสชนิดอื่น ๆ ไวรัส SARS-CoV-2 สามารถแพร่พันธุ์ได้ด้วยการถ่ายทอดสารพันธุกรรมของตัวเองจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง โดยขั้นตอนการถ่ายทอดพันธุกรรม อาจเกิดข้อผิดพลาด (Copying Errors) ขึ้น และทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (Genetic Mutation) การกลายพันธุ์ไม่ได้ทำให้เชื้อไวรัสพัฒนารุนแรงขึ้นเสมอไป บางครั้งไวรัสอาจกลายพันธุ์และหายไปเอง ไวรัสที่กลายพันธุ์แล้วยังคงอยู่และได้รับการตรวจพบ ก็จะถูกบันทึกเป็นสายพันธุ์ (Variant) ใหม่ต่อไป เมื่อไวรัสสะสมการกลายพันธุ์มากขึ้นเรื่อย ๆ การทำงานของไวรัสก็จะแตกต่างไปจากเชื้อดั้งเดิม ทำให้วัคซีนที่เคยใช้รับมือกับเชื้อดั้งเดิมได้ประสิทธิภาพจะลดลง หรือลักษณะบางอย่างของไวรัสอาจเปลี่ยนแปลงไปจนทำให้สามารถแพร่เชื้อได้ง่ายขึ้นหรือเพิ่มจำนวนได้เร็วขึ้น ปัจจุบัน ไวรัส SARS-CoV-2 มี Variant ใหม่ ๆ ที่ตรวจพบจำนวนมาก แต่ Variant ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) จัดอยู่ในกลุ่ม ‘สายพันธุ์ที่น่ากังวล’ (Variants of Concern: VOC) มีทั้งหมด 4 สายพันธุ์ด้วยกัน โดยเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2564 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกมาประกาศเปลี่ยนการเรียกชื่อไวรัสโควิด-19 กลายพันธุ์ โดยมีชื่อเรียกดังนี้

COVID-19 สายพันธุ์ Alpha (สายพันธุ์อังกฤษ) ชื่อทางวิทยาศาสตร์คือ B.1.1.7 ชื่อใหม่สายพันธุ์อัลฟา มีคุณสมบัติเสี่ยงภูมิคุ้มกันได้ดีที่สุด และแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อื่น 40-70% พบครั้งแรกที่สหราชอาณาจักร ในเดือน ธันวาคม ปี 2020

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

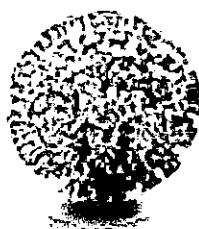
COVID-19 สายพันธุ์ Delta (สายพันธุ์อินเดีย) ชื่อทางวิทยาศาสตร์คือ B.1.617.2 ชื่อใหม่คือ สายพันธุ์เดลต้า มีคุณสมบัติแพร่เชื้อง่าย แพร่ระบาดเร็วและเลี้ยงภูมิคุ้มกันได้ดี พบครั้งแรกในประเทศอินเดีย ในเดือน ธันวาคม 2020

COVID-19 สายพันธุ์ Beta (สายพันธุ์แอฟริกาใต้) ชื่อทางวิทยาศาสตร์คือ B.1.351 ชื่อใหม่คือ สายพันธุ์เบต้า มีคุณสมบัติลดประสิทธิภาพแอนติบอดีแพร่ระบาดเร็วและแพร่เชื้อไวขึ้นประมาณ 50% พบครั้งแรกในประเทศแอฟริกาใต้ ในเดือน ธันวาคม 2020

COVID-19 สายพันธุ์ Gamma (สายพันธุ์บราซิล) ชื่อทางวิทยาศาสตร์คือ P.1 ชื่อใหม่คือ สายพันธุ์แกมมา เป็นสายพันธุ์ที่รุนแรงกว่าสายพันธุ์อื่น ๆ มีคุณสมบัติเลี้ยงภูมิคุ้มกันและลดประสิทธิภาพวัคซีน ตรวจพบจากนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากประเทศบราซิล ระหว่างการตรวจคัดกรองภายในสนามบินที่ประเทศญี่ปุ่น เมื่อต้นเดือน มกราคม ปี 2021 เชื้อไวรัสโควิด-19 สายพันธุ์ที่นำกังวลตอนนี้คือ โอไมครอน (Omicron) แพร่เชื้อเร็ว COVID สายพันธุ์ B.1.1.529 ระดับที่น่ากังวล สามารถแพร่กระจายได้ง่ายและไวขึ้นกว่าสายพันธุ์เดลต้า แพร่ระบาดเร็วกว่าสายพันธุ์อื่น 2-5 เท่า หลบภูมิคุ้มกันเก่ง แม้ว่าจะเคยติดเชื้อโควิดมาก่อนแล้ว ก็สามารถติดสายพันธุ์นี้ซ้ำได้

ภาพที่1 สายพันธุ์ covid-19

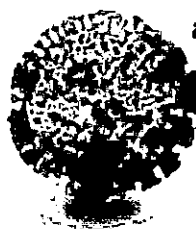
4 COVID-19 กลายพันธุ์ที่ทั่วโลกกังวลใจ



สายพันธุ์อัลฟา (Alpha)

ตรวจพบครั้งแรก :  สหราชอาณาจักร

ความน่ากังวล : มีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม



สายพันธุ์เบตา (Beta)

ตรวจพบครั้งแรก :  แอฟริกาใต้

ความน่ากังวล : อาจทำให้เกิดอาการป่วยหรือเสียชีวิตได้มากกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม



สายพันธุ์เดลตา (Delta)

ตรวจพบครั้งแรก :  อินเดีย

ความน่ากังวล : มีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม และปัจจุบันพบว่ามีระบาดมากในประเทศไทย



สายพันธุ์แกมมา (Gamma)

ตรวจพบครั้งแรก :  บราซิล

ความน่ากังวล : เป็นสายพันธุ์ที่มีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม และประสิทธิภาพของภูมิคุ้มกันจากวัคซีนในการป้องกันสายพันธุ์นี้ลดลง

ที่มา : <https://Sikarin.com/health/covid19> สายพันธุ์ในไทย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

สาเหตุและอาการของโรคโควิด-19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่2019(SARS-CoV-2)เกิดจากการได้รับเชื้อจากละอองฝอยหรือสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยโควิด-19 เช่นละอองฝอยจากไอหรือจาม การสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ การสัมผัสเชื้อที่อยู่บนพื้นผิวของสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆได้ยาวนานตั้งแต่ 2 ชั่วโมงไปจนถึง 9 วัน รวมถึงการได้รับเชื้อไวรัสที่ล่องลอยอยู่ในอากาศด้วยตายอย่างรวดเร็วเมื่ออยู่ใต้รังสี UV จากแสงแดด ในทางตรงกันข้าม เชื้อจะอยู่บนพื้นผิวหรือในอากาศได้อย่างยาวนานที่อุณหภูมิห้องหรือต่ำกว่าโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชื้นสัมพัทธ์ต่ำ อย่างไรก็ตาม WHO ยืนยันว่าเชื้อโควิด-19 ยังคงสามารถถ่ายทอดจากคนสู่คนได้ในทุก ๆ สภาพอากาศและสภาพแวดล้อม เมื่อได้รับเชื้อเข้าไปในร่างกายแล้วผู้ติดเชื้ออาจแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการก็ได้ และความรุนแรงของอาการก็อาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้ติดเชื้อแต่ละบุคคลในผู้ที่มีอายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป ผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับปอด หัวใจ เบาหวาน โรคไตพิการเรื้อรัง ผู้ที่กินยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ติดเชื้อเรื้อรัง ผู้ที่อ้วนมากหรือมีค่า BMI มากกว่า 30 หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่ปลูกเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ผู้ที่ทำงานหนักอดหลับอดนอน คนอ้วน เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่รุนแรงจนถึงตายได้ ส่วนเด็กเล็ก วัยรุ่น ผู้ที่แข็งแรงดีมักจะป่วยเพียงเล็กน้อย เช่น หลอดลมอักเสบ แล้วอาการก็ทุเลาหาย ระยะพักตัวของโรค COVID-19 ระยะพักตัวของโรคโดยทั่วไปคือภายใน 14 วัน เมื่อได้รับเชื้อไวรัสโควิด-19 ผู้ติดเชื้ออาจแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการเลยก็ได้ ความรุนแรงของอาการอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ติดเชื้อก่อนได้รับเชื้อด้วย ในผู้ป่วยที่แสดงอาการมักมีอาการที่สังเกตได้ คือ มีไข้ ไอแห้ง เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นอาการเบื้องต้น ในผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการทางระบบทางเดินหายใจที่รุนแรงได้ ได้แก่ ปวดบวม คออักเสบ ไตวาย อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้

(<https://www.winmed.com/th/updates/knowledge-base/covid-19-knowledge/148>)

แนวทางการคัดกรองและการเฝ้าระวัง

คัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจหรืออาการสงสัยป่วย COVID-19 โดยการตรวจ ATK ก่อนทำหัตถการระบบทางเดินหายใจ 2 กรณีผล ATK พบการติดเชื้อหรือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจหรืออาการสงสัยป่วย COVID-19 แล้วต้องทำหัตถการ โดยยังไม่ทราบผล ATK ให้จัดแยกผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยก

วิธีการตรวจเชื้อ COVID-19 ที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 ประเภท คือ

1.RT-PCR (Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction) คือการตรวจหาเชื้อไวรัสที่ใชเอนไซม์ Reverse Transcriptase เปลี่ยน RNA ของไวรัส SARS-CoV-2 ให้เป็น DNA จากนั้นจึงใช้เครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมคัดลอกชิ้นส่วน DNA ของไวรัสให้มีปริมาณมากพอที่จะวิเคราะห์ DNA ได้ การตรวจด้วยวิธีนี้ สามารถตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อได้โดยตรง แม้มีปริมาณเชือน้อย หรือติดเชื้อจนเริ่มมีอาการดีขึ้นแล้วก็ยังสามารถตรวจพบซากเชื้อได้ เป็นวิธีที่องค์การอนามัยโลกแนะนำมีความแม่นยำสูง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

2.Rapid Test คือ การตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยใช้ชุดทดสอบที่มีความรวดเร็วในการตรวจวัด ราคาถูกกว่าการตรวจแบบ RT-PCR แต่จะมีความแม่นยำน้อยกว่า ชุดตรวจ Rapid test มี 2 ชนิด

-**Rapid Antigen Test** เป็นชุดทดสอบสำหรับตรวจหาแอนติเจน (Antigen) ของเชื้อไวรัสในสารคัดหลั่งทางโพรงจมูก วิธีนี้เหมาะกับผู้ที่มีอาการป่วยแต่ยังไม่แน่ใจว่าติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่ มักใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น

-**Rapid Antibody Test** เป็นชุดทดสอบที่ใช้ตรวจเลือดเพื่อหาแอนติบอดี (Antibody หรือ ภูมิคุ้มกัน) ชนิด IgG และ IgM ที่ร่างกายสร้างขึ้นเมื่อได้รับเชื้อ การตรวจวิธีนี้เหมาะกับการตรวจหลังจากได้รับเชื้อแล้ว 7 วันขึ้นไป เนื่องจากเป็นระยะที่ร่างกายสร้างแอนติบอดีแล้ว หากตรวจในช่วง 1-5 วันแรกอาจพบว่ามีผลเป็นลบ

การวินิจฉัย

ในเบื้องต้น แพทย์จะวินิจฉัยจากสัญญาณอาการของผู้ป่วยร่วมกับการซักประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนหน้า และการอยู่ใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 คนอื่น นอกจากนี้ ยังให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเลือด หรือการเก็บตัวอย่างเชื้อ (Swab Test) ที่จะเก็บตัวอย่างน้ำลายหรือสารคัดหลั่งภายในโพรงจมูกหรือคอ เพื่อนำไปตรวจในห้องปฏิบัติการต่อไป

ในปัจจุบันยารักษาโควิด-19 ยังคงอยู่ในขั้นตอนการทดลองและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยกับผู้ป่วย การรักษาโรคนี้นั้นกรณีที่ไม่รุนแรงจึงเน้นไปที่การบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วยการใช้ยาลดไข้หรือยาแก้ไอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และน้ำดื่มเป็นประจำ ร่วมกับการแยกตนเองให้ห่างจากผู้อื่น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจนกว่าจะหายดี สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแย่งควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแพทย์อาจพิจารณาการรักษาที่แตกต่างกันไป เช่น การให้สารน้ำเพื่อลดความเสี่ยงของร่างกายขาดน้ำ การใช้ยาลดไข้ การให้ออกซิเจนบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง การใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่หายใจลำบากหรือมีระบบทางเดินหายใจล้มเหลว หรืออาจส่งจ่ายยาบางชนิดที่ได้รับอนุญาตให้ใช้รักษาโรคโควิด-19 ด้วย ดังนี้

- ยาด้านมาลาเรียอย่างยาคลอโรควิน (Chloroquine) หรือยาไฮดรอกซีคลอโรควิน (Hydroxychloroquine)
- ยาด้านเชื้อไวรัสเอชไอวีอย่างยาโลพินาเวียร์ (Lopinavir) หรือยาริโทนาเวียร์ (Ritonavir)
- ยาด้านไวรัสอย่างยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir)

แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย การดูแล และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 29 กันยายน 2565 สำหรับแพทย์และพยาบาล

คำนิยามผู้ป่วยสงสัย(Suspected case) ตามการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค
การเฝ้าระวังโรคเฉพาะราย(Case definition for surveillance)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

เกณฑ์การติดตามทางคลินิก (Clinic criteria) ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. มีอาการอย่างน้อย 2 อาการ ดังต่อไปนี้
 - 1) ไข้ 2) ไอ 3) มีน้ำมูก/คัดจมูก 4) เจ็บคอ 5) มีเสมหะ หรือ
2. มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งข้อ (1) ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่
 - 1) ถ่ายเหลว 2) ปวดกล้ามเนื้อ 3) ปวดศีรษะ 4) คลื่นไส้/อาเจียน 5) ท้องเสีย
 - 6) อ่อนเพลีย 7) มีผื่นขึ้น หรือ
3. มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 1) หอบเหนื่อย 2) หายใจลำบาก 3) มีความผิดปกติของการได้รับกลิ่น/ได้รับรส
 - 4) สับสน หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือ
4. มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่
 - 1) มีอาการปอดอักเสบ/ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบมีปอดอักเสบที่ไม่ทราบสาเหตุ หรือหาสาเหตุไม่ได้ภายใน 48 ชั่วโมง หรือ
 2. มีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรง (Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS) หรือ
5. แพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
6. มีประวัติสัมผัสผู้ป่วย COVID-19

ภาวะแทรกซ้อนของโควิด-19 เชื้อโควิด-19 ที่รุนแรงอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในผู้ป่วยบางราย เช่น ปอดบวมทั้งสองข้าง ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในหมู่ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อน

คำแนะนำการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล(Admission)

ผู้ป่วยที่มีอาการหรือลักษณะทางคลินิกต่อไปนี้ ให้พิจารณาเข้ารับรักษาไว้ในโรงพยาบาล

1. มีไข้ อุณหภูมิตั้งแต่ 39 องศาเซลเซียส ขึ้นไปวัดได้อย่างน้อย 2 ครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง
2. มีภาวะขาด O2 saturation ได้ไม่เกิน 94 %
3. มีภาวะแทรกซ้อน หรือการกำเริบของโรคประจำตัวเดิม
4. เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรง และไม่มีผู้ดูแลตลอดวัน
5. มีภาวะอื่นที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามดุลพินิจของแพทย์
6. ผู้ป่วยเด็กให้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือต้องการออกซิเจน หรือเด็กที่มีอาการซึม กินได้น้อย มีภาวะขาดน้ำจากอุจจาระร่วง หรือชักจากไข้สูง

การรักษา COVID - 19

ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable case) ผู้ที่มีผลตรวจ ATK ต่อ SARS-CoV-2 ให้ผลบวก และรวมผู้ติดเชื้อยืนยันทั้งผู้ที่มีอาการและไม่แสดงอาการ แบ่งเป็นกลุ่มตามความรุนแรงของโรคและปัจจัยเสี่ยงได้เป็น 4 กรณี ดังนี้

<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)</p> <p>ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)</p> <p>1.ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรืออาการสบายดี (Asymptomatic COVID-19)</p> <ul style="list-style-type: none"> -ให้การรักษแบบผู้ป่วยนอก ให้ปฏิบัติตาม DMHT อย่างเคร่งครัด อย่างน้อย 5 วัน -ให้ดูแลรักษาตามอาการตามดุลยพินิจของแพทย์ ไม่ให้ยาต้านไวรัส เนื่องจากส่วนมากหายเอง <p>2.ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ หรือภาพถ่ายรังสีปอดปกติ (Symtomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease)</p> <ul style="list-style-type: none"> -ให้การรักษแบบผู้ป่วยนอกให้ปฏิบัติตาม DMHT อย่างเคร่งครัด อย่างน้อย 5 วัน -อาจพิจารณาให้ ยาฟ้าทะลายโจร หรือ Favipiravir ถ้าจะให้ควรเริ่มยาภายใน 5 วันนับจากวันที่เริ่มมีอาการ -ไม่แนะนำให้ใช้ยา molnupiravir ,nirmatrelvir/ritonavir และ remdesivir เนื่องจากไม่มีการศึกษารองรับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งมีข้อมูล mutagenicity ใน molnupiravir ทำให้ต้องการศึกษาด้านความปลอดภัยเพิ่มเติม(อ้างอิงข้อมูล WHO) -หากตรวจพบเชื้อเมื่อผู้ป่วยมีอาการมาแล้วเกิน 5 วัน และผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยอาจไม่จำเป็นต้องให้ยาต้านไวรัส เพราะผู้ป่วยจะหายได้เองโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน <p>3.ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยแต่มีปอดอักเสบ(pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลางยังไม่ต้องให้ oxygen ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 2. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (GOLD grade 2 ขึ้นไป) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ 3. โรคไตเรื้อรัง (CKD) stage 3 ขึ้นไป 4. โรคหัวใจและหลอดเลือด (NYHA functional class 2 ขึ้นไป รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด 5. หลอดเลือดสมอง 6. โรคมะเร็ง ไม่รวมมะเร็งที่รักษาหายแล้ว 7. เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ 8. ภาวะอ้วน น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI \geq 30 กก./ตร.ม. 9. ตับแข็ง (Child-Pugh class B ขึ้นไป) 10. ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ 11. เป็นผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี CD4 cell น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. <p>คำแนะนำในการให้ยากกลุ่มนี้</p> <p>ให้เลือกเพียง 1 ชนิด คือ nirmatrelvia /ritonavir หรือ remdesivir หรือ molnupiravir อย่างใดอย่างหนึ่งเป็นระยะเวลา 5 วัน นอกจาก remdesivir ให้ 3 วัน ทั้งนี้ โดยควรเริ่มภายใน 5 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการจึงจะได้ผลดี ขนาดยาที่ให้ตามตารางที่1</p>
--

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

การให้ยาต้านไวรัสพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่

- 1.ประวัติโรคประจำตัว
- 2.ข้อห้ามการใช้ยา
- 3.ปฏิกิริยาต่อกันของยาต้านไวรัสกับยาเดิมของผู้ป่วย
- 4.การบริหารเตียง
- 5.ความสะอาดของการบริหารและราคารวมถึงปริมาณยาสำรองที่มี
- 6.ประสิทธิภาพของยาในการลดอัตราป่วยหนักและอัตราตาย

4.ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดอักเสบ ที่มี hypoxia (resting O2 saturation \leq 94% ปอดอักเสบรุนแรงไม่เกิน10วันหลังจากมีอาการและได้รับ oxygen

a) แนะนำให้ remdesivir โดยเร็วที่สุด เป็นเวลา 5-10 วัน ขึ้นกับอาการทางคลินิก ควรติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ร่วมกับให้ corticosteroid ขนาดยาตามตารางที่1

ตารางที่1 ขนาดยารักษา covid-19 ที่แนะนำทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก

ยา/ขนาดยาในผู้ใหญ่	ยา/ขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก	ข้อควรระวัง/ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
<p>ยาฟ้าทะลายโจร ชนิด/ขนาดยา/การใช้ยา</p> <p>-ใช้ยาฟ้าทะลายโจรชนิดแคปซูลหรือยาเม็ดที่มีสารฟ้าทะลายโจรชนิดสารสกัด(extract)หรือผงสด (crude drug) ซึ่งระบุปริมาณของสาร andrographolide เป็นมก. ต่อแคปซูลหรือเป็น % ของปริมาณยา</p> <p>-คำนวณให้ได้สาร andrographolide 180มก./คน/วัน แบ่งให้3 ครั้ง ก่อนอาหาร กินติดต่อกัน 5 วัน เริ่มยาให้เร็วที่สุดหลังติดเชื้อSARS-CoV-2</p>	<p>ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะแนะนำการใช้ในเด็กเพื่อรักษา covid-19</p> <p>ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ</p>	<p>ข้อห้าม:ห้ามใช้ในกรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> -คนที่มีประวัติแพ้ยาฟ้าทะลายโจร -หญิงตั้งครรภ์/อาจจะตั้งครรภ์ และหญิงที่กำลังให้นมบุตรเพราะข้อมูลในทางทฤษฎีชี้แนะว่าอาจมีผลต่อ uterine contraction และทารกผิดปกติ <p>ข้อควรระวัง</p> <ul style="list-style-type: none"> -การใช้ร่วมกับยาความดันและยาที่มีฤทธิ์ป้องกันการแข็งตัวของเลือด เพราะอาจจะเสริมฤทธิ์กัน -ไม่ควรใช้พร้อมยาต้านไวรัสตัวอื่น <p>ผลข้างเคียง</p> <ul style="list-style-type: none"> -ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ -อาจเกิดลมพิษ หรือ Anaphylaxis
<p>Favipiravir (200มก./tab)</p> <p>วันที่1: 1,800มก.(9เม็ด) วันละ2ครั้ง</p> <p>วันที่ต่อมา:800มก.(4เม็ด) วันละ2ครั้ง</p> <p>ถ้าน้ำหนักตัว > 90 กิโลกรัม</p> <p>วันที่1:2,400มก.(12เม็ด) วันละ2 ครั้ง</p> <p>วันที่ต่อมา:1,000มก.(5เม็ด) วันละ2ครั้ง</p>	<p>วันที่1:70มก./กก./วัน</p> <p>วันละ 2ครั้ง</p> <p>วันที่ต่อมา:30มก./กก./วัน</p> <p>วันละ 2 ครั้ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> -มีโอกาสเกิดteratogenic effect ควรระวังการใช้กับหญิงมีครรภ์หรือผู้ที่อาจตั้งครรภ์ -อาจเพิ่มระดับ uric acid ระวังการใช้ร่วมกับpyrazinamide -ระวังhypoglycemiaหากใช้ร่วมกับ repaglinideหรือpioglitazone -ผู้ป่วยไตเรื้อรังไม่ต้องปรับขนาดยา -ควรปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับบกพร่องในระดับปานกลางถึงรุนแรง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)		
ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)		
ตารางที่1 ขนาดยารักษา covid-19 ที่แนะนำทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก		
ยา/ขนาดยาในผู้ใหญ่	ยา/ขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก	ข้อควรระวัง/ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
		คือ วันที่1:4เม็ด วันละ 2 ครั้ง วันต่อมา:2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง -ควรให้ยาภายใน 4 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ จึงจะได้ผลดี
Remdesivir วันที่1 : 200 มก. IV วันละครั้ง วันที่2-5 : 100 มก. IV วันละ 1 ครั้ง Indicationในการให้ยา Remdesivir -ถ้ามีปอดอักเสบต้องให้ออกซิเจนให้นาน 5 วัน และถ้ามีอาการรุนแรงมาก อาจพิจารณาให้นาน 10 วัน -มีข้อห้ามบริหารยาทางปากหรือมีปัญหาการดูดซึม -หญิงตั้งครรภ์	วันที่1:5 มก./กก. IV วันละครั้ง วันต่อมา : 2.5มก./กก. IV วันละครั้ง	-ไม่แนะนำให้ใช้ remdesivirในผู้ที่มี eGFR<30มล./นาทีหรือALT>10เท่า -ควรหยุดยานานกว่า 30 นาทีแต่ไม่เกิน 120 นาทีเพื่อป้องกันhypersensitivity reaction -หากให้ในผู้ที่มีภาวะรุนแรงแต่เริ่มรักษาเร็ว ขณะที่อาการยังไม่หนักมากภายใน 7 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการโดยให้เพียง 3 วันจะช่วยลดการดำเนินโรคได้ร้อยละ 87

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในรายที่ต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล
กิจกรรมทางการพยาบาล

- 1) การเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่
 - 1.1 รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยหรือรับการติดต่อจากพยาบาลผู้ป่วยนอก(OPD/ER)
 - 1.1.1 สอบถามอาการ อาการแสดง เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย
 - 1.1.2 สอบถามแผนการรักษาพยาบาลหรือการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมในการรักษาพยาบาล
 - 1.2 เตรียมเตียงและสภาพแวดล้อมสำหรับรับผู้ป่วย
 - 1.3 เตรียมอุปกรณ์ วัสดุ ครุภัณฑ์ ทาง การแพทย์ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย
- 2) การรับผู้ป่วยใหม่
 - 2.1 พยาบาลแนะนำตนเอง ต้อนรับทักทายผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร
 - 2.2 ประเมินสภาพผู้ป่วย เกี่ยวกับ
 - 2.2.1 สัญญาณชีพและความผิดปกติที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น หายใจไม่ออก หอบเหนื่อย มีภาวะขาดออกซิเจน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
 - 2.2.2 ชักประวัติทั่วไปและประวัติส่วนตัวเพิ่มเติม เช่น
 - เวลาที่เริ่มเป็นก่อนมาโรงพยาบาล ในกรณีที่ไม่น่าจะให้เริ่มนับเวลาที่เริ่มเป็นตั้งแต่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

- ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอาการร่วมอื่นๆ
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการรักษาที่เคยได้รับ
- ประวัติครอบครัว
- ประวัติการแพ้ยา

2.3 รายงานรับผิดชอบทันที เกี่ยวกับ ชื่อสกุล อายุ การวินิจฉัยโรค อาการแรกรับ และ สัญญาณชีพ

2.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนห้องแยกโรค และเปลี่ยนเสื้อผ้าพร้อมติดป้ายชื่อและที่เตียง

3) กิจกรรมพยาบาล

3.1 ตรวจสอบการลงนามยินยอมให้ทำการรักษาของผู้ป่วยหรือญาติ

3.2 ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และตามแผนการรักษาของแพทย์

3.3 ส่ง Specimen และใบส่งตรวจต่างๆตามแผนกที่กำหนดไว้

3.4 เขียน Kardex ใบแจ้งการให้ยาตามแผนการรักษา

3.5 เบิกอาหารให้ถูกต้องตามแผนการรักษา

3.6 จัดทำรายงานผู้ป่วยรับใหม่และลงบันทึกทางการพยาบาล ให้ถูกต้องสมบูรณ์ดังนี้

3.6.1 ลงชื่อผู้ป่วยที่อยู่ปัจจุบันเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ การวินิจฉัยโรค วันที่ เวลารับใหม่ พร้อมทั้งระบุแพทย์เจ้าของไข้ในสมุดทะเบียนผู้ป่วย

3.6.2 อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต แรกรับ

3.6.3 นำส่งหอผู้ป่วยโดยวิธีใด เช่น เดินมา นั่งรถเข็น เปลนอน

3.6.4 อาการ และอาการแสดงแรกรับ

3.6.5 เวลาที่แพทย์มาเยี่ยมผู้ป่วย

3.6.6 การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาที่ให้การพยาบาล

3.6.7 ยาที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาที่ให้ยา/ลงชื่อกำกับ

4) การประเมินโรคผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับ

4.1 แนะนำทีมงานรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

4.2 กฎระเบียบของโรงพยาบาล

4.3 สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

4.4 วิธีการใช้อุปกรณ์ภายในหอผู้ป่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือเมื่อเกิดปัญหา

4.5 กำหนดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน

4.6 สถานที่ในการติดต่อเกี่ยวกับข้อมูลในการรักษาพยาบาล

4.7 แผนการรักษาของแพทย์

4.8 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิบัตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้ที่จำเป็น

5) การติดต่อประสานงานกับญาติ

5.1 ชักประวัติและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการ และการรักษาของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

5.2 จัดให้ญาติได้พบแพทย์เพื่ออธิบายผลการตรวจวินิจฉัย การดำเนินของโรค แนวทางหรือ แผนการรักษา และการเตรียมความพร้อม เพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

5.3 ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

5.4 แนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกัน การรับประทาน อาหาร การพักผ่อน การเคลื่อนไหว การทำความสะอาดร่างกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.4.1 ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการให้อาหารและน้ำ การดูแล ความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่เก้าอี้ ฯลฯ เพื่อ วางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

5.4.2 สอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (care giver) เกี่ยวกับ

- การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำครบถ้วน ตลอดทั้งชนิดอาหารที่ควรได้รับหรือหลีกเลี่ยง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย การสังเกตอาการผิดปกติ การใช้อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

6) กิจกรรมการพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

6.1 ประเมินความสามารถในการเข้าใจเรื่องที่สนทนา การตอบสนองต่อการสนทนาและการปฏิบัติ ตามข้อชี้แนะว่าถูกต้องเหมาะสมแค่ไหนเพียงใด

6.2 ให้ความคุ้นเคย ให้ความสนใจและให้เวลา เพื่อผู้ป่วยและญาติรู้สึกมั่นใจและไว้วางใจ

6.3 สอนให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติ เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึก การหายใจเข้า-ออก ลึกและช้า

6.4 สอนและแนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีการพักผ่อนที่เพียงพอ

6.5 ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และ ความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่ (Long covid)

6.6 สอนและแนะนำให้ดูแลด้านจิตใจ อารมณ์อย่างต่อเนื่อง

7) กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อุบัติเหตุจากการพลัดตกกลิ้งล้ม ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินตามมาตรฐานทางการพยาบาล

8) กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

8.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งการรักษาต่อเนื่องและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

8.2 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การ จัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

8.3 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น

- ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น
- ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น

8.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

8.5 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมรับฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้ความเข้าใจในการซักถาม และทำความเข้าใจ

9) กิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

9.1 ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมเอกสารความรู้ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาและ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงเรื่องต่างๆ เช่น โรคประจำตัว ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคหัวใจ การสูบบุหรี่ ฯลฯ

9.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆและกระบวนการส่งต่อ ที่ให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในชุมชนตามภูมิสำเนาของผู้ป่วย เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ถ้ามี)

การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ทิพย์สุดา ชำนาญศรี เพชร,2555)

ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ในเรื่อง

- สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท (neurological deficit)
- กิจกรรมประจำวัน
- สถานะทางด้านอารมณ์และจิตใจ (mood and mental status)
- อาหาร และยา
- การสื่อสาร (communication)
- การรับรู้ (perception)
- การขับถ่าย
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว (ambulation)
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล ในเรื่อง

- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค
- ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ
- สภาพสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย
- ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม
- ความเชื่อ ค่านิยม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

- ให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์

3.วางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลให้ครอบคลุม โดยใช้ Model M-E-T-H-O-D

4.ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.ส่งต่อ และประสานงานเครือข่าย เพื่อการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยให้ญาติลงนามยินยอมให้มีการดูแลสุขภาพที่บ้าน

6.การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ในคลินิกโรคประจำตัวที่เป็นอยู่

การวางแผนการพยาบาล(Discharge Plan) โดยใช้ D-METHOD

D= Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M= Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับ สรรพคุณของยา ขนาดยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามในการใช้ยา

E= Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม กับภาวะสุขภาพ

T= Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ

H= Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O= Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D= Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตราย การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย

1.ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และภาพถ่ายรังสีปอดไม่แย่ง

2.อุณหภูมิไม่เกิน 37.8 องศาเซลเซียส ต่อเนื่อง 24-48 ชั่วโมง

3.Respirator rate 18-20 ครั้ง/นาที

4.SpO2 at room air มากกว่า 98% ขณะพัก หรือบางคนอาจกลับพร้อมO2

5.ไม่จำเป็นต้องตรวจหาเชื้อด้วยวิธี RT-PCR, antigen หรือ antibody detection ในผู้ป่วยที่ยืนยันแล้วว่ามีอาการติดเชื้อ และเมื่อกลับบ้านไม่ต้องตรวจซ้ำเช่นกัน

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

1.ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่สบายดี หรือไม่มีอาการ ให้แยกกักตัวที่บ้าน หรือสถานที่รัฐจัดให้ เป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน นับจากวันที่ตรวจพบเชื้อ (สำหรับจังหวัดที่มีปัญหาการบริหารเตียง อาจให้อยู่โรงพยาบาล 7-10 วันและกลับไปกักตัวต่อที่บ้านจนครบ 14 วัน

2.ผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ให้แยกกักตัวที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ เป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน นับจากวันที่มีอาการ เมื่อครบหากยังมีอาการให้อยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานที่รัฐจัดให้จนอาการดีขึ้นอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง

3.กรณีที่ออกจากโรงพยาบาลก่อนแล้วกลับไปกักตัวต่อที่บ้านจนครบ 14 วันนับจากวันตรวจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

พบเชื้อ ในกรณีไม่มีอาการ หรือวันที่เริ่มมีอาการระหว่างกักตัวที่บ้าน ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด

4.ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง(severe)หรือเป็น severe immunocompromised host ได้แก่

- ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็ง
- ผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูก หรือปลูกถ่ายอวัยวะภายใน 1 ปี
- ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่ได้รับยารักษา มีCD4<200 cell/ลบ.มม.
- ผู้ที่ได้รับยา prednisolone >20mg/day มากกว่า 14 วัน

-ผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกันบกพร่องอื่นๆ ให้รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานที่รัฐจัดให้ และออกจากโรงพยาบาลได้เมื่ออาการดีขึ้น โดยต้องกักตัวต่อที่บ้านระยะเวลาอย่างน้อย 21 วัน นับจากวันที่มีอาการ

คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อแพทย์ให้กลับไปกักตัวที่บ้าน จนครบกำหนด 14 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีอาการ หรือวันที่ตรวจพบเชื้อถ้าไม่มีอาการ

1.งดออกจากบ้านไปยังชุมชนทุกกรณี ยกเว้นมาโรงพยาบาลตามนัดหมาย

2.แยกห้องนอนจากผู้อื่น ถ้าไม่มีห้องแยกให้นอนห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 3-5 เมตร และเป็นห้องที่เปิดให้อากาศระบายได้ดี ผู้ติดเชื้อให้นอนใต้ลม หากไม่สามารถทำได้ ให้พักที่ศูนย์แยกโรคชุมชน (community isolation) จนพ้นระยะการแยกโรค

3.ถ้าแยกห้องน้ำได้ควรแยก ถ้าแยกไม่ได้ให้เช็ดพื้นผิวที่มีการสัมผัสด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ หลังการใช้ทุกครั้ง

4.การดูแลสุขอนามัย ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น

5.ล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำ โดยเฉพาะหลังการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ หรืออุ้มือด้วยแอลกอฮอล์70%

6.ไม่รับประทานร่วมวงกับผู้อื่น

7.หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ไม่เกิน 2 เมตร การพบปะให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

8.ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่สุก สะอาด และมีประโยชน์ตามหลักโภชนาการ

9.หากมีอาการป่วยเกิดขึ้นใหม่ หรืออาการเดิมมีมากขึ้น เช่น ไข้สูง ไอมาก เหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร ให้ติดต่อสถานพยาบาล หากต้องเดินทางมาสถานพยาบาลให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

10.หลังครบกำหนดกักตัวตามระยะเวลาให้ปฏิบัติตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ (DMHTT)

การปฏิบัติตนหลังออกจากโรงพยาบาล

1.ผู้ป่วยสามารถพักอยู่บ้านหรือไปทำงานตามปกติ

2.การกลับไปทำงานขึ้นอยู่กับสภาวะทางสุขภาพผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ต้องทำการตรวจหาเชื้อซ้ำด้วยวิธีใดๆ ก่อนกลับเข้าทำงาน แต่แนะนำให้ปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่อย่างเคร่งครัด

3.หากมีอาการป่วยให้ตรวจหาสาเหตุ และให้การรักษาตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

4.ผู้ที่พึงหายจาก covid -19 ในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน มีโอกาสติดเชื้อซ้ำน้อยมาก ไม่จำเป็นต้องตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 นอกจากกรณีมีประวัติการสัมผัสโรค และมีอาการให้หาสาเหตุและพิจารณาเป็นรายๆไป

การปฏิบัติตัวตามแนววิถีชีวิตใหม่ตามหลัก DMHTT

D=Social Distancing การเว้นระยะห่าง

M=Mask Wearing การสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา และวิธีการสวมใส่

H=Hand Washing ล้างมือบ่อยๆอย่างถูกต้อง ถูกวิธี

T=Testing การตรวจหาเชื้อโควิด-19ให้เร็ว

T=Thai chana

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) หรือโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบการแพร่ระบาดครั้งแรกตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม 2562 ณ เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน โรคนี้เกิดจาก เชื้อ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2 เกิดการแพร่ระบาดจากคนสู่คนอย่างรวดเร็ว เป็นโรคติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ จึงทำให้เชื้อโรคแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมากและยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมากทั่วโลก ในปี 2563 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 83,060,536 ราย เสียชีวิตจำนวน 1,812,050ราย ปี2564 มีผู้ติดเชื้อจำนวน 286,904,582 ราย เสียชีวิต จำนวน 5,446,652 ราย และในปี 2565 มีผู้ติดเชื้อจำนวน 651,918,402 ราย เสียชีวิตจำนวน 6,656,601 ราย องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ โรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern-PHEIC)ในวันที่ 30 มกราคม 2563 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก และประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 เนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่มีโรคประจำตัว

ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวชาวจีนที่เดินทางเข้าประเทศไทย เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 และเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยชาวไทยรายแรกอาศัยพบที่กึ่งซึ่งไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ แต่มีประวัติขับรถส่งนักท่องเที่ยวชาวจีนที่ป่วย และในประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ปี 63 ผู้ติดเชื้อ 6,884 ราย เสียชีวิต 61ราย ,ปี64 ติดเชื้อ 2,223,435 ราย เสียชีวิต 21,698ราย ,ปี65 ติดเชื้อ 4,681,309 ราย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ covid-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และได้กำหนดมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และให้ทุกส่วนราชการทุกหน่วยงาน ปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวอย่างเคร่งครัด โดยมาตรการดังกล่าว แบ่งออกเป็น 2 มาตรการสำคัญ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)			
4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)			
ความเป็นมาและความสำคัญ(ต่อ)			
1.การป้องกันและสกัดกั้นการนำเข้าสู่ประเทศไทย			
2.การยับยั้งการระบาดภายในประเทศ			
โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (F2) ด้วยพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่มีช่องทางธรรมชาติที่เดินทางเข้าออกได้สะดวกและประชากรส่วนใหญ่เดินทางไปทำงานในต่างจังหวัดและต่างประเทศ มีผู้ประกอบการค้าขายพนักงานบริการเข้ามาพักอาศัยจำนวนมาก อำเภอศรีเมืองใหม่พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการดูแล			
สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอศรีเมืองใหม่			
ข้อมูล	ปีพ.ศ.2563	ปี พ.ศ.2564	ปี พ.ศ.2565
จำนวนประชากรอำเภอศรีเมืองใหม่ (คน)	70,969	71,086	73,181
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอศรีเมืองใหม่ (คน)	515 (0.72)	623 (0.87)	9,829 (13.43)
อัตราการตายของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	0 (0)	15 (2.40)	13 (0.13)
อัตราการตายผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	0(0)	11(73.33)	7(53.84)
<p>(ข้อมูล :ศูนย์ระบาดวิทยา โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ 30 ธันวาคม 2565)</p> <p>จากตารางข้างบนพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น มีการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่มีโรคประจำตัว การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการพัฒนาโดยทีมวิชาการในแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้องและมีการศึกษาเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา ในด้านการพยาบาลสามารถพยาบาลได้มีแนวทางในการให้การพยาบาลสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีในกลุ่มประชากรทั่วไป กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มเจ็บป่วยรุนแรงและผู้เสียชีวิต อย่างไรก็ตามการพยาบาลผู้ป่วยประกอบด้วยศาสตร์และศิลป์ โดยผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยนำเอาแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีความปลอดภัยและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในโรงพยาบาลชุมชน :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายในครั้งนี้</p>			
วัตถุประสงค์			
1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย โรค พยาธิสภาพ การรักษา แบบแผนสุขภาพ สภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อโควิด-19			
2.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19			

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ความเป็นมาและความสำคัญ(ต่อ)

เป้าหมาย

เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการรุนแรงลดลงฟื้นหายและพร้อมจำหน่ายจากหอผู้ป่วย มีความรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง เรื่อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกวิธี และครอบครัวกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติที่บ้านและชุมชน

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 จำนวน 2 ราย ที่มีโรคประจำตัว chronic obstructive pulmonary disease และ human immunodeficiency virus ร่วมด้วย ที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ โดยการประเมินปัญหาความต้องการการให้ความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การใช้ยาและเครื่องมือพิเศษต่างๆ บรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงในระหว่างรักษาตัวในหอผู้ป่วยครอบคลุมการดูแลแรกรับ ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย สอนแนะนำให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การกักตัว 14 วันหลังจำหน่าย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1 ระหว่างวันที่ 4 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 9 ตุลาคม 2565

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2 ระหว่างวันที่ 18 กันยายน 2565 ถึง วันที่ 23 กันยายน 2565

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1.ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ย้อนหลัง 3 ปี
2.เลือกศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 จำนวน 2 ราย เนื่องจาก เป็นผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ มีโรคประจำตัวปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และเมื่อป่วยแล้วมีโอกาสทรุดลงและเสียชีวิตได้

3.ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

4.ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 การพยาบาล

กระบวนการพยาบาล จากเอกสาร ตำรา วิชาการ งานวิจัยต่างๆ

5.ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

5.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

5.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)</p> <p>4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)</p> <p> ความเป็นมาและความสำคัญ(ต่อ)</p> <p> 5.3 การวางแผนการพยาบาล</p> <p> 5.4 การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p> 5.5 การประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง</p> <p> 6.วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง</p> <p> 7.สรุปผลการศึกษา</p> <p> 8.เขียนรายงานการศึกษา</p> <p> 9.เผยแพร่ผลงาน</p> <p> ผลที่คาดว่าจะได้รับ</p> <p> 1.ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม</p> <p> 2.ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p> 3.ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันผู้ป่วยไม่ให้อาการกลับมาเป็นซ้ำ</p> <p> 4.สามารถเพิ่ม competency และทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019</p> <p> 5.มีแนวทาง (CPG) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน</p> <p> 6.มีระบบการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ ที่เพียงพอเหมาะสมพร้อมใช้งาน</p> <p> 7.ได้แนวทางในการศึกษาแก่บุคคลที่สนใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 และประยุกต์ความรู้ด้านการการฟื้นฟูสมรรถภาพไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p> แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ</p> <p> 1.แนวความคิดความต้องการการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม</p> <p> 2.แนวคิดทฤษฎี 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน</p> <p> 3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่1 เป็นชาย อายุ 61ปี สถานะภาพ สมรส สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ป.4 อาชีพ ทานา (หลังทำนาไปขายลอตเตอรี่)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มาด้วยอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย ปวดศีรษะ วิงเวียน ก่อนมาโรงพยาบาล (ARI Clinic) 9 ชั่วโมง

อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 4 ต.ค.65 เวลา 20.48 น.มาด้วยรถส่วนตัว และเข้ารับการตรวจรักษาที่ ARI Clinic โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ด้วยอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย ปวดศีรษะ วิงเวียน (มีโรคประจำตัว โรคปอดอุดกั้น)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้น เมื่อปี พ.ศ. 2551 รับการรักษาที่ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มา F/U ไม่สม่ำเสมอ สูบบุหรี่มาโดยตลอด ปัจจุบันสูบวันละ 4-5 มวน ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เป็นคนร่าเริง ชอบช่วยเหลือเพื่อนบ้าน มีดื่มสุรบ้าง อาทิตย์ละ 2-3 ครั้งหลังเลิกงาน สูบบุหรี่เป็นประจำ เป็นพี่ชายคนโต มีน้อง 4 คน อยู่คนละหมู่บ้าน และอยู่ต่างจังหวัด สถานภาพคู่ มีบุตร 3 คน แยกย้ายกันไปทำงานต่างจังหวัดทั้งหมด ไม่มีใครเป็นโรคติดต่อหรือเจ็บป่วยร้ายแรง ผู้ป่วยรายได้เพียงคนเดียว ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน

ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม เป็นบ้านครึ่งปูนครึ่งไม้ ไม่มีรั้วรอบขอบชิด บ้านแต่ละหลัง ใกล้ชิดติดกัน

ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก 49 กิโลกรัม, สูง162 เซนติเมตร, อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส, ชีพจร 110 ครั้ง/นาที, หายใจ 24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/60 mmHg, DTX=138 mg%, O2Sat=94 % ,ATK +positive, ฟังปอดพบ wheezing ทั้ง 2 ข้าง, Chest X-Ray pulmonary infiltrates

แพทย์วินิจฉัยเป็น Covid-19 with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Admit ในห้องแยกโรค เดี่ยว เวลา 20.48 น. จำหน่ายวันที่ 9 ตุลาคม 2565 เวลา 10.43 น. นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน 5 วัน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Parameter	Result	Unit	Flag Refernce
BUN /CREATININE			
BUN	13	mg/dl	7.0-21.0
CREATININE	1.01	mg/dl	M 0.62-1.08, F 0.45-0.75
eGFR	79.9 {Stage}		

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)			
4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)			
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)			
Parameter	Result	Unit	Flag Refernce
ELECTROLYTE			
Na	135.5	mmol/L	135-145
K	3.41	mmol/L	L 3.5-5.5
Chloride	101.4	mmol/L	98-108
Co2	30.7	mmol/L	H 21-28
AnGap	3.4	mmol/L	8-16
LIVER FUNCTION TEST			
Total protine	7.5	g/dl	6.6-8.3
Albumin	4.0	g/dl	3.5-5.0
Globulin	3.5	g/dl	H 2.5-3.0
Total bilirubin	1.0	mg/dl	0.2-1.2
Direct bilirubin	0.9	mg/dl	H 0.1-0.4
Indirect bilirubin	0.10	mg/dl	0.1-1.3
SGOT (AST)	30	U/L	M<37, F<31
SGPT (ALT)	20	U/L	M<41, F<31
Alkaline phosphase	73	U/L	M53-128, F35-104
COMPLETE BLOOD COUNT			
Hct	36	%	L M40-54, F37-47
Hb	11.9	g/dl	L M13.8-17.2, F12.1-15.1
WBC	9,020	Cells/mm ³	4,000-10,000
Plt.C	208,000	Cells/mm ³	140,000-400,000
RDW	13.3	%	11-15
RBC	4.41	X10 ⁶ cell/mml ³	M4.7-6.1, F4.2-5.4
MCV	82	fl	80-100
MCH	27.0	Pg	27-34
MCHC	33.1	g/dl	32-36
N	82	%	H 40-70
Lymp	3	%	L 20-50
Mono	10	%	2-10
Eos	5	%	1-5
SARS coronavirus 2 Ag Positive			HH

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แผนการรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่า Covid-19 with Chronic Obstructive Pulmonary Disease เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่Admit ห้องแยกโรคเดี่ยว และได้รับการรักษด้วยยาตามอาการ ,Oxygen therapy ยาที่ใช้กับผู้ป่วย ได้แก่

Berodual (2:2) พ่น 1 NB x 3 ครั้ง และ ทุก 4 ชั่วโมง

ข้อบ่งใช้ ยาขยายหลอดลมชนิดพ่น ป้องกันการเกิดอาการหอบหืดและการหดเกร็งของหลอดลม อาการไม่พึงประสงค์ มีกระสับกระส่าย มึนงง เหนื่อยล้า หัวใจเต้นเร็ว แสบอก กล้ามเนื้อเป็นตะคริว

Dexamethasone 8 mg iv stat then 4 mg ทุก 4 ชั่วโมง

ข้อบ่งใช้ ลดการอักเสบและกดภูมิคุ้มกัน ใช้ในการรักษาอาการป่วยต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาโรครุมตัก, โรคผิวหนัง, ภูมิแพ้, โรคหืด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, กล้องเสียงอักเสบอุดกั้น, อาการไม่พึงประสงค์ มีกระสับกระส่าย มึนงง เหนื่อยล้า หัวใจเต้นเร็ว แสบอก กล้ามเนื้อเป็นตะคริว

Remdesivir 200mg iv OD day1 then 100 mg iv OD day2-day5

ข้อบ่งใช้ เป็นยาที่มีฤทธิ์ต้านไวรัสได้อย่างกว้างขวาง (broad-spectrum antiviral drug) มีประสิทธิภาพต่อต้านอาร์เอ็นเอไวรัสหลายชนิด สามารถป้องกันการแพร่พันธุ์ของไวรัสที่เป็นสาเหตุของ COVID-19 (SARS-CoV-2) รักษาผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19

อาการไม่พึงประสงค์ ที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และปวดศีรษะ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจเลือด

Ceftriaxone 2 gm iv OD

ข้อบ่งใช้ รักษาการติดเชื้อเอนอเรีย ชนิดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ 250 มิลลิกรัม 1 ครั้ง 1 โดส

อาการไม่พึงประสงค์ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ หนาวสั่น เม็ดเลือดขาวสูง การเพิ่มขึ้นของระดับ AST, ALT และ BUN ในกระแสเลือด ปวดบริเวณที่ฉีด โลหิตจาง ผื่นแดง

ผลข้างเคียงที่รุนแรง การแพ้ยา อาการท้องเสียที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ Clostridium difficile (CDAD) ภาวะโลหิตจาง เม็ดเลือดแดงสลาย

Azithromycin 2tab วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า

ข้อบ่งใช้ สำหรับการติดเชื้อแบคทีเรียที่ไวต่อยานี้ โดยยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย antibiotic ในกลุ่ม macrolide กลไกมีฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของแบคทีเรีย อาการไม่พึงประสงค์ การได้ยินเปลี่ยนแปลง เช่น การได้ยินลดลง, หูหนวก ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น หนังตาตก, ตาพร่ามัว การปวด หรือ กลืนลำบาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีปัญหาของโรคตับ เช่น อ่อนเพลียผิดปกติ, คลื่นไส้หรืออาเจียนเรื้อรัง, ปวดท้องรุนแรง, ตัวเหลือง, ตาเหลือง,ปัสสาวะมีสีเข้ม หัวใจเต้นเร็วหรือผิดปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แผนการรักษาของแพทย์ (ต่อ)

Prednisolone 5 mg 1 เม็ด รับประทาน วันละ 3 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น (6 เม็ด)

prednisolone 5mg 1 เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น (4 เม็ด)

prednisolone 5mg 1 เม็ด รับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า (3 เม็ด)

ข้อบ่งใช้ เป็นยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) สามารถใช้รักษาโรคหลายชนิด เช่น โรคทางภูมิคุ้มกัน โรคหอบหืด โรคไตอักเสบ และโรคเกี่ยวกับข้อต่อ โดยตัวยาคะออกฤทธิ์ยับยั้งสารในร่างกายที่ถูกสร้างขึ้นมาในภาวะอักเสบ

อาการข้างเคียง การใช้ยาเพรดนิโซโลนอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดท้อง นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน มีเหงื่อออกมาก มีสิวขึ้น ผิวน้ำ รูปร่างเปลี่ยน หรือมีการบวมเฉพาะจุดตามร่างกาย

Theophylline 100 mg ½ เม็ด รับประทานวันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า เย็น

ข้อบ่งใช้ มีฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมและหลอดเลือดที่ปอดจึงมีฤทธิ์ในการขยายหลอดลม และขยายหลอดเลือดที่ปอด ทั้งนี้ยังมีฤทธิ์ในการเป็นยาขับปัสสาวะ ขยายหลอดเลือดหัวใจ กระตุ้นหัวใจและ สมองส่วนcerebrum ซึ่งส่งผลให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อกะบังลมตีขึ้น อาการไม่พึงประสงค์ ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียนได้ ต้องระวังในการใช้ร่วมกับยาอื่น เนื่องจากมีผลต่อการขับยาบางชนิดออกจากร่างกายได้ มีข้อดีคือ ราคาไม่แพง - ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long acting β_2 - agonist) มีทั้งในรูปยากิน และยาพ่น แต่นิยมใช้ในรูปยาพ่นมากกว่า โดยใช้ร่วมกับยาป้องกันชนิดสเตียรอยด์

Loratadine 10mg 1เม็ด วันละ1ครั้ง ก่อนนอน

ข้อบ่งใช้ จัดอยู่ในกลุ่มยาแก้แพ้ ที่ออกฤทธิ์นาน ใช้บรรเทาอาการแพ้ของระบบทางเดินหายใจ เช่น จาม น้ำมูกไหล คันจมูก คันตา แสบตา เนื่องจาก โรคภูมิแพ้ ยานี้ยังใช้ สำหรับบรรเทาอาการของลมพิษเรื้อรัง และอาการแพ้ทางผิวหนังอื่นๆ

อาการไม่พึงประสงค์ ที่พบได้บ่อยของยานี้ ได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดภาวะ Paradoxical ที่ตรงข้ามกับอาการง่วงนอน อย่างความรู้สึกตื่นเต้นหรือกระวนกระวายใจจากการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางได้ หากพบผลข้างเคียงที่รุนแรงดังต่อไปนี้ ควรไปพบแพทย์ทันที ภาวะตับถูกทำลาย หรือตับอักเสบ

Dextromethorphan (1 เม็ด 15 mg) รับประทานครั้งละ1เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

ข้อบ่งใช้ เป็นยาบรรเทาอาการไอแบบไม่มีเสมหะหรือไอแห้ง ด้วยยาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาททำให้หลอดลมไม่ตีบ ส่งผลให้อิอน้อยลง แต่ยาชนิดนี้ไม่สามารถใช้รักษาอาการไอเรื้อรังหรืออาการไอที่เกิดจากปัญหาในระบบทางเดินหายใจระยะยาวได้ เช่น ไอจากการสูบบุหรี่ หรือไอจากโรคถุงลมโป่งพอง อาการไม่พึงประสงค์ ปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มึนงง ท้องผูก ปวดท้อง

<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)</p> <p>4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)</p> <p>กรณีศึกษา(ต่อ)</p> <p>ข้อมูลผู้ป่วย(ต่อ)</p> <p>กรณีศึกษารายที่2 เป็นหญิง อายุ 41 ปี สถานะภาพ สมรส สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ป.6 อาชีพ ทำนา</p> <p>อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มาด้วยอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย ปวดศีรษะ วิงเวียน เป็นมา 4 วัน เข้านี้มีอาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายเหลวไม่มีมูกเลือด 5 ครั้ง</p> <p>อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 18 กันยายน 2565 เวลา 16.58 น. มาด้วยรถส่วนตัว และเข้ารับ การตรวจรักษาที่ ARI Clinic โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ด้วยอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย ปวด ศีรษะ วิงเวียน ปวดท้อง มีคลื่นไส้อาเจียน 3ครั้ง ถ่ายเหลว 5 ครั้ง มีโรคประจำตัว โรคภูมิคุ้มกัน บกพร่อง (HIV)</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ป่วยเป็นโรคเอดส์(HIV) เมื่อปี พ.ศ. 2549 รับการรักษาที่ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มา F/U ไม่สม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และการ ผ่าตัด</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เป็นลูกคนสุดท้อง มีพี่ 2 คน อยู่คนละหมู่บ้านและอยู่ ต่างจังหวัด สถานภาพสมรส มีลูก 1 คน แยกย้ายกันไปทำงานที่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยไม่มีรายได้ สามีเป็นผู้หารายได้และดูแลครอบครัว</p> <p>ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม เป็นบ้านครึ่งปูนครึ่งไม้ ไม่มีรั้วรอบขอบชิด บ้านแต่ละหลัง ใกล้ชิดติดกัน</p> <p>ตรวจร่างกายทั่วไป</p> <p>น้ำหนัก 43 กิโลกรัม,สูง165 เซนติเมตร, BMI 15.7, อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 98/64 mmHg, DTX=111 mg%, O2Sat=98%, ATK +positive, ฟังปอดไม่พบ wheezing ทั้ง2ข้าง, Chest X-Ray no pulmonary infiltrates แพทย์วินิจฉัยเป็น Covid-19 with Acute Gastroenteritis with Human Immunodeficiency Virus Admit ในห้องแยกโรคเดี่ยว วันที่ 18 กันยายน 2565 เวลา 16.58 น. จำหน่ายวันที่ 23 กันยายน 2565 เวลา 10.49 น. นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน 5 วัน</p> <p>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p>			
Parameter	Result	Unit	Flag Refernce
BUN /CREATININE			
BUN	9	mg/dl	7.0-21.0
CREATININE	0.62	mg/dl	M 0.62-1.08, F 0.45-0.75
eGFR	112.36 {Stage1}		

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)			
4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)			
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
Parameter	Result	Unit	Flag Refernce
ELECTROLYTE			
Na	137.6	mmol/L	135-145
K	3.72	mmol/L	3.5-5.5
Chloride	105.0	mmol/L	98-108
Co2	21.8	mmol/L	21-28
AnGap	10.8	mmol/L	8-16
COMPLETE BLOOD COUNT			
Hct	24	%	M40-54, F37-47
Hb	8.1	g/dl	M13.8-17.2, F12.1-15.1
WBC	5,650	Cells/mm ³	4,000-10,000
Plt.C	387,000	Cells/mm ³	140,000-400,000
RDW	23.8	%	11-15
RBC	4.61	X10 ⁶ cell/mml ³	M4.7-6.1, F4.2-5.4
MCV	53	fl	80-100
MCH	17.6	Pg	27-34
MCHC	33.5	g/dl	32-36
Neutrophil	52	%	40-70
Lymphocyte	42	%	20-50
Eosinophil	4	%	1-5
Monocyte	2	%	2-10
LIVER FUNCTION TEST			
Total protine	9.0	g/dl	6.6-8.3
Albumin	4.4	g/dl	3.5-5.0
Globulin	4.6	g/dl	2.5-3.0
Total bilirubin	1.7	mg/dl	0.2-1.2
Direct bilirubin	1.0	mg/dl	0.1-0.4
Indirect bilirubin	0.70	mg/dl	0.1-1.3
SGOT (AST)	49	U/L	M<37, F<31
SGPT (ALT)	46	U/L	M<41, F<31
Alkaline phosphase	51	U/L	M53-128, F35-104
CANCIUM & PHOSPHORUS			
Calcium	9.0	Mg/dl	8.4-10.2
Phosphorus			2.5-4.5

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แผนการรักษาของแพทย์

Metronidazole 500mg iv ทุก 8 ชั่วโมง

ข้อบ่งใช้ ใช้รักษา โรคติดเชื้อทริโคโมเนสทั้งในช่องคลอดและผู้ชายที่มีอาการ มีเชื้อทริโคโมเนส Trichomoniasis โดยที่ไม่มีอาการ เช่นปากมดลูกอักเสบ ใช้ป้องกันสำหรับผู้สัมผัสโรคพร้อมกับผู้ป่วย

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - อาการที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ (จึงควรให้ร่วมกับอาหาร) ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ปากแห้ง metallic taste อาการอื่นๆ ที่พบ เช่น อาเจียน ท้องร่วง ปวด แน่นท้อง และท้องผูก - มีอาการของประสาทส่วนปลาย เช่น รู้สึกชาตามแขน-ขา ชา ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสผิดปกติ เวียนศีรษะ รู้สึกหุนหัน สับสน ซึมเศร้า

Omeprazole 20 mg /เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า

ข้อบ่งใช้ เป็นยาลดกรดหลังกรดที่อยู่ในกลุ่ม proton pump inhibitor ใช้ในการรักษาแผลในทางเดินอาหาร เช่น แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น แผลในกระเพาะอาหาร หลอดอาหารอักเสบ และรักษาภาวะการหลั่งกรดมากเกินไป

อาการไม่พึงประสงค์ ที่พบได้แก่ ท้องเสีย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ผื่นขึ้น-Dicyclomine

Tenofovir 300 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน (ทีโนโฟเวียร์) เป็น ยาต้านไวรัส ใช้รักษาการติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง อาจใช้ร่วมกับยาตัวอื่น ๆ เพื่อรักษาควบคู่กัน แต่ยานี้อาจไม่ได้ฆ่าเชื้อไวรัสทั้งหมด เพียงแต่ช่วยควบคุมโรคเท่านั้น Teno-em® มีตัวยาสำคัญคือ tenofovir 300 มิลลิกรัม และ emtricitabine 200 มิลลิกรัม โดยตัวยา tenofovir มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย

Lamivudine 300 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า

ข้อบ่งใช้ -ใช้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV โดยใช้ร่วมกับ zidovudine ไม่ใช่ lamivudine เดี่ยว เนื่องจากเกิดเชื้อดื้อยาได้เร็วมาก ผลข้างเคียงจาก การใช้ยา Lamivudine การใช้ยา Lamivudine อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบบ่อย เช่น ปวดศีรษะ รูปร่างเปลี่ยนไป มีไข้ อ่อนเพลีย รู้สึกไม่สบาย หูดติดเชื้อ ซึ่งอาจมีอาการเจ็บหูหรือได้ยินผิดปกติ จมูกหรือคอติดเชื้อ ซึ่งอาจมีอาการไอ จาม คัดจมูก เจ็บคอ

Nevirapine 200 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง ชื่อการค้า / ผู้ผลิต

Viramune รูปแบบ / ความแรง tablet 200 mg suspension 10 mg/ml กลุ่มยา Antiviral ชนิด HIV- 1 reverse transcriptase inhibitor Pregnancy Category B ข้อบ่งใช้ที่ได้รับการรับรองจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อบ่งใช้ รักษาอาการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยที่ซึ่งปรากฏอาการทางคลินิก ..

อาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา การเกิดผื่นมักจะเกิดในช่วง 4-6 สัปดาห์แรกของการรักษาและ มีโอกาสเกิด เพิ่มขึ้นถ้าใช้ nevirapine ร่วมกับยาต้านไวรัสอื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ 17% จะมีอาการผื่นดังกล่าวและ 7% ต้องหยุดใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ เช่น ไข้ ท้องเสีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ง่วงนอน อ่อนล้า

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แผนการรักษาของแพทย์(ต่อ)

Folic acid 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

ข้อบ่งใช้ กรดโฟลิก ใช้เพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดโฟเลตในเลือด (folate deficiency) เช่นเดียวกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อย่างโลหิตจาง (anemia) และภาวะที่กระเพาะไม่สามารถดูดซับสารอาหารได้ตามปกติ อย่างโรคกระเพาะอาหารอักเสบชนิดเป็นแผล (ulcerative colitis) โรคตับติดเชื้อ และจากการฟอกไต

ผลข้างเคียงจากการใช้ Folic Acid เวียนศีรษะ ไม่อยากอาหาร เรอ ท้องอืด มีแก๊สในกระเพาะอาหาร รู้สึกขมปาก มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ มีภาวะซึมเศร้า รู้สึกตื่นเต้น กระสับกระส่าย แปรปรวน อยู่ไม่สุข

Dicyclomine 10 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ข้อบ่งใช้ Dicyclomine (ไดไซโคลมีน) เป็นยาบรรเทาอาการปวดบีบเกร็งในช่องท้อง ออกฤทธิ์ช่วยชะลอการเคลื่อนไหวของลำไส้ รวมทั้งคลายกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารและลำไส้ นำมาใช้รักษาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในระบบทางเดินอาหาร โรคลำไส้แปรปรวน และอาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์ การใช้ยา Dicyclomine อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง ได้แก่ เวียนศีรษะ ง่วงซึม อ่อนเพลีย มองเห็นไม่ชัด ปากแห้ง คัดจมูก และท้องผูก เป็นต้น หากอาการดังกล่าวไม่หายไปหรือรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์

Domperidone 10 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

สรรพคุณ ยานี้เป็นยาเพิ่มการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร มีชื่อสามัญว่า ดอมเพอริโดน (domperidone) ใช้บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการอาหารไม่ย่อย และกรดไหลย้อน 2.1 ห้ามใช้ยานี้เมื่อไร เคยแพ้ยานี้หรือส่วนประกอบอื่นในตำรับ

อาการข้างเคียง อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ Domperidone ซึมเศร้า วิดกกังวล ปวดหัว ปากแห้ง ใจสั่น มีน้ำมันไหลออกจากเต้านม เต้านมคัดตึง หน้าอกขยายใหญ่ขึ้นในเพศชาย ประจำเดือนมาผิดปกติ

การศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษาเปรียบเทียบ จำนวน 2 ราย ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 ระหว่างวันที่ 4 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 ระหว่างวันที่ 18 กันยายน 2565 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2565 มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการรุนแรงลดลงฟื้นหายและพร้อมจำหน่ายจากหอผู้ป่วย มีความรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง เรื่อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกวิธี และครอบครัว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
สรุปกรณีศึกษา	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
<p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี มีประวัติเสียงสูง มีโรคประจำตัว Chronic Obstructive Pulmonary Disease ค่าBMI 18.6 kg/m² ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสถานที่เร่ขายลอตเตอรี่ แพทย์วินิจฉัย Coronavirus 2019 level 3.2 with Chronic Obstructive Pulmonary Disease ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยห้องแยกโรคเดี่ยว แกร็บ 4 ตุลาคม 2565 เวลา 20.48 น. มาด้วยอาการ ไข้ ไอมีเสมหะ เจ็บคอ หอบเหนื่อย ปวดศีรษะ วิงเวียน สัญญาณชีพ แกร็บ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส , ชีพจร 110 ครั้ง/นาที, หายใจ 24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/60 mmHg, ค่าO₂ room air 94%, ฟังปอดพบ wheezing ทั้ง 2 ข้าง, Chest X-Ray pulmonary infiltrates both lung แพทย์ให้เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 36%, DTX=138 mg %, ATK +positive, ให้ออกซิเจน, ให้ยา Remdesivir ฉีดทางเส้นเลือดดำ, Dexamethasone, Ceftriaxone ฉีดทางเส้นเลือดดำ ,Oxygen therapy,และยารักษาโรคประจำตัว ขณะอยู่โรงพยาบาลได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยใช้ video call และ Telecom ตลอดระยะเวลาการรักษาตัว พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆอย่างใกล้ชิด โดยการเยี่ยมวันที่1(5ตุลาคม 2565)ซึ่งเป็นระยะ 24 ชั่วโมงแรก พบว่า ประเมินสัญญาณชีพ BT= 37.8 องศาเซลเซียส, PR=114 ครั้ง/นาที, RR 24 ครั้ง/นาที, BP=100/60mmHg, O₂sat 96%, Lung มีwheezing Both Lung, ผลChest x-ray มี pulmonary infiltration ให้อาตามแผนการ</p>	<p>ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 41ปี มีประวัติเสียงสูง มีโรคประจำตัว Human Immunodeficiency Virus ค่าBMI 15.7 kg/m² ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดเชื้อจากบุคคลในครอบครัว แพทย์วินิจฉัย Coronavirus 2019 with Gastro enteritis with Human Immunodeficiency Virus ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยห้องแยกโรคเดี่ยว แกร็บ 18 กันยายน 2565 เวลา 16.58 น. มาด้วยอาการไม่ไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย ปวดศีรษะ วิงเวียน ปวดท้อง มีคลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายเหลว 5 ครั้ง, อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, หายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 98/64 mmHg, ค่า O₂ room air 98% ฟังปอดไม่พบ wheezing ทั้ง2ข้าง, Chest X-Ray no pulmonary infiltrates แพทย์ให้เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX=111 mg%, Hct 24 %, ATK +positive ให้อาต้านไวรัสชนิดรับประทาน (Favipiravir) ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด (Metronidazole , Ceftriaxone), 0.9% NSS 1000 ml iv drip 70 ml/hr, และยารักษาโรคประจำตัว ขณะอยู่โรงพยาบาลได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยใช้ video call และTelecom ตลอดระยะเวลาการรักษาตัว พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆอย่างใกล้ชิด โดยการเยี่ยมวันที่1(19 กันยายน 2565) ซึ่งเป็นระยะ 24 ชั่วโมงแรก พบว่า ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
สรุปกรณีศึกษา(ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
<p>รักษาของแพทย์ ยังมีไข้ ไอ มีเสมหะสีขาวปนเขียว เจ็บคอ เหนื่อยหอบ พักผ่อนได้น้อย</p> <p>ผู้ป่วยรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ สิ้นหน้าคลายความวิตกกังวล</p> <p>วันที่2 พบว่า ประเมินสัญญาณชีพ BT= 37.4 องศาเซลเซียส, PR=94 ครั้ง/นาที, RR 24ครั้ง/นาที, BP=100/70 mmHg, O2sat 98%, Lung มีwheezing ลดลง Both Lung, ผล CXR pulmonary infiltration lower lobe, DTX 167 mg%, ให้อาตามแผนการรักษาของแพทย์ ยังมีไข้ต่ำๆ ไอมีเสมหะสีขาวปนเขียว เจ็บคอ เหนื่อยหอบลดลง นอนหลับพักผ่อนได้น้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง</p> <p>วันที่3 พบว่า ประเมินสัญญาณชีพ BT=37 องศาเซลเซียส, PR=80 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP=110/70 mmHg, O2sat 98%, Lung ไม่มีwheezing Both Lung, DTX 154 mg%, ให้อาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีไข้ ไอต่างๆ มีเสมหะเล็กน้อย ไม่เจ็บคอ เหนื่อยเล็กน้อย ไม่หอบ นอนหลับพักผ่อนได้ แจ้งผู้ป่วยทราบเรื่องการเตรียมตัวกลับไปพักตัวที่บ้าน</p> <p>วันที่4 พบว่า ประเมินสัญญาณชีพ BT= 36.7 องศาเซลเซียส, ชีพจร78 ครั้ง/นาที ,RR 20ครั้ง/นาที,BP=120/80 mmHg, O2sat 98%, Lung ไม่มีwheezing B, Off DTX, ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่มีเสมหะ ไม่เจ็บคอ ไม่มีหอบ อ่อนเพลียเล็กน้อย นอนหลับพักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้ และเตรียมความพร้อมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเน้นการปฏิบัติตัวในเรื่องโรคที่เป็นอยู่และโรคประจำตัว COPD</p>	<p>98/64 mmHg, O2sat 98%, ตรวจน้ำตาลในเลือด 111 mg%, ผล Chest x-ray ปกติ ไม่มีไข้ ไอ มีเสมหะสีขาวปนเขียวมีน้ำมูกใส เจ็บคอเหนื่อยหอบ นอนไม่หลับ พักผ่อนได้น้อย ซีด Hct 24 % มีอาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเหลว 5 ครั้ง ปวดท้อง ขณะพักยังมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพักๆ ผู้ป่วยรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ สิ้นหน้าคลายความวิตกกังวล</p> <p>วันที่2 พบว่า ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส, ชีพจร 68 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 98/64 mmHg, O2sat 98%, ผลChest x-ray ปกติ ไม่มีไข้ ไอ มีเสมหะสีขาวปนเขียว เจ็บคอ เหนื่อยหอบเล็กน้อย พักผ่อนได้น้อย ซีด Hct 24 % มีอาเจียน 3 ครั้ง ยังมีถ่ายอุจจาระเหลว 4-5 ครั้ง ยังปวดท้อง ขณะพักยังมีไอ มีอาการหอบเหนื่อยลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง</p> <p>วันที่3 พบว่าประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส, ชีพจร 74 ครั้ง/นาที ,อัตราการความดันโลหิต 100/60 mmHg, O2 97%, ไม่มีไข้ ยังมีน้ำมูก ไอไม่มีเสมหะ ยังเจ็บคอ เหนื่อยหอบเล็กน้อย พักผ่อนได้น้อย ซีด ไม่มีอาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว 1 ครั้ง ไม่ปวดท้อง ขณะพักยังมีไอ มีอาการหอบเหนื่อยลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง</p> <p>วันที่4 พบว่า ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส, ชีพจร 62 ครั้ง/</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
สรุปกรณีศึกษา(ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
<p>วันที่5 ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ประเมินสัญญาณชีพ BT= 36.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 70 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, BP=120/70mmHg, O2sat 98%, ไม่ไข้ ไม่ไอ ไม่มีเสมหะ ไม่เจ็บคอ ไม่มีหอบ อ่อนเพลียเล็กน้อย นอนหลับพักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้ แพทย์ตรวจอาการ อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้</p> <p>-ให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้หลัก D-M-H-T-T</p> <p>-ประสานงานกับทีมควบคุมโรคในการเตรียมชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยกักตัวรักษาที่บ้าน จำนวน 14 วัน</p> <p>-ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อยาที่ได้รับก่อนกลับบ้านเพื่อรับประทาน</p> <p>ต่อที่บ้าน prednisolone 5 mg 1 tab tid PO pc # 6 tab, prednisolone 5mg 1tab bid PO pc #4 tab, prednisolone 5mg 1 tab od PO #3tab, seroflo 125(inhaler cfc free) 4 puff bid#1, berodual inhaler 2 puff prn #1,Theophyline200mg 0.5 tab tid pc#30tab, Loratadine 10mg 1tab PO hs. #30 tab, Dextromethorphan 15mg tid PO pc. ,paracetamal500mg 1tab PO prn q 4-6 hr. โดยมีเภสัชกรให้คำแนะนำเรื่องยาตามแผนการรักษา อาการข้างเคียงของยาสรุประยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 5 วัน</p>	<p>นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/60 mmHg, O2sat 98%, ไม่ไข้ ยังมีน้ำมูก ไม่ไอ ไม่เจ็บคอ เหนื่อยเล็กน้อย พักผ่อนได้น้อย ยังซีด ไม่มีอาเจียน ไม่มีถ่ายอุจจาระเหลว ไม่ปวดท้อง ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเน้นการปฏิบัติตัวในเรื่องโรคที่เป็นอยู่และโรคประจำตัว HIV</p> <p>วันที่5 พบว่า ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส, ชีพจร 64 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/60mmHg, O2sat 98%, ไม่ไข้ ไม่ไอ ไม่มีเสมหะ ไม่เจ็บคอ ไม่มีหอบเพลียเล็กน้อย นอนหลับพักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้ ผลการถ่ายภาพรังสีปอด ปกติ แพทย์ตรวจอาการ อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย</p> <p>-ให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้หลัก D-M-H-T-T</p> <p>- ประสานงานกับทีมควบคุมโรคในการเตรียมชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยกักตัวรักษาที่บ้าน</p> <p>-ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อยาที่ได้รับก่อนกลับบ้านเพื่อรับประทาน</p> <p>ต่อที่บ้าน ได้แก่ paracetamal500mg 1tab oral prn q 4-6 hr. Metronidazole 200 mg 2 tab oral tid pc, G.G. tab 100 mg 1tab oral tid pc, CPM 4 mg 1tab oral tid pc, Domperidone 10 mg 1 tab oral tid ac, Dicyclomine 10 mg 1 tab oral tid pc,</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
<p>หลังจำหน่าย ได้ประสานทีมชุมชนในการติดตามผู้ป่วยและออกเยี่ยมโดยยึดหลักD-MHT และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์(Video calling) อาการผู้ป่วยทั่วไปปกติไม่ไอไม่หอบอ่อนเพลียเล็กน้อย สามารถกักตัวต่อที่บ้านได้ครบ 14 วัน และสามารถมาตามนัดคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ตามนัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่1 :มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ในร่างกาย</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่2 :เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโคโรนาไวรัส2019 ต่อผู้อื่น</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่3 :เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่4 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องโรคข้อปฏิบัติการดูแลตนเอง กลัวมีอาการรุนแรงของโรคมมากขึ้น</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่5 :เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้อง และมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เนื่องจากขาดความรู้เรื่องการบริหารจัดการยา</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่6 : การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายไปกักตัวต่อที่บ้าน/ชุมชน</p>	<p>Tenofovir 300 mg 1 tab oral ก่อนนอน , Lamivudine 300 mg 1 tab oral หลังอาหารเช้า, Nevilapine 200 mg 1 tab oral ทุก 12 ชั่วโมง, Folic acid 5 mg 1 tab oral หลังอาหารเช้า โดยมีเภสัชกรให้คำแนะนำเรื่องยาตามแผนการรักษา อาการข้างเคียงของยาสรุประยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 5 วัน</p> <p>หลังจำหน่าย ได้ประสานทีมชุมชนในการติดตามผู้ป่วยและออกเยี่ยมโดยยึดหลักD-MHT และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์(Video calling) อาการผู้ป่วยทั่วไปปกติไม่ไอไม่หอบอ่อนเพลียเล็กน้อย สามารถกักตัวต่อที่บ้านได้ครบ14วัน และสามารถมาตามนัดคลินิกโรคเอดส์ได้ตามนัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่1 : มีภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ในร่างกาย</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่2 :เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโคโรนาไวรัส2019 ต่อผู้อื่น</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่3 :เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะซีด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่4 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องโรคข้อปฏิบัติการดูแลตนเอง กลัวมีอาการรุนแรงของโรคมมากขึ้น</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่5 :เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้อง และมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เนื่องจากขาดความรู้เรื่องการบริหารจัดการยา</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่6 :มีโอกาสดเกิดภาวะ Electrolyte imbalance เนื่องจากมีภาวะขาดน้ำ</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)	
สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่7 : การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายไปกักตัวที่บ้าน/ชุมชน
<p>อภิปรายผล</p> <p>จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 2 ราย ของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ พบว่า ผู้ที่ได้รับเชื้อความรุนแรงของโรคอาจแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยเฉพาะบุคคล ผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ติดเชื้อที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงและมีอาการรุนแรง การพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ที่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัย การรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วย การคัดกรองประวัติเสี่ยงที่ถูกต้องรวดเร็ว การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อเป็นการลดความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนของโรค และลดอัตราการตายทั้งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยโดยตรง จึงมีบทบาทสำคัญในการนำข้อมูลมาวางแผนเพื่อให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวม ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การอธิบายรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาในช่วงระยะเวลาวิกฤตค่อนข้างยุ่งยากมากกว่าผู้ป่วยและญาติจะยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและยอมรับแนวทางการรักษา และมีการเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดความรุนแรงของโรค</p> <p>จากกรณีศึกษาและเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า มีความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งเพศ อายุ อาชีพ เศรษฐฐานะ และโรคประจำตัว ทั้ง 2 ราย มีความรู้ในการป้องกันการแพร่</p> <p>สรุป</p> <p>จากกรณีศึกษาและเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า มีความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งเพศ อายุ อาชีพ เศรษฐฐานะ และโรคประจำตัว ทั้ง 2 ราย มีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่บุคคลอื่น แต่ยังคงมีความกังวลเรื่องของการดำเนินโรคด้วยผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ทั้ง 2 รายจึงได้Admit ในห้องแยกโรคเดี่ยวในโรงพยาบาล การดำเนินโรคคล้ายคลึงกัน แต่รายที่1 มีภาวะแทรกซ้อนทางปอดและมีความกังวลค่อนข้างมาก เมื่อได้รับการรักษาและได้รับการพยาบาลอย่างองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวลและพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้นคลายความกังวล สามารถปรับตัวและปลอดภัย สามารถกลับไปกักตัวที่บ้านจนครบ14 วัน และใช้ชีวิตประจำวันอยู่กับสังคมได้ ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อพบว่า ไม่มีผู้ติดเชื้อเพิ่มจากการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย</p>	

ส่วนที่2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
5.ผลสำเร็จของงาน	
การเปรียบเทียบ ผู้ป่วยกรณีศึกษาราย 2 ราย	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
<p>5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ</p> <p>การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(covid-19) รับไว้ในกักตุนเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2565 เวลา 20.48 น. ถึง วันที่ 9 ตุลาคม 2565 เวลา 10.43 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 วัน ผู้ป่วยรายนี้มีข้อวินิจฉัย การพยาบาล 6 ข้อ ให้การดูแลบรรลุตตาม วัตถุประสงค์ทุกข้อผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะปอดอักเสบ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่น มีความปลอดภัยไม่เกิดโรคซ้ำ</p> <p>5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ</p> <p>ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) มีภาวะแทรกซ้อนทางปอดและมีโรคประจำตัวปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวัง เมื่อเกิดโรคติดเชื้อโควิด-19 เมื่อรับไว้ในกักตุนได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 พบว่า มีอาการดีขึ้นไม่พบภาวะแทรกซ้อน ไม่พบการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่บุคคลอื่น จากการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และให้การพยาบาลอย่างทันที่และเหมาะสมดูแลเข้าสู่ภาวะปกติ และสามารถกลับบ้านได้ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เข้าใจในการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อและสังเกตอาการผิดปกติ ฟังพอใจในการรักษาพยาบาลและการรักษาของแพทย์ซึ่งบรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลในการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและในชุมชน</p>	<p>5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ</p> <p>การให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(covid-19) รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2565 เวลา 16.58 น. ถึงวันที่ 23 กันยายน 2565 เวลา 10.49 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 วัน ผู้ป่วยรายนี้มีข้อวินิจฉัย การพยาบาล 7 ข้อ ให้การดูแลบรรลุตตาม วัตถุประสงค์ 7 ข้อ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะปอดอักเสบ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่น มีความปลอดภัยไม่เกิดโรค</p> <p>5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ</p> <p>ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(covid-19) มีภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหารและมีโรคประจำตัวพร่องภูมิคุ้มกัน(HIV) ซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงเมื่อเกิดโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องเฝ้าระวัง เมื่อรับไว้ในกักตุนได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 พบว่า มีอาการดีขึ้นไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางปอดและทางเดินอาหาร ไม่พบการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่บุคคลอื่นจากการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และให้การพยาบาลอย่างทันที่และเหมาะสมดูแลเข้าสู่ภาวะปกติ และสามารถกลับบ้านได้ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เข้าใจในการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อและสังเกตอาการผิดปกติ ฟังพอใจในการรักษาพยาบาลและการรักษาของแพทย์ซึ่งบรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลในการควบคุมการติด</p>

ส่วนที่2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
5.ผลสำเร็จของงาน(ต่อ) การเปรียบเทียบ ผู้ป่วยกรณีศึกษาราย 2 ราย	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
ผู้ป่วยสามารถกลับไปกักตัวต่อเนื่งที่บ้านจนครบ 14 วันอย่างปลอดภัย	เชื้อในโรงพยาบาลและในชุมชน ผู้ป่วยสามารถกลับไปกักตัวต่อเนื่งที่บ้านจนครบ 14 วันอย่างปลอดภัย
<p>6.การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ</p> <p>1.เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีปัญหาซับซ้อนและ สามารถแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ ทางกายภาพ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้แก่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้</p> <p>2.เพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อกรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน</p> <p>3.เป็นแนวทางในการนำมาใช้พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อกรณีศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ในชุมชนและการบริการที่บ้านได้ดียิ่งขึ้น</p> <p>4.เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้สนใจผู้ที่จะศึกษาต่อไป</p> <p>7.ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ การเปรียบเทียบ ผู้ป่วยกรณีศึกษาราย 2 ราย</p>	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เป็นผู้สูงอายุ มีอาชีพเร่ขายลอตเตอรี่ในสถานที่ต่างๆ ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางปอดและมีโรคร่วมคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ มักจะพบความรุนแรงสามารถทำให้เสียชีวิตได้ ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและพักฟื้นที่ยาวนานขึ้น ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลขาดทักษะในการเฝ้าระวัง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ญาติและผู้ดูแลรู้สึกว่ามี ความยากลำบาก มีความกังวลในการติดเชื้อขณะดูแล เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการดูแล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เป็นผู้แม่บ้าน มีรายได้น้อย ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร และมีโรคร่วมคือโรคเอดส์ เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบภูมิคุ้มกันพร่อง ติดเชื้อง่าย มีภาวะซิด มักจะพบความรุนแรงสามารถทำให้เสียชีวิตได้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและพักฟื้นที่ยาวนานขึ้น ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลขาดทักษะในการเฝ้าระวัง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ญาติและผู้ดูแลรู้สึกว่ามี ความยากลำบาก มีความกังวลในการติดเชื้อขณะดูแล เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการดูแล

ส่วนที่2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
7.ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ(ต่อ)	
การเปรียบเทียบ ผู้ป่วยกรณีศึกษาราย 2 ราย	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
รักษาพยาบาล การช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำ การฝึกปฏิบัติลงมือทำทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ในที่สุด การดูแลป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ	รักษาพยาบาล การช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำ การฝึกปฏิบัติลงมือทำทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติได้ในที่สุด การดูแลป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำถือเป็นสิ่งสำคัญ
8.ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ	
การเปรียบเทียบ ผู้ป่วยกรณีศึกษาราย 2 ราย	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ มักจะพบอาการรุนแรงในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง เช่น โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)มีภาวะแทรกซ้อน อากาศแสดงคือ ไอ เหนื่อยหอบ O ₂ :sat 94% มีพยาธิสภาพที่ปอด เนื่องจากโควิด-19 มีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจสามารถทำให้โรคปอดกำเริบ หนักขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ข้อควรปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดและทางเดินหายใจคือผู้ป่วยเรื้อรังด้วยโรคประจำตัวบางโรค หากติดโควิด-19 มักจะพบความเสี่ยงที่อาการจะเพิ่มความรุนแรงกว่าคนทั่วไป กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว พึงระมัดระวัง และหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติด	เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงเป็นผู้ติดเชื้อ Human Immunodeficiency Virus และได้รับยากดภูมิคุ้มกันทำให้ภูมิคุ้มกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ มักจะพบอาการรุนแรงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเป็นผู้ติดเชื้อ Human Immunodeficiency Virus และได้รับยากดภูมิคุ้มกันทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอลง ติดเชื้อง่ายขึ้นและอาจมีความรุนแรงของการติดเชื้อสูงขึ้น ซึ่งหากติดโควิด-19 มักจะพบความเสี่ยงที่อาการจะเพิ่มความรุนแรงกว่าคนทั่วไป กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว พึงระมัดระวัง และหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดโควิด-19 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานงานกับชุมชนในการดูแลและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนเนื่องจากชุมชนยังไม่

ส่วนที่2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
8.ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ(ต่อ) การเปรียบเทียบ ผู้ป่วยกรณีศึกษาราย 2 ราย	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
<p>โควิด-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานงานกับชุมชนในการดูแลและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนเนื่องจากชุมชนยังไม่ยอมรับและกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ จึงจำเป็นต้องกำหนดแนวทางที่ชัดเจน และการปฏิบัติงานบูรณาการความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในชุมชน การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการ การคัดกรอง ฝ้าระวัง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการเกิดโรคในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง</p>	<p>ยอมรับและกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ จึงจำเป็นต้องกำหนดแนวทางที่ชัดเจน และการปฏิบัติงานบูรณาการความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในชุมชน การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการ การคัดกรอง ฝ้าระวัง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการเกิดโรคในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง</p>
<p>9.ข้อเสนอแนะ</p> <p>จากการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีทั้ง 2 ราย พบว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) เป็นโรคระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสโคโรนา ความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นกับอายุ ภูมิคุ้มกัน และโรคประจำตัว ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแสดงแต่มีประวัติการสัมผัสจนถึงมีอาการได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว อาจมีปอดอักเสบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) พยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโดยการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ถือเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และการคัดกรองประวัติเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยโรค และการแยกพื้นที่สำหรับการตรวจโรคระบบทางเดินหายใจที่ชัดเจน และหลักการใช้ Standard Precaution ร่วมกับ Transmission based Precaution ในการดูแลผู้ป่วยทุกรายด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การมีPPE ที่เพียงพอ บุคลากรต้องมีความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและผ่านการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญ มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ที่ทันสมัยและมีการฝึกปฏิบัติเตรียมความพร้อมอย่างสม่ำเสมอ</p>	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

วิธีการปรับปรุงงาน

1. เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ตั้งแยกรักษาในห้องแยกโรค การเข้าปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งต้องใช้เวลาในการแต่งกายการสวมใส่ชุดและการถอดชุด อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ

2. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(covid-19) อาจแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

2.1 ระยะวิกฤติ การพยาบาลควรมุ่งเน้นการติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิดเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจคุกคามชีวิต

2.2 ระยะพ้นวิกฤติหรือระยะฟื้นฟูสภาพ การพยาบาลควรมุ่งเน้นส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ควรประเมินความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ สังคมและครอบครัวของผู้ป่วย

2.3 ระยะการวางแผนการจำหน่าย ควรเป็นการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม การจำหน่ายกลับบ้าน ควรมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูที่ดีไม่กลับเป็นซ้ำ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ควรมีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาล การดูแลรักษาและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆที่ให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

4. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ควรมีการดำเนินการเชิงรุก การค้นหาคัดกรองผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติสัมผัสหรือเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

10. การเผยแพร่

ได้มีการนำเสนอผลงานวิชาการ ในการประชุมวิชาการเรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANI” สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 15 ตุลาคม 2566 เวลา 08.00น.-16.30น. ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

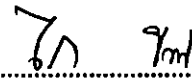
ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน: ไม่มี

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติผลงานนี้ร้อยละ 100

- 1) นางสาวโก ชมทอง สัดส่วนของผลงาน 100%
- 2).....
- 3).....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

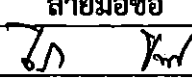
(นางสาวโก ชมทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1.นางสาวโก ชมทอง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

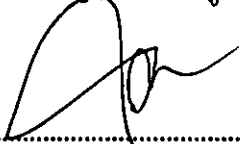
(ลงชื่อ) 

(นางศรีัญญา พงษ์อ่อน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายวศรัณู วัฒนธีรวงศ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

(วันที่) 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

**แบบการเสนอข้อเสนอนโยบายการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

.....

1.เรื่อง การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยในการควบคุม และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่โคโรนาไวรัส 2019 ในชุมชน

2.หลักการและเหตุผล

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงมาอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส โรคไข้สมองอักเสบชนิดอีบีเอส โรคอีโบล่า เป็นต้น โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ทั้งที่เกิดจากปัจจัยตามธรรมชาติ และที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ รวมทั้งยังอาจเกิดจากการจงใจกระทำให้เกิดขึ้น นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ ก็ยังทำให้ความเสี่ยงของการแพร่ระบาดข้ามประเทศข้ามทวีปเพิ่มสูงขึ้นไปด้วย ด้วยเหตุนี้จึงเกิดกระแสการตื่นตัวของทุกภาคส่วนทุกระดับ ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติและนานาชาติ ในการเตรียมความพร้อมที่จะป้องกันและควบคุมมิให้โรคที่เกิดขึ้นใหม่แพร่กระจายออกไปเป็นวงกว้าง สถานการณ์ Covid-19 โลก โรคติดต่อเชื้อโคโรนาไวรัส-19 เกิดจากเชื้อ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในช่วงเดือนธันวาคม 2562 เป็นโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่แพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมากและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน 4,681,309 ราย เสียชีวิต 32,764 ราย โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่(F2) มีผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อ 9,829 ราย รักษาหาย 9,816 ราย เสียชีวิต 13 ราย (ข้อมูล :ศูนย์ระบาดวิทยา โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ 30 ธันวาคม 2565) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่มีโรคประจำตัว และทั้งหมดติดต่อจากครอบครัวและคนในชุมชน

ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และมาตรฐานการดำเนินงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน จึงเป็นกลไกที่สำคัญในการจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดการองค์ความรู้ทางวิชาการ (Fact sheet) เพื่อสนับสนุนให้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาศักยภาพความสามารถให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อฝึกทักษะการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันที่ถูกต้องให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

3. เพื่อเพิ่มสัมพันธภาพระหว่าง พยาบาล ผู้ป่วย และญาติ หรือผู้ดูแล

4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันผู้ป่วยไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย

- 1.ญาติ/ผู้ดูแล ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย
- 2.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

นิยามศัพท์

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ หรือ โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ (Emerging Infectious Diseases, EID) คือ โรคที่เกิดจากสาเหตุการติดเชื้อโรคหรือโรคที่ติดต่อกันได้ ที่มีการอุบัติเกิดเพิ่มมากขึ้นในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา และมีการคาดการณ์ว่าจะเป็นภัยคุกคามมากขึ้นแก่มนุษยชาติในอนาคตต่อไป เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุหลักของโรคนี้อาจแบ่งได้เป็นหลาย ประเภท คือ

1.จุลินทรีย์ที่มีการค้นพบใหม่เร็วๆ นี้ หรือ จุลินทรีย์สายพันธุ์ใหม่ที่ระบุได้แล้ว เช่น โรคซาร์ โรคเอเดส

2.เชื้อโรคเดิมที่มีการปรับตัว & วิวัฒนาการ มีผลให้เกิดโรคขึ้นมาอีก เช่น ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

3.เชื้อโรคที่เป็นที่รู้จักโดยทั่วไป มีการแพร่กระจายไปยังภูมิภาคใหม่หรือกลุ่มประชากรใหม่ เช่น West Nile Virus

4.การติดโรคที่เป็นที่รู้จักดีในพื้นที่เคยประสบมาแล้ว ซึ่งมีระบบนิเวศที่มีเปลี่ยนแปลง เช่น Lyme Disease

5.โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำขึ้นมาใหม่ (โรคที่เคยเกิดขึ้นในอดีตแล้ว กลับมาเกิดขึ้นอีก) เนื่องจากการดื้อยาของเชื้อโรค เช่น วัณโรค Tuberculosis วารสารชื่อ *U.S. Journal Emerging Infectious Diseases*¹¹ กำหนดให้หมายถึงโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ EID (สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย <https://www.Pidst.or.th> A366 mobile)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริม สุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10-15 ครัวเรือน (กรมสนับสนุนบริการ <https://hss.moph.go.th>)

ผู้ดูแล ได้แก่ ญาติ ผู้ดูแลในระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน, พนักงานดูแล, พี่เลี้ยง บุคคลที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือผู้อื่นโดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ

การคัดกรอง คือ การค้นหาผู้ที่เริ่มมีปัญหามาก และให้การดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก หรือทันทีที่ การค้นหาผู้ที่มีปัญหารุนแรง เพื่อให้เกิดการประเมินวินิจฉัย และการดูแลรักษาหากจำเป็น (<https://www.imrta.dms.moph.go.th>)

การควบคุมโรค (disease control) ตามความเข้าใจโดยทั่วไป หมายถึง การลดปัญหาโรคที่เกิดขึ้นแล้วในชุมชนให้ลดน้อยลงจนหมดไปหรืออยู่ในระดับที่ไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขตามที่ได้กำหนดไว้ หลักทั่วไปของการควบคุมโรค การควบคุมโรคเพื่อให้เกิดการลดน้อยลง โดยทั่วไปจะเริ่มด้วยการใช้หลักปัจจัยสามทางระบาดวิทยา

การป้องกันโรค (Prevention) เป็นการควบคุมสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคช่วยไม่ให้เกิดคนสัมผัสเชื้อ / หากสัมผัสเชื้อก็สามารถต้านทานโรคได้ การป้องกันโรคเป็นการควบคุมปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคติดต่อโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันไม่ให้ร่างกายติดเชื้อหรือได้รับเชื้อเช่น การสวมหน้ากากอนามัย กินช้อนกลาง ล้างมือ รวมถึงการใช้วัคซีนป้องกันโรค

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ หมายถึง การป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคหลังสัมผัสเชื้อเช่น วัคซีนให้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดภายหลังสัมผัสโรคภายใน 24-48 ชม. ร่างกายยังคงสร้างภูมิคุ้มกันได้ทันทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคหัด โรคที่มีหลักฐานสนับสนุนให้มีการใช้วัคซีนในการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิได้แก่ หัด สุกใส พิษสุนัขบ้า บาดทะยัก

3. การป้องกันแบบตติยภูมิ หมายถึง การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น การให้วิตามินเอในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ป่วยเป็นโรคหัดสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของตาบอดได้

ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่มาอยู่รวมกันในพื้นที่ หรือบริเวณเดียวกันที่แน่นอน มีวิถีการดำเนินชีวิตคล้ายกัน มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และกันอยู่ภายใต้กฎระเบียบกฎเกณฑ์เดียวกัน ดังนั้นชุมชนจึงมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. คน (People) คนเป็นองค์ประกอบสำคัญของชุมชน หากปราศจากคนเสียแล้วจะเป็นชุมชนไม่ได้

2. ความสนใจร่วมกัน (Common Interest) คนที่อยู่ในชุมชนนั้นจะต้องมีความสนใจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน และความสนใจดังกล่าวเป็นผลมาจากการอยู่ร่วมกันในอาณาเขตบริเวณเดียวกัน

3. อาณาบริเวณ (Area) คนและสถานที่เกือบจะแยกกันไม่ได้ ต่างก็เป็นส่วนประกอบสำคัญ และมีส่วนสัมพันธ์กันมีคนที่ต้องมีสถานที่ แต่การจะกำหนดขอบเขต และขนาดของสถานที่ของชุมชนหนึ่งๆเป็นเรื่องยาก

4. ปะทะสังสรรค์ต่อกัน (Interaction) เมื่อมีคนมาอยู่รวมชุมชนเดียวกัน แต่ละคนต้องมีการติดต่อแลกเปลี่ยนและปฏิบัติต่อกัน

5. ความสัมพันธ์ของสมาชิก (Relationship) ความสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในชุมชนเป็นสิ่งที่ผูกพันให้สมาชิกอยู่ร่วมกันในชุมชนนั้น

6.วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี (Cultural Traditions) ตลอดจนแบบแผนของการดำเนินชีวิตในชุมชน (Pattern of Community Life) ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงและเป็นรูปแบบเดียวกัน (https://www.digitalschool.club.move1_2>page2)
ขั้นตอนดำเนินงานและกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการ

มีการวางแผนปฏิบัติโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล(สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งประกอบด้วย

1.การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน (Assessment) โดยการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ข้อมูลด้านสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในชุมชนเขตรับผิดชอบอำเภอศรีเมืองใหม่

2.การวินิจฉัยภาวะสุขภาพชุมชน (Diagnosis) เป็นการค้นหาโรคหรือภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาในชุมชนที่ทำให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนป่วย ตาย พิการทั้งร่างกายและจิตใจและประชุมชี้แจงรายละเอียดข้อมูลแก่ทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อได้รับทราบร่วมกัน

3.การวางแผน (Planning) เมื่อได้ปัญหาสุขภาพของชุมชนที่เป็นสาเหตุสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ จึงได้กำหนดแผนพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคลที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของคนไข้ ครอบครัวและชุมชน ทุกคนยอมรับและมีส่วนร่วม โดยเน้นที่การเพิ่มประสิทธิภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่ในชุมชน

4.การปฏิบัติการ (Implementation) เป็นขั้นตอนการนำแผนการดูแลสุขภาพของบุคคลมากำหนดเป้าหมายกิจกรรมดำเนินการปฏิบัติให้สอดคล้องกัน และปฏิบัติการดูแลสุขภาพตามที่กำหนดไว้ ดังนี้

4.1.จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติ ผู้ดูแล เพื่อเพิ่มความรู้ ประเมินและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เช่นประเมิน การคัดกรอง การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน การใช้วัสดุและเวชภัณฑ์ ที่ถูกต้องเหมาะสม ฝึกทักษะการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นเช่น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคร่วม, ตลอดจนการสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวและผู้ดูแล ฝึกทักษะการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การเหนื่อยหอบ ไอ หายใจลำบาก(จิริพันธ์ วิบูลย์วงศ์ สำนัก, 2555)

4.2 การจัดทำแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม มีการควบคุมกำกับโดยบุคลากรทางสาธารณสุข

4.3 ประสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในช่วยเหลือดูแล เยี่ยมเสริมพลังใจผู้ป่วย เช่นองค์กรครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.3 การประเมินผล (Evaluation) โดยแบ่งการประเมินออกเป็นระยะก่อนดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการ และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการ เพื่อนำผลการประเมินไปทบทวน และปรับปรุงแก้ไขแผนการปฏิบัติต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เกิดได้ในทุกกลุ่มวัย และถ้าเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว มักจะมีอาการป่วยที่อาการรุนแรง และความเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือได้น้อยปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรค ซึ่งยังคงมีจุดอ่อนจำเป็นต้องอาศัยญาติหรือผู้ดูแลในการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Care) ถือเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น การมุ่งเน้นส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย ในด้านการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อโรค และการควบคุมป้องกัน การปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดและถูกต้อง จึงมีความจำเป็นอย่างมาก การเตรียมความพร้อมอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ได้ใช้แนวความคิดการวางแผนในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน และการจัดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ในชุมชน เป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจากสถานพยาบาลไปยังบ้านของผู้ป่วย การได้รับความรู้การฝึกทักษะวิธีการปฏิบัติการดูแลด้านต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ชุมชน ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพเป็นอย่างมาก มุ่งเน้นเชิงรุก และเสริมพลังด้วยการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

ดังนั้นการให้ความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และป้องกันตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด ญาติ ผู้ดูแล จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ เข้าใจปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย และต้องเป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้และยังเป็นการเสริมสร้างกำลังใจ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล การป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่นั้นต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างสถานพยาบาลและครอบครัว การควบคุมป้องกันที่ดีจะลดโอกาสการเกิดโรคและการเสียชีวิต แต่จะเพิ่มค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลมีความพร้อมและประสิทธิภาพดีกว่าการดูแลที่บ้าน แต่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านสะดวกและประหยัดมากกว่าและการให้ความรู้และการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น การใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารจะช่วยลดความแตกต่างระหว่างการดูแลที่บ้านและการรักษาภายในโรงพยาบาลได้ และได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์

เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2560-2564)และ กรมควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่ายยังได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน ควบคุมโรคอุบัติใหม่ และเวชศาสตร์เขตเมือง พ.ศ. 2566 – 2570 เตรียมรับมือโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้น สกัดกั้น การแพร่ระบาดวงกว้าง เพื่อป้องกันผลกระทบและอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ในชุมชน

ข้อจำกัดของการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ พบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีญาติ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สามี/ภรรยา สูงอายุ หรือเป็นลูกและอยู่ด้วยกันเพียงสองคนกับผู้ป่วย ทำให้มีผลกระทบต่อสภาวะของผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและเศรษฐกิจ

แนวทางการแก้ไขคือการให้ชุมชนเป็นฐาน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำเสนอข้อมูล ประเด็นปัญหาในเวทีการประชุมหมู่บ้านร่วมกับชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือโดยการจัดตารางการ เยี่ยมดูแล ส่งเสริมกำลังใจจากคนในชุมชนโดยมีผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเป็นหลัก ร่วมกับผู้ดูแลในระบบการดูแล และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการ ควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอุบัติใหม่ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ทักษะการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ ป้องกันที่ถูกต้องและมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อ
- 3.เพิ่มสัมพันธภาพระหว่าง พยาบาล ผู้ป่วย และญาติ หรือผู้ดูแล
- 4.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันผู้ป่วยไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติและผู้ดูแลมีความรู้และผ่านเกณฑ์การ ประเมินทักษะในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ไม่น้อยกว่า ร้อย ละ 90
- 2.ร้อยละของผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในชุมชน ร้อยละ 100
- 3.อัตรา re-admitด้วยโรคเดิม ภายใน 28วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 2
- 5.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

(ลงชื่อ) 

(นางสาวไก ชมทอง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : Coronavirus Disease 2019. 2563. เข้าถึงได้จาก :

https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/im_commands.php

รุ่งทิพา พิมพ์สักกะ.การจัดการทางการแพทย์พยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาล 2564;70(3):64-71 สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

คู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาด ของ โรค COVID-19. 2564 . เข้าถึงได้จาก : <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8620> Department of Medical Sciences.

คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางห้องปฏิบัติการ. [Internet]. [cited 2020 Mar 29]. Available from: [https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/700-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses-World-Health-Organization-Q&A-on-coronaviruses-\(COVID-19\)](https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/700-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses-World-Health-Organization-Q&A-on-coronaviruses-(COVID-19)). [Internet]. [cited 2020 Jun 29]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus>

แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลเรื่องการตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ ,2564. เข้าถึงได้จาก https://Covid-19.dms.go.th/Content/Select_landing_page?Content=173.

แนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สถานพยาบาล ,2563. เข้าถึงได้จาก <http://www.tnmc.or.th/Covid-update01042020>

การดำเนินการเฝ้าระวังโรค โควิด-19ในชุมชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ,2564. เข้าถึงได้จาก <https://phc.moph.go.th>

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>

พรศิริพันธ์สี. กระบวนการทางการแพทย์พยาบาล&แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทพิมพ์อักษร จำกัด. กรุงเทพฯ.

Stephan E, Jie L, Miguel I, Yonatan P, Ivan P, Bairbre M, et al. Awake prone positioning for COVID-19 acute hypoxemic respiratory failure: a randomised, controlled, multinational, open-label meta-trial. *Lancet Respir. Med.* 2021; 9(12): 1387- 9

แนวคิดทฤษฎี11แบบแผนการพยาบาลของ กอร์ดอน เข้าถึงได้จาก <https://nursing62.blogspot.com/2019/09/11.html?m=1>

กรมควบคุมโรค.กระทรวงสาธารณสุข(2564).โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัยดูแลรักษา และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับแพทย์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน					
๑. ชื่อผลงาน (เรื่องที่ ๑) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย					
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ศึกษาในวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ผังกำกับงาน					
กิจกรรม	มิถุนายน ๒๕๖๖	กรกฎาคม ๒๕๖๖	สิงหาคม ๒๕๖๖	กันยายน ๒๕๖๖	ตุลาคม ๒๕๖๖
๑.ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย	←	→			
๒.เลือกเรื่อง/ผู้ป่วยเพื่อศึกษา	←	→			
๓.ขออนุมัติหัวหน้างาน/หัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย		←	→		
๔.ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง	←				→
๕.ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล		←	→		
๖.วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ความชำนาญงานและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง		←	→		
๗.สรุปผลการศึกษา				←	→
๘.เขียนรายงานการศึกษาและจัดทำเป็นรูปเล่ม			←	→	
๙.เผยแพร่ผลงาน					←
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ใช้ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ ดังนี้					
๑. มาตรฐานการพยาบาลชุมชน					
๒. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว					
๓. การพยาบาลแบบองค์รวมและกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ					
๔. แนวคิด ๑๑ แบบแผนสุขภาพกอร์ดอน					
๕. การวินิจฉัยทางการพยาบาล					
๖. แนวคิดการเยี่ยมบ้าน IN-HOMEMESS					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๑. หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะที่พบบ่อย (ความชุกเฉลี่ย ๑% ของประชากร) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ปัจจุบันประมาณว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมากถึง ๑๗๐ ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๒๐๐ ล้านคนในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกจะเป็นกลุ่มประเทศที่มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงเป็นพิเศษ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร นอกจากนี้ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ยังเป็นภาวะที่มีอัตราการตายสูง (เฉลี่ยราว ๑๐% ต่อปี) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และใช้ทรัพยากรของชาติในการดูแลรักษาสูงมาก ผู้ป่วยที่ต้องรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล มีระยะเวลานอนเฉลี่ยนานราว ๑๐-๒๐ วัน ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น มีอัตราการตายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด ๖๐ เตียง มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษา ๓ ปี ย้อนหลัง ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ จำนวน ๓๐, ๗๕, ๕๑ รายตามลำดับ และนอนรักษาในโรงพยาบาล ๑๒, ๒๖ และ ๑๗ ราย ส่งต่อ จำนวน ๑๓, ๑๙ และ ๑๖ ราย เสียชีวิต ๐, ๔ และ ๒ รายตามลำดับ ซึ่งพบว่าอัตราการป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ ๔๐ เกิดจากโรคไตวายเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ร้อยละ ๓๐ เกิดจากโรคไตวายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ ๒๐ โรคหัวใจหรือความผิดปกติหัวใจ และร้อยละ ๑๐ มีโรคประจำตัว เป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ควบคุมอาการไม่ได้และอื่นๆ เป็นต้น จากข้อมูลและสภาพปัญหาสุขภาพ ที่กล่าวมาข้างต้น ในฐานะหัวหน้าทีมรักษาพยาบาลชุมชน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาล ศรีเมืองใหม่ มีความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ของประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเหมาะสม การสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนได้มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการส่งเสริมสุขภาพทั้งในกลุ่มไม่ป่วยและกลุ่มป่วย โดยเฉพาะกลุ่มป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง มีการติดตามการ รับประทานยา การควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในภาวะปกติสม่ำเสมอ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพดังกล่าวมาข้างต้น จึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีโรคความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมยังไม่เหมาะสม ควบคุมโรคไม่ได้ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งกรณีศึกษา ๒ รายเปรียบเทียบ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีโรคประจำตัว เป็น โรคความดันโลหิตสูงโรค,ไขมันในเลือดสูง และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และทั้ง ๒ ราย ปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy : RRT) กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านมีอาการกำเริบบ่อยเนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัว อีกทั้งสภาพร่างกายมีความบกพร่องในการทำงานของไตส่งผลกระทบต่อร่างกายไม่สามารถขับของเสียได้ มีโอกาสเกิดภาวะสารน้ำและโซเดียมคั่งในร่างกาย และเป็นสิ่งที่มีความท้าทายอย่างมากกับทีมรักษา เป็นการดูแลรักษาที่มีความยากลำบาก และยังมีโอกาสที่จะทำให้มีอาการกำเริบซ้ำได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของ(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเคร่งครัด ในการควบคุมจำกัดโซเดียม และน้ำดื่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย พันภาวะวิกฤต จากกระบวนการรักษาพยาบาล เมื่อจำหน่ายกลับบ้านสามารถปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นหรือคงสภาพอาการไม่ให้อุบัติซ้ำ เพื่อลดอัตราการกำเริบซ้ำหรือ Re-Admit และเพื่อลดอัตราการตาย โดยผู้ศึกษาได้มีการทบทวนหลักวิชาการ ผลงานวิจัยและใช้แบบการประเมินผู้ป่วย ใช้ทฤษฎีแบบแผนด้านสุขภาพ ๑๑ แบบแผนกอร์ดอน ใช้มาตรฐานการพยาบาลและให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาล ก่อนกลับบ้านวางแผนการจำหน่าย ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมิน ผู้ป่วยครอบครัว สิ่งแวดล้อม ใช้หลัก IN-HOME-SSS และการประเมินคุณภาพชีวิต ของกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย หลังได้รับการดูแล ตามแนวทางที่ได้มาตรฐาน ไม่มีอาการเหนื่อย หายใจหอบลดลง ทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๒. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๒.๑ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ๒ ราย

๒.๒ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อเนื่องหลังจำหน่ายในชุมชน

๓. เป้าหมาย

๓.๑ เพื่อลดอัตราการกำเริบซ้ำ หรือ Re-Admit ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

๓.๒ เพื่อลดอัตราการการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

๓.๓ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔. ขั้นตอนการดำเนินการ

๔.๑ ศึกษาวิเคราะห์ปัญหา ข้อมูล สถิติ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๕

๔.๒ ขออนุมัติหัวหน้างาน/หัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

๔.๓ เลือกกรณีศึกษา ๒ รายเลือกเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนไต

๔.๔. ศึกษาค้นคว้า ทบทวนบทความวิชาการ งานวิจัย วรรณกรรมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ทบทวนมาตรฐานแนวทางการรักษาพยาบาล และแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

๔.๕. ศึกษาและรวบรวมเอกสารข้อมูล ของกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการรักษา ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ

๔.๖ ขอคำปรึกษา คำแนะนำจากหัวหน้าพยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๘ นำข้อมูลที่ได้มาวางแผน วิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลด้านกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

๔.๙ นำการพยาบาลสู่การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

๔.๑๐ สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

๔.๑๑ รวบรวมข้อมูล และประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติ

๔.๑๒ สรุปผลงาน รวบรวมและเขียนรายงานจัดพิมพ์รูปเล่ม พิจารณาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและแก้ไขตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

๔.๑๓ เผยแพร่ผลงาน

สรุปกรณีศึกษารายที่ ๑

เพศหญิง สัญชาติ ไทย อายุ ๗๕ ปี HN ๗๑๕๔ AN ๔๑๗๑ เข้ารับการรักษา วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จำหน่าย ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล ๕ วัน อาชีพ ทำนา สถานภาพ หม้าย ระดับการศึกษา จบประถมศึกษาปีที่ ๔ น้ำหนัก ๓๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๑๔.๐๖ แผลผล อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง, ไชมันในเลือดสูง และ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปฏิเสธแพ้ยาและอาหารประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว บิดา มารดา พี่ชาย บุตรสาวคนที่ ๒ ป่วยเป็นโรค เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ปี ๒๕๖๔ ป่วย เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือด รักษาที่ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ปี ๒๕๖๕ ป่วยเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย ปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนไต มาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาสม่ำเสมอ ๕ วันก่อนมา เจ็บแน่นชายโครงซ้าย แสบอกร้อนท้อง นอนราบไม่ได้ การขับถ่าย ปัสสาวะออกน้อย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ๑ วันก่อนมา เหนื่อย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ไม่มีบวมตามร่างกาย ปัสสาวะออกน้อยจึงมาโรงพยาบาล วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๓๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๘๗/๑๐๓ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๕ เปอร์เซ็นต์ ค่าน้ำตาลในเลือดเจาะปลายนิ้ว ๑๒๘ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัว E๔V๕M๖ ประเมินอาการตามแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนกอร์ดอน อาการแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี ซีด ถามตอบรู้เรื่อง หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ แน่นหน้าอก ผิวหนังซีดเล็กน้อย ผิวหนัง ไม่มี บวมกดบวมตามร่างกาย ผลการตรวจร่างกาย พบความผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง และหายใจหอบ mild Retraction ฟังเสียงปอด Fine crepitation both lung การขับถ่าย ปัสสาวะ ออกน้อย การพักผ่อน นอนไม่หลับ ลูกหายใจหอบเหนื่อยกลางคืน ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย บุตรต้องดูแลตลอด ตรวจพิเศษ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram :EKG) Sinus rhythm Heart Rate ๙๐ bpm , ผลเอกซเรย์ : หัวใจโต Cardiomagary , มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด Pleural effusion both lung ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ที่มีความผิดปกติ ดังนี้ การตรวจเลือด ดูการทำงานของไตบกพร่องหรือมีภาวะไตวาย Blood Urea Nitrogen (BUN) = ๙๖ mg/dl แผลผล ค่าสูงกว่าปกติ, Creatinine = ๙.๘๘ mg/dl แผลผลค่าสูงกว่าปกติ การตรวจวัดอัตราการคัดกรอง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ของกระแสเลือดในไตต่อนาที eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) = ๓.๔๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. ร่างกายมีภาวะโลหิตจาง จากการ ตรวจเลือดฮีโมโกลบิน Hemoglobin = ๙.๔ g/dl ต่ำกว่าปกติ Hematocrit = ๒๘ % ต่ำกว่าปกติ ตรวจค่าเกลือแร่ในร่างกาย ค่า Electrolyte = Sodium = ๑๔๒ mmol/l ปกติ Potassium = ๔.๓๖ mmol/l แผลผล ปกติ , Choride = ๑๑๖.๔ แผลผล ค่าสูงกว่าปกติร่างกายมีภาวะเกลือมากผิดปกติจากไตวาย คาร์บอนไดออกไซด์ CO₂ = ๑๒.๒ แผลผลค่าต่ำกว่าปกติร่างกายกำลังเกิดความเป็นพิษจากกรด acidosis, ตรวจปัสสาวะมีการรั่วของโปรตีนจากการทำงานของไตบกพร่อง การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) พบโปรตีนรั่วในปัสสาวะ Protein ๓ + มีเลือดในปัสสาวะ Blood = ๒+ , Red blood cell = ๕-๑๐ /hpf, แผลผล มีเลือดออกในปัสสาวะ การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม Congestive Heart failure with Volume Overload with End stage renal Disease with Hypertension ร่างกายมีภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน จากภาวะไตวายระยะสุดท้าย และมีความดันโลหิตสูง แบ่งระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ (American College of Cardiology/ American heart Association [ACC/AHA]) กรณีศึกษาจัดอยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว Stage C คือ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพที่หัวใจและมีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ อาการเหนื่อยหอบเมื่อทำกิจกรรมหรือนอนราบไม่ได้แต่ยังสามารถควบคุมอาการได้ การรักษาด้วยยามาตรฐานได้ แพทย์วินิจฉัยและพิจารณาส่งต่อ เพื่อทำการรักษาบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยปฏิเสธ กรณีศึกษารับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ความคาดหวังต่อการรักษา ไม่หายขาด ขอรักษาตามอาการ และแพทย์พิจารณาให้ยาตามแนวทางการรักษาหัวใจล้มเหลวและยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและไตวาย การดูแลให้การพยาบาลแบ่งเป็น ๓ ระยะ ใช้มาตรฐานกระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ระยะแรกเริ่ม (ภาวะวิกฤติ), รักษาต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย และ การติดเยี่ยมบ้าน วันที่ ๒ - ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ การรักษาให้ ออกซิเจน mask with bag ๑๐ LPM , พ่นยา ขยายหลอดลม Berodual ๒ ซึ่ซี ผสมน้ำเกลือ ๒ ซึ่ซี พ่นละอองฝอย ๑ ครั้ง และทุก ๑๕ นาที ๓ ครั้ง และทุก ๔ ชั่วโมง, รักษาระดับออกซิเจนในร่างกายที่ ๙๕ เปอร์เซ็นต์, ยาขับปัสสาวะ Lasix ๑ กรัม ทางหลอดเลือดดำใน ๒๔ ชั่วโมงรักษาระดับ ความดันโลหิตที่ ๑๘๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร Omeprazone ๔๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก ๑๒ ชั่วโมง วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ แพทย์ เพิ่มการรักษา ๗.๕ เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไบคาร์บอเนต ๒ มิลลิกรัม ในสารละลายน้ำตาลเด็กซ์โตส ๑๐๐ ซึ่ซี ทางหลอดเลือดดำภายใน ๒ ชั่วโมง เพื่อปรับภาวะเลือดเป็นกรด ยาเม็ดชนิดรับประทานต่อเนื่อง มีดังนี้ ยาลดความดันโลหิต Hydralazine ๒๕ มิลลิกรัม ๒ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เช้า - เที่ยง - เย็น, ยาลดไขมันในเลือด Simvastatin ๒๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง ก่อนนอน, ยาวิตามินบีรวม Vitamin B complex ๑ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เช้า - เที่ยง - เย็น ยาลดความดันโลหิต Atenolol ๕๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เช้า, ยาบำรุงโลหิต Folic acid ๕ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหารเช้า, ยาบำรุงโลหิต Ferrous fumarate ๒๐๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เช้า - เที่ยง - เย็น, ยาลดความดันโลหิต Amlodipine ๑๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เช้า และยาลดการอักเสบ Aspirin ๘๑ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เช้า ยาโซเดียมไบคาร์บอเนต ช่วยในเรื่องเพิ่มความเป็นด่าง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ให้กับปัสสาวะ ลดกรดในกระเพาะอาหาร Sodamint ๓๐๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เทียง - เย็น บเทาพพยาบาล อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ และเข้าใจ ลดความวิตกกังวล ด้วยวาจาที่สุภาพนุ่มนวล เคารพการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วย จัดท่านอนศีรษะสูง ๔๕ องศา (Semi-fowler's position) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา ขยายหลอดเลือด ติดตามระดับออกซิเจนในร่างกาย และวัดสัญญาณชีพทุก ๑-๒ ชั่วโมง ติดตามอาการ ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ สังเกตภาวะ hypokalemia มือสั่น ปากแห้ง ทนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำ บันทึกสารน้ำเข้าและออก ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะนอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพ, Regular Low salt diet (อาหารธรรมดาจัด) จำกัดน้ำดื่มไม่เกิน ๑,๐๐๐ ซีซี/วัน บันทึกสารน้ำเข้า-ออก ทุกวัน วันที่ ๒-๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จำนวนสารน้ำเข้าร่างกายโดยเฉลี่ยรวม ๔๐๐ - ๕๐๐ ซีซี จำนวนสารน้ำออกจากร่างกายโดยเฉลี่ย รวม ๑,๐๐๐-๑,๖๐๐ ซีซี วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เจาะเลือดติดตามผลเลือด ค่าดูการทำงานของไต Blood Urea Nitrogen = ๖๔ mg/dl แผลผล ค่าสูงกว่าปกติ, Creatinine = ๑๒.๖๔mg/dl แผลผลค่าสูงกว่าปกติ การตรวจวัดอัตราการกรองของกระแสเลือดในไตต่อหน้าที่ eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) = ๒.๕๗ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. แผลผล อัตราการกรองของไตลดลง มีการทำงานของไตอยู่ ภาวะไตวาย ค่า Electrolyte = Sodium = ๑๓๖ mmol/L ปกติ Potassium = ๓.๙๖ mmol/L แผลผล ปกติ, Chloride = ๑๐๗ แผลผล ค่าปกติ CO₂ = ๑๑.๒ mmol/L แผลผลค่าต่ำกว่าปกติ การประเมินผล หลังได้รับการรักษา พยาบาล แก้ไขภาวะวิกฤต ร่างกายขับน้ำและโซเดียมออกจากร่างกาย ได้ ทำอาการกรณีศึกษาไม่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ อาการดีขึ้น หายใจไม่หอบ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ บนเตียง รับประทานอาหารจัดมากขึ้น จำกัดน้ำดื่มได้ ปัสสาวะ ออกสะดวก ขับถ่ายปกติ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๗ เปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัวดี การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้หลัก D METHOD D Diagnosis กรณีศึกษา มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากภาวะสารน้ำและโซเดียมคั่งในร่างกาย ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากไตวายระยะสุดท้าย ไม่สามารถ ขับน้ำและของเสียได้มีโอกาสที่จะมีอาการซ้ำได้อีก ต้องปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด, M Medicine ยารับประทานต่อเนื่องที่บ้าน Carvedilol ๑๒.๕ มิลลิกรัม ๑ /๔ เม็ดรับประทาน ๑ ครั้งหลังอาหารเช้า, Hydralazine ๒๕ มิลลิกรัม ๑ เม็ดรับประทาน ๓ ครั้งหลังอาหารเช้า - เทียง - เย็น, Furosemide ๔๐ มิลลิกรัม/๒ เม็ด ๒ ครั้ง หลังอาหารเช้า - เย็น, Folic acid ๕ มิลลิกรัม ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า - เย็น, Sodium bicarb ๓๐๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ เวลาหลังอาหารเช้า - เทียง - เย็น, Aspirin ๘๑ มิลลิกรัม ๑ เม็ดหลังอาหาร เช้า, Ferrous fumarate ๒๐๐ มิลลิกรัมเช้า - เทียง - เย็น, Aspirin ๑ เม็ด ๓ ครั้ง al pc ให้แนะนำการ ใช้ยาอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกต ภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยารับประทานที่ได้รับกล่าวมาข้างต้นทั้งหมดโดยเภสัช E: Environment ให้คำแนะนำจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้เหมาะสม เช่น อยู่ชั้นล่าง ใกล้ห้องน้ำ สิ่งแวดล้อม สะอาด ปลอดภัยมีไฟฟ้าเพิ่มแสงสว่างระวังอุบัติเหตุ T Treatment ฝ้าสังเกตอาการตนเอง เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้น หายใจหอบ เหนื่อย มีอาการบวมตาม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ร่างกาย ปัสสาวะออกน้อย และแจ้งให้พยาบาลทราบ หรือ พบแพทย์ก่อนนัด H Health : การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การฝึกสมาธิ การหายใจเข้า-ออก ฟังธรรมะ O Out patient : แนะนำมาตรวจตามนัด วันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ และเจาะเลือด Lab BUN /Creatinine Electrolyte Chest X-Ray ไม่ต้องงดน้ำและอาหาร สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง D :Diet เลือกรับประทานอาหารเหมาะสม อากาศอ่อนๆ ย่อยง่าย รสชาติ จืด จำกัดน้ำดื่ม ไม่เกิน ๑,๐๐๐ ซีซี ต่อวัน งดของหมัก ดอง บทบาทพยาบาลชุมชน เป็นบทบาทที่สำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยเพื่อไม่ให้กลับมามีอาการกำเริบอีก โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เครื่องมือ (IN-HOME-SSS) ดังหัวข้อดังต่อไปนี้ การติดตามเยี่ยมบ้าน ๓ ครั้ง หลังจำหน่าย จากโรงพยาบาล กำหนด เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน ทุกครั้ง มี การประสานงาน อสม.ประจำคุ้ม และ อสม. ผู้ดูแลหลัก Care giver (CG) ญาติผู้ดูแลหลัก เตรียมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวที่เราต้องการ ไปเยี่ยมชื่อ ที่อยู่ แผนที่ตั้ง เตรียมกระเป๋ายี่ยมบ้าน (ตรวจเช็คอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน) ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน : สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความไว้วางใจ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานความสัมพันธ์บุคคลในครอบครัวเพื่อสร้าง Genogram, แผนที่บ้านกรณีศึกษา ประเมินตาม แบบประเมิน IN-HOMESSS คัดกรองโรคซึมเศร้า ๒ Q ประเมิน ADL ขณะเยี่ยมบ้านกล่าวทักทายแนะนำตัวเองและแจ้งวัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยมบ้าน กรณีศึกษา ยืมตอบรับและยินดีกล่าวทักทายกลับด้วยท่าทางเป็นมิตร วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๓๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๑๔.๐๖ แผลแผล อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักร้อยหรือพอม กรณีศึกษาอยู่กับบุตรสาว บ้าน ๒ ชั้นครึ่งไม้ครึ่งปูน การจัดบ้านเรือน สะอาดเป็นระเบียบ สิ่งแวดล้อมน่าอยู่ปลอดภัย กรณีศึกษา นอนบนที่นอนภายในบ้าน หน้าตา อิดโรยเล็กน้อย มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย เดินเข้าห้องน้ำพอได้เอง บุตรสาวคอยดูแลพุงเดินใกล้ชิด หายใจ ไม่เหนื่อย ทำกิจวัตรประจำวันได้ เฉพาะ เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แปรงฟัน ทำงานไม่ได้ ส่วนใหญ่นั่งๆ นอนๆ รับประทานอาหารได้เอง รับประทานยาตามแพทย์สั่ง บุตรสาวเป็นคนจัดยาให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่เหมาะสม ชอบรับประทาน แฉ้วปลาร้า กับลวกผัก ต้มน้ำ ๑,๒๐๐ ซีซีต่อวัน ปัสสาวะออก ๕๐๐ ซีซี ต่อวัน (ประมาณ) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม รสชาติจืด และจำกัดน้ำดื่ม แนะนำการตรวจปริมาณสารน้ำออก ปัสสาวะ โดยใช้ชวดน้ำดื่ม เพื่อจะได้ทราบ น้ำเข้า-ออกจากร่างกายควรมีความสมดุลกัน ให้คำแนะนำ อาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ การชั่งน้ำหนักว่าเพิ่มขึ้นหรือไม่ อาการแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อยมากควรพบแพทย์ก่อนนัด ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ Q Positive ประเมินภาวะซึมเศร้า ๙ Q = ๕ คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel ADL index) ADL = ๑๑ คะแนน จัดกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลาง ให้คำแนะนำ พบแพทย์ตามนัด ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ และแจ้งแผนการเยี่ยมครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ระยะเวลาเยี่ยมบ้านเตรียมข้อมูลผู้ป่วยและปัญหา ที่ได้จากการเยี่ยมบ้านครั้งก่อน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่เหมาะสม ยังรับประทานอาหารรสชาติเค็ม ไม่มีการ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความไว้วางใจ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๓๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๑๔.๐๖ แผลผล อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม ภูมิศึกษา นอนบนแคร่นอกบ้าน หน้าตาอึมแวม แจ่มใส มีอาการเหนื่อยเล็กน้อยเวลา เดินเข้าห้องน้ำได้เอง บุตรสาวคอยดูแลใกล้ชิด หายใจ ไม่เหนื่อย ทำกิจวัตรประจำวันได้ น้อย เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แปรงฟัน มีบุตรช่วยเหลือ ทำงานไม่ได้ ส่วนใหญ่นั่งๆ นอนๆ ตรวจร่างกาย ปกติ เสียงปอดปกติ ไม่มีบวมกดบวม รับประทาน อาหารได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง บุตรสาวเป็นคนจัดยาให้ รับประทานดูแลใกล้ชิด ภูมิศึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสม มากขึ้น รับประทานอาหารรสชาติจืด แกงจืด ข้าวสวย ตรวจบันทึกสารน้ำเข้าโดยรวม ๕๐๐-๖๐๐ ซีซีต่อวัน และปัสสาวะออก ๔๐๐-๕๐๐ซีซีต่อวัน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวรับประทานอาหารรสชาติจืด และจำกัดน้ำดื่มต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลจิตใจ เช่น ฟังธรรมะและการทำบุญตักบาตรหน้าบ้าน พระเดินผ่านทุกเช้า โดยปกติ ตอนที่ยังแข็งแรงชอบทำบุญตักบาตร ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ Q Positive ประเมินภาวะซึมเศร้า ๙ Q= ๔ คะแนนไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ADL = ๑๒ คะแนน จัดกลุ่มผู้สูงอายุติดอยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลาง แจ้งแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ วัดอุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๓๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๑๔.๐๖ แผลผล อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม ภูมิศึกษา นอนบนแคร่นอกบ้านภายในบ้าน หน้าตาอึมแวม มีอาการเหนื่อยเล็กน้อยเวลา เดินเข้าห้องน้ำได้เอง หายใจ ไม่เหนื่อย มีอาการเหนื่อยหลังทำกิจวัตรประจำวัน เล็กน้อย เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แปรงฟัน ได้เอง ทำงานไม่ได้ ส่วนใหญ่นั่งๆ นอนๆ บุตรสาวคอยดูแลใกล้ชิด ตรวจร่างกาย ปกติ เสียงปอดปกติ ไม่มีบวมกดบวม รับประทานอาหารได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง สม่่าเสมอ ภูมิศึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสมมากขึ้น รับประทานอาหารรสชาติจืด แกงจืดฟัก ข้าวสวย ตรวจบันทึกสารน้ำเข้าโดยรวม ๓๐๐-๕๐๐ ซีซีต่อวัน และปัสสาวะออก ๒๐๐-๔๐๐ ซีซีต่อวัน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวรับประทานอาหารรสชาติจืด และจำกัดน้ำดื่มต่อเนื่อง ให้คำแนะนำการไปพบแพทย์ตามนัด และการรักษาประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ADL = ๑๒ คะแนน จัดกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน แจ้งยุติการเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้านทุกครั้ง มี อสม.ประจำคุ้ม และ อสม. ผู้ดูแลหลัก Care giver (CG) ญาติผู้ดูแลหลัก ญาติให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้าน

สรุปกรณีศึกษารายที่ ๒

เพศหญิง สัญชาติ ไทย อายุ ๗๐ ปี HN ๖๔๒๔๙ AN ๔๒๓๔ เข้ารับการรักษา วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จำหน่าย ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาอน โรงพยาบาล ๓ วัน อาชีพ ทำนา สถานภาพ โสด ระดับการศึกษา จบประถมศึกษาปีที่ ๔ น้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๔๙ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๒.๕๒ แผลผล อยู่ในเกณฑ์ปกติ โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง, ไชมันในเลือดสูง และโรคไตวายเรื้อรัง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ระยะสุดท้าย ปฏิเสธแพ้ยาลดความดันโลหิตสูง และอาหาร ประวัติกาลเจ็บป่วยในครอบครัว มารดาป่วยโรคความดันโลหิตสูง และไตวาย (เสียชีวิต) น้องสาวคนที่ ๙ ป่วยเป็นโรค เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประวัติกาลผ่าตัด เคยผ่าตัดเนื้องอกในมดลูกเมื่ออายุ ๓๖ ปี ปฏิเสธ ดื่มสุรา/สูบบุหรี่ ประวัติกาลเจ็บป่วยในปัจจุบัน ปี ๒๕๕๗ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือด รักษาที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ปี ๒๕๖๕ ป่วยเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย ปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนไต ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยา ไม่สม่ำเสมอขนาดขนาดยา ๑ เดือน ๒ วันก่อนมา เหนื่อย ใจสั่น นอนราบไม่ได้ ไม่มีบวมตามร่างกาย ไม่มีไข้ ปัสสาวะออกน้อย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ๑ ชั่วโมงก่อนมา เหนื่อย แน่นหน้าอก ใจสั่น หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ไม่มีบวมตามร่างกาย ปัสสาวะออกน้อยจึงมาโรงพยาบาล วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๔๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๓๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๒๑๗/๑๓๓ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๕ เปอร์เซ็นต์ ค่าน้ำตาลในเลือดเจาะปลายนิ้ว ๙๖ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัวดี ประเมินอาการตามแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนกอร์ดอน อาการแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี ซีด ตามตอบรูเรื่อง หายใจหอบเหนื่อย ใจสั่น นอนราบไม่ได้ แน่นหน้าอก ผิวหนังซีด ไม่มีบวมกดบวมตามร่างกาย ผลการตรวจร่างกาย พบความผิดปกติ ความดันโลหิตสูงมาก ไม่มีแขนขาอ่อนแรง และหายใจหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอด crepitation both lung, การขยับถ่าย ปัสสาวะออกน้อย การพักผ่อน นอนไม่หลับ ลูก หายใจหอบเหนื่อยกลางคืน ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย น้องสาวต้องดูแลตลอด ตรวจพิเศษการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram :EKG) Sinus tachycardia Rate ๑๒๑ bpm, ผลเอกซเรย์ : หัวใจโต Cardiomegaly, พบน้ำในเยื่อหุ้มปอด Pleural effusion both lung ผลการตรวจเลือด ทางห้องปฏิบัติการ ที่มีความผิดปกติ ดังนี้ พบการทำงานของไตบกพร่องมีภาวะไตวายระยะสุดท้าย Blood Urea Nitrogen (BUN) = ๖๔ mg/dl แปลผล ค่าสูงกว่าปกติ, Creatinine = ๕.๑๓ mg/dl แปลผลค่าสูงกว่าปกติ การตรวจวัดอัตราการคัดกรองของกระแสเลือดในไตต่อหน้าที่ eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) = ๗.๙ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. แปลผล อัตราการกรองของไตลดลง มีการทำงานของไตอยู่ภาวะไตวาย ร่างกายมีภาวะโลหิตจางตรวจเลือดฮีโมโกลบิน Hemoglobin = ๗.๖ g/dl ต่ำกว่าปกติ Hematocrit = ๒๔ % ต่ำกว่าปกติ ค่าเกลือแร่ในร่างกาย Electrolyte = Sodium = ๑๔๐.๘ mmol/L ปกติ Potassium = ๔.๐๔ mmol/L ผล ปกติ, Chloride = ๑๑๒.๕ ผล ค่าสูงกว่าปกติ ร่างกายมีการคั่งโซเดียม CO₂ = ๑๗.๓ ผลต่ำกว่าปกติ ร่างกายอยู่ในภาวะเลือดเป็นกรด, ตรวจปัสสาวะ พบโปรตีนรั่ว Protein ๓ +, แพทย์วินิจฉัยโรคแรกเริ่ม Congestive Heart failure with with Volume Overload with End stage renal Disease Hypertension urgency : ภาวะหัวใจล้มเหลว มีภาวะ น้ำเกิน จากไตวายระยะสุดท้าย และความดันโลหิตสูง จัดระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ (American College of Cardiology/ American heart Association [ACC/AHA]) Stage C : ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพที่หัวใจและมีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ เมื่อทำกิจกรรมหรือนอนราบไม่ได้แต่ยังสามารถควบคุมอาการได้ การรักษาด้วยยามาตรฐาน แพทย์ พิจารณาส่งต่อ เพื่อทำการรักษาบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยปฏิเสธ เนื่องจาก อายุมาก เดินทางลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง ไม่มีบุตรดูแลมีเพียงน้องสาวดูแล แต่ไม่ได้อยู่ด้วยประจำ กรณีศึกษาเกี่ยวข้องกับโรคที่

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เป็นอยู่ ความคาดหวังต่อการรักษา ไม่หายขาด ขอรักษาตามอาการ และแพทย์พิจารณาให้ยาตามแนวทางการรักษาหัวใจล้มเหลวและยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและไตวาย การรักษาและให้การพยาบาลแบ่งเป็น ๓ ระยะ ใช้มาตรฐานกระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ระยะแรกรับ รักษาฉุกเฉิน รักษาต่อเนื่อง (วางแผนจำหน่าย) และ การติดเยี่ยมบ้านการดูแลรักษา วันที่ ๕- ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖ การรักษาแรกรับ จัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง ๔๕ องศา (Semi-fowler's position), ให้ออกซิเจน Canular ๓ LPM รักษาระดับออกซิเจนในร่างกายที่ ๙๕ เปอร์เซ็นต์, ยาขับปัสสาวะ Lasix ๔๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำในทุก ๑๒ ชั่วโมง สวนคาสายสวนปัสสาวะ (Retain foley catheter) ดูการทำงานของไตจากปริมาณปัสสาวะ ให้รับประทานยาลดความดันโลหิต Hydralazine ๒๕ มิลลิกรัม ๒ เม็ด ทันทีที่รักษาระดับ ความดันโลหิตที่ $\leq 150/100$ มิลลิเมตรปรอท ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร Omeprazole ๔๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำฉีด วันละ ๑ ครั้ง ยาเม็ดชนิดรับประทานต่อเนื่อง มีดังนี้ ยาลดความดันโลหิต Hydralazine ๒๕ มิลลิกรัม ๒ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เที่ยง-เย็น, ยาลดไขมันในเลือด Simvastatin ๒๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง ก่อนนอน, ยาวิตามินบีรวม Vitamin B complex ๑ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เที่ยง-เย็น ยาลดความดันโลหิต Atenolol ๕๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เช้า, ยาบำรุงโลหิต Folic acid ๕ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เช้า, ยาบำรุงโลหิต Ferrous fumarate ๒๐๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เที่ยง-เย็น, ยาลดความดันโลหิต Amlodipine ๑๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เช้า และ ยาละลายลิ่มเลือด Aspirin ๘๑ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เช้า ยาโซเดียมไบคาร์บอเนต ช่วยในเรื่องเพิ่มความเป็นด่างให้กับปัสสาวะ ลดกรดในกระเพาะอาหาร Sodamint ๓๐๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เที่ยง-เย็น บทบาทพยาบาล อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ และเข้าใจลดความวิตกกังวลด้วยวาจาที่สุภาพนุ่มนวล เคารพการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วย จัดท่านอนศีรษะสูง ๔๕ องศา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา ติดตามระดับออกซิเจนในร่างกาย และวัดสัญญาณชีพทุก ๑-๒ ชั่วโมง ติดตามอาการ ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ สังเกตภาวะ hypokalemia มือสั่น ปากแห้ง หนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำ บันทึกสารน้ำเข้าและออก ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพ, Regular Low salt diet (อาหารธรรมดาจัด) จำกัดน้ำดื่มไม่เกิน ๑,๐๐๐ ซีซี/วัน บันทึกสารน้ำเข้า - ออก ทุกวัน วันที่ ๕ -๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖ จำนวนสารน้ำเข้าร่างกายโดยเฉลี่ยรวม ๓๕๐ - ๗๐๐ ซีซี จำนวนสารน้ำออกจากร่างกายโดยเฉลี่ย รวม ๑,๗๐๐- ๒,๑๕๐ ซีซี วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ติดตามผลเลือดหลังได้รับยาขับปัสสาวะ การทำงานของไต Urea Nitrogen (BUN) = ๖๔ mg/dl แผลผล ค่าสูงกว่าปกติ, Creatinine = ๑๒.๖๔mg/dl แผลผลค่าสูงกว่าปกติ การตรวจวัดอัตราการคัดกรองของกระแสเลือด ในไตต่อการตรวจวัดอัตราการคัดกรองของกระแสเลือดในไตต่อหน้าที่ [if] eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) = ๗.๙ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. ค่า Electrolyte :Sodium = ๑๓๘.๗ mmol/L ปกติ Potassium)= ๔.๒๔ mmol/L แผลผล ปกติ , Chloride = ๑๑๐ แผลผล ค่าสูงกว่าปกติ CO₂ = ๑๗.๕ mmol/L แผลผลค่าต่ำกว่าปกติ สรุป หลังได้รับการรักษา กรณีศึกษา ไม่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

จากการได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อ ขับน้ำออกจากร่างกาย ยังมีภาวะไตวาย ร่างกายมีการคั่งของโซเดียม ลดลง ภูมิศึกษา รู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ บนเตียง รับประทานอาหารจิตมากขึ้น จำกัดน้ำดื่มได้ ปัสสาวะ ออกสะดวก ขับถ่ายปกติ สัญญาณชีพก่อนจำหน่าย อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๗ เปอร์เซ็นต์ มีการวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D METHOD : D Diagnosis ภูมิศึกษา มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากภาวะ สารน้ำและโซเดียมคั่งในร่างกาย ซึ่งสาเหตุหลัก เกิดจากไตวายระยะสุดท้าย ไม่สามารถ ขับน้ำและ ของเสียได้มีโอกาสที่จะมีอาการซ้ำได้อีก ต้องปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด, M Medicine ยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้าน มีดังนี้ Simvastatin ๒๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้งก่อนนอน Hydralazine ๒๕ มิลลิกรัม ๒ เม็ด หลังอาหาร เข้า-เที่ยง-เย็น ยาวิตามินบีรวม Vitamin B complex ๑ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เที่ยง-เย็น ยาลดความดันโลหิต Atenolol ๕๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เข้า, ยาบำรุงโลหิต Folic acid ๕ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เข้า, ยาบำรุงโลหิต Ferrous fumarate ๒๐๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เที่ยง-เย็น, ยาลดความดันโลหิต Amlodipine ๑๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๑ ครั้ง หลังอาหาร เข้า และ Furosemide ๔๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด วันละครั้ง ๑ หลังอาหารเช้า Omeprazole ๒๐ มิลลิกรัม ๑ วันละ ๑ ครั้ง ก่อนอาหารเช้า ให้แนะนำ การใช้ยาอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะ แพรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา ยารับประทานที่ได้รับกล่าวมาข้างต้นทั้งหมด E Environment ให้ คำแนะนำจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้เหมาะสม เช่น อยู่ชั้นล่าง ใกล้ห้องน้ำ สิ่งแวดล้อม สะอาด ปลอดภัย มีไฟฟ้าเพิ่มแสงสว่าง ระวังอุบัติเหตุ T Treatment เฝ้าสังเกตอาการ ตนเอง เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้น หายใจหอบ เหนื่อย มีอาการบวมตามร่างกาย ปัสสาวะออกน้อย และแจ้ง ให้พยาบาลทราบ หรือ พบแพทย์ก่อนนัด, H Health : การส่งเสริม ฟันฟูสภาพทางร่างกาย ออกกำลังกาย เบาๆ ฝึกการกำหนดลมหายใจ เข้า-ออกยาวๆ นั่งสมาธิฟังธรรมะ O Out patient : แนะนำมาตรวจ ตามนัดวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ และเจาะเลือดไม่ต้อง งดน้ำและอาหาร สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลกลับบ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการ ดูแลต่อเนื่อง, D Diet เลือกรับประทานอาหารเหมาะสม อากาศอ่อนๆ ย่อยง่าย รสชาติ จืด จำกัด น้ำดื่มไม่เกิน ๑,๐๐๐ ซีซีต่อวันงดของหมัก ดอง บทบาทพยาบาลชุมชน เป็นบทบาทที่สำคัญที่จะ ดูแลผู้ป่วยเพื่อไม่ให้กลับมามีอาการกำเริบอีก โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เครื่องมือ (IN-HOME-SSS) ดังหัวข้อดังต่อไปนี้ สรุป ภูมิศึกษาจะมีขั้นตอนและวิธีการ เหมือนกัน การเยี่ยมบ้านทุกครั้งประสานงาน อสม.ประจำคุ้ม และ อสม. ผู้ดูแลหลัก Care giver (CG) ญาติผู้ดูแลหลัก ญาติให้ความร่วมมือในการ เยี่ยมบ้านดี การติดตามเยี่ยมบ้าน ๓ ครั้ง วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ระยะก่อนเยี่ยมบ้านเตรียม ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวที่เราต้องการไปเยี่ยมชื่อ ที่อยู่ แผนที่ตั้ง เตรียมกระเป๋าเยี่ยมบ้าน (ตรวจ เช็ควัสดุพร้อมใช้งาน) ระยะเยี่ยมบ้าน : สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการ เยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความไว้วางใจ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานความสัมพันธ์บุคคลในครอบครัวเพื่อสร้าง Genogram , แผนที่บ้านภูมิศึกษา ประเมินตาม แบบประเมิน IN-HOMESSS คัดกรองโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๒ Q ประเมิน ADL ขณะเยี่ยมบ้านกล่าวทักทายแนะนำตัวเองและแจ้งวัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ทัศนศึกษา ยืมตอบรับและยินดีกล่าวทักทายกลับด้วยท่าทางเป็นมิตร อาการ ประเมิน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๔๙ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๒.๕๒ แผลผล อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ ทัศนศึกษาอยู่คนเดียวบ้าน ๒ ชั้นครึ่งไม้ครึ่งปูน น้องสาวบ้านใกล้ชิดกัน คอยดูแล แต่ไม่ได้มานอนด้วยกัน การจัดบ้านเรือน สะอาดเป็นระเบียบ สิ่งแวดล้อมน่าอยู่ปลอดภัย ทัศนศึกษา นอนบนที่นอนแคร่ข้างๆ บ้าน หน้าตาอึมแ่มแจ่มใส เป็นมิตรอาการเหนื่อยเล็กน้อย เดินเข้า ห้องน้ำพอได้เองใช้ ไม้ค้ำ พุง ป้องกันการหกล้ม ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง เฉพาะเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แปร่งฟัน ทำงานไม่ได้ ส่วนใหญ่นั่งๆ นอนๆ รับประทานอาหารได้เอง รับประทานยาตามแพทย์สั่ง น้องสาวเป็นคนจัดยาให้ บางครั้งก็จัดยารับประทานเอง หากน้องสาวไม่ว่าง ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่เหมาะสม ขอรับประทาน อาหารรสชาติ หวานมัน เผ็ด ต้มน้ำมากกว่า ๑,๐๐๐ ซีซีต่อวัน (๒ ขวด) ปัสสาวะออกโดยประมาณ ๓ แก้วน้ำต็ม ต่อวัน (ประมาณ) ขอรับประทาน กล้วย มีให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม รสชาติจืด และ จำกัดน้ำดื่ม แนะนำการตรวจปริมาณสารน้ำออก ปัสสาวะ โดยใช้ขวดน้ำต็ม เพื่อจะได้ทราบ น้ำเข้า-ออก จากร่างกายควรมีความสมดุลกัน ให้คำแนะนำอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ การชั่งน้ำหนักว่าเพิ่มขึ้น หรือไม่ อาการแน่นหน้าอก หายใจหอบ เหนื่อยมากควรพบแพทย์ก่อนนัด ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ Q ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ADL = ๑๒ คะแนน จัดกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในไม่เป็นที่พึ่งพา ให้คำแนะนำพบ แพทย์ตามนัด ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ และแจ้งแผนการเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ระยะก่อนเยี่ยมบ้านเตรียมข้อมูลผู้ป่วยและปัญหาที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน ครั้งก่อน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าไม่เหมาะสม ยังรับประทานอาหารรสชาติ หวานมัน เผ็ด ไม่มีการบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ในการเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความไว้วางใจ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๕๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๔๙ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๒.๘๗ แผลผล น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ทัศนศึกษา นอนบนแคร่ข้างๆ หน้าตาอึมแ่มแจ่มใส มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย เวลาเดินเข้าห้องน้ำ ได้เอง น้องสาวคอยดูแลต่างๆ (ทำงานมาดูแลเวลาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) หายใจ ไม่หอบเหนื่อย ทำ กิจวัตรประจำวันได้ เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แปร่งฟัน แต่งตัว(น้องสาวเตรียมเสื้อผ้า เตรียม อาหารไว้ให้ ก่อนไปทำงาน) ทัศนศึกษาปวดขา ๒ ข้างเดินลำบาก ปฏิเสธอุบัติเหตุ ซึ่อย่าแก้ปวดมารับประทานเอง ไม่มีซึ่อย่า ตรวจร่างกาย ปกติ เสี่ยงปอดปกติ ไม่มีบวมกดบวม รับประทานอาหารเช้า และรับประทานยา ตามแพทย์สั่ง ทัศนศึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสม มากขึ้น รับประทานอาหารเช้าจืด แกงจืด ข้าวสวย หลีกเลี่ยงอาหารรสชาติเผ็ด ตรวจบันทึกสารน้ำเข้าโดยรวม ๕๐๐-๖๐๐ ซีซีต่อวัน และปัสสาวะ ออก ๕๐๐ ซีซีต่อวัน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวรับประทานอาหารเช้าจืด และจำกัดน้ำดื่มต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลจิตใจ เช่นฟังธรรมะและการทำบุญตักบาตรหน้าบ้าน มีหนังสือธรรมะต่างๆ ชอบทำบุญ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตักบาตร แนะนำการรับประทานยาแก้ปวด ไม่ควรซื้อยาชุดมารับประทาน ควรพบแพทย์ ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ Q ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ADL = ๑๑ คะแนน จัดกลุ่มผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพาปานกลาง แจกแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ วัตถุประสงค์ติดตามการปฏิบัติตัวต่อเนื่องและการยุติการเยี่ยมบ้าน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๕๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๔๙ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๒.๕๒ แผลแผล อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ ภูมิศึกษา นอนบนแคร่ข้างบ้าน หน้าตาอึมครึม ไม่มีอาการเหนื่อย เดินเข้าห้องน้ำได้เอง หายใจไม่เหนื่อย มีอาการเหนื่อยหลังทำกิจวัตรประจำวัน เล็กน้อย เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แปรงฟัน ได้เองทำงานไม่ได้ ส่วนใหญ่นั่งๆ นอนๆ น้องสาวคอยดูแลต่างๆ เตรียม เสื้อผ้า อาหาร บางครั้ง ภูมิศึกษา ซื้อตามรถขายอาหารประจำหมู่บ้าน ตรวจร่างกาย ปกติ เสียงปอดปกติ ไม่มีบวมกดบวม รับประทานอาหาร ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง สม่าเสมอ ภูมิศึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสม มากขึ้น รับประทานอาหารรสชาติจัด แกงจืดผักกาดขาว ข้าวสวย ตรวจบันทึกสารน้ำเข้าโดยรวม ๔๐๐-๕๐๐ ซีซีต่อวัน และปัสสาวะออก ๓๐๐-๕๐๐ ซีซีต่อวัน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวรับประทานอาหารรสชาติจัด และจำกัดน้ำดื่มต่อเนื่อง ให้คำแนะนำการไปพบแพทย์ตามนัด และการรักษา แจกยุติการเยี่ยมบ้าน หากภูมิศึกษา มีอาการสามารถ ติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ เพื่อขอคำปรึกษา ได้

๕.เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

๑. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นผู้สูงอายุ แตกต่าง ที่อายุ กรณีศึกษาที่ ๑ อายุ ๗๕ ปี และกรณีศึกษาที่ ๒ อายุ ๗๐ ปี ที่มีโรคประจำตัวเหมือนกัน สาเหตุภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีภาวะสารน้ำและโซเดียมคั่งในร่างกายจากภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนไต และมีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้ง ๒ ราย แต่กรณีศึกษาที่ ๒ มี ชีพจร เต็มเร็ว จึงทำให้เกิดใจสั่นร่วมด้วย

๒. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลในทุกๆ ระยะ รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล กรณีศึกษาที่ ๑ รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล ๕ วัน กรณีศึกษาที่ ๒ รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล ๓ วัน การพยากรณ์โรค กรณีศึกษาที่ ๒ ดีกว่า สามารถดูแลตัวเองได้มากกว่า

๓. กรณีศึกษาที่ ๑ แตกต่างเรื่องการรักษา ได้รับยาพ่น ขยายหลอดลม ได้โซเดียมไบคาร์บอเนต ๒ มิลลิกรัม ในสารละลายน้ำตาลเด็กซ์โตส ๑๐๐ ซีซี ให้ทางหลอดเลือดดำภายใน ๒ ชั่วโมง เพื่อปรับภาวะเลือดเป็นกรด การให้ออกซิเจนแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ ๑ ออกซิเจนชนิดหน้ากาก Mask with bag ๑๐ ลิตร/นาที ปริมาณออกซิเจน มากกว่า Nasal cannula กรณีศึกษาที่ ๒ ใส่สายยางเข้าจมูก Nasal cannula ๓ ลิตร/นาที กรณีศึกษาที่ ๒ คาสายสวนปัสสาวะ เพื่อดูการทำงานของไต บันทึกปริมาณปัสสาวะและทำให้ผู้ป่วยได้พัก ช่วงที่มีอาการเหนื่อยหอบ อีกทั้งสามารถสะดวกในการบันทึกสารน้ำออก ได้ชัดเจน และง่าย ได้รับยาจำหน่ายกลับบ้านต่างกันคือ

๔. ข้อแตกต่างผู้ดูแล ผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน กรณีศึกษารายที่ ๑ มีบุตรสาวดูแลใกล้ชิด อยู่ด้วยตลอด กรณีศึกษาที่ ๒ อยู่คนเดียว มีน้องสาว จะมาอยู่ด้วย กรณี ที่มีอาการหนัก หรือนอนโรงพยาบาลแค่นั้น และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เมื่อญาติไม่อยู่ มีปัญหาการพามาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ขาดนัด ขาดยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)					
<p>๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)</p> <p>ผู้ป่วยไม่กล้าตัดสินใจ การรักษาบำบัดทดแทนไต เนื่องจากญาติไม่พร้อม ดูแล ผู้ป่วยจึงตัดสินใจรักษาตามอาการ</p> <p>๕. การนัดติดตามอาการของแพทย์แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ ๑ นัดติดตามอาการ ๗ วัน หลังจำหน่าย ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ มาตามนัด อาการปกติ เพื่อประเมินอาการ หลังได้รับการรักษา พยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตมาและ เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ นัดติดตามอาการ ๑๓ วันเพื่อประเมินอาการ หลังได้รับการรักษาพยาบาล อาการทั่วไปปกติ</p> <p>๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)</p> <p>ผลสำเร็จเชิงปริมาณ ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบหน่วยงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์รวมโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ๓ ปีย้อนหลัง ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖</p>					
ลำดับ	ข้อมูล/ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑.	จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษา (ราย)	-	๓๐	๗๕	๕๑
๒.	อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว (ราย)	๐	๐	๕.๓๓	๓.๙๒
๓.	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว Admit (ราย)	๐	๑๒	๒๖	๑๗
๔.	จำนวนการส่งต่อ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น (ราย)	๐	๑๓	๑๙	๑๖
๕.	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ราย)	-	๑,๕๑๗	๑,๕๘๖	๑,๕๘๖
๖.	จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ ๓-๔(ราย)	-	๑,๐๙๓	๑,๐๙๓	๑,๐๙๓
๗.	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองไต	๘๐%	๗๙.๖๗	๗๔.๗๓	๗๗.๙๑
๘.	อัตราการการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล	๘๐%	๘๗.๒๕	๘๙.๓๕	๙๐.๔๕
<p>ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ</p> <p>๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการแรกรับและได้รับวินิจฉัยและรับการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว</p> <p>๒. อัตราการภาวะหัวใจล้มเหลว กำเริบซ้ำ Re-Admit ลดลง</p> <p>๓. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง</p> <p>๔. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตที่บ้านได้</p>					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

๑. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกินจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๒. เพื่อใช้เป็นแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกินจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๓. เพื่อใช้เป็นเอกสารวิชาการบุคลากรสาธารณสุขได้ เรียนรู้ศึกษา ทำการวิจัยต่อไป

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

๒. ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนไต มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกินได้สูง

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การรักษาบำบัดทดแทนไตมีความยุ่งยาก มีขั้นตอน ซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือไม่มีผู้ดูแล ขาดโอกาสในการรักษา

๒. ผู้สูงอายุ ไม่มีผู้ดูแลหลักเมื่อกลับบ้าน เดินทางลำบาก

๓. ไม่มีคู่มือ หรือแผ่นพับให้ความรู้การปฏิบัติตัวผู้ป่วย บัตรเช็คอาการสำคัญที่ควรมาพบ แพทย์ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

๔. ขาดอุปกรณ์ เช่นเครื่องชั่งน้ำหนัก ขวดตวงปัสสาวะ สำหรับให้ผู้ป่วย เมื่อกลับบ้าน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และอสม. ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อกลับบ้าน

๒. จัดทำคู่มือการ ปฏิบัติตัว ตัวอย่างอาหาร ที่ควรรับประทานและที่ควรหลีกเลี่ยง ในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

๓. จัดทำบัตรเช็คอาการสำคัญที่ควรมาพบแพทย์ สำหรับผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวังอาการเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

๔. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

๕. สถานพยาบาลแต่ละอำเภอ ควรมีศูนย์ฟอกไตเทียมใกล้บ้านเพื่ออำนวยความสะดวกกับผู้ป่วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ได้มีการนำเสนอผลงานวิชาการ ในการประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี”

วันที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐- ๑๖.๓๐ น.

ณ วิทยาลัยบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน : ไม่มี

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติงานนี้ ร้อยละ ๑๐๐

๑) นางพิสมัย เวียงนนท์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

๒)

๓)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....


(นางพิสมัย เวียงนนท์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๑๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางพิสมัย เวียงนนท์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางไผ่ ชมทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ.....

(นายวศรัญ วัฒนธีรวงศ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

(วันที่) ๑๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเค็มในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อม ในคลินิก NCD ปทุมภูมิ

๒.หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบ บ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและตรวจพบเมื่อโรครำเนินการไปนานแล้วจนเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD) จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ พบว่า มีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งสิ้น ๓๙,๔๑๑ ราย แยกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน ๒๐,๙๙๓ ราย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน ๑๓,๕๐๓ ราย และผู้ป่วยฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมที่รับเฉพาะยา EPO จำนวน ๔,๙๕๑ ราย คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงถึง ๘ ล้านคน คิดเป็น ๑๗ % ของประชากรซึ่งสูงติดอันดับ ๓ ในอาเซียน และมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี โรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ เกิดจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ซึ่ง ๑ ใน ๓ เสียชีวิตก่อนอายุ ๖๐ ปี จากข้อมูลทางสถิติ ที่คลินิกชะลอไตเสื่อม ๓ ปี ย้อนหลัง โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease :CKD) แต่ละระยะ ตั้งแต่ไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ - ไตวายเรื้อรังระยะที่ ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ : โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ จำนวน ๗๐๒,๗๗๓ และ ๘๗๖ ราย ตามลำดับ โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๔ (CKD๔) ๒๓๔,๒๙๙ และ ๒๖๗ ราย ตามลำดับ โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๕ (CKD๕) ๑๙๑,๒๒๑ และ ๒๕๖ ราย ตามลำดับ และจากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ส่งมารักษาที่หน่วยงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ที่มารับบริการที่คลินิกย้อนหลัง ๓ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๔๕, ๑๕๓ และ ๑๘๓ รายตามลำดับ ผลการตรวจเลือดประจำปี พบอัตราการกรองของไตลดลงเรื่อยๆ โดยแบ่งเป็นโรคไตวายเรื้อรังแต่ละระยะ ตั้งแต่ไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ - ไตวายเรื้อรังระยะที่ ๕ ข้อมูลไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ (CKD ๓) จำนวน ๒๙,๒๘ และ๓๙ ตามลำดับ ส่งต่อเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมที่ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จำนวน ๔, ๑ และ๑ ราย ปฏิเสธไม่ไปรักษา ๓ รายนอกจากนี้ยังพบ CKD ๔ ๑ ราย และ CKD ๕ ๑ ราย ซึ่งปฏิเสธรักษา ๒ ราย (มีปัญหาด้านการเดินทาง และเศรษฐกิจ) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบอัตราการป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากการควบคุมโรคไม่ได้ตามเกณฑ์ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องคือ บริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง อาหารรสเค็ม อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม ผงปรุงรสต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป แขนงแข็ง อาหารกึ่งสำเร็จรูป รวมทั้งอาหารนอกบ้านที่ปรุงรสโดยคำนึงถึงแต่รสชาติ แต่ไม่คำนึงถึงสุขภาพ ผู้บริโภคนั้น มีผลต่อค่าการกรองของไต ของผู้ป่วยกลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อภาวะไตเรื้อรังระดับต่างๆ จนถึงภาวะไตวายเรื้อรังได้จึงจำเป็นต้องได้รับความรู้เรื่องการบริโภคเกลือ หรืออาหารที่มีโซเดียมสูงได้ถูกต้อง เพื่อนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดบริโภคเค็มลง และควบคุมโรคให้ได้ตามเกณฑ์

แบบเสนอเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ) (ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

ตั้งนั้นหน่วยงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้ศึกษาค้นคว้าวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรม เพื่อนำมาพัฒนาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อม ในคลินิก NCD ปฐมภูมิเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียั่งยืนต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองตีบ/แตกอย่างมีนัยสำคัญ หากสามารถลดความดันโลหิตลงได้ ก็จะช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าว ในประเทศไทย แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่และโรคเบาหวานรายใหม่มีเพิ่มขึ้นทุกปี แต่กลับมีเพียง ๓๐% เท่านั้นที่ควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ได้ ปัจจัยสำคัญโดยเฉพาะในคนเอเชีย ที่ส่งผลต่อความดันโลหิตสูงคือการบริโภคเกลือ โดยเฉพาะเกลือโซเดียมที่มากเกินไปจะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จากรายงานผลการสำรวจล่าสุดในปีที่ผ่านมา โดยเครือข่ายลดบริโภคเค็ม สสส. ร่วมกับคณะสาธารณสุข ของมหาวิทยาลัยหลายแห่งทั่วประเทศ และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า คนไทยบริโภคเกลือเฉลี่ยวันละ ๙.๑ กรัม ซึ่งสูงกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ ๕ กรัมต่อวัน ไปถึงเกือบ ๒ เท่า ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญของคนไทย นอกจากนี้ การบริโภคเค็มเป็นเวลานาน จะทำให้ไตตรสเค็ม และมีความไวต่อการรับรู้รสเค็มที่ลดลง เรียกว่า เคยชินกับความเค็มไปด้วย

จึงได้ศึกษาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวและได้แนวคิดการใช้เครื่องวัดเกลือ (Salt meter) ในการมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย จากผลงานวิจัยในวารสารนานาชาติ The Journal of Clinical Hypertension ซึ่งเป็นงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้ (ไม่ว่าจะรับประทานยาลดความดันโลหิตหรือยังไม่ได้เริ่มยาก็ตาม) โดยได้นำเอาอุปกรณ์เครื่องวัดปริมาณโซเดียมในอาหารหรือเครื่องวัดเกลือ (Salt meter) ที่ทำให้ทราบปริมาณความเค็มในอาหารที่จะบริโภคภายในเวลาไม่กี่วินาที โดยจุ่มลงไปใต้น้ำแกงหรือซุพ เครื่องจะวัดความเข้มข้นของเกลือจากระดับความเหนียวนำไฟฟ้าของน้ำแกงและแสดงค่าระดับความเค็มเป็นเปอร์เซ็นต์ และจะมีตัวเลข โซเดียมต่ำสีฟ้า โซเดียมปานกลาง สีเขียว โซเดียมสูง สีแดงบนหน้าจอ เครื่องวัดเกลือนี้ถูกพัฒนาโดยคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และนำมาใช้ในสถานการณ์จริง โดยให้กับผู้ป่วยไปใช้ที่บ้านร่วมกับการให้ความรู้โดยนักโภชนาการเกี่ยวกับการลดบริโภคเค็ม เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว โดยติดตามผลที่ ๘ สัปดาห์ หรือประมาณ ๒ เดือน ผลจากการนำเครื่องมือ มาใช้ร่วมกับการให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยทราบและตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเค็ม หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและโซเดียม ในปริมาณที่เกินกว่าความต้องการในแต่ละวัน ซึ่งปริมาณโซเดียมไม่ควรเกินวันละ ๒,๐๐๐ มิลลิกรัม หรือ ๑ ช้อนชาต่อวัน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง ควรที่จะลดปริมาณของโซเดียมลงไม่เกิน ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน และนอกจากนี้ยังต้องจัดโปรแกรมลดการบริโภคเค็มในรูปแบบการดำเนินการให้ความรู้ การบริโภคเค็ม ฝึกการอ่านฉลากปริมาณโซเดียมในอาหาร การปรุงอาหาร การให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา การให้คู่มือ ตัวอย่างอาหาร วิธีปฏิบัติตัวตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยทำให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น

แบบเสนอเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ) (ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาการชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ควรจะมีการพัฒนารูปแบบที่เฉพาะมากยิ่งขึ้นรายต่อดังนี้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อมีรูปแบบในการปรับเปลี่ยนเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคลดเค็มกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ความเข้าใจการบริโภคเกลือ และอาหารที่มีโซเดียมสูงที่ถูกต้อง
๒. เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเค็มในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การดำเนินการเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการ

๑. จัดทำทะเบียน ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิก NCD ของหน่วยบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ทั้งหมด
๒. ตรวจสอบเลือดประจำปีเพื่อค้นหาคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
๓. วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการตรวจเลือด แบ่งผู้ป่วย ตามอัตราการกรองของไต
๔. ศึกษาค้นคว้า หาความรู้ ทบทวน บทความวิชาการ นวัตกรรมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วย
๕. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก NCD และคลินิกชะลอไตเสื่อม นักโภชนาการ เกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหา การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๖. ค้นหาข้อมูลประชุมทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหา การใช้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๗. นำเสนอปัญหาสาธารณสุขให้หน่วยงานอบต. รับทราบ ของงบประมาณในการดำเนินการ
๘. จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) สื่อการเรียน การสอน ชุด โมเดล อาหารสุขภาพ อาหารที่ควรรับประทานและหลีกเลี่ยง คู่มือ กินอยู่อย่างไรห่างไกลไตวาย
๙. ประสานทีมวิทยากร แพทย์ เภสัชกร พยาบาลคลินิกชะลอไตเสื่อมและนักโภชนาการให้ความรู้

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการ

๑. ประชาสัมพันธ์การตรวจเลือดประจำปี ให้ผู้ป่วยมาตรวจเลือดทุกคน
๒. แจ้งผลการตรวจเลือดประจำปีให้ผู้ป่วยทราบ จัดกลุ่มผู้ป่วยตามอัตราการกรองของไต ระยะ ๑-๕
๓. จัดทำโครงการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงประจำปี ๒๕๖๗
๔. ให้ผู้ป่วย นำอาหารเอาเฉพาะน้ำปริมาณ ๒๐๐ ซีซีบรรจุ ถุง พลาสติก เขียน ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย ประเภทอาหาร มาให้เจ้าหน้าที่ตรวจตรวจวัดระดับปริมาณโซเดียมในอาหารโดยใช้เครื่องมือ Salt meter พร้อมแจ้งผลให้ผู้ป่วยทราบ
๕. ทีมวิทยากรอบรม ให้ความรู้ กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง
๖. นักโภชนาการ แจกผล การตรวจระดับโซเดียม ให้ผู้ป่วยทราบ และที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง จัดทำคู่มือ โมเดลอาหาร ปริมาณโซเดียม

แบบเสนอเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๗. ให้ความรู้การอ่านฉลากโภชนาการ เครื่องปรุง อาหารที่มี เกลือ และโซเดียมสูงนำตัวอย่างอาหารที่มีฉลากแจกให้ผู้ป่วยทุกคน การฝึกปฏิบัติตรวจวัดความเค็ม ในอาหารด้วย Salt Meter การฝึกปฏิบัติวัดระดับความดันโลหิตด้วยตัวเอง
๘. ติดตาม หลังให้ความรู้ ๒ เดือนการสุ่มตรวจวัดความเค็ม ในอาหารด้วย Salt Meter โดยอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ละหมู่บ้าน และส่งรายงานเจ้าหน้าที่
๙. ติดตามผลการตรวจเลือดประจำปี บันทึกผลเปรียบเทียบแจ้งผู้ป่วย กล่าวชื่นชมระยะที่ ๓ การสรุป และประเมินผลลัพธ์

๑. ประเมินความรู้ก่อน และหลังการอบรมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือหรือโซเดียมสูง
๒. สรุปข้อมูล การวิเคราะห์ประเมินผล รายงานผลการดำเนินงาน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเค็มในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
๒. ลดภาวะแทรกซ้อน ชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
๓. ตัวชี้วัดคุณภาพในการจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
๓. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min

ลงชื่อ..........ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ

(นางพิสมัย เวียงนนท์)

วันที่ ๑๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา มณีทัฬห และ สมจิต แคนสีแก้ว. (๒๕๖๐). สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, ๓๕(๔), ๑๓๙-๔๙.
- กิตติ สรณเจริญพงศ์, และ สิริรินทร์ยา พูลเกิด. (๒๕๕๖). การประเมินผลมาตรการรณรงค์ลดการบริโภคเกลือ ในคนไทย. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกวรรณ พีระวงศ์. (๒๕๕๙). รายงานการวิจัยการสำรวจสถานการณ์การแสดงข้อมูล โภชนาการ และปริมาณโซเดียม บนฉลากอาหาร ในผลิตภัณฑ์อาหาร สำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที ปี ๒๕๕๕- ๒๕๕๘. สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
- กรมควบคุมโรค. (๒๕๕๙). ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙- ๒๕๖๘. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (๒๕๕๓).
- คู่มือการจัดอบรมแบบมีส่วนร่วม. สืบค้นจาก <http://mhtech.dmh.moph.go.th/techno-technoother/index.html>. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๒).
- แนวคิด ทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๘. คำแนะนำสำหรับ การดูแลโรคไตเรื้อรังก่อนบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๕๘