

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาจากเชื้อ Klebsiella Pnuemoiae ESBL :  
กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๕ - พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความหมายภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis หรือ Septicemia) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ในระยะแรกร่างกายจะอยู่ในภาวะ hypodynamic state โดยจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilatation) ส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำที่จะไหล ระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสูบฉีด (hypovolemia) ประกอบกับการทำงานของหัวใจที่แยลง 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 แต่ปริมาณออกซิเจนที่มากขึ้น เนื้อเยื่อไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ได้ เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนอย่าง ๒ รุนแรงเป็นเวลานานอย่าง ต่อเนื่อง เซลล์เนื้อเยื่อต่างๆจะค่อยๆเสื่อมสภาพ จนเกิดอวัยวะล้มเหลวในที่สุด หากอวัยวะล้มเหลว พร้อมๆ กันหลายระบบ (Multiple Organ Failure) อาจถึงแก่ชีวิตได้

๓.๒ โรคและทฤษฎี ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มี ภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี Systemic inflammatory response syndrome: SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป ที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ต้องใช้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressor) ในการรักษาไว้ซึ่ง Mean Arterial Pressure: MAP  $\geq$  ๖๕ มิลลิเมตรปรอท และมีค่า serum lactate Level  $>$  ๒ มิลลิโมลต่อ ลิตร (๑๘ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ใน กลุ่ม hospital-acquired sepsis ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเกิดจากการทำหน้าที่ของหลอดเลือดผิดปกติ เริ่มจากแบคทีเรียปล่อย endotoxin เข้ามาในกระแสเลือด มีผลต่อร่างกายโดยเกิดการอักเสบที่เกิดขึ้นเฉพาะจุด โดยเกิดจาก เนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดบริเวณนั้น มีการเคลื่อนที่ของ White Blood Cell ต่างๆ ไปยังอวัยวะเป้าหมาย มีการเปลี่ยนแปลงของระบบ Metabolism และ Catabolism ของบางอวัยวะเกิดขึ้น เช่น ตับ, ม้าม และ Lymphatic Tissue และมีการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นใน ร่างกาย หลังจากนั้นจะเข้าสู่ ภาวะ Acute phase reaction โดยระยะนี้จะมีการหลั่งสาร proinflammatory cytokines (IL-๑, IL-๒, IL-๖, TNF  $\alpha$ ) จำนวนมากออกมา (Burdette, ๒๐๑๒; Paterson and Webster, ๒๐๐๐) หลังจากนั้นร่างกายจะหลั่งสารฮีสตามีน และไคนิน มีผลทำให้ความตึงตัวของหลอดเลือด (permeability) เพิ่มขึ้น มีการคั่งค้างของเลือดในหลอดเลือดดำมากขึ้น ส่งผลทำให้ เลือดดำที่ย้อนไหลกลับไปหัวใจ (Venus Return) ลดลง และ เลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลงตาม ด้วย ในที่สุดความดันโลหิตก็จะต่ำลงนอกจากนี้ ร่างกายจะมีการกระตุ้น คอมพลีเมนต์ต่างๆ เพิ่มการหลั่ง C๕a และ C๖a ทำให้เกิดลิ่มเลือดเล็กๆ (Micro emboli)

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๓.๒ โรคและทฤษฎี (ต่อ) ประกอบกับระบบการแข็งตัวของ เลือดและการละลายลิ่มเลือดเสียไปจึงทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วร่างกาย (Disseminated Intravascular Coagulation: DIC) ซึ่งลิ่มเลือดเล็กๆ นี้จะไปทำให้หลอดเลือดเล็กๆ อุดตัน เป็นผลทำให้ เนื้อเยื่อขาดเลือด สารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยง ในระยะแรกเซลล์จะมีความต้องการใช้ ออกซิเจนเพิ่ม มากขึ้นร่างกายจะมีการปรับชดเชย โดยหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึกมากขึ้น ร่างกายอยู่ในภาวะต่างจาก การหายใจ (Respiratory alkalosis) และในเวลาต่อมาจะเปลี่ยนเป็นภาวะ Metabolic acidosis เนื่องจาก เซลล์ได้ออกซิเจนน้อยลงทำให้เซลล์ต้องอาศัยกระบวนการสร้างพลังงานโดยไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) ทำให้เกิดการคั่งของกรดแลคติกตามมา เมื่อภาวะดังกล่าวนี้ไม่ได้รับการแก้ไขอาการของ โรคจะลุกลามทำให้เซลล์และอวัยวะสำคัญของร่างกายถูกทำลายและเสียชีวิตในที่สุด

๓.๓ สาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดจากเชื้อแบคทีเรียเป็นต้นเหตุ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้แบคทีเรียก่อโรคเข้าสู่ร่างกายและแทรกซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ ได้แก่ มีการติดเชื้อที่ส่วนอื่นๆ ของร่างกายอยู่แล้ว ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา แบคทีเรียอาจเพิ่มจำนวนและลุกลามไปทั่วร่างกายผ่านทางกระแสเลือดได้ ตัวอย่างโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้บ่อย ได้แก่ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดบวม การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เช่น กรวยไตอักเสบ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ การติดเชื้อในช่องท้อง เช่น ไส้ติ่งอักเสบ มีภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอ เช่น เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งทำลายเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกัน ติดเชื้อจากการรักษาในโรงพยาบาล กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล บางครั้งอาจมีภาวะแทรกซ้อนเป็นการติดเชื้อได้ เช่น การผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียในโรงพยาบาล ซึ่งมักเป็นเชื้อดื้อยาที่ไม่สามารถกำจัดได้ด้วยยาปฏิชีวนะธรรมดา และอาจลุกลามกลายเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ติดเชื้อจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือการสอดท่อทางหลอดเลือดดำ ซึ่งหากอุปกรณ์ดังกล่าวมีการปนเปื้อนเชื้อโรค ก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ติดเชื้อผ่านทางบาดแผลขนาดใหญ่ เช่น มีแผลเปิดจากอุบัติเหตุ หรือเป็นแผลทั่วตัวจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ซึ่งดูแลทำความสะอาดแผลลำบาก ทำให้อาจเกิดการติดเชื้อผ่านผิวหนังได้ เด็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากเด็กและผู้สูงอายุจะมีร่างกายอ่อนแอ และหากยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ด้วยแล้ว ก็จะมีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดได้สูงกว่าช่วงวัยอื่นๆ ภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ลิ่มเลือดแข็งตัวทั่วร่างกาย หรือ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) โดยลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นจะไปอุดตันหลอดเลือดขนาดเล็ก ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง และเกิดเนื้อเยื่อตายเฉียบพลันได้ การทำงานของอวัยวะภายในร่างกายผิดปกติ ซึ่งเป็นผลจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้อวัยวะสำคัญในร่างกายล้มเหลว เช่น ไต ปอด หัวใจ และสมอง เป็นต้น การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน หรือ Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) เนื่องจากปอดได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นภาวะอันตรายที่นำไปสู่การเสียชีวิต

๓.๔ อาการแสดงของการติดเชื้อ ไม่มีอาการและอาการแสดงจำเพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมากมักเป็นการแสดงของการติดเชื้อตามระบบที่มีการติดเชื้อ โดยอาจมีอาการนำเป็นไข้ หนาวสั่น หายใจเร็ว หรือถ้ามีอาการติดเชื้อในช่องท้อง อาจนำมาด้วยอาการปวดท้อง โดยกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย เช่น

- ไข้สูงเกิน ๓๘.๓ องศาเซลเซียสหรืออุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า ๓๖.๓ องศาเซลเซียส
- ชีพจรเต้นเร็วเกิน ๙๐ ครั้งต่อนาที
- อัตราหายใจเร็วเกิน ๒๔ ครั้งต่อนาที
- ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงอาการบวม น้ำหรือสมดุลของสารน้ำในร่างกายเป็นบวกมากกว่า ๒๐ มล./กก. ใน ๒๔ ชั่วโมงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า ๑๔๐ มก./ดล โดยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน
- ผลตรวจเลือดหรือเม็ดเลือดขาวสูงกว่า ๑๒,๐๐๐ ตัว/มิลลิลิตร หรือน้อยกว่า ๔,๐๐๐ ตัว/มิลลิลิตร

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

### ๓.๕. การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะ sepsis และ septic shock Sepsis จะวินิจฉัยเมื่อสงสัยหรือมีหลักฐานว่าติดเชื้อร่วมกับประเมนคะแนน The sequential organ failure assessment score (SOFA)  $\geq 2$  ซึ่งถ้าคะแนน SOFA ยิ่งมาก จะยิ่งเพิ่มโอกาสการเสียชีวิต มากยิ่งขึ้น โดย SOFA score ในกรณีผู้ป่วยที่มาตรวจเบื้องต้นเองที่ห้องฉุกเฉิน อาจพิจารณาใช้การประเมิน แบบง่ายและรวดเร็ว โดยใช้ quick Sepsis Organ Failure Assessment (qSOFA) มีเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้ ๑) Respiratory rate  $\geq 22$ /min ๒) Altered mentation ๓) Systolic blood pressure  $\leq 100$  มิลลิเมตรปรอท หรือใช้ Search Out Severity Score (SOS) หากค่า qSOFA  $\geq 2$  หรือ SOS  $\geq 4$  ให้สงสัย ภาวะ sepsis และให้ประเมิน SOFA เป็นลำดับถัดไป

เกณฑ์การวินิจฉัย (Clinical criteria) ในการวินิจฉัย Sepsis จะต้องครบทั้ง ๓ ข้อดังนี้

๑. ภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรงจนต้องอาศัยยา vasopressors เพื่อรักษาระดับ mean arterial pressure ให้ได้  $\geq 65$  มิลลิเมตรปรอท (Persisting hypotension requiring vasopressors to maintain MAP  $\geq 65$  มิลลิเมตรปรอท)

๒. ระดับ Serum lactate level  $>2$  mmol/L (๑๘mg/dL)

๓. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในเบื้องต้นเพียงพอแล้ว

### ๓.๖ การรักษากการติดเชื้อในกระแสเลือด

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 ชุดพร้อมกันจากแขน ๒ ข้าง ช้างละ ๑ specimen พร้อมเจาะเลือดทุกชนิดในคำสั่ง 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 Crystalloid [๐.๙%NaCl] แล้ว load free flow อย่างน้อย ๓๐ ml/kg ถ้ามีอาการของภาวะน้ำเกินอาจต้องหยุดสารน้ำก่อนถึงเป้าหมาย 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 (คติน้ำหนักตัว ๕๐ kg) กรณีมี Central Line สามารถเลือกใช้ Norepinephrine ๘ mg ใน ๕ % DW ๑๐๐ ml IV drip ๓-๒๐ ml/hr หรือ Norepinephrine ๔ mg ใน ๕ % DW ๑๐๐ ml IV drip ๓-๔๐ ml/hr ก็ได้ กรณีไม่มี Central Line (คติน้ำหนักตัว ๕๐ kg) ให้เตรียม Norepinephrine ๔ mg ใน ๕ % D/W ๒๕๐ ml IV drip ๓-๘๐ ml/hr เท่านั้น

๕. ใส่สายสวนปัสสาวะ และบันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออก หากมีการใส่สายสวนปัสสาวะมาแล้ว ให้บันทึกจำนวนโดยการเทปัสสาวะเต็มไว้แล้วเทปัสสาวะนั้นทิ้งก่อน

๖. บันทึกแบบฟอร์มเกี่ยวกับสัญญาณชีพเบื้องต้น การให้สารน้ำและยา

**ส่วนที่ ๒** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

**๓.๗ เชื้อดื้อยากับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด**

การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย เริ่มจากเมื่อเชื้อแบคทีเรียได้รับยาปฏิชีวนะ ยาปฏิชีวนะจะเข้าไปทำลายเซลล์ของเชื้อแบคทีเรีย จากนั้นก็จะทำให้เชื้อแบคทีเรียค่อย ๆ ตายลง ซึ่งหากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนครบปริมาณที่แพทย์กำหนด ก็จะไม่มีการเจ็บป่วยแล้วหรือรับประทานไม่ครบปริมาณที่แพทย์ระบุ ทำให้ได้รับปริมาณยาไม่ครบ ส่งผลให้มีเชื้อแบคทีเรียหลงเหลืออยู่ในร่างกาย ซึ่งปกติแล้วแบคทีเรียเป็นสิ่งมีชีวิตที่สามารถเพิ่มจำนวนและเจริญเติบโตได้อย่างรวดเร็ว ทั้งยังเกิดการกลายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วด้วยเช่นกัน เชื้อแบคทีเรียที่ยังหลงเหลืออยู่ในร่างกายนี้จึงค่อย ๆ กลายพันธุ์ และผลิตสารที่สามารถต้านทานการทำงานของยาปฏิชีวนะได้ เชื้อแบคทีเรียที่หลงเหลืออยู่ในร่างกายจะค่อย ๆ เพิ่มจำนวนและส่งต่อความสามารถในการต้านทานยาไปสู่แบคทีเรียตัวอื่น ๆ ในการป่วยครั้งต่อไป ยาปฏิชีวนะตัวเดิมจึงไม่สามารถรักษาอาการเดิมได้อีก เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียมีความสามารถในการสร้างสารต้านทานยาปฏิชีวนะดังกล่าวได้แล้ว ลักษณะดังกล่าว เรียกว่า เชื้อเกิดการดื้อยา แพทย์จึงต้องจ่ายยาปฏิชีวนะตัวใหม่เพื่อใช้ในการรักษาโรคเดิม และเมื่อเวลาผ่านไปผู้คนยังมีพฤติกรรมเดิม ๆ ผวนวกกับได้รับเชื้อดื้อยาจากช่องทางอื่น ทำให้ร่างกายมีปริมาณเชื้อดื้อยาเป็นจำนวนมาก จึงไม่สามารถหายาปฏิชีวนะที่ทำลายเชื้อแบคทีเรียได้ แบคทีเรียก็จะเพิ่มจำนวนและเจริญเติบโตเข้าสู่กระแสเลือดและปล่อยสารพิษออกมาเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ ทำให้เกิดการอักเสบ และการอักเสบนี้ก็เป็นสาเหตุให้เกิดลิ่มเลือดซึ่งอาจขัดขวางการเดินทางของออกซิเจนไปสู่อวัยวะสำคัญ ๆ ต่าง ๆ การทำงานของอวัยวะนั้น ๆ ล้มเหลว เป็นเหตุให้เสียชีวิตในที่สุด

**๓.๗.๑ Klebsiella pneumoniae** เป็นเชื้อก่อโรคที่สำคัญ ที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะ เป็น pneumonia, urinary tract infection, septicemia และ wound infection (Pages JM, ๒๐๐๙) Klebsiella pneumoniae เป็นแบคทีเรียที่สามารถอาศัยอยู่ได้บนพื้นผิว ต่างๆ ในโรงพยาบาลและสามารถอาศัยอยู่ในร่างกายคนได้ ในหลายๆ ส่วน Klebsiella pneumoniae เป็นเชื้อโรคที่สามารถกระจายโรคได้ทางมือของบุคลากรทางการแพทย์ การใช้ยาปฏิชีวนะชนิดครอบคลุมเชื้อหลายประเภท (Broad spectrum antibiotic) ก่อให้เกิด Klebsiella pneumoniae ชนิดดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistance) ได้มากขึ้น (Heidary M. ๒๐๑๖) Klebsiella pneumoniae สายพันธุ์ดื้อยาที่สำคัญคือสายพันธุ์ที่ดื้อต่อ carbapenem และ cephalosporin (WHO. ๒๐๑๔) เชื้อ เหล่านี้มักจะก่อให้เกิดปัญหาในผู้ป่วย immunocompromised ที่นอนโรงพยาบาลนานซึ่งมีอัตราเสียชีวิตสูงถึง ๑๒%-๗๒% (Vardakas KZ. ๒๐๑๕, Maatallah M. ๒๐๑๔, Mouloudi E. ๒๐๑๔, Siddiqui NU. ๒๐๑๔, Matsumura Y. ๒๐๑๕) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ มีรายงานการระบาดของเชื้อ Klebsiella pneumoniae ที่ดื้อต่อยากลุ่ม carbapenem (Carbapenem-Resistant K.pneumoniae: CR-KP) ในสหรัฐอเมริกา และแพร่ระบาดในหลายประเทศทั่วโลก (Maybeck, ๒๐๑๔) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของเชื้อ CR-KP เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ ๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๑๑.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ (NARST, ๒๐๑๙) และพบ มีความชุกสูงสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของเขต บริการสุขภาพ (NARST, ๒๐๑๙) จากการศึกษาผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาด้าน จุลชีพในประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุข ได้ศึกษา ข้อมูลผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลทุกระดับและข้อมูล การติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวน ๑,๐๒๓ แห่ง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ พบเชื้อ K.pneumoniae เป็น ๑ ใน ๕ ของ เชื้อจุลชีพที่พบในโรงพยาบาลและดื้อต่อยาหลายขนาน (NARST, ๒๐๑๙) ซึ่งผู้ป่วยที่ติดเชื้อ CR-KP จะมีการพยากรณ์ ของโรคไม่ดีและพบอัตราการตายค่อนข้างสูง (ร้อยละ ๔๐-๕๐) (Borer A, ๒๐๐๙) และจากข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้าน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

### ๓.๘ การพยาบาล

๑. การประเมินภาวะ Sepsis และ Septic Shock โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการใช้ แบบประเมินต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น การตรวจหาระดับแลคเตทในเลือด ค่าแลคเตทในเลือด  $> ๒$  มิลลิโมล ต่อลิตร หมายถึง Sepsis

๒. การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture) เมื่อมีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ และมีแผน การรักษาให้ยาต้านจุลชีพ ควรมีการเจาะ Hemoculture และสารคัดหลั่งต่างๆ ที่น่าจะเป็นสาเหตุของการ ติดเชื้อ ก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพพยาบาลควรเก็บสิ่งส่งตรวจก่อนเริ่มให้ยา ต้านจุลชีพและใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อให้การส่งเพาะเชื้อมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสมการควบคุมแหล่งการติดเชื้อ พยาบาลควร หาแหล่งหรืออวัยวะที่มีการติดเชื้อ (Source of Infection) ร่วมกับแพทย์ หากพบว่าเป็นแหล่งของการติดเชื้อ ควร ถอดสายสวน หรืออุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายออก หากไม่จำเป็นแล้วหรือเปลี่ยนใหม่

๓. การดูแลให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ เพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ซึ่ง ควรให้ยาที่เหมาะสมกับการติดเชื้อ โดยในช่วงแรกแนะนำให้ใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้าง (Broad Spectrum Antibiotics) และครอบคลุมเชื้อที่สงสัยเร็วที่สุดภายใน ๑ ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย Sepsis และ Septic Shock เมื่อผลเพาะเชื้อขึ้นแล้ว ควรเปลี่ยนยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมเชื้อแคบที่สุด พยาบาล ควรดูแลให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์

๔. การดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ควรใช้เทคนิค Fluid Challenge test เมื่อต้องให้สารน้ำ อย่าง ต่อเนื่อง และเลือกให้สารน้ำประเภท Crystalloid เป็นตัวเลือกแรก ในการเพิ่มปริมาณน้ำในผู้ป่วย Sepsis และ Septic Shock ในกรณีที่มีระดับความดันโลหิตต่ำ หรือมีค่า Lactate ในเลือด  $\geq ๔$  มิลลิโมล ต่อลิตร อัตราการให้ สารน้ำอย่างน้อย ๓๐ ml/Kg ภายใน ๓ ชั่วโมง โดยให้อัตราที่เร็ว ๕๐๐-๑๐๐๐ มิลลิลิตร ใน ๑ ชั่วโมงแรก พยาบาลควรติดตามปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Intravascular Volume) เป็นระยะๆ ได้แก่ Jugular Venous Pressure (JVP) ประมาณ ๓-๕ cmH<sub>2</sub>O, Central Venous Pressure (CVP) ประมาณ ๑๐-๑๕ cmH<sub>2</sub>O, Pulmonary Capillary Wedge Pressure (PCWP) ประมาณ ๑๕-๑๘ มิลลิเมตรปรอท หากระดับ JVP, CVP หรือ PCWP หากยังไม่ได้ตามเป้าหมายควรพิจารณาให้สารน้ำ

๕. การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดจาก การได้รับสารน้ำในปริมาณมากและรวดเร็ว การประเมินภาวะน้ำเกิน เช่น ไอ มีเสมหะเป็นน้ำมีฟอง เมื่อฟังปอดพบจะ ได้ยินเสียง Crepitation ควรรายงานแพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ปอดเพื่อประเมิน Pulmonary edema หรือหยุดการ ให้สารน้ำ

๖. การดูแลให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด (Vasopressors) หลังจาก Fluid Resuscitation เพื่อให้ได้ MAP  $\geq ๖๕$  มิลลิเมตรปรอท โดยทั่วไปนิยมให้ Dopamine ๕-๑๕  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  และ Norepinephrine ๐.๒-๒  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  โดยทั่วไปการใช้ Dopamine ขนาดต่าง ๆ เป็นยาเริ่มต้น เนื่องจาก สามารถเพิ่ม Cardiac Contractility เพิ่ม Cardiac Output และเพิ่มความดันโลหิตได้ แต่ถ้าใช้ในขนาดที่ สูงมากกว่า ๒๐  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ การใช้ Norepinephrine จึงมีประสิทธิภาพ สูงในการเพิ่มความดันโลหิตและทำ ให้เกิดปัญหา Tachycardia ได้น้อยกว่า Dopamine พยาบาลมีหน้าที่ ติดตามระดับความดันโลหิตและปรับขนาด ยาตามแผนการรักษา

๗. การติดตามและประเมินปริมาณปัสสาวะทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมิน Tissue Perfusion และ ติดตาม ประสิทธิภาพการทำงานของไต เฝ้าระวังภาวะไตวาย รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า ๐.๕ ml/kg/hr

๘. การดูแลให้ออกซิเจนเพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายมีออกซิเจนอย่างเพียงพอกับ ความต้องการ พยาบาลควรให้ออกซิเจนผู้ป่วยตามความเหมาะสมพยาบาลควรติดตามและปรับการให้ ออกซิเจนเป็นระยะๆ เพื่อให้ O<sub>2</sub> Saturation Room Air  $> ๙๕\%$

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

### ๓.๘ การพยาบาล (ต่อ)

๙. การดูแลให้ยา Adrenaline หากให้การรักษาด้วย Vasopressors แล้วค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ยังมีค่าต่ำกว่า ๖๕ มิลลิเมตรปรอท พิจารณาให้ Adrenaline Intravenous เพื่อให้ได้ MAP  $\geq$  ๖๕ มิลลิเมตรปรอท พยาบาลควรให้ยาด้วยความระมัดระวัง ติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้า หัวใจทุกครั้ง

๑๐. ติดตามการเผาผลาญของร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่เพียงพอและควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระหว่าง ๘๐-๑๕๐ มก./ดล. เริ่มให้อินซูลินเมื่อระดับน้ำตาล ๒ ครั้งติดกัน มากกว่า ๑๘๐ มก./ดล. ในผู้ป่วยที่ได้อินซูลินหยุดต่อเนื่อง ควรติดตามระดับน้ำตาล ทุก ๑-๒ ชั่วโมงจนกว่าระดับ น้ำตาลและปริมาณอินซูลินที่ให้เริ่มคงที่ พยาบาลควรติดตามระดับน้ำตาลและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและ น้ำออกเป็นระยะๆ

๑๑. การดูแลความสบายต่างๆของผู้ป่วย เช่นการเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ การให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจนอุณหภูมิร่างกาย ลดต่ำลง รวมทั้งการยกขาขึ้นเตียงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือการป้องกันผู้ป่วยตั้งอุปกรณ์ต่างๆใน กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

๑๒ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆอย่างเพียงพอทั้งโรคที่ผู้ป่วยเป็น สาเหตุของการเกิด โรค การรักษาของแพทย์และการพยาบาล รวมทั้งเหตุผลในการให้การพยาบาล เนื่องจากภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อ เกิดขึ้นทันทีทันใดและผู้ป่วยอาจมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงดังนั้นอาจเป็นการยากที่ญาติของ ผู้ป่วยจะสามารถทำใจยอมรับกับภาวะฉุกเฉินได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา

### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวง สาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ ๑๓๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี เมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วย sepsis ๑ ราย เกิดขึ้นทุกๆ ๓ นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต ๕ รายทุก ๑ ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็น ความสูญเสียอย่างมากมาย โรงพยาบาลตลิ่งชัน มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รักษาในโรงพยาบาลตลิ่งชันปี 2564-2566 จำนวน 238 ,317,298 คนคิดเป็นร้อยละ 1.49,1.64 และ 2.02 รับไว้ในอนโรพยาบาล 38,50, 62 รายคิดเป็นร้อยละ 16,15.8,20.8 ส่งต่อโรงพยาบาล 50 พรรษาและสรรพสิทธิฯจำนวน 8,9,12 ราย ติดเชื้อในกระแสโลหิตมีภาวะ Shock และติดเชื้อดื้อยาส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและนอนโรงพยาบาลนานขึ้นบางรายรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยการศึกษาปัญหา และวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

สาระสำคัญ

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	รายที่ ๑	รายที่ ๒
๑.อายุ /เพศ	หญิง / ๘๐ ปี	ชาย / ๒๕ ปี
๒.โรคประจำตัว /การเจ็บป่วย	U/D DM/CKD๓/COPD ๒๐ ปี	C๕-๖ injury /Tetraplegia ๑๘/๐๘/๒๕๖๔ Decupitus Ulcer gr.III
๓.ประวัติการแพ้ยา /อาหาร	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
๔.วันที่เข้ารับการรักษา- จำหน่าย รวมวันนอน	๑๕ ก.พ.๖๖ refer ๔ ชม. Refer ๑๕ - ๒๑ ก.พ.๖๖ (สปส) refer back ๒๑-๒๓ ก.พ.๖๖ (ตาลสุ่ม) Refer ๒๓ ก.พ.-๒๖ ก.พ.๖๖ (สปส) Refer back ๒๖ ก.พ.- ๔ มี.ค. ๖๖(ตาลสุ่ม) รวม ๑๗ วัน	๒๑ -๒๘ ก.ย ๖๖ (รพ.ตาลสุ่ม) (๗ วัน) refer MDR ๒๘ ก.ย. -๒ ต.ค.๖๖ (๔ วัน)(รพ.๕๐ พรรษาฯ) Referback ๒- ๑๒ ต.ค.๖๖ ( ๑๐ วัน) (รพ.ตาลสุ่ม) รวม ๒๑ วัน
๕. สาระสำคัญ	ผู้ป่วยหญิง ๘๐ ปี มาด้วย AGE admit ๔ ชม .on ATB IV ON ETT referรพ.สปส . ON ETT ๓ day off admit ๗ d. CT brain Normal ,CSF Crypto = Neg CIE = Neg refer back on ATB Tazosin Dx. AFI /SIRS /AOC ตามผลเพาะเชื้อ ๒๓/๐๒/๖๖ SputumC/S : Acinetobacter baumannii ( MDR ) Klebsiella pneumonia consult ID : CXR : Infiltration Dx VAP K.P ESBL refer back ให้ Ertapenam IV *๗ day F/U สปส. รวมวันนอน ๑๕ ก.พ.- ๔ มี.ค. ๒๕๖๖ (๑๗ วัน)	ผู้ป่วยชายไทย ๒๕ ปี ๑๘/๐๘/๒๕๖๔ C ๕-๖ injury นอนรพ.๑ เดือน คาสายสวน ปัสสาวะไว้ มีแผลกดทับที่ก้น gr.III ดูแลต่อเนื่องที่บ้านเมื่อปี ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อรุนแรงมีภาวะ shock ๒ ครั้ง รักษาที่โรงพยาบาล ตาลสุ่มอาการดีขึ้น ๒๑ กันยายน ๒๕๖๖ มาด้วยภาวะ Shock รุนแรงแพทย์ advice ส่งต่อรพ. สรรพสิทธิฯ ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ ให้การรักษาอาการดีขึ้น ส่ง Urine Culture ผลตรวจพบ Klebsiella Pnuemoniae ESBL: MDR จึงส่ง ต่อโรงพยาบาล ๕๐ พรรษาฯ เพื่อ รับยาและส่งตัวกลับให้ยาจนครบ ๑๔ วันอาการดีขึ้นจำหน่ายกลับ บ้านและนัดติดตามอาการ ที่ โรงพยาบาลตาลสุ่ม รวมวันนอน ๒๑ ก.ย.- ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๖ (๒๑ วัน)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)  
สาระสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ประเด็น	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์
๑.อาการสำคัญ	๑.หมดสติ ถ่ายเป็นน้ำ ไข่อุ่น หายใจหอบ ๓ ชม. ก่อนมาญาตินำส่ง รพ.  ๒.refer on EET (สปส)  ๓.รับ refer	๑.แผลกดทับมีหนอง ก่อนมา ๒๐ วัน มีไข้ ๓๗.๘ V/S ชัดเจน  ๒. ๒ ชม ก่อนมาใช้สูง เกร็งตาค้าง ถ่ายเหลวมีกลิ่นเหม็น (EMS รพ.तालसुम นำส่ง)  ๓.รับ refer	รายที่ ๑ เป็นผู้ป่วยที่มี โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในกระแสโลหิต ที่รุนแรง ๑.สูงอายุ และการ เจ็บป่วย ๒. U/D DM/CKD๓/COPD๒๐ ปี ๓. SIRS -Severe sepsis รายที่ ๒ ๑.C๕-๖ injury /Tetraplegia Decupitus Ulcer gr.III ๒. SIRS -Severe sepsis
๒. การวินิจฉัย	๑.Infective Diarrhea ๒. AFI / Septic shock /AOC ๓.VAP K.P ESBL	๑.Tetraplegia StagIIIdcupitus Uler ๒.UTI/Septic shock ๓.UTI K.P. ESBL	ทั้ง ๒ราย รับrefer MDR รายที่ ๑ VAP K.P .ESBL รายที่ ๒ UTI K.P ESBL
๓.การตรวจร่างกาย	E๓M๔V๑ pupil ๒ mm RT LBE HEENT : OK HEART : Normal S๑- S๒ no Murmur Lung crepitation RT lung ABD: Soft not tender DTX ๑๘๒ mg.% BT= ๓๙.๑ ก่อน admit BP = ๙๐/๖๐ P=๘๖ RR = ๒๔	Lung Clear Decupitus Ulcer gr.III At Rt buttock +necrosis tissue surround Wound Size ๓*๕*๐.๕ cms. Tetraplegia motor power up ๔-๕ Lower o both DTX ๑๕๔ mg.% BT=๓๘.๙ P= ๙๐ RR= ๒๖ BP=๘๐/๕๐	รายที่๑ อาการ/สัญญาณ ชีพ ชัดเจนแหล่งติดเชื้อ ไม่ชัดเจน qSOFA ๒ SIRS ๒ รายที่ ๒ อาการ/ สัญญาณชีพ แหล่งการ ติดเชื้อชัดเจน qSOFA ๒ SIRS ๒



ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)  
สาระสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ประเด็น	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์
๔.การประเมินสภาพสังคมและแบบแผนชีวิต (ข้อมูลจากญาติ)	<p>สภาพจิตใจ อารมณ์เย็นใจดี</p> <p>-อึดมีโน้ตค้น รับรู้ตนเอง มีค่า ความทรงจำมีหลงลืม</p> <p>-การดูแลตนเอง ยอมรับความเจ็บป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้บางเรื่อง</p> <p>-การรับรู้ ซึมลง ไม่พูด หายใจหอบ</p> <p>- การรับประทานอาหาร อาหาร๓ มื้อ อาหารอ่อนไม่หวาน ไม่เค็ม</p> <p>-การขับถ่ายปัสสาวะขุ่น ไม่แสบขัด</p> <p>อุจจาระทุกวัน</p> <p>-การออกกำลังกาย เดินลำบากต้องมีคนพยุง</p> <p>-แบบแผนการเผชิญปัญหา มีบุตร และหลานคอยดูแลให้การช่วยเหลือ</p> <p>-ยอมรับความเป็นจริงมารับการรักษาที่ รพ. สม่ำเสมอ</p>	<p>สภาพจิตใจอารมณ์ร้อน ไม่ค่อยพูด</p> <p>-อึดมีโน้ตค้นรับรู้ตนเอง มีค่าความทรงจำดี</p> <p>-การดูแลตนเอง ยอมรับความเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้</p> <p>-การรับรู้ ซึม สามารถระบุ เวลา สถานที่บุคคลได้ตามจริงหายใจหอบลึก</p> <p>-การรับประทานอาหาร อาหาร๓มื้อ ไม่ค่อยจำกัดอาหาร</p> <p>-การขับถ่าย คาสายสวนปัสสาวะไวขุ่น ไม่แสบขัด</p> <p>อุจจาระวันเว้นวัน</p> <p>-การออกกำลังกายติดเตียง</p> <p>-แบบแผนการเผชิญปัญหา มีบิดามารดาคอยดูแลให้การช่วยเหลือ</p> <p>-ยอมรับความเป็นจริงมารับการรักษาที่ รพ.ไม่สม่ำเสมอ</p>	<p>รายที่๑ สูงอายุ หลงลืมช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ออกกำลังกายน้อย รับประทานรักษาสม่ำเสมอ</p> <p>รายที่ ๒. อารมณ์ร้อน หายใจหอบลึก</p> <p>ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้</p> <p>นอนติดเตียง คาสายสวนปัสสาวะไว</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

สาระสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ประเด็น	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์
๕.พยาธิสภาพของโรค อาการ/อาการ/แสดง ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยรักษา	หลังรับไว้ใน รพ.๑ชม. ซีมลง E๓M๔V๑ ไม่มี ชักเกร็ง stiff neck - ve BT=๓๙.๑ P= ๘๖ RR = ๒๔ BP= ๙๐/๖๐ O๒ sat ๙๓ % ON ETT refer สปส.Off ETT ๓ d admit ๗ วัน refer กลับ .on Tazocin IV ตามผลเพาะเชื้อ H/C :NG Urine C/S: NG SputumC/S:Klebseilla pnuemoniae MDR Refer กลับ สปส. ให้ Ertapenem Refer back ตาลสุม ฉีดErtapenem	(๒๑ ก.ย. ๖๖ ) มาด้วย ชักเกร็ง ตาค้าง ไข้สูง ๓๘.๙ มีภาวะ Shock BP= ๘๐/๕๐ O๒ sat ๙๔ %ปฏิเสธ ETT/refer ให้ยาฆ่าเชื้อ /กระตุ้น ความดันโลหิต อาการดี ขึ้น ผลUrine C/S ๒๘/๐๙/๖๖ - >Klebseilla Pneumoniae ESBL :MDR refer รพ.๕๐ พระราชารับยา Refer back รับยาจน ครบ ๑๔ วัน	รายที่ ๑ มีภาวะติดเชื้อ ๑.qSOFA ๒ ๒.SIRS ๒ ๓.GCS = ๘ ๔.SOS score ๕ ON ETT refer Sputum C/S :Klebseilla pnuemoniae MDR รายที่ ๒ มีภาวะติดเชื้อ ๑.qSOFA ๒ SOS score ๖ มีseptic shock--> ATB IV,ยากระตุ้นความ ดันโลหิตดีขึ้น เพาะเชื้อ จากปัสสาวะพบเชื้อดื้อ ยา Urine C/S ๒๓/๐๙/๖๖ - >Klebseilla Pneumoniae ESBL :MDR
๖.Lab /Investiagation	CBC /Cr/Electrolyte WBC= ๑๓,๑๐๐ N = ๘๘ Hct =๓๕ % BUN = ๑๙.๔ Cr๑.๐๙ GFR = ๖๔.๒๒ (CKD III) สปส.CT =normal CSF CS=Neg Crypto =Neg CIE = Neg CXR ;infiltration Sputum C/S Klebseilla pnuemoniae ESBL : MDR	WBC=๑๒,๘๗๕ N =๗๗ Hct =๓๑ Ptt =๕๓๘๐๐๐ Cr= ๐.๖๓ K =๓.๒๒ Urine Culture ผลตรวจ พบ Klebsiella Pnuemoniae ESBL: MDR	รายที่ ๑ ติดเชื้อใน กระแสโลหิตติดเชื้อดื้อยา จากการใส่ท่อช่วยหายใจ รายที่ ๒ ติดเชื้อใน กระแสโลหิตติดเชื้อดื้อ ยาจากการคาสายสวน ปัสสาวะไว้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)  
 สาระสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ประเด็น	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์
๗. การรักษา	<p>ร.พ.ตาสุม</p> <p>ATB IV ON ETT ๓ d. Off</p> <p>Ceftriaxone ๒ gm IV TaZosin ๔๕๐ mg. IV MDR : Ertarpenam D/C Augmentin /Clinda Oral Pt. F/U สปส.</p>	<p>รพ.ตาสุม</p> <p>ATB IV Ceftriaxone ๒ gm IV OD step ceftrazidine ๒ gm. IV q ๘ hr Clinda ๖๐๐ mg. IV q ๘ hr.Levophred ๔:๑๐๐ Tritate +wean MDR : Ertarpenam D/C Augmentin /Clinda Oral Pt.F/U ตาสุม.</p>	<p>ทั้งสองราย ได้รับการ ดูแลตามแนวทางการ ดูแลผู้ป่วย Sepsis แนว ทางการดูแลผู้ป่วยเชื้อ ดื้อยา</p>
๘. ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล	<p>ระยะแรกรับ</p> <p>๑.มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพใน การแลกเปลี่ยน ออกซิเจนลดลง ข้อมูลสนับสนุน S:ญาติบอกหายใจหอบ ลึก ซีมลง O:อัตราหายใจ ๒๔ ครั้ง/ นาที O:Lung crepitation RT lung O:Obsat ๙๓%</p> <p>วัตถุประสงค์ของการ พยาบาล -ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่อง ออกซิเจนและได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p>	<p>ระยะแรกรับ</p> <p>๑.มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพใน การแลกเปลี่ยน ออกซิเจนลดลง ข้อมูลสนับสนุน S:ญาติบอกชักเกร็ง ตาค้าง O:อัตราหายใจ ๒๖ ครั้ง/ นาที O: Obsat ๙๔ %</p> <p>วัตถุประสงค์ของการ พยาบาล -ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่อง ออกซิเจนและได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p>	<p>รายที่ ๑-๒ มีภาวะพร่อง ออกซิเจนเหมือนกันแต่ รายที่ ๑ มีความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลงหลังรับไว้ ๔ ชม ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อ รพ.สปส. รายที่ ๒ รับไว้ใน รพ. ตาสุมเนื่องจากผู้ป่วย ปฏิเสธ ETT /refer. ๒๔ ชม.แรกต้องเฝ้าระวังทุก ๑ ชม..ให้ยากระตุ้นความ ดันโลหิต</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)  
 สาระสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ประเด็น	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์
๘. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)	<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>๑. O<sub>2</sub>sat &gt; ๙๕ %</p> <p>๒. ไม่มีอาการภาวะพร่องออกซิเจนเช่นหายใจหอบเหนื่อยปลายมือปลายเท้าเขียว</p> <p>๓. อัตราหายใจ ๑๖-๒๐ ครั้ง/นาที</p> <p>๔. ฟังปอด ปกติ</p> <p>๕. Capillary refill &lt; ๒ วินาที</p> <p><b>กิจกรรมพยาบาล</b></p> <p>๑. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>๒. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ ET Tube</p> <p>๓. Suction Clear Air Way</p> <p>๔. ประเมิน SpO<sub>2</sub> และ Capillary refill</p> <p>๕. ติดตามสัญญาณชีพ</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>- หลัง EET O<sub>2</sub>sat ๙๖%</p> <p>- GCS E๔M๔V๓</p> <p>- SpO<sub>2</sub> ๑๐๐% และ Capillary refill &lt; ๒sec</p> <p>- v/s BP ๑๐๐/๖๙</p>	<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>๑. O<sub>2</sub>sat &gt; ๙๕ %</p> <p>๒. ไม่มีอาการภาวะพร่องออกซิเจนเช่นหายใจหอบเหนื่อยปลายมือปลายเท้าเขียว</p> <p>๓. อัตราหายใจ ๑๖-๒๐ ครั้ง/นาที</p> <p>๔. ฟังปอด ปกติ</p> <p>๕. Capillary refill &lt; ๒ วินาที</p> <p><b>กิจกรรมพยาบาล</b></p> <p>๑. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>๒. จัดทำอนศิริษะสูง ๓๐-๔๕ องศา</p> <p>๓. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ๓ l/m</p> <p>๔. ประเมิน SpO<sub>2</sub> ทุก ๔ ชม และ ประเมิน Capillary refill</p> <p>๕. ติดตามสัญญาณอย่างใกล้ชิด</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>- O<sub>2</sub>sat ๙๖%</p> <p>- GCS E๕M๔V๔</p> <p>- SpO<sub>2</sub> ๑๐๐% และ Capillary refill &lt; ๒sec</p> <p>- v/s BP ๙๐/๖๒</p>	<p>ทั้งสองราย ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis แนวทางการดูแลผู้ป่วยเชื้อเดื้อยา</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)  
 สาระสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ประเด็น	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์
๘. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)	<p>๒. มีภาวะ shock เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑. qSOFA ๒</p> <p>๒. SIRS ๒ T= ๓๙.๑</p> <p>RR = ๒๔</p> <p>๓. GCS = ๘</p> <p>๔. SOS score ๕</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- ป้องกันภาวะช็อกและ</p> <p>ป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>๒. SIRS ๐</p> <p>๓. SOS score ๐-๑</p> <p>๔. ๓. GCS = ๑๕</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินอาการและอาการแสดง shock</p> <p>๒. ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา</p> <p>๓. ประเมินสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาทีจนปกติ</p> <p>๔. Record Urine ทุก ๑ ชม</p> <p>การประเมินผล</p> <p>๑. T= ๓๘.๑</p> <p>BP ๑๐๐/๖๐ On ETT</p> <p>O<sub>2</sub>sat ๙๘%</p> <p>๒. SIRS ๑</p> <p>๓. SOS score ๒-๔</p> <p>๓. GCS = ๑๒</p>	<p>๒. มีภาวะ shock เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑. qSOFA ๒</p> <p>๒. SIRS ๒ T= ๓๘.๙</p> <p>RR = ๒๖/m</p> <p>๓. GCS = ๑๑ SOS score ๖</p> <p>๔. ADL = ๔ แผลกดทับมีหนอง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- ป้องกันภาวะช็อกและ</p> <p>ป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>๒. SIRS ๐</p> <p>๓. SOS score ๐-๑</p> <p>๔. ๓. GCS = ๑๕</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมิน qSOFA/SIRS/SOS score Monitor ตาม Sepsis guideline</p> <p>๒. ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา</p> <p>๓. ประเมินสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาทีจนปกติ</p> <p>๔. Record Urine ทุก ๑ ชม</p> <p>การประเมินผล</p> <p>๑. T = ๓๘.๑ BP ๙๐/๖๐</p> <p>O<sub>2</sub> canular ๓l/m</p> <p>O<sub>2</sub>sat ๙๖%</p> <p>๒. SIRS ๑</p> <p>๓. SOS score ๒-๔</p> <p>๔. GCS = ๑๑</p>	<p>รายที่ ๑ - ๒ มีภาวะ shock เหมือนกัน รายที่ ๑ มีภาวะ shock จากการติดเชื้อ ไม่ทราบแหล่งที่มา</p> <p>รายที่ ๒ มีภาวะ shock จากการติดเชื้อ ทราบแหล่งที่มาชัดเจน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)  
 สาระสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ประเด็น	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์
๘. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)	<p>ระยะต่อเนื่อง</p> <p>๓.มีการติดเชื้อดื้อยาจากเชื้อ Klebsiella Pnuemoniae ESBL : MDR</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑.ถ่ายเหลวเป็นน้ำก่อนมา</p> <p>๒.ON EET ๓ วัน</p> <p>๓.ผลตรวจ Sputum C/S : Acinetobacter baumannii ( MDR ) Klebsiella pneumonia</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>๑.เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อในหอผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑.ไม่มีการกระจายเชื้อกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.แยกห้อง/แยกchart/แยกอุปกรณ์/ติดป้าย/</p> <p>๒.เตรียมอุปกรณ์ในการป้องกัน</p> <p>๓.ทำความสะอาดมือทุกครั้ง ก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย</p> <p>๔.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องครบDose</p> <p>๕.ทำความสะอาดเครื่องมือ ของใช้ เติียงรอบๆ เติียงด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ</p>	<p>ระยะต่อเนื่อง</p> <p>๓.มีการติดเชื้อดื้อยาจากเชื้อ Klebsiella Pnuemoniae ESBL : MDR</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑.ถ่ายเหลวมีกลิ่นเหม็น</p> <p>๒.Retain cath มา ๒ ปี</p> <p>๓. ผลตรวจ Urine C/S Klebsiella pneumonia :MDR</p> <p>๔.แผลกดทับ gr. Lll</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>๑.เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อในหอผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑.ไม่มีการกระจายเชื้อกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.แยกห้อง/แยกchart/แยกอุปกรณ์/ติดป้าย/</p> <p>๒.เตรียมอุปกรณ์ในการป้องกัน</p> <p>๓.ทำความสะอาดมือทุกครั้ง ก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย</p> <p>๔.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องครบDose</p> <p>๕.ทำความสะอาดเครื่องมือ ของใช้ เติียงรอบๆ เติียงด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ</p>	<p>ทั้ง ๒ ราย MDR</p> <p>รายที่ ๑ VAP K.P .ESBL</p> <p>รายที่ ๒ UTI K.P ESBL</p> <p>รายที่ ๑ ส่งตัวไปรับการรักษาที่ สปส.กลับมารักษาตัวที่รพ.ตลสม ๓ วันผลพบเชื้อดื้อยา จัดแยกโซนการดูแลเน้นการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด</p> <p>ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>รายที่ ๒ พบเชื้อดื้อยาชนิดเดียวกับรายที่ ๑ แต่ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลตลสม นานกว่าถึงได้มาแยกโซนดูแลและปฏิบัติตามแนวทางเช่นเดียวกัน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)  
สาระสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ประเด็น	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์
๘. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)	<p>๓. มีการติดเชื้อดื้อยาจากเชื้อ Klebsella Pnuemoniae ESBL : MDR (ต่อ)</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ๖. ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเก็บส่งส่งตรวจทุกสัปดาห์ การประเมินผล ๑. ผลการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจไม่พบติดเชื้อ MDR ติดต่อกัน ๓ สัปดาห์</p>	<p>๓. มีการติดเชื้อดื้อยาจากเชื้อ Klebsella Pnuemoniae ESBL : MDR (ต่อ)</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล ๖. ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเก็บส่งส่งตรวจทุกสัปดาห์ การประเมินผล ๑. ผลการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจไม่พบติดเชื้อ MDR ติดต่อกัน ๓ สัปดาห์</p>	
	<p>ระยะจำหน่าย ๔. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติสอบถามอาการผู้ป่วยและแนวทางการรักษาบ่อยครั้ง O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล วัตถุประสงค์การพยาบาล - เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ญาติเข้าใจถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วย</p>	<p>ระยะจำหน่าย ๔. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติสอบถามอาการผู้ป่วยและแนวทางการรักษาบ่อยครั้ง O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล O: ผู้ป่วย re-admit บ่อย วัตถุประสงค์การพยาบาล - เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ญาติเข้าใจถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วย</p>	<p>ทั้งสองราย ต้องส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ / การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)  
 สาระสำคัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

ประเด็น	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์
๘. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)	<p>๔. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (ต่อ)</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลงโดยประเมินจากสีหน้าและท่าทาง</p> <p>๒. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าที่อ่อนโยน</p> <p>๒. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัยและแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>๓. ประเมินความวิตกกังวลของญาติจากสีหน้าท่าทาง</p> <p>๔. ให้กำลังใจญาติผู้ป่วยสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>ผลการประเมิน</p> <p>-ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลครั้งแรกที่มาหลังจากแก้ปัญหาวิกฤติแพทย์คุยกับญาติรับทราบสามารถตอบคำถามได้สีหน้าสดชื่นขึ้น</p>	<p>๕. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (ต่อ)</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>๑. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลงโดยประเมินจากสีหน้าและท่าทาง</p> <p>๒. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าที่อ่อนโยน</p> <p>๒. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัยและแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>๓. ประเมินความวิตกกังวลของญาติจากสีหน้าท่าทาง</p> <p>๔. ให้กำลังใจญาติผู้ป่วยสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>ผลการประเมิน</p> <p>-ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ครั้งแรกที่มาหลังจากแก้ปัญหาวิกฤติแพทย์คุยกับญาติรับทราบสามารถตอบคำถามรับทราบการปฏิบัติตัวได้สีหน้าสดชื่นขึ้น</p>	



## ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ต้องการศึกษา
๒. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
๓. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาจากเชื้อ *Klebsiella Pnuemoiae* ESBL ๒ ราย
๔. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา
๕. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
๖. ปฏิบัติการพยาบาลตาม และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
๗. ส่งข้อมูลให้เครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมให้คำแนะนำในการพยาบาล
- ๑๐.สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
- ๑๑.จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง
๑๒. นำผลการสรุปมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

## ๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาจากเชื้อ *Klebsiella Pnuemoiae* ESBL ๒ ราย (เปรียบเทียบ) ครอบคลุมทุกมิติรายการนี้
๒. เพื่อติดตามผลการรักษา และวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาจากเชื้อ *Klebsiella Pnuemoiae* ESBL
๓. เพื่อศึกษาการนำแนวคิดทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพความต้องการของผู้ป่วย

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### ๕.๑ เชิงปริมาณ

ข้อมูล	ปี พ.ศ.๒๕๖๕		ปี พ.ศ.๒๕๖๖	
	เป้าหมาย ร้อยละ	ผลงาน ร้อยละ	เป้าหมาย ร้อยละ	ผลงาน ร้อยละ
๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด communityacquired	>๒๖	๗.๑	>๒๖	๖.๔
๒. อัตราผู้ป่วย sepsis Dx. To ATB in ๑ hr	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๘.๑๒
๒. อัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำ อักเสบ grade ๓, ๔ Devive day	<๐.๕/๑๐๐๐	๐.๑๒	<๐.๕/๑๐๐๐ Devive day	๐

### ๕.๒ เชิงคุณภาพ

ได้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาจากเชื้อ *Klebsiella Pnuemoiae* ESBL ที่มีความชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถคัดกรองและประเมินความรุนแรงโดยใช้ qSOFA และ SOS Score ทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการดูแลแบบครบองค์รวม

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาจากเชื้อ *Klebsiella Pnuemoiae* ESBL ในหน่วยงาน

๒. สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาจากเชื้อ *Klebsiella Pnuemoiae* ESBL โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อก

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อในกระแสที่ดื้อยาจากเชื้อ *Klebsiella Pnuemoiae* ESBL ที่มีภาวะช็อก และมีปัญหาเรื่องอวัยวะล้มเหลวร่วมด้วยซึ่งผู้ป่วย ๒ ราย นี้มีระบบสำคัญของชีวิตล้มเหลว ได้แก่ ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวทำให้เกิดภาวะช็อก มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ซึ่งควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักทั้ง ๒ ราย แต่มีผู้ป่วยรายที่ ๑ ราย ปฏิเสธแผนการรักษาตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลของแพทย์ เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สิ่งสำคัญที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ คือ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะช็อก การพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การป้องกันภาวะไตเสื่อมที่จะรุนแรง เป็นภาวะไตวายเรื้อรังได้ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการที่ตับเสียหายที่ ดังนั้นการคัดกรอง ผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง โดยใช้ SIRS, qSOFA จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรจดจำและนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย และมีการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในการประเมิน จะช่วยให้พยาบาลรายงานแพทย์ได้เพื่อรับการช่วยเหลือได้ทันท่วงที การทำ Six of bundles care จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วย ๒ รายนี้ได้รับการดูแลตามกระบวนการดังกล่าวซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับบ้านได้

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. รายที่ ๑ ผู้ป่วยรายนี้ป่วยจนเป็นผู้ป่วยติดเตียง ฉะนั้นผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังและต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือในตอนแรกต่อมาถึงเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือ

๒. รายที่ ๒ เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งใน บางครั้งเครียดท้อแท้ความมุ่งมั่นลดลง ต้องเสริมพลังเป็นอย่างมาก

๓. ด้านเศรษฐกิจฐานะยากจนมีข้อจำกัดเช่นการส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด

๔. ความซับซ้อนของการดูแล ต้องอยู่ห้องแยกญาติกังวลมาก

## ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. พยาบาลควรตระหนักว่าเมื่อผู้ป่วยมีไข้ให้นึกถึงโรคติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยทุกครั้ง ซึ่งทำให้พยาบาลใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์จะได้รายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ เพราะการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดถือว่าเป็นชั่วโมงของชีวิต หากทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อใน กระแสเลือดและให้การช่วยเหลือโดยการทำให้ Six of bundles care ภายใน ๑ ชั่วโมงจะช่วยให้อัตราการ รอดชีวิตสูงขึ้น

๒. ควรมีแผนในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาตามแผนการรักษาซึ่งจะสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่ได้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

๓. ควรนำระบบการติดตามต่อเนื่องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ถึงแม้จะไม่ใช่ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่บ้านที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาการติดเชื้อ ทีมเยี่ยมบ้านสามารถร่วมค้นหาและ ป้องกันการเกิดการติดเชื้อในชุมชนได้และควรติดตามประเมินการได้รับยาปฏิชีวนะที่ได้รับกลับบ้าน ครอบกัวน เพื่อเป็นการป้องกันเชื้อดื้อยาจากการที่ได้รับ Antibiotic ไม่ครบถ้วนได้

๔. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวในให้ห่างไกลโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรค เรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอโครงการประชุมวิชาการจัดโดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ ประสงค์ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANI” รุ่นที่ ๓ วันที่ ๓ วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)


๑) นางสาวศิริพร ไชยสัตย์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวศิริพร ไชยสัตย์)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
(วันที่) ๑๐ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗  
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวศิริพร ไชยสัตย์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายชานนท์ พันธนิกุล)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลतालसूम  
(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗  
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายชานนท์ พันธนิกุล)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลतालसूम  
(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗  
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. หลักการและเหตุผล

เชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบการแพร่กระจายมากขึ้นทั้งในโรงพยาบาลของภาครัฐและเอกชน เชื้อดื้อยามีหลายชนิดทุกชนิดล้วนแล้วก่อให้เกิดปัญหาด้านการรักษาทั้งสิ้น เชื้อดื้อยาพบบ่อยและเป็นปัญหาต่อการรักษาในโรงพยาบาลตลสม คือเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* สายพันธุ์ที่ผลิตเอนไซม์ ESBL ซึ่งเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง หากมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง เซลล์เนื้อเยื่อต่างๆจะค่อยๆเสื่อมสภาพ จนเกิดอวัยวะล้มเหลวในที่สุด หากอวัยวะล้มเหลวพร้อมๆ กันหลายระบบ (Multiple Organ Failure) อาจถึงแก่ชีวิตได้ โรคติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รักษาในโรงพยาบาลตลสม ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๒๓๘, ๓๑๗, ๒๙๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๔๙, ๑.๖๔ และ ๒.๐๒ รั้งวันนอนโรงพยาบาล ๓๘, ๕๐, ๖๒ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๖, ๑๕.๘, ๒๐.๘ ส่งต่อโรงพยาบาล ๕๐ พรธษาและสรรพสิทธิฯจำนวน ๘, ๙, ๑๒ ราย ติดเชื้อในกระแสโลหิตมีภาวะช็อกและติดเชื้อดื้อยาส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น บางรายรุนแรงถึงเสียชีวิต

จากการประเมินโรงพยาบาลตลสมยังไม่มีรูปแบบในการให้ชุมชนได้มามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมด้วยถึงแม้จะไม่ใช่นักป่วยโรคเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยอาจมีปัจจัยอื่นๆที่บ้านที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาการติดเชื้อ และมีการแพร่เชื้อได้อย่างกว้างขวาง ทีมเยี่ยมบ้านสามารถร่วมค้นหาและป้องกันการเกิดการติดเชื้อในชุมชนได้และควรติดตามประเมินการได้รับยาปฏิชีวนะที่ได้รับกลับบ้าน ครบถ้วน เพื่อเป็นการป้องกันเชื้อดื้อยาจากการที่ได้รับ Antibiotic ไม่ครบถ้วน และขาดการประชาสัมพันธ์ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวในให้ห่างไกลโรคติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรค เรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตดื้อยา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเกิดแนวคิดในการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยา ในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน เชื่อมโยงต่อภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะพึ่งพิงและภาวะแทรกซ้อน

### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เป็นไปตามแบบแผนที่กำหนด
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน สามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนและภาวะพึ่งพิง
๓. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน มีระบบบริการสุขภาพ เชื่อมโยงจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่างๆร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ระยะเวลาที่คาดว่าจะดำเนินการ มีนาคม ๒๕๖๗ - กันยายน ๒๕๖๗

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### บทวิเคราะห์

จากการทำงานด้านบริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชนในเขตอำเภอตาลสมุทธุ์ที่ผ่านมา และจากการรวบรวมข้อมูลและทบทวนแนวคิดและทฤษฎีระบบในการวิเคราะห์ปัญหาในการทำงาน พบปัญหาสรุปได้ดังนี้ ด้านปัจจัยนำเข้า ทีมติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน เช่นบุคลากรทางการพยาบาลยังขาดสมรรถนะในการใช้กระบวนการพยาบาล และการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ยังขาดทักษะในการประเมินภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น ในด้านศักยภาพของชุมชนทั้ง อบต. เทศบาล ผู้นำชุมชนไม่เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพราะยังมีความเชื่อและเห็นว่าเป็นหน้าที่และภารกิจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโรงพยาบาล ในด้านผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ในด้านกระบวนการ ยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนตามมาตรฐานและยังไม่ครอบคลุม เช่น การประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินสิ่งแวดล้อม ชุมชน ครอบครัวและผู้ดูแล การนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยังไม่สมบูรณ์ ขาดการติดตามตัวชี้วัดและการนิเทศติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล จึงทำให้ผลลัพธ์ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น เช่น มีการติดเชื้อซ้ำซ้อน ภาวะช็อกซ้ำซ้อน ไตวาย ตับวาย ผู้ป่วยมีแผลกดทับ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่มีโรคประจำตัวยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการและเสียชีวิตจากโรคเพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าวทางผู้ศึกษาจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ตามมาตรฐานวิชาชีพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และยังเป็นการสร้างเครือข่ายหมอครอบครัว ร่วมกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชนให้เข้มแข็งรวมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย ตลอดจนญาติและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนนำมาซึ่งการประสานความร่วมมือ เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยในชุมชน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยจัดระบบบริการสุขภาพสนับสนุนการทำงาน เชื่อมโยง การดูแล ภายใต้ระบบบริการสุขภาพของทีมสหวิชาชีพ ย่อมนำมาซึ่งสุขภาพชีวิตที่ดี

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้ คือ

๑. ทฤษฎีระบบ (The System Theory) เป็นการนำแนวคิดทฤษฎีระบบมาเป็นกรอบช่วยในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน โดยมองการทำงานเป็นกระบวนการต่อเนื่องมีความเกี่ยวข้องกันมีความสัมพันธ์กันและขึ้นต่อกันโดยส่วนประกอบต่าง ๆ ร่วมกันทำงานอย่างผสมผสานกันเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นมุมมองแบบองค์รวม ถ้าหากแยกส่วนประกอบออกจากกันอาจไม่สามารถเข้าใจได้ ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

๑.๑ ปัจจัยนำเข้า (Input) คือทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ออกมาตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคล คือ บุคลากรทางการสาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลและใน รพสต. นอกจากนี้ยังมีผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจจะเป็นญาติ อสม. CG, จิตอาสา ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น เป็นต้น ในด้านงบประมาณนั้นมีความจำเป็นเพื่อนำมาพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้มีทักษะ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน ตลอดจนเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แหล่งงบประมาณส่วนมากมาจากเงินบำรุงโรงพยาบาล งบจากกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริจาคของเอกชน ซึ่งที่ผ่านมาพบปัญหาทางบไม่เพียงพอ ส่งผลให้อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอตามไปด้วย

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๑.๒ กระบวนการ (Process) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ศึกษาเห็นว่าในกระบวนการประกอบด้วยดังนี้

๑.๒.๑. กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน เป็นกระบวนการสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่สำคัญเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง คือคุณภาพการพยาบาลที่พึงปรารถนา กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนคือ ๑) การประเมินปัญหาและความต้องการ ๒) การวินิจฉัยทางการพยาบาล ๓) การวางแผนการพยาบาล ๔) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ ๕) การติดตามประเมินผล

๑.๒.๒ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน มีหลายรูปแบบตามการแบ่งประเภทผู้ป่วย ดังนี้ เพื่อประเมิน เพื่อติดตามผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล สำหรับการพัฒนารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นรูปแบบที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๑.๒.๓ รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล มีความสำคัญเพราะการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการนิเทศทางการพยาบาลจะทำให้ทราบว่าการบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้หรือไม่ ซึ่งการนิเทศทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่เกิดจากการกำหนดข้อตกลงร่วมกัน มีการรับฟังปัญหา ตรวจสอบปัญหา อาจจะเป็นทีมเดียวกันหรือภายนอกทีมก็ได้ การนิเทศทางการพยาบาลอาจจะนิเทศขณะปฏิบัติหรือเมื่อสิ้นสุดการพยาบาลก็ได้ตามความเหมาะสม

๑.๒.๔ การติดตามตัวชี้วัด เป็นเครื่องมือหรือสิ่งที่บ่งบอกถึงความก้าวหน้า ความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของกระบวนการดำเนินงาน เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดในมิติต่าง ๆ ทั้งในเชิงปริมาณที่วัดได้และ เชิงปริมาณที่ชี้วัดสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่นความ พึงพอใจที่มีการติดตาม ๒ ครั้ง/ปี และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เช่น การวัดความสำเร็จของการดำเนินงานจะติดตาม ๑ ครั้ง /ปี เป็นต้น

๑.๓ ผลลัพธ์ (Outcome) คือผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดโดยตรงและส่งผลดีต่อผู้ป่วย เช่นอัตราการครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้มากขึ้น ความรู้และสมรรถนะของทีมเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจของผู้ให้และใช้บริการเพิ่มขึ้น

ดังนั้นจากการศึกษาทฤษฎีทำให้พบว่าอำเภอตาลสมยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจน ทำให้ผู้ศึกษามีแนวความคิดพัฒนารูปแบบขึ้น

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา แบ่งการพัฒนากออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการ

๑. ทบทวนความรู้โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา วิชาการและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๒. ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน
๓. จัดตั้งทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน

๔. ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติและรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

#### ระยะดำเนินการ

๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบดังนี้

๒. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ด้อยในชุมชน จำนวน ๑ วัน

๓. ประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. และภาคีเครือข่าย จำนวน ๑ วัน

๔. ดำเนินการพัฒนาตามแนวทางที่กำหนด คือ

ระยะที่ ๑ ศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาและ วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมาทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันออกแบบแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภายในอำเภอตาลชุม

ระยะที่ ๒ ออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ด้อยในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องและนำผลการวิเคราะห์ปัญหาจากระยะที่ ๑ มานำเสนอให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันระดมความคิดพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วย กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานพร้อมจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ด้อยในชุมชน ของโรงพยาบาลตาลชุม

ระยะที่ ๓ ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ด้อยในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แบบใหม่ที่มีการพัฒนาขึ้น แล้วสรุปผลการใช้รูปแบบใหม่ให้นำมาใช้จริงในกลุ่มเป้าหมายภายในเขตอำเภอตาลชุมซึ่งได้รูปแบบใหม่ ดังนี้

๑. กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ด้อยในชุมชนที่ต้องให้ชุมชนติดตามคือ หลังจำหน่าย ๒ วัน

๒. พยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านนัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนออก เดือนละ ๑ ครั้งร่วมกับ ทีมรพสต. CG อสม. ที่รับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นท้องถิ่น เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยให้เข้าใจและรับรู้ปัญหาความต้องการแต่ละบุคคล นำมาวางแผนในการดูแลต่อเนื่อง โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดเตรียมอุปกรณ์ ดังนี้

๑. พยาบาลชุมชนแจ้งแผนประจำเดือน หลังจากประชุมทีมเสร็จทุกเดือนโดยออกติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ ๒ วัน บ่ายวันพุธและวันศุกร์

๒. เกสเซอร์เตรียมเวชภัณฑ์ทั้งหมดที่ใช้กับผู้ป่วย รวมทั้งเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

๓. หัวหน้าบริหารจัดการยานพาหนะให้ตามแผนการออกเยี่ยมบ้าน

๔. หน่วยจ่ายกลางจัดเตรียมอุปกรณ์ในส่วนที่ปลอดภัยทั้งหมด โดยพยาบาลชุมชนเป็นผู้จัดเบิกเดือนละหนึ่งครั้ง

๕. ทีมพยาบาลชุมชนโทรศัพท์นัดหมาย อสม. ญาติผู้ป่วย ก่อนออกเยี่ยมผู้ป่วย ๒ วัน ทุกคนที่เกี่ยวข้องออกเยี่ยมบ้านตามที่นัดหมาย กำหนดไว้วันละ ๔ รายๆไม่เกิน ๑ ชั่วโมง ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

๖. หลังจากติดตามดูแล ทีมจะสรุปผล ปัญหาอุปสรรค ทุกเดือนเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอตาลชุมต่อไป

๗. นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและโอกาสในการพัฒนา

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)  
ขั้นตอนการประเมินผล

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

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน ที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ในการดูแลทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
๒. เกิดเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความสุขในการทำงาน
๓. มีระบบบริการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน อย่างครอบคลุม เชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานพยาบาล
๔. เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนการดูแลในชุมชนให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนครอบคลุม ทั้งอำเภอได้มากกว่าร้อยละ ๙๐
๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาในชุมชน น้อยกว่าร้อยละ ๕
๓. ผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในระบบการทำงานมากกว่าร้อยละ ๘๕

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวศิริพร ไชยสัตย์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน



### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม : กรณีศึกษา ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖- ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำราวิชาการ ทบทวนความรู้ ทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปฏิบัติงาน ดังหัวข้อต่อไปนี้

๓.๑ ความรู้และแนวคิดเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม ได้แก่ ความหมาย ชนิดของการบาดเจ็บ สาเหตุการเกิดบาดเจ็บ กลไกการบาดเจ็บที่พยาธิสรีรภาพของการบาดเจ็บ (ศิริพจน์ มะโนตี, ๒๕๖๖) การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ แนวทางการเลือกตรวจวิเคราะห์ที่เหมาะสม แนวทางในการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมในห้องฉุกเฉิน เกณฑ์การรับและส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (สมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย)

#### ๓.๒ แนวคิดทางการพยาบาล ประกอบด้วย

๓.๒.๑ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน ประกอบด้วย ความหมาย การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์และวิธีการคัดแยกตาม Emergency Severity Index (ESI) การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน การตอบสนองของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ปัจจัยที่มีผลกระทบและการตอบสนองของครอบครัวต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤต (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, ๒๕๕๖)

๓.๒.๒ กระบวนการพยาบาล เป็นลำดับขั้นตอนของการดูแลที่มีการวางแผนและการปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างมีเป้าหมาย เป็นระบบ เป็นพลวัตรไม่หยุดนิ่ง มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีความยืดหยุ่นสามารถปรับใช้ได้ทุกสถานการณ์ทั้งรายบุคคล รายนกลุ่ม หรือ ชุมชน โดยอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลและประยุกต์ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มนุษยศาสตร์ เป็นต้น ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล แบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ๒๕๖๐)

๓.๒.๓ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม สามารถแบ่งเป็น ๒ ระยะ ระยะที่ ๑ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะเฉียบพลัน ระยะที่ ๒ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะพักฟื้น (ศิริพจน์ มะโนตี, ๒๕๖๖)

#### ๓.๓ แนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน การประเมินแบบแผนสุขภาพ

๑๑ แบบแผนตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน(Gordon's functional health)เป็นกรอบแนวคิดของมาร์จอรี กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน ประกอบด้วย แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ (ศิริพร ชัมภลขิต, ๒๕๕๕)

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

##### ๔.๑.๑ หลักการและเหตุผล

จากรายงานโลกด้านสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ ๔ ปี ๒๐๑๘ (Global Status Report on Road Safety: ๒๐๑๘) พบว่าในปี ๒๐๑๖ ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับประเทศที่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดเป็นอันดับที่ ๙ ของโลก อันดับ ๑ ของเอเชีย และอันดับ ๑ ของอาเซียน คือประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง ๒๒,๔๙๑ คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต สูงถึง ๓๒.๗ ต่อประชากรแสนคนและมีจำนวนผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๙ ปี และมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง ๑.๓๕ ล้านคนต่อปี หรือทุกหนึ่งชั่วโมงมีผู้เสียชีวิต ๑๕๕ รายในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนของประเทศไทยยังคงอยู่ในอัตราที่สูง โดยคิดเป็นอัตรา ๒๓.๗, ๒๐.๖๕ และ ๒๐.๓๓ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่อัตรา ๑๖ ต่อประชากรแสนคนสร้างความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยกว่า ๕ แสนล้านบาทต่อปี

เห็นได้ว่าสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาสำคัญของโลกและของไทย โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head injury)ร่วมกับอวัยวะอื่น จากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรทั่วโลก ผลจากการประสบอุบัติเหตุผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการบาดเจ็บทางร่างกายและภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นกับแรงที่มากกระทำและศีรษะส่วนที่ได้รับผลกระทบ ร้อยละ ๑๐จะเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ซึ่งส่วนหนึ่งเสียชีวิตในที่เกิดเหตุภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางสมองรุนแรงขึ้น คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตหรือพิการหลังการบาดเจ็บโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาพบว่าอัตราการตายสูงถึงร้อยละ ๖๙-๙๕ การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีทั้งการรักษาชนิดผ่าตัดและไม่ต้องผ่าตัด ซึ่งการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดจะเป็นการให้ยาลดความดันในกะโหลกศีรษะและคงไว้ซึ่งการไหลเวียนและปริมาณของออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ ส่วนการผ่าตัดฉุกเฉินมีความจำเป็นในการรักษาการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (Secondary injury) หลังจากระยะการรักษาแบบเฉียบพลันผู้ป่วยจะได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของบุคคลในจัดการกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากรถทางถนนของจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าในปี ๒๕๖๕ มีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุจากรถทางถนนจำนวน ๒๓,๖๔๕ ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ ๒๓,๓๕๓ คน เสียชีวิต ๒๙๒ คน สำหรับโรงพยาบาลตาสุมมีสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากรถทางถนนในปี ๒๕๖๕ พบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจำนวน ๓๖๙ ราย เป็นอุบัติเหตุจากรถยนต์จำนวน ๑๐ คนและรถจักรยานยนต์จำนวน ๒๕๙ คน นอกจากนี้ยังมีผู้บาดเจ็บที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน ๓๑ ราย ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน ๑๓๐ รายและเสียชีวิตจำนวน ๒ ราย (เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุทั้งหมด) จากการทบทวนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ พฤติกรรมคน เนื่องจากพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับการดื่มสุราขณะขับขี่จำนวน ๘๒ ราย ไม่สวมหมวกนิรภัยจำนวน ๑๐๓ คน ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยจำนวน ๒ คน

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นผู้เผชิญเหตุและเป็นคนแรกที่ประเมินปัญหาภาวะสุขภาพรวมถึงการให้การพยาบาลเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะสูงในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต การเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต เพื่อลดความรุนแรงของโรค ตลอดจนความพิการและการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมด้วย

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

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

##### ๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

๔.๑.๒ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม

##### ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. รวบรวมข้อมูลสถิติโรคที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูงในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลตลิ่งชัน คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม

๒. ทบทวน องค์ความรู้ทฤษฎี แนวคิดทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง จากเอกสารวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ มาตรฐานการพยาบาล และงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาเฉพาะราย

๓. กำหนดรูปแบบ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัด ในการศึกษาสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดย คัดเลือกกรณีเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Comparison Case study) จำนวน ๒ ราย เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม ที่มารับการรักษาพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลตลิ่งชัน

๔. ศึกษาค้นคว้า กรอบแนวคิด ทฤษฎีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน รวมถึงศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม

๕. ให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาที่บาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นอย่างเป็นระบบตามกระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินสภาพร่างกายทรวงอก ระบบจิตใจ อารมณ์สังคม ชักประวัติ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ข้อมูลผลตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง หัตถการและยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาพยาบาล นำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมให้ครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การพยาบาลตามภายใต้บทบาทวิชาชีพและแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๖. สรุปและเปรียบเทียบกรณีศึกษา ทั้ง ๒ ราย และจัดทำเอกสารวิชาการ ทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของผลงานเนื้อหา

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

##### ๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงที่อาจเกิดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม

๒. เพื่อพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลตลิ่งชัน

๓. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

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

##### ๔.๔ ข้อมูลเปรียบเทียบกรณีศึกษา กรณี ๒ ราย

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๓๕ ปี สถานะภาพ โสด จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ สิทธิการรักษา พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และบัตรทอง ๓๐บาท ผู้ดูแลหลัก บิดา-มารดา	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๑๗ ปี สถานะภาพ โสด กำลังชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ สิทธิการรักษา พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และบัตรทอง ๓๐บาท ผู้ดูแลหลัก บิดา-มารดา	กรณีศึกษารายที่ ๑ มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ กรณีศึกษารายที่ ๒ อายุในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มักเกิดอุบัติเหตุทางจราจรที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	อุบัติเหตุจากการจราจร หมดสติ มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะก่อนมาโรงพยาบาล ๔๐นาที่ ๔๐นาที่ก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ ชนรถกระบะ หมดสติ ไม่สวมหมวกนิรภัย มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะยาวประมาณ ๕ ซม. แผล active bleeding EMS โรงพยาบาลตลิ่งชัน ออกรับ GCS: E๑V๑M ๕, pupil ๕mm sluggish reaction to light both eyes (SRTL BE), motor power แขนทั้ง ๒ ข้าง grade ๓ ขาทั้ง ๒ ข้าง grade ๒, on hard collar EMS นำส่งโรงพยาบาลตลิ่งชัน	อุบัติเหตุจากการจราจร หมดสติ ก่อนมาโรงพยาบาล ๒ ชั่วโมง ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถ จักรยานยนต์ ลงคลอง หมดสติ ไม่สวมหมวกนิรภัย มีแผลลอกที่ใบหน้า และขาทั้งสองข้าง มีประวัติดื่มสุรา EMS โรงพยาบาลตลิ่งชัน ออกรับ GCS: E๑V๑M๔, pupil ๓ mm sluggish reaction to light both eyes (SRTL BE), motor power แขนขวา grade ๔ แขนซ้าย grade ๕ ขาทั้ง ๒ ข้าง grade ๓, on ET tube, on hard collar ให้ NSS ๑,๐๐๐ ml iv drip ๑๐๐ml/hr ส่ง ตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลตลิ่งชัน	กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มาด้วยอุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์และไม่สวมหมวกนิรภัยทำให้ได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรง ไม่มีโรคประจำตัว และประวัติการแพ้ยา มีข้อแตกต่างคือ กรณีศึกษารายที่ ๑ ไม่มีประวัติ การดื่มสุรา ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ มีประวัติดื่มสุรา ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทและทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการขับชี่ลดลง
โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด	ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด	ปฏิเสธโรคประจำตัว ดื่มสุราเมื่อพบปะสังสรรค์กับเพื่อนเฉลี่ย เดือนละครั้ง สิบบุตรี ๓-๕ มวนต่อวัน	

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

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

##### ๔.๔ ข้อมูลเปรียบเทียบกรณีศึกษา กรณี ๒ ราย (ต่อ)

ข้อมูลภาวะ สุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
ประวัติการแพ้ยา ประวัติการ เจ็บป่วย ใน ครอบครัว	ปฏิเสธการแพ้ยา มารดา มีประวัติ BP สูง บุคคลในครอบครัว สุขภาพ แข็งแรงดี ไม่มีโรคติดต่อทาง พันธุกรรม	ปฏิเสธการแพ้ยา บุคคลในครอบครัว สุขภาพ แข็งแรงดี ไม่มีโรคติดต่อ ทางพันธุกรรม	
อาการแรกเริ่ม	เข้ารับการรักษาวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๒๐.๑๑น. ที่ตึกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ประเมิน GCS E๑V๑M๕, pupil Rt. ๓ mm, pupil Lt. ๕ mm SRTL BE, motor power แขนทั้ง ๒ ข้าง grade ๓ ซ้ำ ทั้ง ๒ ข้าง grade ๒ ใส่ท่อ ช่วยหายใจ O๒sat ๙๘% ผลสแกนที่ศีรษะ active bleeding, DTX stat ๑๕๐ mg%, hematocrit (Hct) stat ๔๐ vol% ประเมิน การบาดเจ็บในช่องท้องโดย การทำ focused assessment with sonography for trauma (FAST) ผล negative สัญญาณชีพ T ๓๖ C, PR ๙๘ bpm, R ๓๐ ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อท้องช่วยหายใจ O๒ Sat ๙๒% BP ๑๘๘/๑๔๙ mmHg วัดซ ๑ ๑๒๗/๘๑ mmHg	เข้ารับการรักษาวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๕.๔๑ น. ที่ตึกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ประเมิน GCS E๑VTM๔, pupil ๓ mm RTL BE, motor power คงเดิม O๒ sat ๙๙% DTX stat ๑๒๘ mg%, Hct ๔๐ vol% ผลตรวจ focused assessment with sonography for trauma (FAST) ผล negative สัญญาณชีพ T ๓๗ C P ๙๐ bpm, BP ๑๗๐/๘๔ mmHg	กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับ การวินิจฉัยโรคจากประวัติ อาการแสดงทางคลินิกและ ผล CT brain เป็นการ บาดเจ็บที่สมองรุนแรง (severe traumatic brain injury) และมีเลือดออกใน สมอง เมื่อก่อนเลือดโตขึ้น และกดสมองมากขึ้นทำให้ สมองขาดเลือดและบวม ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต กรณีศึกษา ทั้ง ๒ ราย ได้รับการผ่าตัด craniectomy with clot removal เป็นการผ่าตัด เอาบางส่วนของกะโหลก ศีรษะออก เพื่อนำ เลือดออกจากสมอง(๕)ซึ่ง เป็นการช่วยเหลือชีวิต อย่างเร่งด่วน โดย กรณีศึกษารายที่ ๑ มี ระยะเวลาในการ ผ่าตัด และเสียเลือดมากกว่า กรณีศึกษารายที่ ๒ เนื่องจากการมีขนาดของ

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

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

##### ๔.๔ ข้อมูลเปรียบเทียบกรณีศึกษา กรณี ๒ ราย (ต่อ)

ข้อมูลภาวะ สุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการที่ สำคัญ	๑๖ เมษายน ๒๕๖๖ - CBC : Hematocrit ๓๗.๘%, WBC ๒๑,๐๑๐ cell/mm <sup>3</sup> , Neutrophil ๖๗% - Electrolytes: potassium ๓.๑ mmol/L	๒๐ เมษายน ๒๕๖๖ CBC: Hematocrit ๔๒.๒%, :WBC ๑๖,๙๖๐cell/mm <sup>3</sup> : Neutrophil ๘๙%	หลุดเลือดสมองจากการ กระแทกของ รถจักรยานยนต์ชนรถ กระบะที่รุนแรง และท า ผ่าตัดชนิด decompressive craniectomy เพื่อลด ความดันในกะโหลกศีรษะ เนื่องจากสมองบวมมาก (๑๑) ส่วนกรณีศึกษารายที่ ๒ เป็นการขับ รถจักรยานยนต์ตกลงซึ่ง แรง กระแทกจะมีน้อยกว่า
การวินิจฉัยจาก CT brain จาก โรงพยาบาลสรรพ สิทธิประสงค์	acute epidural hemorrhage with acute subdural hemorrhage	traumatic intracerebral hemorrhage	
ระยะเวลาในการ ผ่าตัดและการเสีย เลือด จาก โรงพยาบาลสรรพ สิทธิประสงค์	๖๐ นาที Blood loss ๑,๐๐๐ ml	๕๐ นาที Blood loss ๑๐๐ ml	

##### ๔.๕ การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน ๒ ราย

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุนจากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน  
กรณีศึกษา ๒ ราย

แบบแผนสุขภาพ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาราย ที่ ๑	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาราย ที่ ๒
แบบแผนที่ ๑ การรับรู้ ภาวะ สุขภาพ	๑. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองไม่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจากมีเลือดออกใน สมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะ เพิ่มขึ้น S: ผู้ดูแล “ลูกอาการหนักต้องใส่ท่อ ช่วยหายใจเพิ่มจะฟื้นมั้ย”	๑. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองไม่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจากมีเลือดออกใน สมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะ เพิ่มขึ้น S: ผู้ดูแล “ลูกอาการหนักต้องใส่ท่อ ช่วยหายใจเพิ่มจะฟื้นมั้ย”

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

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

##### ๔.๕ การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน ๒ ราย (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษา ราย ที่ ๑	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษา ราย ที่ ๒
แบบแผนที่ ๑ การรับรู้ ภาวะ สุขภาพ	O: บาดเจ็บที่สมอง ระดับความรู้สึกตัว ลดลง ที่ตีกออุบัติเหตุฉุกเฉิน GCS E๑VTM๕ pupil Rt. ๓ mm pupil Lt. ๕ mm SRTL BE, motor power แขนทั้ง ๒ ข้าง grade ๓ ขาทั้ง ๒ ข้าง grade ๒ ผล CT brain: acute epidural hemorrhage with acute subdural hemorrhage แพทย์มี แผนการรักษาโดยการผ่าตัดเร่งด่วน	O: บาดเจ็บที่สมอง ระดับความรู้สึกตัว ลดลง GCSE๑VTM๔ pupil ๓ mm RTL BE motor power แขนขวา Gr.๔ แขนซ้าย Gr.๕ ขาทั้งสองข้าง grade ๓ ผล CT brain: A ๕.๔ x ๔.๑x๓.๕-cm acute hematoma with mild perilesional edema involving left lentiform nucleus - ๐.๔ cm midline shift and subfalcine herniation to the right.
แบบแผนที่ ๒ อาหารและ การเผาผลาญ	๒. รูปแบบการหายใจไม่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจากบาดเจ็บที่ สมองรุนแรง S : ผู้ดูแล “ลูกอาการหนักต้องใส่ท่อ ช่วยหายใจเพิ่มจะใส่นานมั้ย” O: บาดเจ็บที่สมอง ระดับความรู้สึกตัว ลดลง GCS ที่ตีกออุบัติเหตุฉุกเฉิน E๑VTM๕ pupil Rt. ๓ mm pupil Lt. ๕ mm SRTL BE, motor power แขนทั้ง ๒ ข้าง grade ๓ ขาทั้ง ๒ ข้าง grade ๒ ผล CT brain: acute epidural hemorrhage with acute subdural hemorrhage RR ๓๐ ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อท้องช่วยหายใจ O๒ Sat ๙๒% ๓. มีภาวะ hypokalemia S: ผู้ดูแล “คนไข้ยกแขนตัวเองไม่ได้ เลย” O: motor power แขนทั้ง ๒ ข้าง grade ๓ ขาทั้ง ๒ ข้าง grade ๒ ค่า serum potassium ๓.๑ mmol/L	๒. รูปแบบการหายใจไม่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจากบาดเจ็บที่ สมองรุนแรง S : ผู้ดูแล “ลูกอาการหนักต้องใส่ท่อ ช่วยหายใจเพิ่มจะใส่นานมั้ย” O: บาดเจ็บที่สมอง ระดับความรู้สึกตัว ลดลง ใส่ท่อช่วยหายใจจาก รพช. GCS ที่ ตีกออุบัติเหตุฉุกเฉิน E๑VTM๔ pupil ๓ mm RTL BE motor power แขนขวา Gr.๔ แขนซ้าย Gr.๕ ขาทั้ง สองข้าง grade ๓ ผล CT brain: traumatic intracerebral hemorrhage  ไม่พบปัญหา

## ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

## ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

## ๔.๕ การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน ๒ ราย (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาราย ที่ ๑	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาราย ที่ ๒
	<p>๔. การกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปริมาตรเลือดพร่อง</p> <p>S: ผู้ดูแล “ท้อระบายมีเลือดออกเยอะ เป็น อันตรายมัย”</p> <p>O: แผลที่ศีรษะขนาด ๕ ซม. active bleeding เสียเลือดขณะผ่าตัด ๑,๐๐๐ มล. radivac drain content เป็นเลือด ๔๕๐ มล.ค่า Hct ๒๕ vol% ตรวจเปลือกตา mild pale conjunctiva both eyes, O๒ Sat ๙๕%</p> <p>๕. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> <p>S: -</p> <p>O: บาดเจ็บที่สมอง ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS E๑VTM๕ ใส่ท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษา มีเสมหะสีขาวเหนียว T ๓๗.๗-๓๘.๑ C ค่า WBC ๒๑,๐๑๐ cell/mm๓ , Neutrophil ๘๙%</p> <p>๖. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ</p> <p>S: -</p> <p>O: แผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ ยาว ๑๓ ซม. มีท้อระบายเลือดออกจากแผล T ๓๗.๗-๓๘.๑ C ค่า WBC ๒๑,๐๑๐ cell/mm๓ Neutrophil ๘๙%</p> <p>๗. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากระดับความรู้สึกตัวลดลง</p>	<p>๓. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากปริมาตรเลือดพร่อง</p> <p>S: -</p> <p>O: เสียเลือดขณะผ่าตัด ๑๐๐ มล. radivac drain content เป็นเลือด ๔๐ มล.ค่า Hct ๓๖.๗vol%, O๒ Sat ๙๘%</p> <p>๔. มีภาวะติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> <p>S: ผู้ดูแล “ทำไมคนไข้เสมหะเยอะมาก”</p> <p>O: บาดเจ็บที่สมอง ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS = E๑VTM๔ ใส่ท่อช่วยหายใจ ตามแผนการรักษา T ๓๘.๒-๓๘.๙ C มีเสมหะเหนียวสีเหลืองปริมาณมาก ค่า WBC ๑๙,๙๖๐ cell/mm๓ , Neutrophil ๘๔%, sputum culture: numerous Acinetobacter baumannii</p> <p>๕. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ</p> <p>S: -</p> <p>O: แผลผ่าตัดบริเวณศีรษะยาว ๑๐ เซนติเมตร มีท้อระบายเลือดออกจากแผล T ๓๘.๒ - ๓๘.๙ C , ค่า WBC ๑๙,๙๖๐ Cell/mm๓ , Neutrophil ๘๔%</p> <p>๖. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากระดับความรู้สึกตัวลดลง</p>



## ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

## ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

## ๔.๕ การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน ๒ ราย (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาราย ที่ ๑	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาราย ที่ ๒
แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย	<p>S: ผู้ดูแล “คนไข้ขับไม่ได้จะเป็นแผลที่ก้นมีย”</p> <p>O: บาดเจ็บที่สมอง ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS หลังผ่าตัด E๒VTM๔, motor power grade ๔ ทั้ง ๔ รยางค์, braden scale ๑๒ คะแนน T ๓๗.๗-๓๘.๑ C</p> <p>๘. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ</p>	<p>S: ผู้ดูแล “คนไข้ขับไม่ได้จะเป็นแผลที่ก้นมีย”</p> <p>O: บาดเจ็บที่สมอง ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS หลังผ่าตัด E๑VTM๔ motor power แขนขวา ขาขวา grade ๓ แขนซ้าย ขาซ้าย grade ๕ braden scale ๑๐ คะแนน T ๓๘.๒-๓๘.๕ C</p> <p>๗. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ</p>
แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย	<p>S: ผู้ดูแล “คนไข้ใส่สายสวนปัสสาวะนานๆจะเป็นอะไรมีย”</p> <p>O: ใส่สายสวนปัสสาวะ ๕ วัน ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม T ๓๗.๗-๓๘.๑ C ค่า WBC ๒๑,๐๑๐ cell/mm๓ Neutrophil ๘๙%</p>	<p>S: ผู้ดูแล “คนไข้ใส่สายสวนปัสสาวะนานๆจะเป็นอะไรมีย”</p> <p>O: ใส่สายสวนปัสสาวะ ๒๑ วัน ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม T ๓๘.๒-๓๘.๕ C ค่า WBC ๑๙,๙๖๐ Cell/mm๓ , Neutrophil ๘๙%</p>
แบบแผนที่ ๕ สติปัญญาและการรับรู้	<p>๙. มีความพร้อมในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>S : ผู้ดูแล “คนไข้หลังผ่าตัดยังไม่ค่อยรู้เรื่องต้องดูแลอะไรบ้าง”</p> <p>O: หลังผ่าตัดวันที่ ๓ ถอดท่อช่วยหายใจ GCS E๔V๒M๕ มีแผนการรักษาเริ่ม step diet หลัง ผ่าตัดวันที่ ๔ consult นักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพและ consult นักกิจกรรมบำบัดเพื่อฝึกกลืน</p> <p>๑๐. ปวดเฉียบพลันเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัด</p> <p>S : ผู้ดูแล “ผู้ป่วยกระสับกระส่าย บางครั้งมีตัวเกร็ง”</p> <p>O: behavior pain scale (BPS) ๘/๑๒ คะแนน PR ๑๑๐ bpm BP ๑๖๕/๙๖ mmHg</p>	<p>๘. มีความพร้อมในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>S : ผู้ดูแล “คนไข้ยังไม่ค่อยรู้เรื่องต้องดูแลอะไรบ้างไม่เคยเจอแบบนี้มาก่อน”</p> <p>O: ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจนาน ๑๐ วัน GCS E๓VTM๕ คะแนน ได้รับการเจาะคอและแผนการรักษาจำเป็นต้องใส่ tracheostomy tube และคาสายสวนปัสสาวะกลับบ้าน</p> <p>๙. ปวดเฉียบพลันเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัด</p> <p>S : ผู้ดูแล “ผู้ป่วยกระสับกระส่าย บางครั้งมีตัวเกร็ง” O: behavior pain scale (BPS) ๙/๑๒ คะแนน P ๑๑๒ bpm BP ๑๖๗/๙๒ mmHg</p>

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน ๒ ราย (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษา ราย ที่ ๑	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษา ราย ที่ ๒
แบบแผนที่ ๖ ความเครียดและการ เผชิญความเครียด	<p>๑๑. ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย</p> <p>S: ผู้ดูแล “ไม่เคยดูแลคนไข้หนักมาก่อน ครึ่งนี้เป็นครั้งแรก จะดูแลคนไข้ยังไงบ้างทั้งต้องขายของทั้งมาดูแลคนไข้”</p> <p>O: ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย GCS E๔V๔M๕ ผู้ดูแลตอบคำถามการประเมินย้อนกลับได้ไม่ครบทุกข้อ</p> <p>๑๒. ญาติวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤต</p> <p>S: ผู้ดูแล “หมอบอกว่าผู้ป่วยอาการหนัก มีเลือดออกในสมองจำเป็นต้องผ่าตัดเอาเลือดออก กลัวว่าผู้ป่วยเสียชีวิต”</p> <p>O: ผู้ป่วยบาดเจ็บมีเลือดออกในสมอง ต้องได้รับผ่าตัดเร่งด่วน ญาติถามข้อมูลผู้ป่วยบ่อยๆ คิวชมวด anxiety scale ๘/๑๐ คะแนน</p>	<p>๑๐. ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย</p> <p>S: ผู้ดูแล “ครึ่งนี้เป็นครั้งแรก กลับไปบ้านต้องดูแลคนไข้ยังไงบ้าง” “จบแค่ป.๔ ที่สอนไปจำไม่ได้เลย ช่วยสอนใหม่ด้วย”</p> <p>O: ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย GCS E๓VTM๕ ผู้ดูแลตอบคำถามการประเมินย้อนกลับได้ ไม่ครบทุกข้อ</p> <p>๑๑. ญาติวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤต</p> <p>S: ผู้ดูแล “ผ่าตัดแล้วผู้ป่วยจะฟื้นมีขอยู่เฝ้าได้หรือเปล่า”</p> <p>O: ผู้ป่วยบาดเจ็บมีเลือดออกในสมอง ต้องได้รับผ่าตัดเร่งด่วน ญาติถามข้อมูลผู้ป่วย และขอเข้าเยี่ยมบ่อยๆ สีหน้าเคร่งเครียด anxiety scale ๘/๑๐ คะแนน</p>

จากการศึกษกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ผู้ป่วยใหม่พบปัญหา ในแบบแผนภาวะสุขภาพ ที่ ๗ - ๑๑ ขณะตรวจรักษา และให้การพยาบาล ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมถึงขณะการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งเป็น ๓ ระยะ ๑)ระยะวิกฤต ๒)ระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู และ ๓)ระยะจำหน่าย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีเลือดออกในสมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากบาดเจ็บที่สมองรุนแรง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ มีภาวะ hypokalemia

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ การกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากปริมาตรเลือดพร่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๕ ญาติวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในภาวะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๖ ปวดเฉียบพลันเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมจากการประสบอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๗ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๘ เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลหลายตำแหน่ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๙ เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑๐ มีความพร้อมในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ ที่

สถิติและตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
๑.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม	-	๓๔๗ ราย	๔๑๙ ราย
๒.จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมรับไว้รักษาตัวในรพ.	-	๑๓ ราย	๓๑ ราย
๓.จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมที่ได้รับการส่งต่อ	-	๑๐๗ ราย	๑๓๐ ราย
๔.จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมเสียชีวิต	๐ ราย	๓ ราย	๒ ราย

๕.๒ ผลสำเร็จของงานคุณภาพ ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมผลสำเร็จของงานคุณภาพ คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การคัดกรอง การวินิจฉัยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และส่งต่อเหมาะสม

๑. อุบัติการณ์การเสียชีวิตผู้ป่วย mild Head injuryและอวัยวะอื่นร่วม เท่ากับ ๐

๒. ผู้ป่วย mild Head injury และอวัยวะอื่นร่วม ที่กลับบ้านได้รับการติดตามเยี่ยมอาการ ร้อยละ ๑๐๐

๓. ผู้ป่วย severe Head injury และอวัยวะอื่นร่วม สามารถนำส่งโรงพยาบาลปลายทางได้ภายใน ๓๐ นาที ร้อยละ ๘๐

๔. อุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ Admitหรือ refer เท่ากับ ๐

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

๖.๒ เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และอวัยวะอื่นร่วม

#### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการสำหรับกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เนื่องจากทั้ง ๒ รายมีการบาดเจ็บสมอง โดยเฉพาะระดับรุนแรง (Severe Head Injury: SHI) จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลในภาวะวิกฤตฉุกเฉินมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะพร่องออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์สูง ได้แก่ ไข้สูง ชัก ความดันโลหิตต่ำ การแข็งตัวของเลือดเสีย ซีด สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นซึ่งเรียกว่าการบาดเจ็บสมองระยะสอง (Secondary Brain Injury) การดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถือเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดของการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอยู่ในภาวะวิกฤต ต้องการรับรักษาอย่างเร่งด่วน ทันทีและถูกต้อง และเนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีเครื่อง CT Scan ไม่มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมประสาท จึงต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ดังนั้น ผู้ศึกษาซึ่งมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลและให้การดูแลรักษาเพื่อช่วยชีวิต จึงต้องมีการวางแผนรองรับสถานการณ์ทั้งที่จุดเกิดเหตุและที่หน่วยงานที่ตนปฏิบัติงาน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับอวัยวะอื่นที่มีภาวะคุกคามชีวิต โดยมีการรวบรวมข้อมูลสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน และนำการพยาบาล Trauma nursing มาใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล Emergency care เพื่อให้พร้อมในการให้บริการรักษาตลอดเวลา อีกทั้งต้องใช้ทักษะในการติดต่อประสานงานการส่งต่อและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย จากโรงพยาบาลตลิ่งชันไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่แรกรับ ณ จุดเกิดเหตุ ขณะอยู่ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และขณะส่งต่อ ช่วยป้องกันความสูญเสียและลดความพิการของผู้ป่วย

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับอวัยวะอื่นมีอาการหนักและไม่ได้สติทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นจากสภาพแวดล้อมและออกเหตุ

๘.๒ ลักษณะงานของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความวิกฤติและฉุกเฉินในการพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมมีความรุนแรงของโรคต้องช่วยผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติและการเตรียมการส่งต่อที่รวดเร็ว ผู้ศึกษาจึงต้องมีการติดตามรวบรวมข้อมูลในภายหลังที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงเจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือดี

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอतालसुमและโรงพยาบาลที่รับส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมขณะส่งต่อ

๒. ควรมีการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์สภาพปัญหาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ ณ.จุดเกิดเหตุจากอุบัติเหตุ ทางถนนในพื้นที่บริการสุขภาพของโรงพยาบาลतालसुमของกรมศึกษาเพื่อเป็นกั้นการ ป้องกันอุบัติเหตุ บนท้องถนน

๓. ควรมีการณรงค์การป้องกันเชิงรุกเรื่องพฤติกรรมและความปลอดภัยในการขับขี่ เพื่อให้ประชาชน รับทราบ ข้อมูล และตระหนักถึง อันตรายที่อาจเกิดขึ้น จากพฤติกรรมในการคมนาคมสัญจร เช่น การสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัย การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการเคารพกฎจราจร เป็นต้น

๔. ควรมีการพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลรักษาการพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

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

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- ๑) นางอินทรี นิธิวัฒนพงษ์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%
- ๒) .....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....
- ๓) .....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... *อินทรี* .....

(นางอินทรี นิธิวัฒนพงษ์)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 10 / ๒.๓ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอินทิรา นิธิวัฒนพงษ์	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นางศิริธร คงสกุล)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) 10 / ๗.๓ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายชานนท์ พันธนิกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตลิ่งชัน

(วันที่) 10 / ๗.๓ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมทั้งงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชัน

๒. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head injury)ร่วมกับอวัยวะอื่น จากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรทั่วโลก ผลจากการประสบอุบัติเหตุผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการบาดเจ็บทางร่างกายและภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ ความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นกับแรงที่มากระทำและศีรษะส่วนที่ได้รับผลกระทบ ร้อยละ ๑๐จะเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ซึ่งส่วนหนึ่งเสียชีวิตในที่เกิดเหตุภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางสมองรุนแรงขึ้น คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure : IICP) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตหรือพิการหลังการบาดเจ็บ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาพบว่ามีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ ๖๙-๙๕ การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีทั้งการรักษาชนิดผ่าตัดและไม่ต้องผ่าตัด ซึ่งการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดจะเป็นการช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะและคงไว้ซึ่งการไหลเวียนและปริมาณของออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ ส่วนการผ่าตัดฉุกเฉินมีความจำเป็นในการรักษาการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (Secondary injury) หลังจากระยะการรักษาแบบเฉียบพลันผู้ป่วยจะได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของบุคคลในจัดการกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

จากรายงานโลกด้านสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ ๔ ปี ๒๐๑๘ (Global Status Report on Road Safety: ๒๐๑๘) พบว่าในปี ๒๐๑๖ ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับประเทศที่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดเป็นอันดับที่๙ ของโลก อันดับ ๑ ของเอเชีย และอันดับ ๑ ของอาเซียน คือประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง ๒๒,๔๙๑ คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต สูงถึง ๓๒.๗ ต่อประชากรแสนคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๙ ปี และมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง ๑.๓๕ ล้านคนต่อปี หรือทุกหนึ่งชั่วโมงมีผู้เสียชีวิต ๑๕๕ รายในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนของประเทศไทยยังคงอยู่ในอัตราที่สูง โดยคิดเป็นอัตรา๒๓.๗, ๒๐.๖๕และ๒๐.๓๓ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่อัตรา๑๖ต่อประชากรแสนคนสร้างความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยกว่า ๕ แสนล้านบาทต่อปี (วิทยา ชาติบัญญัติ,๒๕๖๕)

โรงพยาบาลตลิ่งชันเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับF๒ ขนาด ๓๐ เตียง สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจำนวน ๔๑๖ ๔๒๕ ๓๖๙ และ ๔๑๙ ราย เป็นอุบัติเหตุจากรถยนต์จำนวน ๒๖ ๒๐ และ๑๐ คนและรถจักรยานยนต์จำนวน ๒๙๗ ๓๔๘ และ ๒๙๗ คน นอกจากนี้ยังมีผู้บาดเจ็บที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน ๕๑ ๑๓ และ ๓๑ ราย ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน ๙๒ ๑๐๗ และ ๑๓๐รายและเสียชีวิตจำนวน ๑ ๓ และ ๒ ราย (เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุทั้งหมด) จากการทบทวนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในปี ๒๕๖๕ พบว่า มีปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ พฤติกรรมการขับขี่ของคน เนื่องจากพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับการดื่มสุราขณะขับขี่จำนวน ๘๒ ราย ไม่สวมหมวกนิรภัยจำนวน ๑๐๓ คน ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยจำนวน ๒ คนหน่วยงาน

การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยบริการที่เปิดตลอด ๒๔ ชั่วโมงอีกทั้งนอกเวลาราชการ ต้องดูแลผู้ป่วยที่มาตลอดด้วย ให้บริการผู้ป่วยทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ไม่มีแพทย์ประจำที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอดเวลา และพยาบาลต้องตรวจแทนแพทย์นอกเวลาราชการ พยาบาลที่เป็นหัวหน้างานหรือหัวหน้าเวร จะต้องมีประสบการณ์และความชำนาญเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอยู่

ในภาวะวิกฤต ต้องการรักษาอย่างเร่งด่วน ในผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต อย่างทันทีและถูกต้องจะช่วยป้องกัน ความสูญเสียและลดความพิการ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในการประเมิน อาการและให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่าง เหมาะสมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับแพทย์มาใช้ในการวินิจฉัยและการส่งต่อ ข้อมูลให้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเวลาที่เหมาะสม สามารถ ประหยัดงบประมาณของประเทศได้ นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่จำเป็นจะต้องมีความรู้ในเรื่องพยาธิ สภาพการดำเนินของโรค แนวทางการรักษา การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการดูแล รักษาที่ดี และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางสมองมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีแนวทางปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเพื่อเป็น แนวทางปฏิบัติงานต่อไป

๒.๑ วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมที่งาน การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชัน

## ๒.๒ เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และอวัยวะอื่นร่วมที่ได้รับการรักษาจากงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชัน

๒. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชันมี แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมในการปฏิบัติงาน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

### ๓.๑ บทวิเคราะห์

ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เกิดจากศีรษะได้รับแรงจากภายนอกจนเกิด ความกระทบกระเทือน ต่อสมองโดยความรุนแรง ของการบาดเจ็บสามารถแบ่งเป็น ๓ ระดับ โดย สัมพันธ์กับระดับความรู้สึกตัว ได้แก่ ระดับความรุนแรงมาก (Severe Head injury) ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Head injury) และ ระดับความรุนแรงน้อย (Mild Head injury) โดยมีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score GCS) เท่ากับ ๓-๘, ๙-๑๒ และ ๑๓-๑๕ ตามลำดับ การบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิต โดยเฉพาะการบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกือบร้อยละ ๘๐ เกิดจากอุบัติเหตุบน ทางถนน โรงพยาบาลตลิ่งชันเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับF๒ ขนาด ๓๐ เตียง สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจำนวน ๔๑๖ ๔๒๕ ๓๖๙ และ ๔๑๙ ราย เป็นอุบัติเหตุจากรถยนต์จำนวน ๒๖ ๒๐ และ ๑๐ คนและรถจักรยานยนต์จำนวน ๒๙๗ ๓๔๘ และ ๒๙๗ คน นอกจากนี้ยังมีผู้บาดเจ็บที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน ๕๑ ๑๓ และ ๓๑ ราย ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน ๙๒ ๑๐๗ และ ๑๓๐ รายและเสียชีวิตจำนวน ๑ ๓ และ ๒ ราย การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงให้ความสำคัญในการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลนี้ขึ้น

### ๓.๒ แนวความคิด

#### ๑. แนวคิดตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, ๒๐๐๐)

ระยะที่ ๑ ค้นหาวินิจฉัยปัญหาสถานการณ์ (Evidence-triggered phase) ศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย ระบบและค้นหาปัญหาทางคลินิก โดย ๑) ทบทวนเวชระเบียน ผู้บาดเจ็บที่ ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ ๑๘-๖๐ ปีชายหรือหญิงได้รับการดูแลที่ห้อง อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ๒) ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมด้วยกระบวนการ สนทนา กลุ่ม (Focus group) แบบมีโครงสร้างโดยทีมพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระยะที่ ๒ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ๔ โดยสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิดการ

ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐาน เชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ค้นหา และคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์มีการสืบค้นข้อมูล จากฐานข้อมูล การวิจัยและแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่ตีพิมพ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ฐานข้อมูลจากสถาบันต่างๆ ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ซึ่งแบ่ง ระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเรียง ลำดับมากไปน้อย๗ ระดับ (Melnyk & Fineout-Overholt, E, ๒๐๐๘) การวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัยใช้ แนวคิดของ Polit & Hunger ประกอบด้วยปัจจัย ๓ ประการ คือ ความสอดคล้องของงานวิจัยกับปัญหาทาง คลินิก (Clinical relevance) การมีความหมายในเชิง ศาสตร์ (Scientific merit) และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ใน การปฏิบัติได้ (Implementation potential)

**ระยะที่ ๓ พัฒนารูปแบบการดูแลและ ทดลองใช้ (Evidence-observed phase) พัฒนา**  
แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับอวัยวะอื่นโดย

๑) ร่างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชันร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานตั้งแต่ ๕ ปีขึ้นไปปฏิบัติงานในหน่วยเป็นทีมยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

๒) เสนอคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมพิจารณา (ร่าง) แนวทางปฏิบัติการพยาบาล

๓) ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและ ประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC)

๔) ทดลองใช้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนา ขึ้นมาทดลองใช้และปรับปรุง Flow และแผนการดูแลจนกระทั่งสามารถ ปฏิบัติได้จริง

**ระยะที่ ๔ ใช้รูปแบบการดูแลปฏิบัติ (Evidence-based phase) และประเมินผล** เป็นการประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม

๒. แนวคิดมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลที่ให้เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้กระบวนการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบในการให้การ พยาบาลด้วยตนเอง หรือมอบหมายให้สมาชิกคนอื่นๆ ในทีมการพยาบาลปฏิบัติภายใต้ขอบเขต ความรับผิดชอบตามหน้าที่ และหลักเกณฑ์การมอบหมายงาน โดยมีการนิเทศควบคุมกำกับจากพยาบาลวิชาชีพ โดยยึดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ๘ มาตรฐาน (สำนักการพยาบาลกรมการ แพทย์กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑) ประกอบด้วยมาตรฐานที่ ๑ การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรฐานที่ ๒ การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานที่ ๓ การดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ ๔ การสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ ๕ การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง มาตรฐานที่ ๖ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มาตรฐานที่ ๗ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มาตรฐานที่ ๘ การบันทึกทางการพยาบาล

### ๓. ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. นำเสนอแนวคิดการพัฒนานี้เพื่อขออนุมัติการจัดทำเรื่องการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชัน ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและผู้อำนวยการ

๒. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมสำหรับหน่วยงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชัน

๓. ประชุมวางแผนการดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม โดยมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆที่นำมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม แนวทางการเก็บข้อมูลการดูแลและการติดตามผู้ป่วย ในงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชัน



๔. จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบ ความถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

๕. เสนอผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นเพื่อใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่เกิดจากการใช้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาล

๖. ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทุก ๓ เดือน และนำมาใช้ในพัฒนาแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชันต่อไป

#### ๓.๓ ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมนี้ เนื่องจากบริบทโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์ประจำที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอดเวลา ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีเครื่อง CT scan และมีทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกัน การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในบางข้อหรือบางประเด็นต้องใช้วิธีการในการขอความเห็นร่วมรวมถึงภายใต้ทรัพยากรและศักยภาพของโรงพยาบาล ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้จึงพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุดกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมและครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับบริการทางสุขภาพในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่งานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตลิ่งชัน

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน

๔.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม และส่งต่อปลอดภัย

๔.๓ หน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมที่เป็นแนวทางชัดเจนได้มาตรฐาน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม เป้าหมาย  $\geq ๘๐$  %

๕.๒ อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย mild Head injury และอวัยวะอื่นร่วม เป้าหมาย ๐ %

๕.๓ อัตราการติดตามเยี่ยมอาการในผู้ป่วย mild Head injury และอวัยวะอื่นร่วมที่กลับบ้านได้รับการเป้าหมาย ๑๐๐ %

๕.๔ อัตราการนำส่งโรงพยาบาลปลายทางในผู้ป่วย severe Head injury และอวัยวะอื่นร่วม ได้ภายใน ๓๐ นาที เป้าหมาย  $\geq ๘๐$  %

๕.๕ อัตราการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ รับการรักษาหรือส่งต่อ เป้าหมาย ๐ %

(ลงชื่อ) ..... *อนิธา* .....

(นางอินทิรา นิธิวัฒนพงษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *๑๐* / *๑๑* / *๒๕๖๗*

ผู้ขอประเมิน

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 กรกฎาคม 2566–30 พฤศจิกายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

##### 3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease : CKD) หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตอย่างใดอย่างหนึ่งติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เช่น การมีนิ่ว หรืออุ้งน้ำที่ไต การมีโปรตีนหรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตอาจปกติหรือผิดปกติก็ได้รวมถึงการตรวจพบอัตราการกรองของไตต่ำ กว่า 60 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน ไม่ว่าจะมีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตก็ตาม

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงเรื่อยๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้กลับฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ จนถึงจุดที่ระบบสมดุลของร่างกายไม่สามารถปรับได้ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป โดยยังไม่ปรากฏอาการในระยะแรก และจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่ระยะไตวาย

##### พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology)

เกิดจากการเสื่อมของไต และการถูกทำลายของหน่วยไต มีผลให้อัตราการกรองทั้งหมดลดลง และการขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณครีตินิน และ ยูเรียไนโตรเจนในเลือดสูงขึ้น หน่วยไตที่เหลืออยู่จะเจริญมากผิดปกติเพื่อกรองของเสียที่มีมากขึ้น ผลที่เกิดทำให้ไตเสียความสามารถในการปรับความเข้มข้นปัสสาวะ ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ต่างๆ ได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกาย

จากการที่ไตถูกทำลายมากขึ้น และการเสื่อมหน้าที่ของหน่วยไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ร่างกายจึงไม่สามารถขจัดน้ำเกลือของเสียต่างๆ ผ่านไตได้ เมื่ออัตราการกรองของไตน้อยกว่า 10-20 มล./นาที ส่งผลให้เกิดการคั่งของยูเรียในร่างกายเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้น เมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต

##### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (etiology and risk factors)

โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากความผิดปกติใดก็ตามที่มีการทำลายเนื้อไต ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างถาวร ซึ่งมักค่อยเป็นค่อยไป สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน รองลงมาคือโรค ความดันโลหิตสูง ส่วนสาเหตุอื่น ได้แก่ โรคหลอดเลือดฝอยในไตอักเสบเรื้อรัง (glomerulonephritis) ความผิดปกติของไตและระบบทางเดินปัสสาวะตั้งแต่กำเนิด โรคพันธุกรรมต่างๆ เช่น โรคลูปัส ภาวะอุดกั้นในทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ

##### ระยะของโรคและอาการแสดง (clinical manifestation)

ระยะของไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามระดับการทำงานของไต โดยใช้ค่าอัตราการกรองของไตเป็นตัวกำหนดดังนี้

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

##### 3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 90 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 หมายถึง การมีความผิดปกติของไต แต่ค่าอัตราการกรองของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติหรืออาจต่ำลงเล็กน้อย ในระยะนี้ยังไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติ แต่บางรายอาจตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะได้

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60 - 89 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 หมายถึง การมีความผิดปกติของไต เมื่อค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อยโดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคงมีอาการปกติ ความดันโลหิตอาจเริ่มสูงขึ้นในระยะนี้ จะเริ่มพบความผิดปกติในผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 30 - 59 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 หมายถึง การมีความผิดปกติของไต ค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง มักยังไม่แสดงอาการผิดปกติ โดยส่วนใหญ่พบภาวะความดันโลหิตสูง และอาจตรวจพบภาวะซีด แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูงได้ในระยะนี้ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 15 - 29 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร 2 หมายถึง การมีความผิดปกติของไต และค่าอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร บวม ความจำแย่ลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆผิดปกติ พบภาวะกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) และไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) ควรมีการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบำบัดรักษาทดแทนไตต่อไป

ระยะที่ 5 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร ซึ่งถือว่าเป็นระยะไตวาย ทำให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ร่างกายเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คัน คลื่นไส้อาเจียน สะอึก เป็นตะคริว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากน้ำเกิน และภาวะความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยูรีเมีย

#### แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การรักษาโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยหลักการใหญ่ๆ 3 ประการ คือ

1. รักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต
2. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสียเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูงที่เกิด ภายหลังภาวะไตวาย ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดจากการติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชนิดต่างๆ

#### 3. ชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วของไต (progressive)

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยจำเป็นต้องการรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

##### 3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

เรื่อง ค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุที่นั้นเท่าที่ทำได้ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิต ให้ยารักษาภาวะติดเชื้อ หยุดยาที่ส่งเสริมให้ภาวะของโรคเป็นมากยิ่งขึ้นหรือผ่าตัดรักษาอาการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

##### การบำบัดทดแทนไต

การบำบัดทดแทนไต คือ กระบวนการรักษาที่ทำหน้าที่ขจัดของเสียและน้ำแทนไตที่ไม่ทำงาน สามารถแบ่งได้กว้างๆ เป็น 2 แนวทาง คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง นอกจากนี้การรักษาโดยวิธีปลูกถ่ายไตซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังก็นับเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยเช่นกัน ซึ่งในแต่ละวิธีก็มีข้อดี-ข้อเสียแตกต่างกันไป โดยที่ผู้ป่วยแต่ละรายก็มีโอกาสที่จะเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตได้มากกว่า 1 วิธี ขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการขจัดของเสียและน้ำออกจากเลือด โดยเลือดจะออกจากตัวผู้ป่วยทางเส้นเลือดดำ แล้วผ่านตัวกรองซึ่งในตัวกรองจะมีเนื้อเยื่อที่จะช่วยกรองของเสียและน้ำด้วยกลไกการแพร่ออกจากเลือด เมื่อเลือดผ่านตัวกรองแล้วจะกลายเป็นเลือดดีและกลับสู่ร่างกาย โดยกระบวนการทั้งหมดนี้จะถูกควบคุมโดยเครื่องไตเทียม (hemodialysis machine) ที่ปัจจุบันมีระบบควบคุมความปลอดภัยในระดับสูง การฟอกเลือดแต่ละครั้งต้องใช้เวลาประมาณ 4 ชม. และต้องทำการฟอกเลือดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พบได้บ่อยคือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่เร็วเกินไป ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบได้คือ การเกิดตะคริว การเกิดไข้ระหว่างฟอกเลือด ภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเฉียบพลัน ภาวะคัน นอนไม่หลับ เป็นต้น ในขณะที่ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของศูนย์ไตเทียม คือ การเกิดการติดเชื้อในระบบทำน้ำบริสุทธิ์

2. การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) การล้างไตทางช่องท้อง คือ การขจัดของเสียและน้ำผ่านทางผนังช่องท้อง โดยการใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้องผ่านทางสายที่มีลักษณะเฉพาะ (Tenckhoff catheter) ซึ่งสายนี้ต้องทำการผ่าตัดฝังเข้าไปในช่องท้อง วิธีการทำคือ ใส่น้ำยาเข้าในช่องท้องผ่านทางสายเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วจึงปล่อยออก โดยจะมีการเปลี่ยนน้ำยา 4-5 ครั้ง/วัน วิธีนี้สามารถทำที่บ้านหรือที่ทำงานได้ โดยที่ต้องทำทุกวัน ผู้ป่วยสามารถเลือกเวลาทำได้ด้วยตัวเอง สิ่งสำคัญคือ ผู้ป่วยหรือผู้ช่วยเหลือต้องเรียนรู้วิธีการทำเป็นอย่างดี ในปัจจุบันมีวิธีล้างไตทางช่องท้องโดยใช้เครื่องทำให้ผู้ป่วยหรือญาติไม่ต้องเปลี่ยนน้ำยาเอง โดยมีทำเฉพาะเวลากลางคืน เรียกว่า automated peritoneal dialysis

3. การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) การปลูกถ่ายไต คือการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการใช้ไตจากผู้อื่นโดยผ่านการตรวจแล้วว่าเข้ากันได้ ให้มาทำหน้าที่แทนไตเก่าของผู้ป่วยที่สูญเสียไป อย่างถาวรแล้ว ปัจจุบันถือว่าเป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายทั้งในวัยเด็กและผู้ใหญ่ เนื่องจากถ้าไตใหม่ทำหน้าที่ได้แล้ว สามารถทดแทนไตเดิมได้สมบูรณ์ คุณภาพชีวิตจะดีขึ้น รวมทั้งชีวิตที่ยืนยาวกว่าการบำบัด

### 3. แบบแสดงสรุปรูปการเสนอผลงาน

#### 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

##### 3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ทดแทนได้วิธีอื่น ไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนกับการได้รับชีวิตใหม่

##### การพยาบาล

- 1) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงคนปกติ คือ FBS < 120 mg/dL ค่าเฉลี่ย HbA1C < 7% ควบคุมความดันโลหิตเป้าหมาย < 130/80 mmHg
- 2) การควบคุมน้ำหนักตัวให้มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กก/ตรม. โดยการลดอาหารหวานจัด และไขมัน และ ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 3) ลดการบริโภคเกลือ (Sodium Reduction)
- 4) ลดการใช้ยา NSAID อย่างถูกต้องหลีกเลี่ยง การใช้ยาที่มีพิษต่อไต
- 5) ส่งเสริมการจัดการความเครียด โดยให้ผู้ป่วยประเมินความเครียดของตนเองและทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ทำสมาธิ
- 6) การลดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา รวมถึงการหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง
- 7) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจค้นหาเส้นเลือดตีบที่หัวใจ สมอง แขน ขาและไตโดยเป้าหมาย LDL 40mg/dl (ผู้ชาย), >50mg/dl (ผู้หญิง)
- 8) ปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารหวาน มัน เค็มอย่างเคร่งครัด เนื่องจากในระยะนี้มีของเสียคั่งในกระแสเลือด ดังนั้นควรให้คำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหาร
- 9) ให้คำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการบำบัดทดแทนไตแบบต่างๆ แก่ผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งการเตรียมตัวรับการบำบัดทดแทนไต

##### 3.2 ความชำนาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. มีความชำนาญในการบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้านโครงการและแผนปฏิบัติการ ด้านแนวทางการรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรค
2. ความชำนาญในด้านการบริหาร บริการ วิชาการ การประสานงานในหน่วยบริการทางการแพทย์พยาบาล เช่น งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อและกลุ่มงานการพยาบาล
3. ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)
4. มีความชำนาญในการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล การประกันคุณภาพการพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับเขตและประเทศ

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 3.3 ความเชี่ยวชาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ความเชี่ยวชาญด้านการบริหารโครงการ การวิเคราะห์ปัญหา การปฏิบัติงาน การวางแผนแก้ไข ปัญหาแผนงานโครงการ เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการปฏิบัติงานพยาบาลและที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน รวมถึง การหาแหล่งทุนสนับสนุนโครงการและแผนงาน

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

#### 3.4 ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ประสบการณ์ในการนิเทศทางการพยาบาลและร่วมการนิเทศทางการพยาบาล รวมถึงการตรวจสอบ กำกับ ติดตาม ประเมินผล การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับกลุ่มงานและหน่วยงานทางการพยาบาล

#### 3.5 ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ทฤษฎีการพยาบาลของคิงเป็นทฤษฎีที่มีฐานความคิดเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ มาจากทัศนะเกี่ยวกับการพยาบาลในรูปแบบการสนับสนุนและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ/ผู้รับบริการ ซึ่งใช้ทฤษฎีระบบ อธิบายการพยาบาล ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับความต้องการของมนุษย์ที่คุณค่ามนุษย์และความสำคัญของ กระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความเชื่อระหว่างผู้ใช้บริการ/ผู้รับบริการกับพยาบาล ให้ความกระจ่างในการใช้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในการปฏิบัติพยาบาล ซึ่งมโนทัศน์ของทฤษฎีการพยาบาลของคิงมี 3 ระดับคือ 1) ระบบบุคคล (Personal System) 2) ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal System) 3) ระบบสังคม (Social System) และ ความสัมพันธ์ระบบต่าง ๆ เหล่านี้จะนำมาสู่ทฤษฎีของการบรรลุเป้าหมาย (Theory of goal attainment) โดยมโนทัศน์ของทฤษฎีการพยาบาลของคิงนั้น บุคคลคือ บุคคล สิ่งแวดล้อมคือ สิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลาของบุคคล ระหว่างบุคคลและผู้รับบริการ สุขภาพคือ การมีสุขภาพที่ดีตามเป้าหมายที่กำหนด และการพยาบาลคือ การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสร้างสัมพันธ์ภาพหรือปฏิสัมพันธ์ เป็นหัวใจในการกำหนดเป้าหมายของการให้บริการร่วมกันให้บรรลุตามเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ รากฐานแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของคิงเห็นความสำคัญของการดูแลภายใต้กระบวนการ ปฏิสัมพันธ์โดยทฤษฎีนี้ต้องการตอบคำถามที่ว่า “พยาบาลทำหน้าที่อะไร” และ “พยาบาลควรทำอย่างไร” วิธีการที่ได้มาซึ่งคำตอบจึงเน้น “กระบวนการปฏิสัมพันธ์” หมายความว่า การดูแลผู้รับบริการต้องผ่าน กระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ/ผู้รับบริการ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งการสร้าง ปฏิสัมพันธ์นี้จะทำให้สะท้อนภาพลักษณ์ของพยาบาลและบทบาทของการ ให้คำปรึกษา (Counseling) ชี้แนะ (Guiding) สอน (Teaching) แก่ผู้ใช้บริการ/ผู้รับบริการในการหาความหมายของภาวะสุขภาพหรือการ เจ็บป่วย

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในทุกประเทศ มีแนวโน้มต่อผลในการรักษาที่เลวลงและสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากขึ้น ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 และทำให้เกิดภาวะพิการหรือทุพพลภาพอันดับที่ 17 สำหรับในประเทศไทยในแต่ละปีมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) มากกว่าแสนคนและมีจำนวน เพิ่มขึ้นร้อยละ 15 - 20 ต่อปี ประมาณการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในปี 2564 จะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบเพิ่มเป็น 59,209 ราย จากสถิติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจังหวัดอุบลราชธานีในปี 2566 ข้อมูลในโปรแกรมคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี (Health Data Center : HDC) พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ จำนวน 34,374 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ของจำนวนประชากรในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี และในพื้นที่อำเภอนาเยียพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะจำนวน 966 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.52 ของจำนวนประชากรในพื้นที่อำเภอนาเยีย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ,2566) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาเยีย ปี 2564 - 2566 จำนวน 50, 65 และ 74 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ปี 2564 - 2566 จำนวน 26, 30 และ 24 ราย ตามลำดับ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ซึ่งสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเกิดจากกรวยไตและหน่วยไตอักเสบเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงไตตีบแคบและแข็งตัวมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ เซลล์ไตขาดเลือดและถูกทำลาย อัตราการกรองของไตลดลงจนไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีพยาธิสภาพที่เนื้อไตเกิดการคั่งคั่งของของเสียจำนวนมากซึ่งมีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากข้อมูลประวัติการสังเกตและสัมภาษณ์พยาบาลในหอผู้ป่วยรวมทั้งญาติ ผู้ดูแลและผู้ป่วยพบว่า สาเหตุการติดเชืของเยื่อหุ้มของท่อนของผู้ป่วยเกิดจากขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ถูกต้อง การไม่เคร่งครัดในการดูแลแผลของสายออก ขาดการสื่อสารชัดเจนที่เป็นรูปธรรมกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย เมื่อไม่เข้าใจขั้นตอนการดูแลที่หลากหลาย ไม่กล้าสอบถามพยาบาลที่ดูแล รวมทั้งการละเลยในการทำความสะอาดร่างกายหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเมื่อกลับไปล้างไตที่บ้านทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's theory of goal attainment) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากใ้แนวทางที่ชัดเจน เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการที่ยืนอยู่บนความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลตนเองที่บ้าน และเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา การวางระบบการสอนที่ดีมีคุณภาพและกำหนดการ ซึ่งจะช่วยให้มีรูปแบบการดูแลและป้องกันการติดเชื้อของเยื่อหุ้มของท่อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ จากสภาพปัญหาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้สนใจการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง โดยการให้ความรู้หรือการสอนรายบุคคล รายกลุ่มร่วมกับสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลตนเองตลอดจนใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต. และ อสม. ในการออกติดตามประเมินเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำทั้ง

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อบทหน้า(ต่อ)

ก่อนและหลังการทำล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการจัดการบริการทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม มีความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งไม่เพียงมุ่งเน้นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงการมีชีวิตที่ยืนยาว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของกรณีศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของพยาบาลทั้งในด้านทฤษฎี และปฏิบัติ ตลอดจนประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องอย่างมีประสิทธิภาพ

#### เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน ร้อยละ 100
2. ผู้ป่วย และญาติมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีการจำหน่ายกลับบ้าน มากกว่าร้อยละ 90



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

โดยเขียนในรูปแบบ Gant Chart ดังนี้

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

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 45 ปี HN 2097 AN 66000277 เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส คู่

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาเยีย วันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เวลา 19.17 น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปวดท้อง ถ่ายเหลว ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแสบท้อง ถ่ายเหลววันละ 10 ครั้ง มีกลิ่นเหม็นคาว ไม่มีมูกเลือดปน อาเจียน 2 ครั้ง เป็นเศษอาหาร มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลีย จึงมาโรงพยาบาล (ผู้ป่วย ESRD on CAPD ฟอกไตได้กำไร น้ำไม่ขุ่น)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ

ประวัติการผ่าตัด ผ่าตัดวางสายบริเวณหน้าท้อง (Tenckhoff catheter)

ปฏิเสธการดื่มสุรา/การสูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทยวัยกลางคน ผิวสีดําแดง รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 25.33 kg/m<sup>2</sup> เสื้อผ้าและการแต่งกายสะอาดเหมาะสม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ : ผิวสีดําแดง capillary refill 2 sec ผิวหนังแห้ง pitting edema 1+ ปากแห้ง

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก:

ศีรษะ : บริเวณศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีดำ

ตา : ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อบุตาซีดเหลือง ไม่มีอาการบวม รูม่านตาขยายเท่ากัน 2 มิลลิเมตร มีการตอบสนองต่อแสงของตาสองข้างดี การมองเห็นปกติ

หู : ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน

จมูก : จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ผนังกันช่องจมูกไม่คดโค้ง เยื่อบุจมูกไม่มีการอักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ

คอ : รูปร่างลักษณะปกติ หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมไทรอยด์ไม่โต มีการเคลื่อนไหวในการกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คล้ำไม่พบก้อน

หัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur ชีพจรเต้น 92 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

ทรวงอกและระบบหายใจ : ทรวงอกไม่เบี้ยว การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียง clear both lung ไม่มีหน้าอกบวม

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ผลการตรวจร่างกายตามระบบ(ต่อ)

ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง : คลำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดเจ็บ มีรอยแผลผ่าตัดดวงสาย บริเวณหน้าท้อง (Tenckhoff catheter)

ต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

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

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

การประเมินสภาพจิตใจ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในช่องท้อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ CBC วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Hemoglobin	7.1%	ค่าปกติ 12–16%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
Hematocrit	21%	ค่าปกติ 35–49%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
WBC	5,980 cell/mm	ค่าปกติ 5,000–10,000 cell/mm	ค่าปกติ
PLT count	371,000 cell/mm	ค่าปกติ 150,000–400,000 cell/mm	ค่าปกติ
Neutrophil	79%	ค่าปกติ 55–75%	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
Lymphocyte	14%	ค่าปกติ 25–35%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
Monocyte	4%	ค่าปกติ 2–10%	ค่าปกติ
Eosinophil	3%	ค่าปกติ 1–3%	ค่าปกติ

ผลการตรวจ Electrolyte วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Sodium	125.3 mmol/L	ค่าปกติ 135–145 mmol/L	ค่าปกติ
Potassium	3.03 mmol/L	ค่าปกติ 3.5–5.3 mmol/L	ค่าปกติ
Chloride	90.7 mmol/L	ค่าปกติ 95–105 mmol/L	ค่าปกติ
CO2	26.8 mmol/L	ค่าปกติ 21–34 mmol/L	ค่าปกติ
BUN	39.3 mg/dL	ค่าปกติ 6.0–20.0 mg/dL	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน
Creatinine	7.98 mg/dL	ค่าปกติ 0.9–1.3 mg/dL	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ผลการตรวจ Hemoculture วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

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

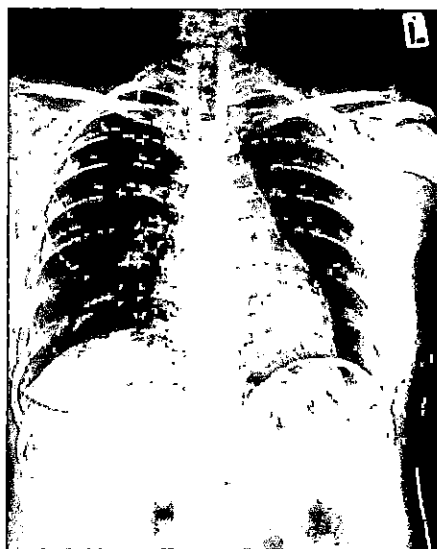
ผลการตรวจ Cell Count & Cell Diff วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	แปลผล
Appearance	clear	
Color	Colorless	ค่าปกติ
Specific Gravity	1.010	ค่าปกติ
RBC	10	ค่าปกติ
WBC	590	มีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง
PMN	7	ค่าต่ำกว่าปกติ เกิดจากการติดเชื้อ
Mononuclear	93	ค่าสูงกว่าปกติ เกิดจากการติดเชื้อ

ผลการตรวจ PDF culture วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
PDF culture	No growth after 2 day	No growth	ปกติ

ผลการฉายภาพรังสีเอ็กซเรย์ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566: No infiltration



#### การวินิจฉัยโรค

ครั้งแรก : ESRD with Infected CAPD with Gastroenteritis with DM with HT

ครั้งสุดท้าย : ESRD with Infected CAPD with Gastroenteritis with DM with HT

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### การรักษา

1. 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 60 ml/hr
2. Ceftriaxone 2 gm IV OD
3. Omeprazole 40 mg IV stat
4. Metoclopramide 10 mg IV stat
5. Paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn q 4 hr
6. Domperidone 1x3 oral ac
7. Omeprazole (20 mg) 1x1 oral ac

#### สรุปอาการผู้ป่วยระยะรับใหม่ (ห้องฉุกเฉิน)

วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 19.17 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแสบท้อง ถ่ายเหลววันละ 10 ครั้ง มีกลิ่นเหม็นคาว ไม่มีมูกเลือดปน อาเจียน 2 ครั้ง เป็นเศษอาหาร มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลียจึงมาโรงพยาบาล (ผู้ป่วย ESRD on CAPD ฟอกไตได้กำไร น้ำไม่ขุ่น) แรกได้รับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร lung clear both lung, O2 sat room air 97%, ตรวจร่างกาย generalized tender no guarding, rebound tenderness positive ส่ง film Acute abdomen series ผล not seen free air under both dome, no abnormal bowel gas pattern pitting edema 1+ ส่ง cell diff/ cell count ผล WBC 590 cell/mm<sup>3</sup> ผล CBC : Hct 21% WBC 5,980 cell/mm<sup>3</sup> Plt 371,000 cell/mm<sup>3</sup> Neutrophil 79% Lymphocyte 14% แพทย์พิจารณาให้ On 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 60 ml/hr ดูแลฉีด Omeprazole 40 mg IV stat, Metoclopramide 10 mg IV stat ดูแลเจาะ H/C x II ขวด แพทย์พิจารณาให้ Ceftriaxone 2 gm IV OD แพทย์วินิจฉัย ESRD with Infected CAPD with Gastroenteritis with DM with HT แพทย์พิจารณา admit

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ปวดท้อง เนื่องจาก มีภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจาก ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วย

#### สรุปอาการผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง

วันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/80-162/80 มิลลิเมตรปรอท ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung, O2 sat room air 96-98% ส่ง lab Electrolyte ผล Sodium 125.3 mmol/L Potassium 3.03 mmol/L ดูแลให้ E.KCL 30 ml oral stat ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่ซึม ดูแลให้ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อวัน น้ำ PDF สีใส ไม่ขุ่น Total PDF 2,000-4,000 ml/วัน ไม่มีไข้ แนะนำจำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน ปัสสาวะออก 100-200 ml/วัน ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD x 3 day หลังให้การรักษา cell diff/ cell count ผล WBC 17 cel/mm<sup>3</sup> ไม่บวม ผู้ป่วยมีอาการปวดบิตท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอนหลับได้

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### สรุปอาการผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจาก ไตสูญเสียหน้าที่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากปอดบวมน้ำ เนื่องจาก ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะชืด เนื่องจาก ไชกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจาก มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

#### สรุปอาการผู้ป่วยระยะจำหน่าย

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท ประเมินผู้ป่วย lung clear both lung, O2 sat room air 97-98% ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีไข้ น้ำ PDF สีใส 2,000 ml ปัสสาวะสีเหลืองใส ออก 200 ml รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาเจียน นอนหลับได้ แพทย์พิจารณาจำหน่าย แนะนำยาฉีด Renogen-Alfa EPO 4000 IU x 2 week แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง Losartan 50 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น Amlodipine 10 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Metronidazole 200 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น CaCo3 600 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น KCL 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น Ferrus Fumarate 200 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น Folic acid รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้ ปวดท้อง น้ำล้างไตสีขุ่น เป็นต้น

รวมระยะเวลาในการรักษา 4 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีการล้างไตทางช่องท้องและความเจ็บป่วยเรื้อรัง

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ปวดท้อง เนื่องจาก มีภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง

#### ข้อมูลสนับสนุน

##### Subjective data

- ผู้ป่วยบอกว่า มีอาการปวดแสบท้อง ถ่ายเหลววันละ 10 ครั้ง มีกลิ่นเหม็นคาว

##### Objective data

- cell diff/ cell count ผล WBC 590 cell/mm<sup>3</sup>
- abdomen: generalized tender no guarding, rebound tenderness positive

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่ปวดท้อง
2. เพื่อไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำล้างไตทางช่องท้องสีขาวใส ไม่ขุ่น
2. ผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.0–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60–100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60–140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. cell diff/ cell count ผล 5,000-10,000 cell/mm<sup>3</sup>

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะติดเชื้อ ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณหน้าท้องและตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ เพื่อประเมินการมีไข้จากการติดเชื้อ
2. ดูแลให้ได้รับยาฉีด Ceftriaxone 2 gm IV OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตผลข้างเคียงและอาการแพ้ยา เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก มีอาการปวด บวม หรือแดงบริเวณที่ฉีดยา มีแผลในปากหรือลำคอ เป็นต้น
3. ดูแลให้ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อวัน
4. แนะนำให้รับประทานยาลดไข้ paracetamol 500 mg 1 tab oral ทุก 4-6 ชั่วโมงเวลามีไข้ เพื่อลดไข้
5. แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมเพื่อลดโอกาสติดเชื้อ
6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของน้ำล้างไต PDF ตามแผนการรักษาและแนะนำสังเกตสีลักษณะของน้ำล้างไต เพื่อการติดเชื้อ
7. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ งดกิจกรรมที่ใช้แรงมาก

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท Total PDF 2,000–4,000 ml/วัน ml/วัน ผล cell diff/ cell count ผล WBC 17 cell/mm<sup>3</sup>

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจาก ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง  
ข้อมูลสนับสนุน

#### Subjective data

- ผู้ป่วยบอกรับมีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย

#### Objective data

- Creatinine 7.98 mg/dL
- pitting edema 1+

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ของเสียคั่งในร่างกายลดลง ไม่เกิดอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย บวม คันตามตัว หอบเหนื่อย
2. BUN < 20 mg/dL, Creatinine < 1.3 mg/dL

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการของเสียคั่งในร่างกายหรือยูเรียคั่ง ได้แก่ อ่อนเพลีย มีนงง เบื่ออาหาร อาเจียน นอนไม่หลับ ชัก หมดสติ เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะของเสียคั่งในร่างกายและให้การรักษาที่เหมาะสม
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
3. จำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะบวมจากการที่ไตกรองได้ลดลง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อวัน
5. บันทึกน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะความสมดุลของน้ำเข้าและออก
6. ชั่งน้ำหนักทุกวัน Body weight OD เพื่อประเมินอาการบวมเนื่องจากของเสียคั่ง
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร Low salt diet และเพิ่มโปรตีนจากไข่ขาวเพื่อลดอาการบวมและของเสียคั่ง ตามแผนการรักษาของแพทย์
8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการทำงานของไต เพื่อหาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย คันตามตัว หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกมากขึ้น ปัสสาวะออก 100–200 ml/วัน อาการบวมลดลง เหนื่อยเพลียลดลง



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วย

##### ข้อมูลสนับสนุน

##### Subjective data

- ผู้ป่วยบ่นและถามบ่อยๆว่าตนเองจะหายเป็นปกติไหม

##### Objective data

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางแสดงความวิตกกังวล หน้าตาอิดโรย

##### วัตถุประสงค์การพยาบาล

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

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติไม่มีความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น นอนหลับได้
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา

##### กิจกรรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจโดยพูดคุยให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยนเป็นกันเองจะเป็นการลดลงความเครียดในการปรับตัวต่อสถานที่
2. ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่คนเดียวนานเกินไป ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตามสภาพผู้ป่วย

3. บอกอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อนของโรค แผนการรักษา เหตุผลของการให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง และบอกความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

4. หลังจากให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ควรมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกรสอน เพื่อติดตามช่วยเหลือในระยะอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะต้องสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆ

5. ให้การรักษาพยาบาลด้วยความมั่นใจถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล

6. ถามและสังเกตความต้องการของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมักจะเกรงใจไม่กล้าขอความช่วยเหลือ

7. ประเมินความเชื่อของผู้ป่วย ทศนคติ การยอมรับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา สภาพจิตใจ

ชีวิตครอบครัว และสังคมของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

##### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอนหลับได้

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจาก ไตสูญเสียหน้าที่  
ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกรู้สึกมีอาการเบื่ออาหาร เหนื่อยเพลีย อาเจียน บวมตามร่างกาย

Objective data

- Sodium 125.3 mmol/L
- Potassium 3.03 mmol/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับโซเดียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 136–145 mmol/L
2. ระดับโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5–5.3 mmol/L
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.0–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18–20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60–100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60–140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
2. ประเมินอาการทางระบบประสาทและสังเกตความรู้สึกตัว เช่น อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ชัก ซึม เป็นต้น
3. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลทำ EKG 12 lead
4. ดูแลให้ได้รับ E.KCL 30 ml oral x 1 dose ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ดูแลให้ On 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 60 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. สังเกตอาการบวมของแขนและขา หนึ่งตาบวม เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย
7. แนะนำญาติให้จัดหาผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูงให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น กุ้ง กล้วย องุ่น
8. แนะนำผู้ป่วยชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อประเมินสมดุลของน้ำในร่างกาย
9. ติดตามประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ในร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผล Sodium 131.6 mmol/L, Potassium 4.98 mmol/L สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5–38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80–90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20–22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/80–162/80 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat room air 96–98% ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ชัก ซึม

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากปอดบวมน้ำ เนื่องจาก ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกรู้สึกเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม

Objective data

- ส่ง CXR ผล mild Cardiomegaly
- O<sub>2</sub> sat RA = 96%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.0–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18–20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60–100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60–140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียว ซีด
3. O<sub>2</sub> sat RA ≥ 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยเฉพาะอัตราการหายใจ ประเมินฟังปอดผู้ป่วย
2. วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Spo<sub>2</sub>) ทุก 4 ชม keep O<sub>2</sub> sat RA ≥ 95%
3. ดูแลให้ออกซิเจนแคนนูลา 3 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน
4. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
5. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
6. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะความสมดุลของน้ำเข้าและออก
7. ติดตามผลเอกซเรย์ปอดเพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำท่วมปอด pulmonary edema

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียว ซีด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5–38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80–90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20–22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/80–162/80 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat room air 96–98%

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะซีด เนื่องจาก ไชกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง  
ข้อมูลสนับสนุน

#### Subjective data

- ผู้ป่วยบอกมีอาการเหนื่อยเพลีย

#### Objective data

- ผล Lab: CBC (Hb 7.1%, Hct 21%)
- เยื่อตาซีด
- ผู้ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซีด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. Hct > 26%
2. เยื่อตามีสีแดงมากขึ้น
3. capillary refill < 2 วินาที

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะทั่วไปที่แสดงถึงอาการซีด เช่น เยื่อตาซีด ลิ้น ฝ่ามือและ capillary refill > 2 วินาที เพื่อประเมินระดับความซีด
2. ดูแลให้ได้รับยา Ferrus Fumarate 200 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น Folic acid รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ดูแลฉีด Renogen-Alfa EPO 4000 IU x 2 week ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ดูแลเจาะความเข้มข้นของเลือด (Hct) หลังได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับ เลือด เนื้อสัตว์ ผักใบเขียว เป็นต้น เพื่อเสริมสร้างเม็ดเลือดแดง
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hb, Hct ตามแผนการรักษาและติดตามภาวะทั่วไปที่แสดงถึงอาการซีดของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม

#### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีเยื่อตาแดงขึ้นเล็กน้อย capillary refill < 2 วินาที หลังได้รับการรักษาเจาะความเข้มข้นของเลือด Hct 22%

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจาก รับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกรู้มีอาการปวดจุกแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว รับประทานอาหารได้น้อย

Objective data

- ตรวจร่างกาย ปากแห้ง (dry lip)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดสารอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามความต้องการของร่างกาย
2. อาการปวดท้องและอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผลและติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อทั้งจำนวน และชนิดของอาหารที่ได้และบันทึกปริมาณ ลักษณะของสิ่งที่ผู้ป่วยอาเจียนออกมา

2. ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารให้เพียงพอ คือ ให้ได้รับประมาณ 30-35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม พร้อมประสานงานกับโภชนาการ

3. ดูแลให้ On 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 60 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ดูแลฉีด ดูแลฉีด Omeprazole 40 mg IV stat, Metoclopramide 10 mg IV stat ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา

5. ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟันให้สะอาด เพื่อกระตุ้นความอยากอาหารและป้องกันการเกิดแผลในช่องปาก และแนะนำให้ญาติและผู้ป่วยจัดอาหารและรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง

6. ติดตามประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการปวดท้องและไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 45 ปี HN 2097 AN 66000277 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาเยียวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เวลา 19.17 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแสบท้อง ถ่ายเหลววันละ 10 ครั้ง มีกลิ่นเหม็นคาว ไม่มีมูกเลือดปน อาเจียน 2 ครั้ง เป็นเศษอาหาร มีไข้รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลียจึงมาโรงพยาบาล (ผู้ป่วย ESRD on CAPD ฟอกไตได้กำไร น้ำไม่ขุ่น) แรกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร lung clear both lung, O2 sat room air 97%, ตรวจร่างกาย generalized tender no guarding, rebound tenderness positive ส่ง film Acute abdomen series ผล not seen free air under both dome, no abnormal bowel gas pattern pitting edema 1+ ส่ง cell diff/ cell count ผล WBC 590 cell/mm<sup>3</sup> ผล CBC : Hct 21% WBC 5,980 cell/mm<sup>3</sup> Plt 371,000 cell/mm<sup>3</sup> Neutrophil 79% Lymphocyte 14% แพทย์พิจารณาให้ On 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 60 ml/hr ดูแลฉีด Omeprazole 40 mg IV stat, Metoclopramide 10 mg IV stat ดูแลเจาะ H/C x II ขวด แพทย์พิจารณาให้ Ceftriaxone 2 gm IV OD แพทย์วินิจฉัย ESRD with Infected CAPD with Gastroenteritis with DM with HT แพทย์พิจารณา admit ขณะรับการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5–38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80–90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20–22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/80–162/80 มิลลิเมตรปรอท ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung, O2 sat room air 96–98% ส่ง lab Electrolyte ผล Sodium 125.3 mmol/L Potassium 3.03 mmol/L ดูแลให้ E.KCL 30 ml oral stat ไม่มีอาการชักเกร็งไม่ซึม ดูแลให้ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อวัน น้ำ PDF สีใส ไม่ขุ่น Total PDF 2,000–4,000 ml/วัน ไม่มีไข้ แนะนำจำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน ปัสสาวะออก 100–200 ml/วัน ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD x 3 day หลังให้การรักษา cell diff/ cell count ผล WBC 17 cell/mm<sup>3</sup> ไม่บวม ผู้ป่วยมีอาการปวดบิตท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอนหลับได้ แพทย์พิจารณาจำหน่าย แนะนำยาฉีด Renogen–Alfa EPO 4000 IU x 2 week แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง Losartan 50 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น Amlodipine 10 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Metronidazole 200 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น CaCo<sub>3</sub> 600 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น KCL 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น Ferrus Fumarate 200 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น Folic acid รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้ ปวดท้อง น้ำล้างไตสีขุ่น เป็นต้น

รวมระยะเวลาในการรักษา 4 วัน

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี HN 13379 AN 66001983 เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส คู่  
เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาเยีย วันที่ 14 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 เวลา 16.55 น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เหนื่อยเพลีย ซึม ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน Ambulance โรงพยาบาลนาเยียออกมารับผู้ป่วย 7 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการปวด  
จุกแน่นท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ ถ่ายปกติร่วมกับ รับประทานได้น้อย 1 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการเหงื่อแตก  
ตัวเย็น ถามตอบช้า เหนื่อยเพลีย และซึมลง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจาะระดับน้ำตาลใน  
เลือด 37 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ผู้ป่วย ESRD on CAPD ฟอกไตได้กำไร 1000 มิลลิลิตร น้ำไม่ขุ่น) เรียกกรณ  
โรงพยาบาลนาเยียออกมารับ .

#### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ

ประวัติการผ่าตัด ผ่าตัดวางสายบริเวณหน้าท้อง (Tenckhoff catheter)

ปฏิเสธการดื่มสุรา/การสูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

#### ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทยวัยกลางคน ผิวสีน้ำตาล รูปร่างผอม น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 177  
เซนติเมตร BMI 17.56 kg/m<sup>2</sup> เสื้อผ้าและการแต่งกายสะอาดเหมาะสม ผู้ป่วยซึม

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22  
ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 176/90 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ : ผิวสีน้ำตาล capillary refill 2 sec เหงื่อออกตัวเย็น บวมกดบวม 2+

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก:

ศีรษะ : บริเวณศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีรอยแผลผ่าตัด ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีดำ

ตา : ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อบุตาไม่ซีดไม่เหลือง ไม่มีอาการบวม รูม่านตาขยายเท่ากัน  
2 มิลลิเมตร มีการตอบสนองต่อแสงของตาสองข้างดี การมองเห็นปกติ

หู : ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน

จมูก : จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ผนังกันช่องจมูกไม่คดโค้ง เยื่อบุจมูกไม่มีการ  
อักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ

คอ : รูปร่างลักษณะปกติ หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมไทรอยด์ไม่โต มีการเคลื่อนไหวในการ  
กลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คลำไม่พบก้อน

หัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur ชีพจรเต้น 92 ครั้งต่อนาที  
ความดันโลหิต 176/90 มิลลิเมตรปรอท เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ผลการตรวจร่างกายตามระบบ (ต่อ)

ทรวงอกและระบบหายใจ : ทรวงอกไม่เขียว การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที มีหายใจหอบเหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียง clear both lung มีหน้าอกบวม

ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง : คลำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดเจ็บ มีรอยแผลผ่าตัดดวงสาย บริเวณหน้าท้อง (Tenckhoff catheter)

ต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

ระบบประสาท : ผู้ป่วยซึม GCS E2V2M1 รูม่านตาขยายเท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ทำทางและการเคลื่อนไหวไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประสาทรับความรู้สึกปกติ

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

การประเมินสภาพจิตใจ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและติดเชื้อในช่องท้อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ CBC วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Hemoglobin	11.0%	ค่าปกติ 12–16%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
Hematocrit	35%	ค่าปกติ 35–49%	ค่าปกติ
WBC	5,730 cell/mm	ค่าปกติ 5,000–10,000 cell/mm	ค่าปกติ
PLT count	221,000 cell/mm	ค่าปกติ 150,000–400,000 cell/mm	ค่าปกติ
Neutrophil	81%	ค่าปกติ 55–75%	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
Lymphocyte	13%	ค่าปกติ 25–35%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
Monocyte	4%	ค่าปกติ 2–10%	ค่าปกติ
Eosinophil	2%	ค่าปกติ 1–3%	ค่าปกติ

ผลการตรวจ Electrolyte วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Sodium	131.2 mmol/L	ค่าปกติ 135–145 mmol/L	ค่าต่ำปกติ มีภาวะโซเดียมต่ำ
Potassium	2.93 mmol/L	ค่าปกติ 3.5–5.3 mmol/L	ค่าต่ำปกติ มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ
Chloride	97.8 mmol/L	ค่าปกติ 95–105 mmol/L	ค่าปกติ
CO2	24.3 mmol/L	ค่าปกติ 21–34 mmol/L	ค่าปกติ
Creatinine	1.97 mg/dL	ค่าปกติ 0.9–1.3 mg/dL	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน

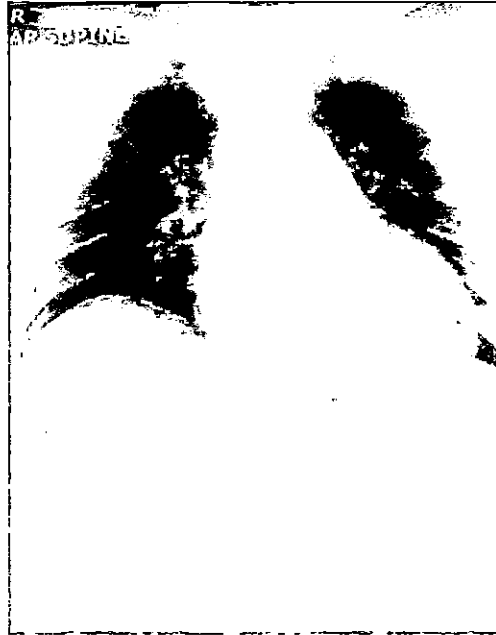


### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ผลการตรวจ PDF culture วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	คำปกติ	แปลผล
PDF culture	No growth after 2 day	No growth	ปกติ

ผลการฉายภาพรังสีเอ็กซเรย์ วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2566: Cardiomegaly



#### การวินิจฉัยโรค

ครั้งแรก : ESRD with FEVER with DM with HT

ครั้งสุดท้าย : ESRD with FEVER with DM with HT

#### การรักษา

1. Ceftazidime 2 gm IV OD x 5 day
2. E.KCL 30 ml oral stat
3. Manidipine 20 mg 1x2 oral pc
4. Hydralazine 25 mg 2x4 oral pc
5. Furosemide 500 mg 1x1 oral pc
6. Folic acid 1x1 oral pc
7. CaCO<sub>3</sub> 1250 mg 1x1 oral pc
8. Glipizide 5 mg 1x1 oral ac
9. Losartan 50 mg 1x1 oral pc

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### สรุปอาการผู้ป่วยระยะรับใหม่ (ห้องฉุกเฉิน)

วันที่ 14 กันยายน 2566 เวลา 16.55 น. มาด้วยอาการ Ambulance โรงพยาบาลนาเยียออกมารับผู้ป่วย 7 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการปวดจุกแน่นท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ ถ่ายปกติร่วมกับ รับประทานอาหารได้น้อย 1 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการเหงื่อแตกตัวเย็น ทานตอบซ้ำ เหนื่อยเพลีย และซีดลง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจาะระดับน้ำตาลในเลือด 37 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ผู้ป่วย ESRD on CAPD ฟอกไตได้กำไร 1000 มิลลิตร น้ำไม่ขุ่น) เรียกรถโรงพยาบาลนาเยียออกมารับ แกรรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 176/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยซึม GCS E2V2M1 lung clear both lung, O2 sat room air 97%, ตรวจร่างกาย generalized tender no guarding, rebound tenderness ส่ง film CXR ผล Cardiomegaly, pitting edema 2+ ส่ง PDF culture ผล No growth after 2 day ส่ง CBC : Hct 35% WBC 5,730 cell/mm<sup>3</sup> Plt 221,000 cell/mm<sup>3</sup> Neutrophil 81% Lymphocyte 13% แพทย์พิจารณาให้ 50%glucose 50 ml IV slowly push เจาะระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำอีก 1 ชั่วโมง ผลระดับน้ำตาลในเลือด 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แพทย์พิจารณาให้ Ceftriaxone 2 gm IV OD แพทย์วินิจฉัย ESRD with FEVER with DM with HT แพทย์พิจารณา admit

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจาก รับประทานอาหารได้น้อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ปวดท้อง เนื่องจาก มีภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจาก ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วย

#### สรุปอาการผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง

วันที่ 14-15 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทานตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82-106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/80-200/113 มิลลิเมตรปรอท ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung, O2 sat room air 96-98% ส่ง lab Electrolyte ผล Sodium 131.2 mmol/L Potassium 2.93 mmol/L ดูแลให้ E.KCL 30 ml oral x 3 dose ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่ซึม ดูแลให้ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อวัน น้ำ PDF สีใส ไม่ขุ่น Total PDF 3,000-4,000 ml/วัน ไม่มีไข้ แนะนำจำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน 1,000 มิลลิตรต่อวัน ปัสสาวะออก 100-200 ml/วัน ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD x 5 day ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง 200/113 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้ Amlodipine 10 mg 1 tab oral stat keep BP < 180/100 mmHg ติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด 91- 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หลังให้การรักษาผู้ป่วยบวมลดลง อาการปวดท้องลดลง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอนหลับได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจาก ไตสูญเสียหน้าที่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากปอดบวมน้ำ เนื่องจาก ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### สรุปอาการผู้ป่วยระยะจำหน่าย

วันที่ 15 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท ประเมินผู้ป่วย lung clear both lung, O2 sat room air 97–98% ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีไข้ น้ำ PDF สีใส 2,500 ml ปัสสาวะสีเหลืองใส ออก 100 ml รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาเจียน นอนหลับได้ แพทย์พิจารณาจำหน่าย แนะนำยาฉีด Ceftazidime 2 gm IV OD ต่อจนครบ 5 วัน แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง Manidipine 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น Hydralazine 25 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน Furosemide 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า CaCo3 1250 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Glipizide 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า เย็น Ferrus Fumarate 200 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น Folic acid รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า Losartan 50 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้ ปวดท้อง น้ำล้างไตสีขุ่น เป็นต้น รวมระยะเวลาในการรักษา 2 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีการล้างไตทางช่องท้องและความเจ็บป่วยเรื้อรัง

#### การพยาบาลระยะรับใหม่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจาก รับประทานอาหารได้น้อย

#### ข้อมูลสนับสนุน

##### Subjective data

- ญาติให้ประวัติผู้ป่วยมีอาการซึม พูดเออออ เหงื่อออกตัวเย็น
- ญาติให้ประวัติผู้ป่วยรับประทานยาไม่สัมพันธ์กับเวลารับประทานอาหาร

##### Objective data

- ระดับน้ำตาลในเลือด 37 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- ประเมิน GCS E2V2M1

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยการช่วยเหลือป้องกันไม่ให้สมองขาดกลูโคส

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง
2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 70–110 mg/dL
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะ Hypoglycemia เช่น วิงเวียนศีรษะ สับสน เหงื่อออกตัวเย็น หมดสติ

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น มึนงง สับสน ปวดศีรษะ ไม่มีสมาธิ ตาพร่ามัว  
ความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง ไม่รู้สึกตัว ต้องรายงานแพทย์ทราบ
2. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จนคงที่ และทุก 1 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ 50% glucose 50 ml IV push ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ติดตามผลการตรวจ DTX next 15 min then DTX q 2 hrs x 6 hrs keep 80-250 mg/dL
5. ดูแล keep warm ผู้ป่วย

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพปกติ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ 1 ชั่วโมง 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รับประทานอาหารได้

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ปวดท้อง เนื่องจาก มีภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง

##### ข้อมูลสนับสนุน

##### Subjective data

- ผู้ป่วยบอกว่า มีอาการปวดจุกแน่นท้อง เหนื่อยเพลีย

##### Objective data

- abdomen: generalized tender no guarding, rebound tenderness

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่ปวดท้อง
2. เพื่อไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำล้างไตทางช่องท้องสีขาวใส ไม่ขุ่น
2. ผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.0-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. cell diff/ cell count ผล 5,000-10,000 cell/mm<sup>3</sup>

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะติดเชื้อ ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณหน้าท้องและตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ เพื่อประเมินการมีไข้จากการติดเชื้อ
2. ดูแลให้ได้รับยาฉีด Ceftriaxone 2 gm IV OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตผลข้างเคียงและอาการแพ้ยา เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก มีอาการปวด บวม หรือแดงบริเวณที่ฉีดยา มีแผลในปากหรือลำคอ เป็นต้น
4. ดูแลให้ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อวัน
5. แนะนำให้รับประทานยาลดไข้ paracetamol 500 mg 1 tab oral ทุก 4-6 ชั่วโมงเวลามีไข้ เพื่อลดไข้

ไข้

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### กิจกรรมการพยาบาล(ต่อ)

6. แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมเพื่อลดโอกาสติดเชื้อ
7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของน้ำล้างไต PDF ตามแผนการรักษาและแนะนำสังเกตสี ลักษณะของน้ำล้างไต เพื่อการติดเชื้อ
8. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ งดกิจกรรมที่ใช้แรงมาก

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อาการปวดท้องลดลง สีน้ำล้างไตสีใส ไม่ขุ่น ไม่มีไข้ Total PDF 3,000-4,000 ml/วัน ผล PDF culture No growth after 2 day

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจาก ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

#### ข้อมูลสนับสนุน

##### Subjective data

- ผู้ป่วยบอกรับมีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย

##### Objective data

- Creatinine 1.97 mg/dL
- pitting edema 2+

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ของเสียคั่งในร่างกายลดลง ไม่เกิดอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย บวม ค้นตามตัว หอบเหนื่อย
2. BUN < 20 mg/dL, Creatinine < 1.3 mg/dL

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการของเสียคั่งในร่างกายหรือยูเรียคั่ง ได้แก่ อ่อนเพลีย มีบวม เบื่ออาหาร อาเจียน นอนไม่หลับ ซัก หมดสติ เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะของเสียคั่งในร่างกายและให้การรักษาที่เหมาะสม
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
3. จำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะบวมน้ำจากการที่ไตกรองได้ลดลง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อวัน
5. บันทึกน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะความสมดุลของน้ำเข้าและออก
6. ชั่งน้ำหนักทุกวัน Body weight OD เพื่อประเมินอาการบวมเนื่องจากของเสียคั่ง
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร Low salt diet และเพิ่มโปรตีนจากไข่ขาวเพื่อลดอาการบวมและของเสียคั่ง ตามแผนการรักษาของแพทย์
8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการทำงานของไต เพื่อหาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย ค้นตามตัว หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกมากขึ้น ปัสสาวะออก 100–200 ml/วัน อาการบวมลดลง เหนื่อยเพลียลดลง

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วย

##### ข้อมูลสนับสนุน

##### Subjective data

- ญาติผู้ป่วยถามว่า “ผู้ป่วยจะหายไหม”

##### Objective data

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางแสดงความวิตกกังวล หน้าตาอิดโรย

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

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

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติไม่มีความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น นอนหลับได้
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา

#### กิจกรรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจโดยพูดคุยให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยนเป็นกันเองจะเป็นการลดความเครียดในการปรับตัวต่อสถานที่

2. ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่คนเดียวยาวนานเกินไป ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตามสภาพผู้ป่วย

3. บอกอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อนของโรค แผนการรักษา เหตุผลของการให้การพยาบาลทุกครั้ง และบอกความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

4. หลังจากให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ควรมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำการสอน เพื่อติดตามช่วยเหลือในระยะอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะต้องสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆ

5. ประเมินความเชื่อของผู้ป่วย ทศนคติ การยอมรับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา สภาพจิตใจ ชีวิตครอบครัว และสังคมของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

#### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอนหลับได้

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจาก ไตสูญเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกรู้สึกเบื่ออาหาร เหนื่อยเพลีย บวมตามร่างกาย

Objective data

- Sodium(Na) 131.2 mmol/L
- Potassium 2.93 mmol/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับโซเดียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 136–145 mmol/L
2. ระดับโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5–5.3 mmol/L
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
2. ประเมินอาการทางระบบประสาทและสังเกตความรู้สึกตัว เช่น อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ชัก

ซึม เป็นต้น

3. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลทำ EKG 12 lead
4. ดูแลให้ได้รับ E.KCL 30 ml oral q 3 hr x 3 dose ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. สังเกตอาการบวมของแขนและขา หนึ่งตาบวม เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย
6. แนะนำญาติให้จัดหาผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูงให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น กล้วย องุ่น
7. แนะนำผู้ป่วยชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อประเมินสมดุลของน้ำในร่างกาย
8. ติดตามประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ในร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผล Sodium 135 mmol/L, Potassium 4.06 mmol/L สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5–38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82–106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20–22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/80–200/113 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat room air 97–98% ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ชัก ซึม

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากปอดบวมน้ำ เนื่องจาก ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกรู้สึกหายใจไม่อิ่ม

Objective data

- ส่ง CXR ผล Cephalization with Cardiomegaly
- O2 sat RA = 96%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.0–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18–20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60–100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60–140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียว ซีด
3. O2 sat RA  $\geq$  95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยเฉพาะอัตราการหายใจ ประเมินฟังปอดผู้ป่วย
2. วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Spo2) ทุก 4 ชม keep O2 sat RA  $\geq$  95%
3. ดูแลให้ออกซิเจนแคนนูลา 3 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน
4. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
5. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
6. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะความสมดุลของน้ำเข้าและออก
7. ติดตามผลเอกซเรย์ปอดเพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำท่วมปอด pulmonary edema

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียว ซีด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5–38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82–106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20–22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/80–200/113 มิลลิเมตรปรอท O2 sat room air 97–98%



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกรว่ามีอาการปวดศีรษะ

Objective data

- ความดันโลหิต 160/80–200/113 มิลลิเมตรปรอท
- pain score 2 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน
2. BP อยู่ในเกณฑ์ปกติ Systolic 140–90 mmHg Diastolic 90–60 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะความดันโลหิต ถ้าพบความดันโลหิตสูงรายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินอาการและการแสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน ปากเขียวพูดไม่ชัด พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง หากพบงานแพทย์ทันที
3. แพทย์พิจารณาให้ Amlodipine 10 mg 1 tab oral stat ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ติดตามระดับความดันโลหิตหลังให้ยาลดความดันโลหิต 1 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ได้รับยา Hydralazine 25 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน Losartan 50 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ตรงตามเวลา ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเปลี่ยนท่า เพราะการเปลี่ยนท่าเร็วอาจทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงและเกิดอุบัติเหตุได้

การประเมินผล

หลังได้รับยาลดความดันโลหิต 1 ชั่วโมง พบระดับความดันโลหิต 180/90 mmHg. รายงานแพทย์ แพทย์พิจารณา keep BP < 180/100 mmHg และให้รับประทานยา HT เดิม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน ไม่วิงเวียน ความดันโลหิตสูง

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติมีอาการเหนื่อย เหนือแตก หลังรับประทานยาหลังตื่นนอนแล้วไม่ได้รับประทานอาหาร

Objective data

- ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 91– 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้
- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค
- ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ FBS = 70–110 mg/dL และระดับค่า HbA1C < 7%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการของภาวะ Hyperglycemia/ Hypoglycemia หลังจากผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยสังเกตอาการ ปัสสาวะบ่อย ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ซึม อาจหมดสติได้
2. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน และดูแลให้รับประทานยา ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตรงตามเวลา เพื่อป้องกันภาวะ Hypoglycemia
4. อธิบายให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะ Hyperglycemia/ Hypoglycemia และประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติได้ถูกต้อง
5. ให้ความรู้และแนะนำกับผู้ป่วยเป็นเบาหวานให้รับประทานอาหารให้ตรงเวลาอยู่เสมอ เหมาะสมกับโรคและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
6. ให้ความรู้และแนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น
  - 6.1 แนะนำการสังเกตอาการ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จะมีอาการใจสั่น เหงื่อออกมาก ลั่น ตัวเย็น ซีด ทิว กระวนกระวาย ความรู้สึกตัวลดลง สับสน อาจหมดสติ เมื่อมีอาการดังกล่าวให้รีบดื่มน้ำหวาน หรือ อมทอफी ถ้าไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ ญาติ ควรรีบแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที
  - 6.2 แนะนำการสังเกตอาการ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะมีอาการ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัว ลดลง ซึมลง หมดสติ เมื่อมีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 91–160 mg/dL ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี HN 3062 วันที่ 14 กันยายน 2566 เวลา 16.55 น. มาด้วยอาการ Ambulance โรงพยาบาลนาเยียออกรับผู้ป่วย 7 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการปวดจุกแน่นท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ ถ่ายปกติร่วมกับ รับประทานได้น้อย 1 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการเหงื่อแตกตัวเย็น ตามตอบซ้ำ เหนื่อยเพลีย และ ซึมลง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจาะระดับน้ำตาลในเลือด 37 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ผู้ป่วย ESRD on CAPD ฟอกไตได้กำไร 1000 มิลลิกรัม น้ำไม่ขุ่น) เรียกรถโรงพยาบาลนาเยียออกรับ แรกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 176/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยซึม GCS E2V2M1 lung clear both lung, O2 sat room air 97%, ตรวจร่างกาย generalized tender no guarding, rebound tenderness ส่ง film CXR ผล Cardiomegaly, pitting edema 2+ ส่ง PDF culture ผล No growth after 2 day ส่ง CBC : Hct 35% WBC 5,730 cell/mm<sup>3</sup> Plt 221,000 cell/mm<sup>3</sup> Neutrophil 81% Lymphocyte 13% แพทย์พิจารณาให้ 50% glucose 50 ml IV slowly push เจาะระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำอีก 1 ชั่วโมง ผลระดับน้ำตาลในเลือด 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แพทย์พิจารณาให้ Ceftazidime 2 gm IV OD แพทย์วินิจฉัย ESRD with FEVER with DM with HT แพทย์พิจารณา admit ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82-106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/80-200/113 มิลลิเมตรปรอท ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung, O2 sat room air 96-98% ส่ง lab Electrolyte ผล Sodium 131.2 mmol/L Potassium 2.93 mmol/L ดูแลให้ E.KCL 30 ml oral x 3 dose ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่ซึม ดูแลให้ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องทุก 4 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อวัน น้ำ PDF สีใส ไม่ขุ่น Total PDF 3,000-4,000 ml/วัน ไม่มีไข้ แนะนำจำกัดน้ำผู้ป่วยไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ปัสสาวะออก 100-200 ml/วัน ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftazidime 2 gm IV OD x 5 day ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง 200/113 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้ Amlodipine 10 mg 1 tab oral stat keep BP < 180/100 mmHg ติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด 91- 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หลังให้การรักษาผู้ป่วยบวมลดลง อาการปวดท้องลดลง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอนหลับได้

การพยาบาลที่ให้คือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟอกไตทางช่องท้อง เพื่อลดอาการบวมและภาวะน้ำเกิน ดูแลให้ ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้หายใจโล่ง ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา บันทึกสัญญาณชีพ บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ประเมินอาการหลังได้รับการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง น้ำล้างไตสีใสไม่ขุ่น รับประทานอาหารได้ นอนหลับได้ สัญญาณชีพปกติ รวมวันที่นอนโรงพยาบาล 2 วัน

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการนำแนวทางการให้บริการตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย (care process) มาใช้ในกรณีศึกษา

กระบวนการดูแลผู้ป่วย (care process)	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การเข้าถึงเข้ารับ บริการ (Access and Entry)	เข้ารับการรักษาล่าช้า ภาวะฉุกเฉิน ญาติพามาเอง ไม่ได้เข้ารับบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ผู้ป่วยเข้ารับบริการรวดเร็ว โดยระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. การประเมินผู้ป่วย (Assessment)	ได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อในช่อง ท้อง ตั้งแต่แรกเริ่ม	ไม่ได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือด (QSOFA) ตั้งแต่แรกเริ่ม สัญญาณชีพผิดปกติ ชีพจรเต้นเร็ว 118 ครั้ง/นาที หายใจหอบ 24 ครั้งต่อนาที ไม่ได้รับการประเมิน warning sign ไม่ได้ ประเมินระดับออกซิเจนในเลือด ไม่ได้ ประเมินฟังปอดและไม่ได้ทำคลื่นไฟฟ้า หัวใจ ประเมิน SOS score 10 คะแนน
3. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	ได้รับการวินิจฉัยตรงตามอาการและ อาการแสดง ESRD with Infected CAPD with Gastroenteritis with DM with HT	ได้รับการวินิจฉัยตรงตามอาการและ อาการแสดง ESRD with Fever with Gastroenteritis with DM with HT
4. การส่งตรวจวินิจฉัย เพิ่มเติม (Investigation)	ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจวินิจฉัย เพิ่มเติมตั้งแต่แรกเริ่มส่ง Lab, CXR, EKG Cell Count & Cell Diff	ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ตั้งแต่แรกเริ่มส่ง Lab, CXR, EKG PDF culture
5. กระบวนการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuity of care)	ญาติมีความวิตกกังวลการดูแลผู้ป่วย ในช่วงกลางวัน เนื่องจากต้องออกไป ทำงาน ผู้ป่วยต้องล้างไตทางหน้า ท้องเอง ไม่มีผู้ดูแลหลัก มีการจัดหา ผู้ดูแลในพื้นที่ช่วย	ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการ เบื่อ ท้อแท้ สิ้นหวัง จากการโรค ติดตาม ให้กำลังใจ ติดตามและประเมิน 2Q

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การวางแผนการจำหน่ายในกรณีศึกษา ตามหลัก D-Method

**D : Diagnosis** ให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease : CKD) โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงเรื่อยๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ จนถึงจุดที่ระบบสมดุลของร่างกายไม่สามารถปรับได้ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป โดยยังไม่ปรากฏอาการในระยะแรก และจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่ระยะไตวาย

**M : Medicine** แนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา

**E : Environment** การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการบวม แนะนำการดูแลความสะอาดห้องล้างไต เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

**T : Treatment** แนะนำการเฝ้าสังเกตอาการตนเองของผู้ป่วย ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้อง ไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวมตามร่างกาย แนะนำให้รีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

**H : Health** การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

**O : Out patient** แนะนำการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

**D : Diet** การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารอ่อนย่อยง่าย เน้นอาหารที่มีธาตุเหล็กเสริมสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ตับ เลือด ผักใบเขียว เป็นต้น

**P : Psychological support** จิตใจมีส่วนสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง การพยาบาลเพื่อให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เช่น การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) ช่วยเหลือในการปรับตัว (Helping with adjusting) และการตั้งเป้าหมายและการแก้ปัญหา (Goal setting and problem solving)

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

##### ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2565	2566
1.	จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง CKD clinic		65	74
2.	อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อมะเร็งในเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยที่ทำ CAPD	<5%	3.03%	2.4%
3.	อัตราผู้ป่วยที่ได้รับ RRT การให้คำปรึกษาในการบำบัดทดแทนไต	100 %	92%	95%

##### ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. อัตราการเกิดภาวะ volume overload ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังลดลง <5%
2. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน >90%
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรับบริการ >80%

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

##### ด้านบริหาร

1. ใช้เป็นแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
2. ใช้เป็นมาตรฐานแนวทางในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังและเผยแพร่สู่หน่วยงานอื่น
3. เพื่อเพิ่มคุณภาพ และมาตรฐานในการให้บริการทางการพยาบาล กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

##### ด้านบริการ

1. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการที่ดีขึ้น ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
2. ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล
3. เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที

##### ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

4. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลต่อเนืองที่บ้านสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

##### ด้านวิชาการ

1. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้า การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
2. ใช้เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

##### สนใจ

3. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลตลอดจนผู้มาฝึกอบรม

##### ศึกษาดูงาน

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาไม่มีผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลต้องไปทำงานเพื่อหารายได้ มีปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมเรื่องความสะอาดในขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา จึงทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้องบ่อยครั้ง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการ ปวดท้อง ใช้ คลื่นไส้ อาเจียน และอาการบวมตามร่างกาย ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติที่ถูกต้องและความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อแพทย์ต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการรับรู้ถึงความไม่สิ้นสุดของกระบวนการรักษาที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องซ้ำๆ ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและขาดผู้ดูแลหลักที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้

2. การให้บริการการบำบัดทดแทนด้วยการล้างไตทางช่องท้องปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน มีเพียงแนวปฏิบัติที่รับรู้กันเฉพาะในส่วนของบุคลากรในหน่วยงาน ยังพบปัญหาหลายด้านพอสรุปได้ ดังนี้ 1) การสื่อสารของบุคลากร การสื่อสารภายในองค์กรด้านนโยบายการให้บริการการบำบัดทดแทนด้วยการล้างไตทางช่องท้องยังไม่ทั่วถึง และขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) ขั้นตอนภาคปฏิบัติงานยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความสับสนในการทำงาน 3) วัสดุและอุปกรณ์มีไม่เพียงพอ รวมทั้งผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังสับสนเกี่ยวกับการเบิกจ่ายยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ 4) การติดตามและประเมินผล ยังขาดการติดตามผลการปฏิบัติงานและการติดตามผลการรักษาอย่างเป็นระบบ ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดความล่าช้าและคุณภาพการให้บริการต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน

#### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

##### ด้านผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพแบบสาขาวิชาชีพ เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

##### ด้านบุคลากร

1. บุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้การรักษาได้ทันที่

##### ด้านระบบบริการ

การส่งต่อเอกสารข้อมูลและการประสานงานจากโรงพยาบาลที่จำหน่ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชนล่าช้า ส่วนใหญ่ให้ญาติถือเอกสารมาเอง บางรายไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติ ซึ่งเอกสารมีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยที่ต้องดูแลและล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง และแผนการรักษาของแพทย์ไม่ครอบคลุมและไม่ละเอียด ทำให้ทีมสุขภาพในชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนให้การดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยล่าช้าตามไปด้วย นอกจากนี้ยังมีพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้ รับการส่งต่อเอกสารข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 9. ข้อเสนอแนะ

##### ด้านบริหาร

ด้านนโยบายของหน่วยงานและความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ การดูแลแบบองค์รวม ควรมีการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิต วิญญาณและสังคม นั่นคือ การดูแลผู้ป่วย 1 คน ตั้งแต่ก่อนเริ่มทำการล้างไตขณะอยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆมาช่วยดูแลด้วยทั้ง แพทย์ พยาบาลไต พยาบาลให้คำปรึกษา นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการล้างไตทางช่องท้อง

##### ด้านบริการ

1. พยาบาลต้องทักษะ สมรรถนะ มีความเชี่ยวชาญและชำนาญ ในการประเมินผู้ป่วยและสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตร่วมกับแพทย์ได้เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วซึ่งทำให้อัตราการตายและการติดเชื้อของผู้ป่วย
2. ควรมีการเตรียมความพร้อมของยาและเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในทุกหน่วยงานที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ
3. ควรจัดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (Clinical nursing practice guideline: CNPG) เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

##### ด้านวิชาการ

1. จากการศึกษากรณีศึกษาพบว่า การล้างไตทางช่องท้องช่วยลดภาวะของเสียคั่งในร่างกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ แผนการรักษา การล้างไตทางช่องท้องตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ซึ่งการจัดทำสื่อการสอนและเอกสารการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน เพื่อลดความวิตกกังวล ตลอดจนเข้าใจ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและควรจัดให้มีหน่วยไตฉุกเฉินในโรงพยาบาล เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยได้ ตลอดจนเน้นย้ำการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองที่บ้านและผู้ป่วยต้องมาตามแพทย์นัดทุกครั้งเพื่อเป็นการติดตามผลการรักษา
2. ควรมีการจัดการสอนสุขศึกษา เรื่อง การปฏิบัติตัวโรคไตวายเรื้อรัง การรักษาบำบัดทดแทนไต พร้อมทั้งแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้
3. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ในการจัดบริการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### 10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

1. นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” “The Development and Professional Enhancement in BANI Era” ประเภทการนำเสนอผลงานวิชาการด้วยวาจา (Oral Presentation) รุ่นที่ 3 วันที่ 24 ธันวาคม 2566 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า นางสาวอรุณี คำเลิศ สัดส่วนของผลงาน คิดเป็น 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... น.ส. อรุณี คำเลิศ .....

(นางสาวอรุณี คำเลิศ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ..... 15 / ..... พ.ศ. .... / ..... 2567 .....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอรุณี คำเลิศ	น.ส. อรุณี คำเลิศ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) .....  .....

(นางอารยา บุญยโพธิ์)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) ..... 15 / ..... พ.ศ. .... / ..... 2567 .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  .....

(นายแพทย์ลิต แสงแก้ว)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

(วันที่) ..... 15 / ..... พ.ศ. .... / ..... 2567 .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

### (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องในโรงพยาบาลและจำหน่ายสู่ชุมชน

### 2. หลักการและเหตุผล

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease : ESRD) เป็นภาวะที่ไตไม่สามารถขับของเสียได้หรือขับได้น้อยมาก ส่งผลให้มีของเสียคั่งเกิดภาวะยูเรเมีย มีการเสียสมดุลของภาวะกรด-ด่าง และเกลือแร่เสียการควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรงจนกระทั่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งการรักษาที่สำคัญคือ การบำบัดทดแทนไตปัจจุบันที่นิยมมี 2 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis : CAPD) จากสถิติในปี ค.ศ. 2004 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทั่วโลก จำนวน 1.3 ล้านคน โดยพบว่าได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 89 และได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 11 ข้อมูลทางสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา ปลายปี ค.ศ. 2009 จำนวนผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีจำนวนมากกว่า 871,000 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 40,000 คน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะเริ่มต้นที่คาดว่าจะได้รับการบำบัดทดแทนไตสูงถึง 8 ล้านคน หรือร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งประเทศ และมีผู้ป่วยโรคไตใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 7,800 คน จากสถิติดังกล่าวสะท้อนความต้องการการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจังหวัดอุบลราชธานีในปี 2566 ข้อมูลในโปรแกรมคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี (Health Data Center : HDC) พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ จำนวน 34,374 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ของจำนวนประชากรในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี และในพื้นที่อำเภอนาเยียพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะจำนวน 966 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.52 ของจำนวนประชากรในพื้นที่อำเภอนาเยีย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ,2566)

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาเยีย ปี 2564 – 2566 จำนวน 50, 65 และ 74 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ปี 2564 – 2566 จำนวน 26, 30 และ 24 ราย ตามลำดับ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาพปกติ หรือใกล้เคียงโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนคนปกติทั่วไป ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวอย่างปกติ และมีการดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขเช่นคนปกติทั่วไป การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลรักษาตนเองที่บ้านจึงมีความสำคัญ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของโรค วิธีการใช้ยา การค้นหาและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และมีคู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน การเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด จึงเป็นสิ่งที่ควรจะทำอย่างต่อเนื่องและจริงจังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากปัญหาที่พบผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องในโรงพยาบาลและจำหน่ายสู่ชุมชน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (CAPD) ที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องสามารถเข้าถึงบริการการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (CAPD) และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย

## เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายได้ถูกต้องและเหมาะสม
3. พยาบาลส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม
4. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ
5. ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการให้บริการ

## 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

### 3.1 บทวิเคราะห์

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูงและรัฐต้องสูญเสียทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับค่าใช้จ่ายการฟอกเลือดอยู่ที่ 250,000 บาทต่อรายต่อปี อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากรายงานของสมาคมโรคไตนานาชาติ (International Society of Nephrology; ISN) คาดว่าในอีก 19 ปี หรือปี 2568 โรคไตเรื้อรังจะเป็นสาเหตุให้ชาวโลกเสียชีวิตมากถึง 36 ล้านคนต่อปี โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จึงพบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 29 พยาบาลต้องมีความรู้และนำทฤษฎีทางการพยาบาลแนวความคิดความต้องการการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ทฤษฎีนี้มีจุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ในการปฏิบัติตนการดูแลตนเอง การรักษาชีวิตและสุขภาพให้พ้นจากภาวะของโรค ผู้ศึกษาจึงได้นำทฤษฎีนี้มาเป็นแนวคิดให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคไตวายเรื้อรัง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เป็นต้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรคและความสำคัญของการฟอกเลือด ตลอดจนการติดตามผลการรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง

### 3.2 แนวความคิด

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ ในด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ การฟื้นฟูสภาพ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

#### 3.2 แนวความคิด (ต่อ)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner et al., 2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบันภายใต้ความเชื่อที่ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจในการแก้ปัญหา รวมทั้งการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากทีมสุขภาพพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย แนวคิดการจัดการตนเอง

#### 3.3 ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

##### 1. ด้านนโยบายของหน่วยงานและความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย

1) การดูแลแบบองค์รวม ควรมีการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิต วิญญาณและสังคม นั่นคือ การดูแลผู้ป่วย 1 คน ตั้งแต่ก่อนเริ่มทำการล้างไตขณะอยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ มาร่วมดูแลด้วยทั้ง แพทย์ พยาบาลไต พยาบาลให้คำปรึกษา นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการล้างไตทางช่องท้อง

2) มีมาตรฐานบริการ การที่จะทำให้เกิดมาตรฐานนั้น ควรมีการสร้างแนวทางในการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่เป็นโลก Social โดยการอัด clip ทำเป็นวิดีโอในการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการตัดสินใจทำการล้างไตทางช่องท้อง และหลังจากที่ตัดสินใจทำการล้างไตทางช่องท้อง จะได้ศึกษาวิธีปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องได้ง่ายจากโทรศัพท์มือถือ พร้อมทั้งเสนอแนวทางในการทำคู่มือการสอนผู้ป่วยให้กับพยาบาล เพื่อมีแนวทางการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อลดความสับสนของผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนและให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

3) หน่วยงานสนับสนุนการบริการนั้น ต้องติดต่อประสานกับห้องยาในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านอุปกรณ์น้ำยาล้างไตต้องมีให้เบิกได้ตลอดเวลา

2. ความร่วมมือของชุมชนและการประสานความร่วมมือของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยผู้ประเมินลงความเห็นว่าคุณชุมชนและหน่วยบริการพื้นฐานควรอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน เพราะหน่วยบริการพื้นฐานอยู่ในชุมชน ซึ่งในชุมชนในที่นี้ หมายถึง คลินิก บริการ ครอบครัว เพื่อนบ้าน จิตอาสา อสม. ผสส. ที่ต้องประสานงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยให้ สามารถดูแลตนเองล้างไตได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 3.4 แนวทางแก้ไข

ขั้นตอนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องในโรงพยาบาลและจำหน่ายสู่ชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาเยียและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายสุขภาพอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

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

#### Plan

1. ประชุมจัดตั้งทีมในการดำเนินงาน
2. วิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหาเพื่อนำมาแก้ไข
3. ทบทวนระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) โดยสหสาขาวิชาชีพ
4. ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD)
5. พัฒนาบุคลากร
  - 5.1 แต่งตั้งและกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบงานโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) ในงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ประสานงานโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
  - 5.2 เพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้และการดูแลผู้ป่วย โดยจัดการอบรมสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล
  - 5.3 จัดประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติและขั้นตอนของงานไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกหน่วยงานและภาคีเครือข่าย
6. ปรับปรุงระบบงาน
  - 6.1 กำหนดให้ทุกหน่วยงานทราบถึงระบบการให้บริการของคลินิกโรคไต

Do

นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) ที่ได้ปรับปรุงและพัฒนาไปสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) มีภาวะติดเชื้อในช่องท้องและผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. วิเคราะห์ปัญหาที่ต้องการแก้ไข
3. ทบทวนองค์ความรู้ มาตรฐานการดูแลรักษาจากตำราเอกสารต่างๆ ทั้งทาง Internet และหนังสืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย
  - 4.1 จัดทำคู่มือประจำตัวผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD)
  - 4.2 จัดทำใบซักประวัติสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD)
  - 4.3 จัดทำระบบคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ Early warning sign
  - 4.4 ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำเมื่อจำเป็น
  - 4.5 จัดทำใบประเมินปัจจัยเสี่ยงกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้อง เพื่อหาสาเหตุและให้คำแนะนำได้ถูกต้อง
  - 4.6 ติดสติ๊กเกอร์ไว้หน้า OPD card ผู้ป่วยเพื่อเป็นสัญลักษณ์
  - 4.7 จัดทำใบ check list ขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้อง
  - 4.8 พัฒนาองค์ความรู้และจัดทำสื่อใช้ในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น แผ่นพับ แผนการสอนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD)
  - 4.9 จัดสุขศึกษารายกลุ่มในการให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) การดูแลรักษาเบื้องต้น วิธีการล้างไตทางช่องท้อง การจัดเตรียมสถานที่และผู้ดูแลหลักให้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งจัดประเมินผลความรู้ในการดูแลตนเอง โดยการจัดคลินิกโรคไต
  - 4.10 พัฒนาการตรวจติดตามการรักษา โดยการจัดคลินิกโรคไต (ในช่วงเช้า) จัดทีมเยี่ยมบ้าน (ในช่วงบ่าย) ผู้ป่วยที่ขาดนัดและควบคุมไม่ได้ เพื่อหาสาเหตุเป็นรายๆ เดือนละ 1 ครั้ง
5. ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย
6. ลงมือปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

Check

- ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD)
- ประเมินความความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD)

## Check(ต่อ)

- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้นและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

- มีการประเมินแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) โดย 1. แพทย์ 2. เภสัชกร 3. นักเทคนิคการแพทย์ 4. พยาบาลวิชาชีพ

## Action

1.1 การสร้างทีมงานคอยประสานและติดตามตัวชี้วัด โดยต้องมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) และต้องมีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD) (case manager) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย 1 คน

1.2 เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการ เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและวินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

1.3 จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ

1.4 จัดทำแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.5 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ในโรงพยาบาล เพื่อรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นและสร้างแนวทางการพัฒนางานต่อไปให้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

ดำเนินการเป็นวงจร คือ วางแผน นำแผนสู่การปฏิบัติ ตรวจสอบปรับปรุงและพัฒนาจนได้รูปแบบที่ต้องการร่วมกัน และสรุปประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อเข้าสู่กระบวนการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร ระยะการเตรียมผู้ป่วยและระยะการติดตามดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคของตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับ การเจ็บป่วยและโรคแทรกซ้อนของตนเองค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเอง และหาวิธีแก้ไขด้วยตนเองด้วย กระบวนการกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพด้วยกระบวนการกลุ่ม ใช้เวลา 20 นาที

1.2 ส่งเสริมให้พิจารณาทางเลือกในการดูแลตนเองในมุมมองใหม่ๆ ร่วมกับให้ความรู้ปัญหาภาวะไตเสื่อมที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ใช้เวลา 30 นาที

1.3 ให้ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมใช้เวลา 20 นาที โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเข้าสู่กระบวนการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร พยาบาลจะทำหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ ประกอบด้วย ผู้ป่วยมีอายุไม่เกิน 80 ปี มีสิทธิ

## Action (ต่อ)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยมีค่า GFR < 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> สามารถล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ได้หรือมีผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน และต้องผ่านการประเมินโดยทีมพยาบาล

ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit) Orem et al. (2001) กล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการพยาบาลช่วยเหลือในการดูแลแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมี 3 แบบ (Pichayapinyo, 2013) คือ 1) ความต้องการที่สมดุล (TSCD = SCA) 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (TSCD < SCA) และ 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (TSCD > SCA) ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้ง ความพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด

### การประเมิน การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการรักษา

ผู้ป่วยและครอบครัวควรจะได้รับ การประเมินและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและความรู้เกี่ยวกับการทำ CAPD ประเมินเพื่อให้ทราบสภาพและคาดการณ์ ได้ถึงปัญหาที่อาจเกิดเมื่อได้รับการรักษา การเตรียมความพร้อมจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัว ปรับใจ และพร้อมเผชิญปัญหาต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากต่อการรักษาในอนาคต

#### 1.1 การประเมินและเตรียมสภาพร่างกาย

ผู้ป่วยอาจจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมในกรณีที่ไม่แน่ชัดหรือสงสัยว่าจะมีปัญหา และถ้ามี ข้อห้ามบางประการที่แก้ไขได้ เช่น ไล่เลือด ต้องทำการรักษาก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดใส่สายล้างช่องท้อง

#### 1.2 การประเมินและเตรียมสภาพจิตใจ

- ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องได้รับการประเมินสภาพจิตใจว่าพร้อมที่จะรับสภาพและภาระที่จะ เกิดขึ้นจากการรักษาหรือไม่ โดยต้องได้รับข้อมูลก่อนล่วงหน้าถึงสภาพและภาระต่างๆ

- ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญและบรรเทาความเครียดและควร ได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจ

- ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถรับสภาพและภาระที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น การต้องมีสายล้างช่องท้องหรือถูง น้ำยาติดตัวอยู่ตลอดเวลา ความเจ็บปวดทรมานจากภาวะการติดเชื้อในช่องท้อง ภาระจากการที่จะต้องเปลี่ยน ถูงน้ำยาวันละ 4 วงจร เป็นต้น ในบางรายต้องได้รับการประเมินจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ก่อนให้การรักษา อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวมารับการประเมินเพื่อเลือกวิถีการศึกษา ควรได้รับคำแนะนำและ ได้รับการสร้างเสริมกำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์

#### 1.3 การประเมินและเตรียมสภาพเศรษฐกิจและสังคม

ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีรายได้น้อยและไม่สามารถรับภาระทางการเงินที่จะเกิดขึ้นได้อีก โดยเฉพาะ เมื่อมีปัญหาที่จะต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วยเหตุต่างๆ ผู้ป่วยและครอบครัวควรจะต้องได้รับคำแนะนำและเตรียมการ แก้ไขไว้ล่วงหน้าและที่สำคัญคือการปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ในสังคมอย่างเหมาะสม เช่น แหล่ง ช่วยเหลือต่างๆ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาชีพการงานที่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับการรักษา การใช้ชีวิตที่ เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย เป็นต้น



เมื่อผู้ป่วยผ่านการประเมินจะเข้าสู่ระยะที่ 2 คือ ระยะการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล

## 2) ระยะการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย

2.1) การเตรียมสถานที่ในการล้างไต โดยการเยี่ยมบ้านและจัดเตรียมสถานที่ที่บ้านให้มีความเหมาะสมสำหรับการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร

2.2) นัดผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดวางสาย Tenckhoff โดยศัลยแพทย์และแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ หลังจากวางสาย Tenckhoff ผู้ป่วยจะต้องทำการพักท้องเป็นระยะเวลา 14 วัน ซึ่งในระหว่างการพักท้อง ผู้ป่วย จะได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด (Hemodialysis)

2.3) การเข้าสู่กระบวนการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรด้วยตนเอง (CAPD Training) ภายหลังจากผู้ป่วยพักท้องครบ 14 วัน พยาบาลจะดำเนินการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และญาติ ได้แก่ การยอมรับและความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การยอมรับและความร่วมมือของญาติ ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติ ปัจจัยเกี่ยวข้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน (อาชีพ สภาพที่อยู่อาศัย ผู้ร่วมดูแล) และสถานะเศรษฐกิจ หลังจากนั้นให้ความรู้แบ่งเป็น

2.3.1) ความรู้ทางทฤษฎี ครั้งละไม่เกิน 1 ชั่วโมง ได้แก่ ความรู้เรื่องสาเหตุและอาการของไตวาย การรักษาไตวายด้วยวิธีต่างๆ หลักการทำงานของเครื่องล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรอุปกรณ์ต่างๆ ในการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร การเตรียมเครื่องมือ การรับประทานอาหาร/น้ำ การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน ภาวะติดเชื้อ และการปฏิบัติตัวการเตรียมสถานที่ที่บ้านสำหรับการล้างไต

2.3.2) ฝึกปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรทุกปายวันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์ และวันเสาร์ ได้แก่ ฝึกปฏิบัติการล้างมืออย่างถูกวิธี การหยิบจับของสะอาดปราศจากเชื้อ ฝึกการเปลี่ยนน้ำยาในการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร การดูแลแผล exit site การชั่งน้ำหนักและลงบันทึกน้ำหนัก ให้ทดลองเปลี่ยนน้ำยากับชุดสาธิต ให้ทำการเปลี่ยนน้ำยาให้ดู

หลังจากผ่านการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติพยาบาลทำการประเมินผลการเรียนการปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติ ในกรณีผ่านการประเมินผลจะได้รับการวางแผนจำหน่าย ในกรณีไม่ผ่านการประเมินผลจะดำเนินการสอนทบทวนในเรื่องที่บกพร่องและประเมินซ้ำจนผ่านการประเมิน

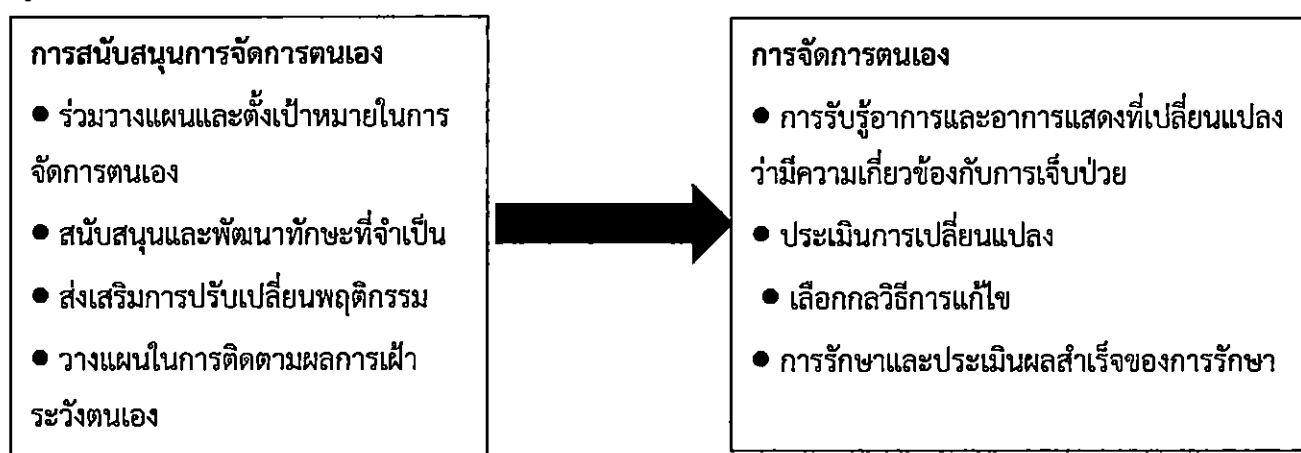
3) ระยะการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการเยี่ยมบ้านหลังผ่านการประเมิน 1 เดือน โดยพยาบาลจากหน่วยไตเทียมโรงพยาบาล พยาบาลจากโรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านประกอบด้วย การดูแลสถานที่ภายในบ้านสำหรับเปลี่ยนน้ำยา ได้แก่ ความสะอาด อากาศถ่ายเท มีแสงสว่างเพียงพอ มีอ่างหรือสถานที่สำหรับล้างมือ ที่แขวนน้ำยา โต๊ะสำหรับเปลี่ยนน้ำยา ไม่มีสัตว์เลี้ยงเข้าไปในห้องเปลี่ยนน้ำยา สถานที่เก็บน้ำยาต้องไม่โดนแดด ไม่โดนฝน ไม่เปียกชื้น การดูแลเรื่องการใส่ยาทั้งยาฉีดและยากิน วิธีการเก็บรักษา ยา การกำจัดขยะ ได้แก่ วิธีการทิ้งน้ำยาและ การกำจัดถุงยา

## องค์ประกอบและกิจกรรมในการจัดการตนเอง

องค์ประกอบ	กิจกรรม
1. การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง (Realistic personal goal setting)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การตั้งเป้าหมาย อาจตั้งเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระหว่างทาง (Intermediate outcome) ก่อนหรือตั้งเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ดีที่สุด (Optimal outcome) โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมายระยะสั้น เพื่อให้สำเร็จได้ง่ายและเกิดกำลังใจในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง แล้วนำไปสู่ความสำเร็จที่เป็นเป้าหมายสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติต้องกระทำร่วมกับทีมสุขภาพ</li> <li>- ควรกระทำหลังผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม</li> <li>- ต้องเกิดจากที่บุคคลมีพื้นฐานความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับโรค</li> <li>- ต้องได้รับการให้ความรู้และฝึกฝนการจัดการตนเองในการควบคุมโรค</li> </ul>
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นการรวบรวมอาการ อาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับเฝ้าระวัง (สังเกตและบันทึก) สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติ</li> <li>- พื้นฐานสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวังตนเอง (Self-Monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-Observation)</li> </ul>
3. การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-Recording)</li> <li>- ต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง</li> <li>- การประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้</li> <li>- สามารถที่จะประเมินผลและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้</li> <li>- เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ</li> <li>- พิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย</li> </ul>
4. การตัดสินใจ (Decision making)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานหลังจาก รวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของ ตนเอง โดยผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อน และไม่ซับซ้อน</li> </ul>
5. การลงมือปฏิบัติ (Action)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย</li> </ul>
6. การสะท้อนตนเอง (Selfreaction)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่</li> </ul>

องค์ประกอบ	กิจกรรม
	- การประเมินความต้องการการฝึกทักษะและความเชี่ยวชาญ เพื่อให้บุคคล สามารถคาดการณ์การปฏิบัติจริงต้องการฝึกทักษะเพิ่มเติมหรือไม่และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ มีความสำคัญในการให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ความสอดคล้องการจัดการตนเองของผู้ป่วยและบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง



จากภาพข้างต้นแสดงให้เห็นถึง การร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลที่มีเป้าประสงค์เดียวกันในการจัดการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญหลายๆบทบาทที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้นสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับระยะของโรคที่เป็นอยู่ และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุข
3. บุคลากรทางการแพทย์มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย กำหนดการปฏิบัติการดูแลให้เกิดความต่อเนื่อง ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแล การเตรียมผู้ป่วยและญาติโดยการให้ความรู้ทางทฤษฎีและการฝึกทักษะที่มีความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมในการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรด้วยตนเองถูกต้อง > 90%
2. ผู้ป่วยสามารถทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ได้คะแนน > 80%
3. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการปฏิบัติในการล้างไตทางช่องท้อง 100%

(ลงชื่อ) ..... น. ส. อรุณี คำเลิศ .....

(นางสาวอรุณี คำเลิศ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ..... 15 / ..... ๖.๑. .... / ..... ๒๕๖๖ .....

ผู้ขอประเมิน

## บรรณานุกรม

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2561.) การบริหารจัดการบริการสุขภาพ: Lean Management.

กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.

ระพล บดีรัฐ. PDCA วงจรสู่ความสำเร็จ. กรุงเทพมหานคร: ประชาชน; 2563.

สุกัญญา อึ้งตระกูล, ศุพรรณิ ตั้งภักดี, จุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ. (2557) การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยไตวาย  
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาล และ  
การดูแลสุขภาพ; 32:4:49-59

KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic  
Kidney Disease volume 3 | issue 1 | JANUARY 2013 [online] [www.kidneyinternational.org](http://www.kidneyinternational.org)  
สืบค้นวันที่ 1 มีนาคม 2565

Kong ILL, Yip ILP, Mok GWS. Setting up a continuous ambulatory peritoneal dialysis training  
program : Proceeding of the First Asian Chapter Meeting-ISP. Peritoneal Dialysis  
International 2003; 23:178

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

**ส่วนที่ ๒** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้นและการจัดการทางการแพทย์บาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับภาวะบาดเจ็บที่ช่องท้อง ภาวะลมรั่วในช่องปอด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย โรงพยาบาลนาเยีย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ สิงหาคม ๒๕๖๕ – ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บใดๆที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว อุบัติการณ์เกิดหรือสถิติการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะบอกตัวเลขที่ชัดเจนได้ยาก เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับคำว่าบาดเจ็บที่ศีรษะได้อธิบายไว้กว้างมาก มีความแตกต่างตามความรุนแรงและกลไกของการบาดเจ็บ แต่จากรายงานพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากบาดเจ็บที่ศีรษะในแต่ละประเทศมีเป็นจำนวนมาก สำหรับในประเทศไทยมีสถิติของแต่ละโรงพยาบาลเป็นจำนวนไม่น้อย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากเป็นอันดับ ๓ รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ

กลไกการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็น ๒ แบบคือ

๑. การบาดเจ็บโดยตรง ( direct injury ) คือ บาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี ๒ ชนิด คือ

๑.๑ บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง ( static head injury ) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย เช่น การถูกตี ถูกยิง เป็นต้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่เท่านั้น แต่ถ้าถูกตีด้วยวัตถุใหญ่หรือวัตถุที่มีความเร็วสูง จะทำให้สมองเกิดการสั่นสะเทือนอย่างรุนแรง

๑.๒ บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่ ( dynamic head injury ) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ ขับรถไปชนกับรถที่วิ่งสวนทาง เป็นต้น เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้นซึ่งมักมีการแตกรั่วของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย

๒.การบาดเจ็บโดยอ้อม ( indirect injury ) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกาย แล้วมีผลสะท้อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงกันกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดลลาโดยตรงหรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

#### อาการ

๑. การบาดเจ็บอาจมีแผลเพียงเล็กน้อย หรือฟกช้ำที่หนังศีรษะ ซึ่งไม่มีอันตรายร้ายแรงแต่อย่างใด

๒. มีการบาดเจ็บรุนแรง จนมีความผิดปกติเกิดขึ้นในสมอง อาจแสดงอาการได้หลายลักษณะ ดังนี้

- สมองได้รับการกระทบกระเทือน ( brain concussion ) ผู้ป่วยมักจะมีอาการหมดสติไปเพียงชั่วคราว หรือบางรายอาจนานเป็นชั่วโมงๆแต่จะไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง เมื่อฟื้นแล้วจะรู้สึกง่วง จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ อาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นวันอาจมีอาการปวดศีรษะ ซึ่งจะค่อยๆหายไปเองในที่สุด

- สมองฟกช้ำ ( brain contusion ) หรือสมองฉีกขาด ( brain laceration ) ผู้ป่วยจะหมดสติ หลังบาดเจ็บทันที บางรายอาจเกิดขึ้นหลังบาดเจ็บใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมงอาจมีอาการอัมพาตครึ่งซีก กล้ามเนื้อแข็งเกร็งชักถ้ามีอาการรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ถ้าไม่รุนแรงผู้ป่วยมักฟื้นคืนสติได้ แต่อาจมีอาการปวด ศีรษะสับสน เพ้อเอะอะ คลื่นไส้อาเจียน แขนขาเป็นอัมพาต ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หลง ๆ ลืม ๆ หรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไปจากเดิม

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- เลือดออกในสมอง (intracranial hemorrhage) ถือว่าเป็นอาการร้ายแรง ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันทีทันใด มักมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลงเรื่อยๆ แขนขาเป็นอัมพาต ตัวเกร็ง ชีพจรเต้นช้า หายใจตื้นขัด ความดันเลือดสูง คอแข็ง รูม่านตาสองข้างไม่เท่ากัน ในรายที่เป็นเฉียบพลัน มักมีอาการเกิดขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมงบางรายอาจมีอาการเกิดขึ้นภายหลังได้รับบาดเจ็บ เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน อาจมีอาการปวดศีรษะ ซึ่งเป็นบ่อยและรุนแรงขึ้นทุกที คลื่นไส้ อาเจียน ซึม บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ชักแบบโรคลมชัก ส่วนในทารก มักจะมีอาการร้องเสียงแหลม ซึม อาเจียน ชัก แขนขาอ่อนแรง กระหม่อมโป่งตุง การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้องทำตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow coma scale)

๑. การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (mild head injury) ๑๓-๑๕ คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ทำตามสั่ง และตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อย หรือสับสนเป็นบางครั้ง

๒. การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (moderate head injury) ๙-๑๒ คะแนน ความรู้สึกตัวลดลงและสับสน ตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด ทำตามสั่งหรือตอบคำถามง่ายๆได้ ใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมาก อาจเพียงเคลื่อนไหวหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

๓. การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) ๓-๘ คะแนน รู้สึกตัวน้อยมาก ไม่สามารถทำตามสิ่งใดๆ ทั้งสิ้น อยู่ในท่าที่ไม่ปกติหรือไม่ เคลื่อนไหวเลย

การรักษาผู้บาดเจ็บทางศีรษะของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วยแนวทางในการรักษาผู้บาดเจ็บศีรษะดังนี้การรักษาดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway and respiratory support) ผู้ป่วยที่มี Glasgow Coma Scale :GCS) GCS < ๘ ทุกรายต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การรักษาดูแลระบบไหลเวียนโลหิต ต้องแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension- systolic blood pressure < ๙๐ mmHg) ต้องหลีกเลี่ยงภาวะ Hypoxia และแก้ไขภาวะดังกล่าวทันทีรักษาภาวะบาดเจ็บร่วมอื่น ๆ ที่อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต เช่น ภาวะลมรั่วในช่องปอด (tension pneumothorax) ภาวะการบีบรัดตัวของหัวใจผิดปกติ (cardiac tamponade) ภาวะการฉีกขาดของหลอดเลือด (hypovolemic shock) ที่ต้องให้การรักษาอย่างทันทีทันใดและในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวทุกรายต้องทำยึดตรึงกระดูกส่วนคอ (neck immobilization) ไว้จนกว่าจะตรวจสอบดูแล้วว่าไม่มีภาวะบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเพราะอาจเกิดอันตรายถึงแก่อัมพาตหรือเสียชีวิตได้

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้จากการซักประวัติสอบถามสาเหตุ ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ร่วมกับการติดตามระดับการรับรู้ เพื่อดูความผิดปกติทางระบบประสาทร่วมด้วยในทุกรายสามารถวางแผนแนวทางการพยาบาล คือ ๑) การประเมินระดับความรุนแรง ๒) ประเมินการรู้สึกตัว และ ๓) การประเมินการพยาบาล เพื่อนำมาแปลผล ก่อนให้การพยาบาล กรณีต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ถือว่าอยู่ในขั้นวิกฤติ (กรณีเท่ากับ ๘ คะแนน นานกว่า ๖ ชั่วโมง เสี่ยงต่อการเสียชีวิต) ให้รีบรายงานแพทย์ทันที คะแนนรวมอยู่ระหว่าง ๙-๑๒ อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ อยู่ในระดับรุนแรงน้อย ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ แบ่งเป็น ๓ ระยะได้แก่ ๑) ระยะแรก ๒) ระยะดูแลต่อเนื่อง และ ๓) ระยะจำหน่าย หากมีอาการตามข้อบ่งชี้ให้รีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อรับการตรวจซ้ำ ได้แก่ ซึมมากขึ้น กว่าเดิมหรือไม่รู้สึกตัว หมดสติพูดลำบาก แขนขาอ่อนแรงไปจากเดิม ชีพจรเต้นช้า มีคลื่นไส้ อาเจียนต่อนกันหลายครั้ง มีคอแข็ง เวียนศีรษะมาก มองภาพพร่ามัวกรณีไม่มีอาการรุนแรง หรือไม่ต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลแนะนำ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังติดตามอาการและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติสามารถบ่งบอกความรุนแรงของการบาดเจ็บทางศีรษะทุกราย

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

##### ทฤษฎีทางการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care Theory) ทฤษฎีการดูแลตนเองที่เน้น การกระตุ้นความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนอง ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ทฤษฎีระบบการพยาบาลที่เน้นให้พยาบาลเข้ามา มีส่วนร่วมใน ระบบการพยาบาลแบบ สนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ให้การพยาบาลช่วยเหลือในขณะที่อยู่ในภาวะวิกฤตช่วยสอน ชี้แนะแนวทางเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

การบาดเจ็บเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๑๐ อันดับแรกของประชากรโลก ทุกปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน ๑.๑๘ ล้านคน หรือเฉลี่ยวันละ ๓,๒๔๒ คน ซึ่งนับว่ามีจำนวนมากกว่าผู้เสียชีวิตในสงครามทุกครั้งรวมกัน และประเมินว่า ทั่วโลกมีเหยื่ออุบัติเหตุที่กลายเป็นผู้พิการเพิ่มขึ้นอีกปีละ ๒๐-๕๐ ล้านคน สำหรับประเทศไทยมีการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๖๕ โดยเกิดเหตุสะสมทั้งสิ้น ๙๓๙,๗๑๓ ครั้ง เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ ถึง ๔.๗% ๒๕๖๕ รายการลดอัตราการเสียชีวิตและลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บ นอกจากการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุแล้ว จำเป็นต้องมีกระบวนการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังได้รับบาดเจ็บ ซึ่งต้องการการประเมินและการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บอย่างเร่งด่วน๓การประเมินขั้นต้นและการช่วยเหลือ (initial assessment and management) เป็นขั้นตอนสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรงในระยะเริ่มแรก ซึ่งต้องอาศัยการทำงานอย่างเป็น ระบบ รวดเร็วแม่นยำ และการตัดสินใจที่ดี เพื่อลดการสูญเสียชีวิตที่ป้องกันได้ และลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บ การประเมินขั้นต้นประกอบด้วย การตรวจประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้นพร้อมกับการแก้ไขภาวะเร่งด่วน (Primary survey with immediate resuscitation) การตรวจประเมินเพิ่มเติม(Adjuncts to the primary survey) การตรวจวินิจฉัย(Secondary survey) การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (Adjuncts to the secondary survey) และการรักษาเฉพาะเจาะจงโดยให้มีการประเมินซ้ำ (Re-evaluation) ในทุกขั้นตอนการตรวจประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้น เป็นการตรวจหาพยาธิสภาพของการบาดเจ็บหรือภาวะคุกคามชีวิต และตัดสินใจให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนในระยะเวลานั้น ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์โดยรวมของการรักษาพยาบาลในระยะต่อมา ผู้ทำการตรวจประเมินจึงต้องมีความรู้อย่างถ่องแท้และมีทักษะในการตรวจประเมินตามขั้นตอน ABCDE การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support/ ATLS) ซึ่งมีกระบวนการรักษาที่ต้องอาศัยการทำงานอย่างเป็นระบบของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์เพียงพอพร้อมใช้และการติดต่อประสานงานที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้บาดเจ็บร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการตรวจประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้น สามารถระบุพยาธิสภาพหรือภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมทันเวลาที่ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บรอดชีวิตและลดความพิการบทรความนี้ จะกล่าวถึงการตรวจประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้น ตามขั้นตอน ABCDE พยาธิสภาพของการบาดเจ็บหรือภาวะคุกคามชีวิต วิธีการตรวจประเมินการจัดการทางการพยาบาล และประเด็นที่มักถูกมองข้าม ในแต่ละขั้นตอนเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจประเมินผู้บาดเจ็บต่อไป



### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

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

##### ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแล ๒ ราย
๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย จากเวชระเบียน สอบถามผู้ป่วยและญาติ
๓. ศึกษารักษาของแพทย์และแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล
๔. ศึกษาพยาธิสภาพของโรค ทฤษฎี ความรู้ วิชาการ ที่เกี่ยวข้อง จากการค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการ ผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง
๕. ปรึกษาพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา
๖. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
๗. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผนการพยาบาลสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล/เรียบเรียงผลงาน
๘. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษาและตรวจสอบความถูกต้อง
๙. เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบ และแก้ไขความถูกต้อง
๑๐. เผยแพร่ผลงานวิชาการโดยนำเสนอวิชาการในการประชุมวิชาการ

##### ๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มี ภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บที่ช่องท้องและภาวะลมรั่วที่ช่องปอดได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานการ อย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย
๒. เพื่อให้ที่มีภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะบาดเจ็บที่ช่องท้องและภาวะลมรั่วที่ช่องปอดได้รับการพยาบาลคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัย อย่างรวดเร็ว
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะบาดเจ็บที่ช่องท้องและภาวะลมรั่วที่ช่องปอด ได้รับการเฝ้าระวัง ดูแลรักษาพยาบาล ขณะอยู่ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และรักษาพยาบาลขณะส่งต่อรักษา อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้น และการจัดการทางพยาบาลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้บาดเจ็บทางช่องท้อง ผู้ป่วยที่มีภาวะลมรั่วในช่องปอด กรณีศึกษา ๒ ราย

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ) กรณีศึกษาที่ ๑

ชายไทยอายุ ๒๕ ปี HN ๔๑๙๔๗ ภูมิลำเนาอำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลนาเยี่ย วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๘.๑๐น. มาโรงพยาบาลโดยญาตินำส่งให้ประวัติว่าผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข เหตุเกิดที่ถนนในหมู่บ้าน ด.นาดี เวลาประมาณ ๑๖.๔๐น. มีประวัติสลับ ไม่ทราบระยะเวลา ผู้ป่วยจำเหตุการณ์ไม่ได้ ไม่สวมหมวกนิรภัย มีเลือดออกที่จมูกซ้าย และศีรษะด้านหลังบวมโน ญาติจึงพามาโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาลแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเวลา ๑๘.๑๐น. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง ได้กลิ่นคล้ายสุรา เอะอะโวยวาย ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๑๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๓๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๕๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท GCS E4V5M6 pupil 3min RTLBE DTX= ๑๖๒ mg% O2 sat ๙๗% RA FAST= Negative ขณะประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยวิ่งหนีออกนอกห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ได้ตามผู้ป่วยกลับมาอนที่เตียงและทำการประเมินผู้ป่วย พบว่ามีบาดแผลถลอกตามใบหน้า มีคราบเลือดที่จมูกด้านซ้าย แต่ไม่พบเลือดออกจากจมูก ศีรษะด้านหลังบวมโน เส้นผ่าศูนย์กลาง ๒ เซนติเมตร ไม่ปวดท้อง ไม่แน่นหน้าอก รายงานแพทย์เวรให้ส่ง เอกซเรย์ ได้แก่ Skull series, Skull Water's, CXR เวลา ๑๙.๔๐น. ผู้ป่วยกลับจากเอกซเรย์ ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ อุณหภูมิ ๓๗.๑ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๑๔ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๘/๙๔ มิลลิเมตรปรอท GCS E๓V๒M๕ pupil ๓ min RTLBE O๒ sat ๙๗% RA ผลเอกซเรย์ พบว่า มี fracture Skull แพทย์ plan refer รพ.สปส ได้ On 0.9%NSS 1000ml iv drip rate 120 cc/hr เวลา ๒๐.๐๐น. ผู้ป่วยซึมลง เรียกไม่รู้สีกตัว GCS E๑V๑M๑ pupil ๓ min RTLBE FAST=Positive: Hepatorenal ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ อุณหภูมิ ๓๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๑๔ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ ๗.๕ ซีด ๒๑ ให้ cafazolin ๑ gm iv stat, Retain foley cath ใส่ ส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พร้อมพยาบาล นำส่ง

#### กรณีศึกษารายที่ ๒

ชายไทยอายุ ๓๖ ปี HN ๓๔๐๐๖ ภูมิลำเนาอำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลนาเยี่ย วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๒๐.๑๐น. มาโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพ รพ.นาเยี่ยออกมารับแจ้งว่า (๒๐.๐๐น) ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถตู้ ไม่สวมหมวกนิรภัย ศีรษะกระแทกพื้น ไม่ทราบประวัติสลับ จำเหตุการณ์ไม่ได้ ถึงโรงพยาบาลแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเวลา ๒๐.๑๐น. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง จำเหตุการณ์ไม่ได้ ศีรษะมีแผลถลอก+บวมโน ๕cm. แผลถลอกที่เข้าขวา บ่นแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกและบ่นปวดท้อง ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๑๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๓๖ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท GCS E๔V๕M๖ pupil ๓min RTLBE DTX= ๑๐๓ mg% O๒ sat ๙๑% RA, Decrease Rt lung, FAST :Positive Hepatorenal ,+ splenorenal at ๒๐.๕๐น. แพทย์ทำการรักษา On ET-Tube no ๗.๕ ซีด ๒๒, ON ICD Rt no ๓๒ deep ๘ ต่อ ๒ ขวด, On ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ ml drip rate ๑๒๐, cc/hr, Acetar ๑๐๐๐ml drip ๑๐๐cc/hr, Retain Foley's cath >> urine เหลืองใส ส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พร้อมพยาบาลนำส่ง

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

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

##### สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย

##### การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

๑. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกทางสมองเนื่องจากศีรษะได้รับการกระทบจากอุบัติเหตุ

##### การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

๑. เสี่ยงต่อภาวะระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เนื่องจากได้รับอุบัติเหตุทางสมอง
๒. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดจากการบาดเจ็บช่องท้อง
๓. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการบาดเจ็บที่ทรวงอก

อก

##### การพยาบาลระยะต่อเนื่อง/ระยะส่งต่อ

๑. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นขณะส่งต่อ
๒. ญาติผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

##### เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง๒ราย

๑. การเข้าถึง (Access Entry)กรณีศึกษาที่๑ใช้เวลาในการเข้าถึง ๑.๓ชม.(ญาตินำส่งเองเนื่องจากถ้ำรอรถEMSNาน) กรณีศึกษาที่๒ มาโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพหน่วย A ของโรงพยาบาลออกมารับ ใช้เวลาในการเข้าถึง ๕ นาที
๒. การประเมิน (Assessment) กรณีศึกษาที่๑ และกรณีศึกษาที่ ๒ ทั้ง๒รายได้รับการประเมินเบื้องต้นโดยใช้หลักการABCDE ในการประเมินผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินA: การเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอ (Airway maintenance with restrictioncervical spine motion)B: การหายใจและการระบายอากาศ (Breathingand ventilation)C: ระบบไหลเวียนและการห้ามเลือด (Circulationwith hemorrhage control)D: การตรวจประเมินระดับความรู้สึกตัว (Disability:assessment of neurologic status)E: การค้นหาการบาดเจ็บภายนอกและควบคุมสิ่งแวดล้อม (Exposure / Environmental control) การประเมินซ้ำ (Reassess) กรณีศึกษาที่มี ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงคือผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลงกรณีศึกษาทั้ง๒ราย ได้รับการตรวจประเมิน ABCDE ซ้ำจากแพทย์ โดยกรณีสึกษารายที่ ๑ มีอาการทรุดลง และระดับความรู้สึกตัวลดลง จากแรกเริ่มGCS=๑๕ ๑๙.๕๐ GCS= ๑๐ และ ๒๐.๐๐น. GCS=๓และ FAST: positive ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติฉุกเฉินเพิ่มขึ้นซึ่งการประเมินเบื้องต้นและการประเมินซ้ำเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะกรณีศึกษาทั้ง๒รายมาโรงพยาบาลด้วยสาเหตุและอาการแสดงที่คล้ายกัน แต่จากการประเมิน(Assessment) การส่งตรวจ (Investigation) และการวินิจฉัย (Diagnosis) การประเมินซ้ำ (Reassess)พบว่าต่างกันโดยกรณีสึกษาที่๑มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเป็นเหตุให้ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และกรณีสึกษารายที่๒ มีภาวะลมรั่วในช่องปอดและภาวะการหายใจล้มเหลว RR=๓๖ ครั้ง/นาทีที่ได้รับการใส่ ICD และท่อช่วยหายใจ

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต และเกิดผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บโดยก่อให้เกิด ความพิการสะสมทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ไร้ความสามารถ สาเหตุส่วนใหญ่ของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปี โรงพยาบาลนาเยีย เป็นโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดในศักยภาพการรักษารวมทั้งยังพบอุบัติการณ์เสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การประเมินขั้นต้นและการช่วยเหลือ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
๑. อัตราผู้ป่วยเกิด Head injury จากอุบัติเหตุการจราจร	<๕%	๔.๕๗ (๒๑ ราย)	๔.๗๐ (๒๒ ราย)	๔.๕๖ (๑๘ ราย)
๒. อัตราการผู้ป่วย Head injury ที่เสียชีวิต	<๑๖%	๒๒.๓๕ (๖ ราย)	๑๑.๒๐ (๓ ราย)	๑๕.๓๒ (๔ ราย)
๓. อัตราผู้ป่วย Head injury ทรุดลงส่งต่อหลัง admit	<๑%	๐	๓	๒

#### ๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. อัตราผู้ป่วยเกิด Head injury จากอุบัติเหตุการจราจร < ๕%
๒. อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจร < ๑๖ %
๓. ร้อยละผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉิน (สีแดงและเหลือง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน ๑๐ นาที หลังได้รับการแจ้งเหตุ >๗๐%
๔. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ Head injury ลดลง < ๑๐%

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์

๑. ใช้เป็นแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
๒. ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ นักศึกษาพยาบาล ตลอดจนผู้มาฝึกอบรมดูงาน และ ผู้ที่สนใจ
๓. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) อย่างต่อเนื่อง
๔. ใช้เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการ แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลและผู้สนใจศึกษาทั่วไป
๕. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
๖. ใช้เป็นแนวทางให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามกฎจราจร

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย เนื่องจาก กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกันจากปัญหาที่พบ กรณีศึกษารายที่ ๑ จะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และทรุดลง ขณะให้การรักษาที่ห้องฉุกเฉิน การตรวจประเมินผู้บาดเจ็บจึงเป็นขั้นตอนสำคัญในระยะแรกของการประเมินและการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บรุนแรงซึ่งต้องอาศัยการทำงานที่เป็นระบบ รวดเร็ว แม่นยำและการตัดสินใจที่เหมาะสมในระยะเวลาอันสั้น การมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ หลักการและวิธีการตรวจประเมินตามขั้นตอน ABCDE การจัดการทางการพยาบาลและประเด็นที่มักถูกมองข้ามในแต่ละขั้นตอน จะช่วยให้พยาบาลสามารถพัฒนาทักษะการตรวจประเมินเบื้องต้นและการจัดการทางการพยาบาล ในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ เพื่อระบุปัญหาและจัดการภาวะคุกคามชีวิตที่อาจเกิดขึ้นหรือกำลังเกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บรุนแรงได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ รักษาแขนขาและการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ด้านผู้ป่วย การเข้าถึงระบบบริการล่าช้า ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานทำให้เกิดความล่าช้า การเรียกใช้รถ ๑๖๖๙ ของผู้รับบริการยังมีน้อยส่วนมากใช้รถส่วนตัวซึ่งไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้น

ด้านสถานที่ให้บริการ การตรวจประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้น เป็นขั้นตอนสำคัญในระยะแรกของการประเมินและการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บรุนแรงซึ่งต้องอาศัยการทำงานที่เป็นระบบ รวดเร็ว แม่นยำและการตัดสินใจที่เหมาะสมในระยะเวลาอันสั้น การมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ

ด้านบุคลากร พยาบาลมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ และความชำนาญในการประเมินผู้บาดเจ็บการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน การคัดกรองที่ล่าช้าส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมที่มีความรู้ความสามารถ และช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติได้อย่างทันที่ พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีการพัฒนา สมรรถนะอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อน

๒. การพัฒนาทักษะการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติขณะอยู่ในพื้นที่ และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติขณะส่งต่อ

๓. การเพิ่มสมรรถนะของโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ บาดเจ็บที่ช่องท้อง และผู้ป่วยที่มีภาวะลมรั่วที่ช่องปอด ผ่านระบบการขอรับค่าปรึกษา และมีแนวทางการรักษาให้ปฏิบัติควรมีการทบทวนการส่งต่อโดยระบบช่องทางด่วน อย่างต่อเนื่องทุกรายเพื่อค้นหาปัญหาและโอกาสพัฒนา

๔. ควรมีการฟื้นฟูวิชาการให้พยาบาลทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมถึงโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล นำแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ผูกอบรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ ผ่านระบบ ๑๖๖๙

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)


ได้นำเสนอในงานประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต (Change and Challenges in the Next Normal) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและเป็นเวทีนำเสนอผลงานวิชาการ สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติสามารถกำหนดตำแหน่งชำนาญการพิเศษ ในวันที่ ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน:

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติผลงานนี้ร้อยละ ๑๐๐

๑) นางสาวทัศนีย์ สุดใจ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) .....   
(นางสาวทัศนีย์ สุดใจ)  
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
(วันที่) ๑๒ /มกราคม/พ.ศ. ๒๕๖๗  
ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวทัศนีย์ สุดใจ	ทัศนีย์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ).....

(นางอารยา บุญยโพธิ์)

ตำแหน่ง ปฏิบัติราชการแทนหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(วันที่) ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ).....

(นายลิต แสงแก้ว)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(วันที่) ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI)

**๒. หลักการและเหตุผล**

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) เป็นโรคที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน มีความเสี่ยงสูง ทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันโดยไม่คาดหมาย หากไม่ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจในเวลาอันรวดเร็ว พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้า เป็นผู้ที่พบผู้ป่วยเป็นลำดับแรก จึงต้องมีความรู้ทักษะที่เพียงพอในการ คัดกรอง ประเมินผู้ป่วยให้ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย รักษาพยาบาล อย่างรวดเร็วและปลอดภัย จากการ ทบทวนอุบัติการณ์ พบว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพรุนแรง เข้าถึงบริการช้า ส่วนอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า เนื่องจากมีอาการไม่เฉพาะเจาะจง อาการไม่ชัดเจน โรงพยาบาลนาเยียเป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะ ทางโรคหัวใจ มีศักยภาพจำกัดในการรักษา พยาบาลห้องฉุกเฉิน เป็นบุคลากรด่านหน้าที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรก จึง ต้องมีความรู้ทักษะในการคัดกรอง ผู้ป่วยให้ได้แต่เนิ่นๆ ซึ่งในโรงพยาบาลทุกจุดบริการมีโอกาสพบผู้ป่วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ในขณะที่ทุกจุดบริการจะมีบุคลากรทางการพยาบาลหลายระดับ มี ประสบการณ์ มีสมรรถนะแตกต่างกัน ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่ STEMI ได้รับการคัดกรองเข้ารับการรักษา ประเมิน วินิจฉัย รักษาพยาบาล และได้รับการส่งต่อรักษาเฉพาะทางอย่างรวดเร็วทันที่ ได้รับการเปิดหลอดเลือด หัวใจให้เร็วที่สุดเพิ่มโอกาสรอดชีวิต ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและมีแนวคิดในการแนวทางปฏิบัติในการคัดกรอง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ให้ชัดเจนขึ้น และสามารถนำมา ปฏิบัติอย่างแท้จริงกับทุกจุดบริการ เช่น จุดคัดกรอง งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานบริการผู้ป่วยใน

**วัตถุประสงค์**

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ยกสูง STEMI

๒. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ และนำแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ไปใช้ ให้ สามารถคัดกรองผู้ป่วย STEMI ให้ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ลดอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า

๓. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) ได้รับการคัดกรอง ประเมิน และ วินิจฉัย อย่างรวดเร็ว (Early Detect) ได้รับการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานอย่างถูกต้อง ได้รับการส่งต่อรักษา เฉพาะทางอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการคัดกรองที่ถูกต้องและได้รับ การดูแลรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานการ อย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย



### ๓ บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ยังพบอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาด ล่าช้า ในกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (STEMI) เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาการไม่ชัดเจน บางรายการเข้าถึงบริการล่าช้า ยังพบอุบัติการณ์เสียชีวิตจากพยาธิสภาพรุนแรง มารับบริการช้า จุดคัดกรอง OPD, ER ยังไม่มีแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ที่ชัดเจน เมื่อมีการพัฒนา และนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการเข้าเกณฑ์ จะช่วยลดข้อผิดพลาดได้ แต่อาจมีข้อจำกัดในด้านบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ สมรรถนะไม่เท่ากัน ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากรเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะแก่บุคลากรจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในระยะ Pre-Hospital Care ผู้ป่วยมารับบริการช้า จากขาดความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักรู้ การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และการจัดให้มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครอบคลุม จึงมีความสำคัญมาก การมีส่วนร่วมจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ อปท. จะช่วยเพิ่มหน่วยบริการ และเพิ่มการเข้าถึงที่รวดเร็วขึ้น การประชาสัมพันธ์เพิ่มการให้ความรู้ การรับรู้ การเข้าถึงบริการ ของประชาชนให้มากขึ้น เพิ่มการให้สุศึกษาเชิงลึก ทั้งด้านพยาธิสภาพ การรักษาที่จะได้รับ การปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เกิดภาวะฉุกเฉิน และการขอรับความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้ประชาชนเกิด Health Literacy อย่างแท้จริง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ลดการเสียชีวิต

### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแบบบันทึกที่ชี้แนะทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้ทุกจุดบริการในโรงพยาบาล เช่น ER, OPD, IPD และเผยแพร่ให้มีการนำไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่ายหรือผู้สนใจอื่นๆ

๒. พยาบาลมีความรู้ ทักษะ ในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ STEMI

๓. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัย อย่างรวดเร็ว (Early Detect) ได้รับการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานอย่างถูกต้องรวดเร็ว ไม่เกิดอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า ไม่เกิดอุบัติการณ์เสียชีวิต

๔. พยาบาล มีความพึงพอใจในการนำแบบบันทึกที่ชี้แนะทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI มาใช้


### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีแบบบันทึกการพยาบาลที่ชี้แนะทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ใช้ มากกว่าร้อยละ ๙๐

๒. พยาบาลมีความรู้ ทักษะ ในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ STEMI มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๓. ไม่มีอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาดล่าช้า ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต จากการคัดกรอง ประเมินผิดพลาดล่าช้า

๔. ความพึงพอใจการใช้แบบบันทึกที่ชี้แนะทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย STEMI ของพยาบาล มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) .....  ..... (ผู้ขอประเมิน)

(นางสาวทัศนีย์ สุดใจ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 10 เมษายน 2565-30 พฤษภาคม 2565

กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 17 มิถุนายน 2566 -15 กรกฎาคม 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคไข้เลือดออก เกิดจากการติดเชื้อ ไวรัสเดงกี โดยมี 4 ชนิดคือ เดงกี-1, เดงกี-2, เดงกี-3 และเดงกี-4 ทำให้คนเรามีโอกาสที่จะป่วยจากโรคไข้เลือดออกได้หลายครั้ง มีพาหะนำโรคที่สำคัญคือ ยุงลาย เมื่อยุงลายที่มีเชื้อไวรัสเดงกี กัด จะส่งเชื้อให้คน ทำให้เกิดการติดเชื้อตามมา ยุงลายมักออกหากินตอนกลางวัน และวางไข่ในน้ำสะอาดที่ขังนิ่ง อาการแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะไข้ ระยะวิกฤต และระยะฟื้นตัว

1. ระยะไข้ อาการที่สำคัญในระยะไข้ อาการไข้สูงลอยประมาณ 39 - 40°C นาน 2-7 วัน มักมีหน้าแดง ปวดศีรษะ ปวดตา ปวดเมื่อยตามตัว ปวดกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง และอาจมีภาวะเลือดออกพร้อมด้วย โดยอาการของผู้ป่วยไข้เลือดออกส่วนใหญ่ จะไม่ปรากฏพร้อมๆ กัน จึงต้องเฝ้าติดตามเป็นระยะๆ

2. ระยะวิกฤต (เมื่อไข้ลง หรือมี Platelet  $\leq$  100,000 cell /mm<sup>3</sup>) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง พิจารณาให้ IV fluid เป็นการรักษาที่สำคัญในระยะนี้ ผู้ป่วยที่กินอาหารได้ตามปกติ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลและให้ IV fluid แต่ต้องให้คำแนะนำการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และถ้ามีอาการผิดปกติต้องรีบพามาโรงพยาบาลทันที ควรรับผู้ป่วยไว้ในที่เดียวกันและไม่มียุงลาย

3. ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น (ABCD- appetite, bradycardia, convalescence rash/itching, diuresis) ความอยากอาหารเป็นสัญญาณที่ดีของการฟื้นตัวร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมี convalescence rash เป็น confluent petechial rash with multiple white round spots ผู้ป่วยมักจะมีอาการคันที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า หรือตามลำตัว เริ่มมีปัสสาวะมาก ผู้ป่วยบางรายอาจตรวจพบชีพจรเต้นช้า (sinus brady-arrhythmia) ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำมาก มีอาการของภาวะน้ำเกิน (ตาบวม ท้องอืดตึง หายใจเร็ว และลำบาก) ในระยะนี้ อาจพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะเนื่องจากเป็นระยะที่ พลาสมาเริ่มไหลกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียน และผู้ป่วยไม่สามารถขับออกเป็นปัสสาวะได้ทัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกปกติ กินอาหารได้มาก จึงพิจารณาให้กลับบ้านได้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกรายที่กลับบ้าน งดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการกระทบกระแทกเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ

การรักษา ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคไข้เลือดออก มีเพียงรักษาตามอาการเท่านั้น และอีกวิธีหนึ่งคือ การฉีดวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก ซึ่งในตอนนี้วัคซีนป้องกันไข้เลือดออกตัวแรกของโลก ได้เข้าสู่ประเทศไทย แล้วซึ่งวัคซีนนี้สามารถใช้ได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 9 ปีถึง 45 ปี และพบว่านอกจะสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้แล้วยังสามารถลดการเกิดไข้เลือดออกชนิดรุนแรงได้ถึง 93.2% และสามารถลดการนอนโรงพยาบาล

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 หลักการและเหตุผล

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever/Dengue fever) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโดยมียุงลาย เป็นพาหะนำโรค โดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยไข้เลือดออกจากอาการและอาการแสดงไว้ 5 อาการเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วย ได้แก่ ไข้สูง ผลการทดสอบทูนิเก้ได้ผลบวก เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ และพบการรั่วของพลาสมา ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ในปี 2562 ประเทศไทย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 128.04 อัตราการเสียชีวิต 0.12 จังหวัดอุบลราชธานี อัตราป่วยต่อแสนประชากร 344.36 อัตราการเสียชีวิต 0.19 สัดส่วนผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 10-14 ปี ปัจจุบันการระบาดของโรค ไข้เลือดออกยังคงมีอยู่และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความรุนแรงจนผู้ป่วยเสียชีวิตจากการไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ดังนั้นการประเมินอาการเบื้องต้น ก่อนเข้าสู่ระยะช็อกและการดูแลอย่างใกล้ชิดจะช่วยลดการเสียชีวิตจากไข้เลือดออกได้

ข้อมูลโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2563 - 2565 จำนวน 25 73 และ 170 รายตามลำดับ ร้อยละการส่งรักษาต่อ 0, 9.57 และ 8.8 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการส่งรักษาต่อเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะน้ำเกิน ภาวะช็อก และผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดที่ลดต่ำมาก

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก แบบองค์รวม ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โรคไข้เลือดออก พยาบาลจะต้องมีความรู้ พยาธิสรีระ การดำเนินโรค มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่ แรกเริ่มและต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ นอกจากการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยแล้ว การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติก็เป็นสิ่งสำคัญ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำและให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

##### 4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเปรียบเทียบ 2 ราย โดยใช้กรอบแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjorie Gordon) มาเป็นแนวทางในการประเมิน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และแนวคิดกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ เป็นหลักแนวคิดในการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยไข้เลือดออกได้รับการดูแลต่อเนื่อง ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และพร้อมจำหน่ายจากหอผู้ป่วย

##### 4.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.3.1 กำหนดหัวข้อเรื่อง เลือกศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 ราย

4.3.2 ศึกษา ค้นคว้า เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งจากผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิด

4.3.3 ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีจากเอกสารทางวิชาการ ตำรา คู่มือประสบการณ์ทำงาน ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญ และค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ต

#### 4.3.4 ศึกษาค้นคว้าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.3.5 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์นำมาวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของครอบครัว

4.3.6 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ตามระยะใช้ระยะวิกฤต/ช็อก ระยะฟื้นตัว และก่อนจำหน่าย

4.3.7 สรุปผลการพยาบาล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิด

4.3.8 เรียบเรียงผลงานเพื่อจัดทำเอกสารวิชาการ และตรวจสอบความถูกต้อง

4.3.9 เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบ และแก้ไขความถูกต้อง

4.3.10 ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตัวอักษร และรูปแบบ จัดพิมพ์เอกสารเป็นรูปเล่ม

### 5. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 26 ปี BMI 26 มีภาวะอ้วน ไม่มีโรคประจำตัวไม่แพ้ยา มาด้วยไข้สูง ปวดศีรษะ หน้ามืด วิงเวียน เหนื่อยอ่อนเพลียเป็นก่อนมา 1 วัน 16 วันก่อนมาเป็น Covid-19 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้ยาและอาหาร แรกเริ่มผู้ป่วยมีไข้สูงมีภาวะช็อคและผล CBC ยังไม่บ่งชี้ ทำให้ไม่นึกถึง ไข้เลือดออกในระยะแรกเริ่ม มีการรักษาแบบ Septic shock มีการประเมินซ้ำทำให้วินิจฉัยไข้เลือดออกในวันที่ 4 ของการนอนร.พ. (ระยะไข้ day 5) ได้รับการวินิจฉัย DHF ในวันที่ 4 หลังจากนอนโรงพยาบาล ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในระยะไข้ 1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน 3) ไม่สุขสบายจากมีไข้ร่วมกับปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวิกฤต 1) เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากมีการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด 2) มีภาวะ Electrolyte Imbalance ภาวะโปตัสเซียมในร่างกายน้อย (Hypokalemia) 3) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากมีเกล็ดเลือดต่ำ และมีประวัติกินยาลดไข้กลุ่ม NSAID 4) ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย เนื่องจากกลัวความรุนแรงของโรค ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะฟื้นตัว 1) เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกิน เนื่องจากมีการซึมกลับของพลาสมาเข้าสู่หลอดเลือด 2) ภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นคันตามแขนและขาในระยะฟื้นตัว (Convalescent stage) 3) อาจเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในครอบครัว และชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออกอยู่ที่กัดผู้ป่วย สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ตลอดชีวิตของยุง การพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยรายนี้ คือ การ Resuscitate ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกมาก การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรลัยท์ การติดตามการทำงานของไต การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางสมองจากการทำงานของตับผิดปกติ การช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและควบคุมป้องกันการระบาดของครอบครัวชุมชน และมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 8 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทย อายุ 17 ปี BMI 23 โรคประจำตัว G6PD แพ้ยาในกลุ่ม Sulfa มาตรวจที่โรงพยาบาลด้วยไข้สูง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นมา 2 วัน มีไข้เลือดออกระบาดในหมู่บ้าน Tourniquet test positive ได้รับการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกตั้งแต่แรกเริ่ม ให้การรักษาเบื้องต้นโดยให้น้ำเกลือ 5% D/NSS ทางหลอดเลือดดำ ติดตามผลการตรวจเลือด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะไข้

1) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากมีเกล็ดเลือดต่ำ และโรคประจำตัว G6PD 2) เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ และสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจากมีใช้ร่วมกับปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะวิกฤต 1) เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด 2) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกที่รุนแรง Internal bleeding จาก โรคประจำตัว G6PD เน้นกิจกรรมการพยาบาลประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ในวันที่ 4 ของการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มีอาการแสดงของภาวะเลือดออก เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน Hct ลดลงจาก เดิม จาก 44% เป็น 37% Platelet 14,000 ผู้ป่วย เป็นกลุ่ม High risk จากภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ร่วมกับ ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดเม็ดเลือดแดงแตก และมีโอกาสเกิดภาวะ Internal bleeding ที่รุนแรงได้โรค ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่รพ.แม่ข่าย ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง อีก 3 วัน และจำหน่ายกลับบ้าน โดยปลอดภัย

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาแก้ไขและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด และให้การดูแลรักษา จนสามารถลดความรุนแรงของโรค และผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติโดยปลอดภัย มีการวินิจฉัย และให้การรักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว พยาบาลได้ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีทักษะในการดูแล รายงานแพทย์ทราบทันที ถ้ามีความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และดูแลรักษา จำหน่ายกลับบ้านได้โดยปลอดภัย กรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อการมีภาวะเลือดออกมากและภาวะช็อกเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ซึ่งเป็นโรคประจำตัวที่สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายโดยเฉพาะส่งผลให้เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกง่ายร่วมด้วยก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งส่งเสริมให้เกิดการแตกของเม็ดเลือดแดง การดูแลรักษา มีความยุ่งยากมากขึ้น เกินขีดความสามารถในการดูแลของโรงพยาบาลชุมชน จึงต้องส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีศักยภาพทางด้านบุคลากรและเครื่องมือที่มากกว่า ในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีความพร้อมของทีม เครื่องมืออุปกรณ์ เครื่องมือการประสานงาน การส่งต่อที่ประสิทธิภาพ จึงจะทำให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อเกิดคุณภาพ ในการดูแลรักษาพยาบาล

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกในผู้ใหญ่
- 6.2 เป็นเอกสารวิชาการสำหรับพยาบาลจบใหม่และนักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
- 6.3 เป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะโรคอื่น ๆ
- 6.4 นำไปประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการใช้ CPG (clinical practice guideline ร่วมกับสหวิชาชีพ

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 กรณีศึกษาที่ 1 เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส -19 ( COVID-19) ทำให้ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ

7.2 กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ซึ่งมีภาวะเม็ดเลือดแดงแตกง่าย ดังนั้นในการประเมินเฝ้าระวังการเข้าสู่ระยะช็อก ถ้าใช้การประเมินจากการที่มีค่าระดับ Hct สูงขึ้น อาจจะทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยได้

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาด้านการวินิจฉัยโรค กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี จะเห็นได้ว่ากรณีศึกษาที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่มีความชัดเจน มีการประเมินซ้ำ ทำให้วินิจฉัยไข้เลือดออกในวันที่ 4 ของการนอนร.พ. แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีความชัดเจนจึงสามารถวินิจฉัยโรคแรกรับได้เร็วกว่า กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ซึ่งเป็นโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะส่งผลให้เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกง่าย ทำให้มีภาวะเลือดออกมากและภาวะช็อกได้ พยาบาลได้ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง รายงานแพทย์ปรับแผนการรักษาเป็นระยะ และให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจพบอาการอาการแสดงในระยะเริ่มแรกของภาวะเลือดออก ผู้ป่วยถูกส่งไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างปลอดภัย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล มีการให้ข้อมูลและ แนะนำเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง การปฏิบัติตัว การเฝ้าระวังภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยและญาติเริ่มคลายกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

## 9. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยวินิจฉัยเบื้องต้น จากการซักประวัติอย่างละเอียดเพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นลักษณะเฉพาะของไข้เลือดออก บทบาทการให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถตามหลักวิชาการ ประสบการณ์และทักษะที่ดี นำเอากระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม วางแผนร่วมกันกับทีมสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ปกติ รวมทั้งมีความรู้ในการป้องกันโรค

## 10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ในโครงการประชุมวิชาการ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI ครั้งที่ 1” ประเภท Oral presentation ในวันที่ 15 ตุลาคม 2566 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

## 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- 1) นางสาวเตือนใจ บุญเทียม สัดส่วนของผลงาน. ร้อยละ 100
- 2).....สัดส่วนของผลงาน .....
- 3) .....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

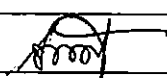
(นางสาวเตือนใจ บุญเทียม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) 10 / 10 / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเตือนใจ บุญเทียม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)   
 (นางวิภาภรณ์ สิงห์ทอง)  
 (ตำแหน่ง) .....  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 10 / ๒๓๓๖ / ๒๕๖๒

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)   
 (นายสาโรช สมชอบ)  
 (ตำแหน่ง) .....  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่

(วันที่) 10 / ๒๓๓๖ / ๒๕๖๒

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

### 1. เรื่อง พัฒนาการจัดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในบ้าน

#### 2. หลักการและเหตุผล

กรมการแพทย์มีนโยบายสนับสนุนการให้บริการ ทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน หรือ การดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล รักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับการดูแลรักษา ทางเลือกให้กับผู้ป่วย ในการบริการผู้ป่วยในบ้าน (Hospital Care at Home) หรือ Home ward เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

โรงพยาบาลเชียงใหม่มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยนอก 300-400 ราย/วัน มีผู้ป่วยในวันละประมาณ 100-120 ราย มีจำนวนเตียง 90 เตียง ส่งผลให้หอผู้ป่วยมีผู้ป่วยหนาแน่นมาก อัตราการครองเตียงจะสูงเกิน ร้อยละ 120 จึงต้องมีการเสริมเตียงเมื่อมีความจำเป็นต้องรับผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ประเมินแล้วไม่วิกฤตสามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้โดยสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์บางอย่างใช้ร่วมกับระบบการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ โดยให้สอดคล้องกับระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) เพื่อลดความแออัด เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเพิ่มความเข้มแข็ง ความเชื่อมั่นให้กับครอบครัวในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะต้องนอนโรงพยาบาล และประสานการดูแลร่วมกับทีมหมอครอบครัวมากยิ่งขึ้น พัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยในต่อเนื่องสู่บ้านและชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับญาติ / ผู้ดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ และมีประสิทธิภาพ การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านยังส่งเสริมการแสดงบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาล นำกระบวนการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดกระบวนการการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuing of Care) เชื่อมโยงการบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลมายังสถานบริการในชุมชนและที่บ้าน พยาบาลจึงเปรียบเสมือนเป็นผู้จัดการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกิดระบบการดูแลต่อเนื่องกับโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นกลไกสำคัญช่วยลดช่องว่างของรอยต่อระหว่างบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิโดยการส่งเสริมการให้ความรู้และการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เข้ามาช่วยให้การดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น




### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลแบบ Home ward เป็นการดูแลที่เปลี่ยนจาก disease focus เป็น holistic patient and family focus ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงในแง่มุมมองด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้โอกาสการเข้าถึงครอบครัวผู้ป่วยในการเน้นย้ำให้เกิดทักษะความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว การเสริมพลังให้เกิดการพึ่งพาตนเอง ในด้านสุขภาพได้ในระยะยาว เพื่อผลลัพธ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว นำแนวทางการบริการผู้ป่วยในบ้าน มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการสหวิชาชีพที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระบบดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)
2. จัดตั้งหน่วยบริการที่รับผิดชอบผู้ป่วยในบ้าน
3. ประชุมประสานงานเครือข่ายการทำงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ประเมินความสามารถและความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน
  4. วางแผนการจำหน่ายร่วมกับภาคีเครือข่ายในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล
  5. บันทึกการส่งต่อข้อมูลร่วมกันวางแผนการดูแลร่วมกับเครือข่าย ผ่านระบบ Smart refer ในการรับและส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะช่วยเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดการทำงานแบบรวดเร็ว ไร้รอยต่อ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน
  6. บันทึกข้อมูลระบบการติดตามผู้ป่วยใช้ระบบ A-Med / Telemedicine /Line Application ในการสื่อสารจากทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย เนืองสะดวก ทันสมัยและรวดเร็วและผสมผสานกับระบบการเยี่ยมบ้าน ใช้หลัก “บวร” (บ้าน วัด ราชการ) มีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลเชิงใน รพสต. อาสาสมัคร แกนนำชุมชน ผู้นำทางศาสนา
  7. ใช้ระบบ GPS ในการระบุตำแหน่งที่อยู่ของผู้ป่วย เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินรถกู้ชีพของโรงพยาบาลสามารถออกมารับผู้ป่วยกลับมารักษาที่โรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว
  8. มีศูนย์อุปกรณ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อหมุนเวียนใช้กับผู้ป่วยในชุมชนและมีการบริหารจัดการโดยผู้นำชุมชนและมีระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาล
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
  - 4.1 ลดความแออัดของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ต้องการดูแลระยะยาว แต่ไม่วิกฤติ
  - 4.2 ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษา มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี
  - 4.3 ส่งเสริม/สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ในการที่มีญาติ/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัย ภูมิใจ ผู้ป่วยรู้สึกมีค่าและมีศักดิ์ศรี
  - 4.4 สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบทีมภาคีเครือข่ายในชุมชน

## 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขบริการตามโครงการได้รับบริการไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80
- 5.2 การรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน (Re-Admission Rate) น้อยกว่าร้อยละ1
- 5.3 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลที่บ้าน
- 5.4 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 85

(ลงชื่อ) .....  .....

(.....(นางสาวเดือนใจ..บุญเทียม).....)

(ตำแหน่ง) **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ** .....

(วันที่) **10 / 01 / 2567** .....

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖-กรกฎาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาล รับผิดชอบดูแลการให้บริการด้านการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก จึงทำการศึกษาค้นคว้าในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ ให้มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ต่อไป

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง อีกทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต โดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และโดยปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ยประมาณ ๒๔๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี ในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ ๓ ขึ้นไป มีประมาณร้อยละ ๒.๙-๑๓ จากประชากรทั้งประเทศประมาณ ๗๐ ล้านคน หรืออยู่ในช่วงประมาณตั้งแต่ ๒ ล้านคนถึงกว่า ๙ ล้านคน สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยเกิดจากเบาหวาน ร้อยละ ๓๖.๓ ความดัน ร้อยละ ๒๓.๓ ภาวะทางเดินปัสสาวะอุดกั้น ร้อยละ ๔.๗๙ และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ ร้อยละ ๒.๔๓ ปี ๒๕๖๔ ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๑.๙ เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง

การแบ่งระยะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Staging of chronic kidney disease) ปัจจุบัน The National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives (NKF-K/DOQI) ได้แบ่งโรคไตออกเป็น ๕ ระยะตาม glomerular filtration rate (GFR) และหลักฐานของโรคไต (National Kidney Foundation ๒๐๐๒) ดังนี้

- Stage ๑ GFR  $\geq$  ๙๐ ml/minute/๑.๗๓ m<sup>๒</sup> with evidence of kidney damage
- Stage ๒ GFR ๖๐-๘๙ ml/minute/๑.๗๓ m<sup>๒</sup> with evidence of kidney damage
- Stage ๓ GFR ๓๐-๕๙ ml/minute/๑.๗๓ m<sup>๒</sup>
- Stage ๔ GFR ๑๕-๒๙ ml/minute/๑.๗๓ m<sup>๒</sup>
- Stage ๕ GFR < ๑๕ ml/minute/๑.๗๓ m<sup>๒</sup> or dialysis-dependent

### สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

สาเหตุของไตเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน (ประมาณ ๔๐%) และความดันโลหิตสูง (ประมาณ ๒๐%) โรคอื่นๆ ที่อาจพบได้คือ โรคนิ้วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ(obstructive uropathy) โรคไตจากเก๊าท์ โรคภูมิคุ้มกันตนเองเนื้อเยื่อตนเอง(Systemic lupus erythematosus) โรคไต IgA โรคถุงน้ำในไตซึ่งเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ (Autosomal dominant polycystic kidney disease) โรคไตเรื้อรังที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวด (Analgesic and NSAIDs induced nephropathy) โรคต่างๆ เหล่านี้ จัดได้ว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติหลายระบบรวมทั้งไต ถ้ารักษาโรคเหล่านี้ไม่ดี เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เป็นอยู่นาน ๆ ติดต่อกันหลายปี ก็จะทำให้เกิดโรคไตเสื่อม ไตวายได้ นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงก็อาจขึ้นเกิดจากโรคไต โดยเป็นผลจากการคั่งของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายจากไตสูญเสียการทำงาน รวมทั้งมีการกระตุ้นของระบบรีนิน แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin) ซึ่งสารแองจิโอเทนซิน นอกจากเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว

ทำให้ความดันโลหิตสูงแล้ว สารแองจิโตนเทนซินมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดแดงที่ออกจาก glomeruli (efferent arteriole) หดตัว ทำให้เกิดความดันสูงใน glomeruli (glomerular hypertension) มีผลทำให้เพิ่มการกรองของสารน้ำ (glomerular filtration) เกิดภาวะ single nephron hyperfiltration ซึ่งเป็นกลไกในการปรับตัวเพื่อทดแทนและเพิ่มการทำงานของหน่วยไต (nephron) ที่ยังเหลืออยู่ ทำให้ระดับของเสียเช่นครีเอตินินรวมทั้งการควบคุมระดับเกลือแร่ใกล้เคียงหรือปกติในระยะต้นของโรคไต อย่างไรก็ตาม ความดันสูงใน glomeruli ที่เป็นอยู่นานๆ จะมีผลทำให้หลอดเลือดฝอย (glomerular capillary) เกิด การเสื่อมทำให้มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะและนำไปสู่ภาวะ glomerulosclerosis และไตวายมากขึ้นถึงแม้ต้นเหตุของโรคไตจะสงบแล้ว นอกจากนี้สารแองจิโตนเทนซินยังมีฤทธิ์กระตุ้นการเกิด fibrosis ในบริเวณ interstitium และในหลอดเลือดนำไปสู่การเกิดไตวายในที่สุด

#### อาการทางคลินิก

ไตคนเรามี ๒ ข้างโดยไตแต่ละข้างจะมีหน่วยไต (nephron) ประมาณ ๑ ล้านหน่วย ซึ่งถ้าตัดไตหรือเสียไตไปหนึ่งข้าง ไตอีกข้างหนึ่งจะทำงานทดแทนได้ และทำให้มีชีวิตได้อย่างปกติ การประเมินการทำงานของไตทำได้โดยการประเมินค่า glomerular filtration rate (GFR) โดยใช้ค่านี้ในการประเมินและติดตามผู้ป่วย รวมทั้งผลของการรักษา เพราะฉะนั้นโรคไตจึงจัดได้ว่าเป็นภัยเงียบเพราะถึงแม้สูญเสียไตไปแล้วกว่า ๕๐% ผู้ป่วยก็ยังแสดงอาการ โดยผู้ป่วยมักมีอาการทางคลินิกเมื่อไตเสียการทำงานไปมากกว่า ๗๐% นั่นคือ อาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะกลางคืน ไม่มีแรง โลหิตจาง ชาบวม หน้าบวม และความดันโลหิตสูง ค้นตามตัว ผม่วิ่ง ผิวหนังแห้งและหยาบ ซึ่งถ้าเจาะเลือดจะพบว่าระดับ BUN และครีเอตินินสูงขึ้น โลหิตจางแบบ normochromic normocytic ระดับเกลือแร่ผิดปกติ เช่น ระดับ  $\text{HCO}_3^-$  - ค่า K + เริ่มสูงกว่าปกติ Phosphate สูง และ calcium ต่ำลง ในทางคลินิกจะถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง เมื่อมีของเสียในเลือดสูง (azotemia) นานกว่า ๓ เดือน ตรวจพบ Broad cast ในปัสสาวะ และมีภาวะ normochromic normocystic anemia ร่วมกับมีไตขนาดเล็กลงทั้ง ๒ ข้าง ในกรณีไตวายระยะสุดท้ายคือ การทำงานของไตลดลงน้อยกว่า ๑๕% จะแสดงอาการมากขึ้นโดยนิยามเป็นภาวะยูเรเมีย (uremia) เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นไม่รับรส ออกร้อนตามตัว น้ำหนักลด ซีด ชาและหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด นอนราบไม่ได้เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มือเท้าชาจากเส้นประสาทเสื่อม สมองไม่สั่งการ ซึม ไม่รู้ตัว ชัก หรือบางทีมีอาการสับสน และผลทางห้องปฏิบัติการพบว่า BUN และ creatinine ในเลือดสูง ( $\text{BUN} \geq 60 \text{ mg/dl}$  ,  $\text{creatinine} \geq 6 \text{ mg/dl}$  หรือ  $\text{creatinine clearance}$  น้อยกว่า ๑๕ ซีซีต่อนาที ) ร่วมกับโลหิตจางมากขึ้น เกลือแร่ในเลือดผิดปกติอย่างมากเช่น ระดับโปตัสเซียมสูงระดับ  $\text{HCO}_3^-$  - ต่ำ ระดับ Phosphate สูง และระดับ calcium ต่ำลง ซึ่งในกรณีนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ไตเทียม หรือปลูกถ่ายไต

#### การวินิจฉัยแยกโรค

ผู้ป่วยที่มีอาการซีด อ่อนเพลีย บวม นอกจากเกิดจากโรคไตเรื้อรังแล้ว อาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้ เช่น ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ภาวะต่อมใต้สมองทำงานผิดปกติ (Hypopituitarism) ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะโรคตับแข็งที่มีท้องมาน ซึ่งการวินิจฉัยแยกโรคทำได้ทางคลินิกจากอาการและอาการแสดงของโรครวมทั้งตรวจเลือดหาระดับ BUN, creatinine และระดับฮอร์โมนไทรอยด์อื่นๆ, การทำงานของตับ , รวมทั้ง x-ray หัวใจ และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในกรณีวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังแล้ว แพทย์ควรจะต้องหาสาเหตุของไตวายเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องโดยเฉพาะการตรวจปัสสาวะมีความสำคัญ เช่น ในกรณีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังอาจพบ broad cast (cast ขนาดกว้างกว่า ๓ เท่าของเม็ดเลือดแดง) ในกรณีผู้ป่วย glomerulonephritis มักมีเลือดแดงในปัสสาวะเป็นลักษณะ dysmorphic RBC หรือ RBC cast และโปรตีนในปัสสาวะ ผู้ป่วยเบาหวานลงไตจะมีไข่ขาวในปัสสาวะ (albuminuria) การตรวจทางรังสีหรืออัลตราซาวด์เพื่อแยกภาวะนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ หรือในบางรายจำเป็นต้องได้รับการเจาะชิ้นเนื้อไตเพื่อการวินิจฉัยโรคไกลเมอรูลัสหรือหลอดเลือดฝอยอักเสบ

## การรักษา

ในกรณีไตวายที่เกิดจาก obstructive uropathy การแก้ไขโดยการผ่าตัด หรือใส่สายสวนให้ปัสสาวะออกมาได้ จะทำให้ไตฟื้นการทำงานได้ หรือในกรณีไตเสื่อมจาก glomerulonephritis เช่น SLE ที่กำเริบ หรือโรคไต IgA การให้ยา steroid ร่วมกับ cytotoxic drugs ก็สามารถลดการอักเสบของไต ทำให้ไตทำงานดีขึ้น ส่วนในโรคอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง polycystic kidney disease การรักษาทำได้โดย การรักษาสาเหตุและปรับระดับประคอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การรักษาเบาหวานให้น้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ (HbA<sub>1c</sub> < ๗%) ร่วมกับการใช้ยาลดความดันโลหิตให้ความดันโลหิตต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ mmHg จะสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ยาลดความดันโลหิตที่มีผลชะลอการเสื่อมของไต และลดปริมาณโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (ซึ่งบ่งบอกถึง adaptive hyperfiltration และความรุนแรงของโรคไต) ได้ดีคือ ยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) และ Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) ยาทั้ง ๒ ชนิดได้ผลดีในการลดการเสื่อมของไต โดยเฉพาะเมื่อให้ยาในระยะแรกของโรคไต (ระดับซีรัม creatinine < ๓ mg/dl) ผลข้างเคียงของยา ACEI ที่พบบ่อยคือ อาการไอ ซึ่งการลดขนาดยาหรือหยุดยา อาการไอก็จะหายไปในเวลา ๑-๒ สัปดาห์ ผลข้างเคียงของยา ACEI และ ARBs ที่สำคัญคือ ภาวะโพแทสเซียมสูง ภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดไตตีบ ๒ ข้าง ดังนั้นใน ผู้ป่วยโรคไตเสื่อม ควรเริ่มยาในขนาดต่ำ ๆ และเจาะเลือดตรวจการทำงานของไตและโพแทสเซียมทุก ๒ สัปดาห์ จนขนาดยาที่ใช้เหมาะสม และระดับซีรัมครีเอตินินคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อยไม่เกิน ๓๐% จากก่อนให้ยา รวมทั้งไม่มีภาวะโพแทสเซียมสูง หลังจากนั้นติดตามผลเลือดทุก ๑-๒ เดือน ในกรณีที่ความดันโลหิตลดลง แต่ไม่ถึงระดับที่พอเหมาะคือต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ mmHg ควรให้ยาลดความดันโลหิตชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่น diuretic, Calcium Channel Blocker หรือ beta-blocker การจำกัดอาหารโปรตีนประมาณ ๐.๖-๐.๘ กรัม/น.ตัว/วัน<sup>๔</sup> (เท่ากับเนื้อสัตว์ประมาณ ๖-๘ ช้อนโต๊ะต่อวัน ในผู้ป่วยน้ำหนัก ๕๐ kg) สามารถชะลอ การเสื่อมของไต เนื่องจากการรับภาระโปรตีนปริมาณมากจะมีผลทำให้ของเสียมากขึ้น และไตทำงานหนักจาก hyperfiltration ซึ่งเป็นสาเหตุให้ไตเสื่อมเร็ว และควรแนะนำให้ทานอาหารโปรตีนที่มาจากเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อปลาหรือไข่ขาว เนื่องจากเป็นโปรตีนคุณภาพสูงกว่าโปรตีนที่ได้จากพืช การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม จะช่วยลดความดันโลหิตและอาการบวมได้ ผู้ป่วยไม่ควรทานอาหารไขมันสูง เพราะในผู้ป่วยโรคไตมักมีไขมันในเลือดสูง และมีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนปกติ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงและได้รับการรักษาภาวะที่กระทบการทำงานของไต เช่นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ภาวะติดเชื้อ ภาวะหัวใจล้มเหลวรวมทั้งยาที่มีพิษต่อไตได้แก่ NSAIDs, COX-๒ inhibitor, Aminoglycoside, Radiocontrast media, สมุนไพรบางชนิด

ในภาวะไตวายขั้นที่ ๔ (ซีรัมครีเอตินินมากกว่า ๓ mg/dl) ควรระวังภาวะ K<sup>+</sup> สูง เลือดเป็นกรด ภาวะฟอสเฟตสูง แคลเซียมในเลือดต่ำ จึงควรแนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารที่มี K<sup>+</sup> สูง เช่น ผลไม้โดยเฉพาะ ทูเรียน กล้วยหอม มะม่วงสุก เป็นต้น และรับประทานโซเดียมบิคาร์บอเนต (NaHCO<sub>3</sub>) เพื่อควบคุมภาวะเลือดเป็นกรด ยาจับฟอสเฟตในลำไส้ เช่น calcium carbonate หรือ calcium acetate นอกจากนี้ควรได้ยา active vitamin D เช่น ๑-alpha hydroxycholecalciferol หรือ calcitriol เพื่อควบคุมภาวะพาราไทรอยด์สูงชนิดทุติยภูมิ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการโลหิตจางจากขาด erythropoietin (ซึ่งปกติสร้างที่ไต) ควรให้ยาฉีด erythropoietin เพื่อแก้ปัญหาโลหิตจางและลดโอกาสการได้รับเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีแผนการปลูกถ่ายไตในอนาคต ในผู้ป่วยที่มีไตวายระยะสุดท้าย (Uremia) โดยไตทำงานน้อยกว่า ๑๕% การรักษาก็สามารถทำได้โดยการใช้เครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งทำหน้าที่ทดแทนไต และทำให้ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตและทำงานได้ดีเหมือนเดิม ในผู้ป่วยที่ร่างกายแข็งแรงก็มีโอกาสปลูกถ่ายไตได้ ปัจจุบัน การผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากญาติพี่น้อง พ่อแม่หรือผู้บริจาคที่เสียชีวิต สมองตายก็ได้ผลดีมาก (โอกาสรับไตมากกว่า ๙๕%) และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตดีขึ้นมากและมีชีวิตยืนยาว ขณะเดียวกัน ควรส่งผู้ป่วยพบแพทย์โรคไต เพื่อวางแผนการรักษาในระยะยาวก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย (Uremia) เนื่องจากต้องเตรียมผู้ป่วยทั้ง

ร่างกายและทางจิตใจ ในการยอมรับและเลือกการรักษาทดแทนไตในอนาคต ว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมต่อการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องหรือปลูกถ่ายไตได้และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย

#### การพยากรณ์โรค

ในผู้ป่วยไตเสื่อม จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนปกติ จึงควรป้องกันภาวะต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจ เช่น งดสูบบุหรี่ดื่มเหล้า คุมอาหารมัน ลดการเคี้ยวเคี้ยว หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ลดน้ำหนักในกรณีที่อ้วน ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน และลดการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทานยาสม่ำเสมอ คุมเบาหวาน ให้ปกติ ภาวะไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ป้องกันและรักษาได้ ซึ่งอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและแพทย์ ผู้ป่วยมีชิวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ รวมทั้งยังมีการรักษาทดแทนไต รวมทั้งปลูกถ่ายไตใหม่

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นภาวะที่มีการเสื่อมการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเป็นเดือนหรือปี ซึ่งโรคส่วนใหญ่จะทำให้ไตเสื่อมลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับมาทำงานอย่างปกติได้และพบบ่อยขึ้นในประชากรไทยเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในด้านทรัพยากรและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานคุณภาพชีวิตไม่ดี และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การป้องกันการเกิดโรค และการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตจึงมีความสำคัญ เพื่อลดอุบัติการณ์ของไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

สถานการณ์และความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย และเป็นนโยบาย Service plan สาขาไต /NCD ของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันพบว่าอัตราป่วยของไตเรื้อรังในผู้ป่วย DM HT ของประเทศไทยสูงถึงร้อยละ ๑๗.๕ และส่วนใหญ่มักตรวจพบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังเมื่อไตเสียหายหนักไปแล้ว ผู้ป่วยโรคไตมากกว่าร้อยละ ๗๐ รักษาไม่หายขาด บั่นทอนคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เพิ่มขึ้น ๙๐๕.๙ ต่อแสนประชากร ค่าใช้จ่ายสูง เฉลี่ย ๒๔๐,๐๐๐ บาท/คน/ปี ยังไม่รวมค่ายา และค่าใช้จ่ายแอบแฝงอื่นๆ

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่และรวมทั้งเครือข่ายอำเภอเชียงใหม่ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่า จำนวนผู้ป่วย ๑ ใน ๕ อันดับโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยในปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๖,๘๐๗ คน, ๑๔,๖๐๑ คน ตามลำดับ โดยพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งในแต่ละปีประเทศไทยพบผู้ป่วย ร้อยละ ๑๑.๓๒ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต จากสถิติมีผู้ป่วยล้างไตรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในฐานะหัวหน้าหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้กำกับดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรอง จนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายหรือได้เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

##### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

##### วิธีการศึกษา

๑. กำหนดโรคที่สนใจศึกษา คัดเลือกผู้ป่วยจำนวน ๒ ราย

๒. ทบทวนความรู้ ค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการในงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ศึกษา

๓. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ การติดตามเยี่ยมขณะนอนโรงพยาบาล การวางแผน การจำหน่าย การนัดดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

๓. ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล แบบแผนการดูแลตนเองของกอร์ดอน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก DMETHOD และการติดตามเยี่ยมในชุมชนด้วยหลัก INHOMEMESS เป็นหลักแนวคิดในการให้การพยาบาล ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

### ผลการศึกษา

เปรียบเทียบผลการศึกษาผู้ป่วย ๒ ราย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายที่ ๑ HN ๖๘๖๓๔	ผู้ป่วยรายที่ ๒ HN ๙๓๕๙๓
เพศ / อายุ	เพศชาย อายุ ๗๓ ปี	เพศชาย อายุ ๕๘ ปี
สถานภาพ	สมรส	สมรส
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ ๔	ประถมศึกษาปีที่ ๔
อาชีพ	ทำนา	ทำนา
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี	อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี
ผู้ดูแล	ภรรยาและบุตร	ภรรยาและบุตร
วันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล	วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖
การวินิจฉัยโรค	DM with Hypertension with CKD Stage ๓	DM with Hypertension with DLP with CKD Stage ๓

ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย		
ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	- วิงเวียน เหนื่อยง่าย ก่อนมา ๗ วัน	- มาตรวจตามนัด
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	- ผู้ป่วย CKD มาตามนัด เพื่อรับยาต่อเนื่อง มีอาการวิงเวียน รู้สึกเหนื่อยง่ายอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เป็นมา ๗ วัน ๑ วันก่อนมา เหนื่อยเพลียมากขึ้น ใจสั่น กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง เบื่ออาหาร	- ผู้ป่วย CKD มาตามนัดเพื่อรับยาต่อเนื่อง ๔ วันก่อนมา รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ๑ วันก่อนมา เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยผ่าตัด	- ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยผ่าตัด
โรคประจำตัว	- เป็น DM,HT มา ๑๕ ปี มาตามนัดสม่ำเสมอควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เป็น CKD stage ๓ มา ๑๑ ปี	- เป็น DM,HT มา ๔ ปี มาตามนัดสม่ำเสมอ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เป็น CKD stage ๓ มา ๒ ปี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	- พี่ชายและลูกชายเป็น DM,HT	- พี่สาวเป็น DM,HT
ประวัติการแพ้ยาและการใช้สารเสพติดต่างๆ	- ปฏิเสธการแพ้ยา - ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ชา กาแฟ	- ปฏิเสธการแพ้ยา - ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเมื่อมีงานสังคัม



ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
อาการแรกเริ่ม	<p>รู้สึกตัวดี มีญาติพามา ท่าทางอ่อนเพลีย สัญญาณชีพแรกเริ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซลเซียส</li> <li>- ชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที</li> <li>- อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที</li> <li>- ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ mmHg</li> <li>- น้ำหนัก ๖๓.๖ กก.</li> <li>ส่วนสูง ๑๕๘ ซม.</li> <li>- BMI = ๒๕.๕ k/m<sup>๒</sup></li> </ul>	<p>รู้สึกตัวดี เดินทางมาเอง สัญญาณชีพแรกเริ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส</li> <li>- ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที</li> <li>- อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที</li> <li>- ความดันโลหิต ๑๓๘/๗๒ mmHg</li> <li>- น้ำหนัก ๗๖ กก. ส่วนสูง ๑๗๐ ซม.</li> <li>- BMI = ๒๖.๓ k/m<sup>๒</sup></li> </ul>

การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน		
แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
๑. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	<p>- รับทราบเกี่ยวกับโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตวาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา งดชา กาแฟ</p>	<p>- รับทราบเกี่ยวกับโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตวาย ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราบ้างเมื่อเข้าสังคม</p>
๒. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	<p>- รับประทานอาหารรส หวาน เค็ม ไม่ได้ควบคุมการปรุงเนื่องจากมีภรรยาและลูกทำให้ ควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเองไม่ได้</p>	<p>- ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม มีภรรยาและลูกทำให้ปรุงอาหารเองบางครั้ง ควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเองไม่ได้</p>
๓. การขับถ่ายของเสีย	<p>- มักท้องผูกถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน หรือวัน ๒ วัน ปัสสาวะ วันละ ๕ - ๖ ครั้งต่อวัน</p>	<p>- ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะ วันละ ๕ - ๖ ครั้งต่อวัน</p>
๔. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	<p>- ไม่ค่อยออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยเพลีย กลัวหกล้ม</p>	<p>- ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย แต่ทำงานด้านการเกษตร</p>

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
๕. การพักผ่อนนอนหลับ	- นอนหลับวันละ ๖-๗ ชม. มักนอนแต่หัวค่ำ แต่ตื่นมากกลางดึกแล้วไม่ค่อยหลับ หลับในตอนกลางวันบ้าง	- นอนหลับวันละ ๖-๘ ชม. เป็นคนนอนหลับง่าย
๖. การรับรู้และสติปัญญา	- รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออก เขียนได้ การศึกษาจบ ป.๔ - มีอาการหลงลืมบ่อยครั้ง	- รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออก เขียนได้ การศึกษาจบ ป.๔ - มีอาการหลงลืม เป็นบางครั้ง
๗. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับว่าเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเรื้อรังระยะที่ ๔	- รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับว่าเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเรื้อรังระยะที่ ๔
๘. บทบาทและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	อาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาว บุตรชายและหลานอีก ๒ คน เป็นหัวหน้าครอบครัวที่บุตรหลานให้ความเคารพ มีภรรยาและบุตรสาวคอยดูแลเรื่องอาหารและดูแลเมื่อเจ็บป่วย	อาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาวและบุตรชายและหลานอีก ๑ คน มีบ้านอยู่ติดกัน มีการไปมาหาสู่และช่วยเหลือกันตลอด
๙. เพศและการเจริญพันธุ์	แต่งงานมีบุตร ๒ คน	แต่งงานมีบุตร ๑ คน
๑๐. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	เมื่อมีปัญหาจะพูดคุยกันในครอบครัว เป็นคนใจเย็น	เป็นคนไม่คิดมาก พยายามพึ่งตัวเอง เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาและบุตรสาวที่อยู่บ้านใกล้กัน
๑๑. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ชอบทำบุญและเชื่อเรื่องบาปบุญ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามประเพณีและเชื่อเรื่องบาปบุญ

การตรวจร่างกาย		
การตรวจร่างกาย	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ลักษณะทั่วไป	ชายไทย รูปร่างท้วม รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่สับสน ท่าทางเหนื่อย เพลีย สีหน้าวิตกกังวล	ชายไทย รูปร่างท้วม รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่สับสน ท่าทางปกติ
สัญญาณชีพ	T= ๓๗ C PR= ๘๒ ครั้ง/ นาที RR = ๒๐ ครั้ง/ นาที BP = ๑๓๘/๘๐ mmHg	T= ๓๖.๘ C PR= ๗๘ ครั้ง/ นาที RR = ๒๐ ครั้ง/ นาที BP = ๑๓๘/๗๒ mmHg
ปอด	การหายใจปกติ no crepitation	การหายใจปกติ no crepitation
หัวใจ	จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงฟู่	ปกติ จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงฟู่
ท้อง	ปกติ คลำไม่พบก้อน	ปกติ คลำไม่พบก้อน
ผิวหนังและเล็บ	ผิวหนังแห้ง ซีด ไม่บวม เล็บแห้ง	ผิวหนังแห้ง ไม่บวม เล็บแห้ง
เยื่อบุเปลือกตา	ซีดเล็กน้อย	ซีดเล็กน้อย
ผลตรวจ ECG	Sinus rhythm with tall peaked T wave	Normal sinus rhythm

การรักษา	
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ASPIRIN ๘๑ MG ๑T X ๑PC	PIOGLITAZONE ๓๐ MG ๑.๕T X ๑PC
HCTZ ๒๕ MG ๑T X ๑PC	GLIPIZIDE ๕ MG ๒T X ๒AC
SIMVASTATIN ๒๐ MG ๑T X ๒PC	METFORMIN ๕๐๐ MG ๑T X ๑PC
AMLODIPINE ๑๐ MG ๑T X ๒PC	AMLODIPINE ๑๐ MG ๑T X ๑PC
GLIPIZIDE ๕ MG ๑T X ๒AC	CALCIUM ๑๐๐๐ MG ๑X๑ MEAL
KALIMATE ๕ MG ๓๐ GM+น้ำ	SODAMINT TAB ๑T X ๒PC
	FOLIC ACID TAB ๕ MG ๑T X ๑PC
	ATENOLOL ๕๐ MG ๑/๒T OD

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ระยะแรกรับ (ก่อนตรวจ)	<p>๑. มีโอกาสเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง</p> <p>๒. มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง</p> <p>๓. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการนอนโรงพยาบาล</p>	<p>๑. ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง</p> <p>๒. มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง</p> <p>๓. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการนอนโรงพยาบาล</p>
ระยะดูแลต่อเนื่อง (ขณะตรวจ)	<p>๑. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง</p> <p>๒. มีภาวะของเสียคั่งเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</p>	<p>เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง</p> <p>๒. มีภาวะของเสียคั่งเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่</p>
ระยะจำหน่าย (หลังตรวจ)	๑. ขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอไตเสื่อม	๒. ขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอไตเสื่อม

การพยาบาลระยะแรกเริ่ม (ก่อนตรวจ)		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษา รายชื่อ ๑	กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษา รายชื่อ ๒
๑. มีโอกาสเกิดภาวะ โพแทสเซียมในเลือดสูง	<p>๑.ซักประวัติ ประเมินอาการแรก รับ ดูแลให้เข้ารับการตรวจก่อน</p> <p>๒.จัดให้นั่งรอรับบริการ บน wheel chair เพื่อความสะดวก ปลอดภัย</p> <p>๓.จัดให้นั่งในโซนใกล้พยาบาลเพื่อ สังเกตอาการและช่วยเหลือได้อย่าง รวดเร็ว</p> <p>๔.ประเมินซ้ำ ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ให้การช่วยเหลือ และรายงานแพทย์ ทันที</p> <p>๕. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่ง ECG และติดตามผลอย่างเร่งด่วน</p>	<p>๑.ซักประวัติ ประเมินอาการแรก รับ ดูแลให้เข้ารับการตรวจก่อน</p> <p>๒.จัดให้นั่งรอรับบริการ บน wheel chair เพื่อความสะดวก ปลอดภัย</p> <p>๓.จัดให้นั่งในโซนใกล้พยาบาลเพื่อ สังเกตอาการและช่วยเหลือได้อย่าง รวดเร็ว</p> <p>๔.ประเมินซ้ำ ถ้ามีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก หายใจ ลำบาก ให้การช่วยเหลือ และรายงาน แพทย์ทันที</p> <p>๕. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่ง ECG และติดตามผลอย่างเร่งด่วน</p>

การพยาบาลขณะตรวจ		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ ๑	กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ ๒
๑. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia)	<p>๑.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เฝ้ารอและ Monitor หลังการให้ยา HAD</p> <p>๒.ประเมินสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก ๑ ชั่วโมงและ/หรือตามความจำเป็นในภาวะวิกฤติ</p> <p>๓.สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก คลื่นไส้อาเจียน</p> <p>๔. ติดตามผล Electrolyte โดยเฉพาะ Serum K หลังให้ยา</p> <p>๕. จำกัดอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง / แนะนำให้งดผัก ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ก๋วยเตี๋ยว มะละกอ แคนตาลูป ส้ม ถั่วต่าง ๆ ดอกกะหล่ำ ใบคะน้า มะเขือเทศ</p>	<p>๑.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เฝ้ารออาการข้างเคียงหลังการให้ยา</p> <p>๒.ประเมินสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก ๑ ชั่วโมง และ/หรือตามความจำเป็นในภาวะวิกฤติ</p> <p>๓.สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก คลื่นไส้อาเจียน</p> <p>๔. ติดตามผล Electrolyte โดยเฉพาะ Serum K หลังให้ยา</p> <p>๕. จำกัดอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง / แนะนำให้งดผัก ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ก๋วยเตี๋ยว มะละกอ แคนตาลูป ส้ม ถั่วต่าง ๆ ดอกกะหล่ำ ใบคะน้า มะเขือเทศ</p>

การพยาบาลหลังตรวจและการวางแผนจำหน่าย		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ ๑	กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ ๒
๑.ขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในการควบคุมโรคเพื่อชะลอไตเสื่อม	<p>๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว</p> <p>๒.ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ควบคุมโรคไม่ได้</p> <p>๓. ชี้ให้เห็นประเด็นปัญหา แนะนำการปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>๔. สอน สาธิตเรื่องอาหารถนอมไต โมเดลอาหารที่มีเกลือมาก การออกกำลังกาย หลากหลายวิธี</p> <p>๕.แนะนำงดผัก ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กล้วย ทูเรียน มะละกอ แคนตาลูป ส้ม ถั่วต่างๆ ดอกกะหล่ำ ใบคะน้า มะเขือเทศ</p>	<p>๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว</p> <p>๒.ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ควบคุมโรคไม่ได้</p> <p>๓. ชี้ให้เห็นประเด็นปัญหา แนะนำการปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>๔. สอน สาธิตเรื่องอาหารถนอมไต โมเดลอาหารที่มีเกลือมาก การออกกำลังกาย หลากหลายวิธี</p> <p>๕.แนะนำงดผัก ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กล้วย ทูเรียน มะละกอ แคนตาลูป ส้ม ถั่วต่างๆ ดอกกะหล่ำ ใบคะน้า มะเขือเทศ</p>
๒.ขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในการควบคุมโรคเพื่อชะลอไตเสื่อม	<p>๑. สอน แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเช่น อาการโคม่าจากน้ำตาลสูงหรือต่ำผิดปกติ</p> <p>๒. นัดเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม CKD camp</p> <p>๓. นัดติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและประสานส่งต่อข้อมูลให้เครือข่าย รพ.สต.เพื่อติดตามเยี่ยมและดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>๑. สอน แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเช่น อาการโคม่าจากน้ำตาลสูงหรือต่ำผิดปกติ</p> <p>๒. นัดเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม CKD camp</p> <p>๓. นัดติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด</p> <p>๔. ประสานส่งต่อข้อมูลให้เครือข่าย รพ.สต.เพื่อติดตามเยี่ยมและดูแลต่อเนื่อง</p>



สรุปการศึกษาเปรียบเทียบ	
ประเด็นการเปรียบเทียบ	การวิเคราะห์กรณีศึกษา
๑.ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย แตกต่างกันเรื่องอายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย อายุมากขึ้น ระยะเวลาการเจ็บป่วยนานทำให้ไตเสื่อมลง กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เหมือนกัน คือ การควบคุมโรคไม่ได้ จากการขาดความรู้และ ความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว
๒.ประวัติการเจ็บป่วย อาการ และอาการแสดง	มีประวัติโรคประจำตัวและควบคุมโรคไม่ได้เหมือนกัน แต่ระยะเวลาเป็นโรค ค่า eGFR ต่างกัน อาการแสดงคล้ายกัน แต่ในรายที่ ๑ มีความรุนแรงกว่า ผล Serum K สูงกว่า ซีพจรค่อนข้างเร็ว ผล ECG มีความผิดปกติ
๓.พยาธิสภาพของโรค	กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีประวัติ CKD Stage ๓ มาด้วยอาการเหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร รายที่ ๑ มีอาการใจสั่น กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรงร่วมด้วย ผล Serum K สูงผิดปกติ ผล ECG รายที่ ๑ พบ Sinus rhythm with tall peaked T wave ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสภาพของการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง
๔.การพยาบาล	-การพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีการให้การพยาบาลที่เหมือนกันคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เฝ้ารวังผลข้างเคียงจากการให้ยา HAD การให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง แตกต่างกันในเรื่องรายละเอียดการดูแล ตนเองที่บ้าน
๕.การประเมินผล การพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ ๑ ได้รับการดูแลรักษาด้วย- Kalimate ๓๐ mg oral ทุก ๔ ชม. x ๔ ครั้ง (ให้ยา ๔ วัน) ๑๐% Calcium gluconate ๑๐ ml. IV push in ๕-๑๐ นาที ๗.๕% NaHCO <sub>3</sub> ๕๐ ml. IV push in ๕ นาที RI ๑๐ Unit with D๕๐W ๕๐ml. ฉีด IV ภายใน ๑ ชม. Serum K ลดลงปกติ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษารายที่ ๒ ได้รับการดูแลรักษาด้วย- Kalimate ๓๐ mg oral ทุก ๔ ชม. x ๔ ครั้ง (ให้ยา ๒ วัน) Serum K ลดลงปกติ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

สรุปกรณีศึกษา	
กระบวนการพยาบาล	บทบาทพยาบาลที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี
<p>ระยะแรกเริ่ม (ก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินอาการฉุกเฉิน ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤติที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย</li> <li>- การรายงานค่าวิกฤติ Lab การแปลผล ECG ได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- การบริหารยาฉุกเฉิน ยา HAD การเฝ้าระวัง Side effect การ Monitor อาการเปลี่ยนแปลง</li> <li>- ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติให้ทราบภาวะวิกฤติที่จะเกิดขึ้น และแนวทางการปฏิบัติตัว</li> </ul>
<p>ระยะหลังตรวจและก่อนจำหน่าย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สรุปปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- สร้างแรงจูงใจ เสริมแรง สนับสนุนการดูแลตนเอง</li> <li>- ประสานทีมสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนจำหน่าย ร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษา</li> <li>- นัดติดตามต่อเนื่อง / กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> <li>- การเชื่อมโยงระบบบริการ ระบบข้อมูลกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง</li> </ul>
<p>ระยะต่อเนื่องในชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สรุปปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- สร้างแรงจูงใจ เสริมแรง สนับสนุนการดูแลตนเอง</li> <li>- ประสานทีมสหวิชาชีพ ร่วมวางแผนจำหน่าย ร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษา</li> <li>- นัดติดตามต่อเนื่อง / กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> <li>- การเชื่อมโยงระบบบริการ ระบบข้อมูลกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง</li> </ul>

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

จากการศึกษาผู้ป่วยชายไทย ๒ ราย เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง จากการวิเคราะห์ พบว่า กรณีศึกษามีพยาธิสภาพของโรคเบาหวานเรื้อรังที่ส่งผลต่อพยาธิสภาพของไต บทบาทของพยาบาลต้องทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และหายจากโรคในที่สุด พยาบาลมีการจัดทำการวางแผนการจำหน่าย ด้วยการใช้นวัตกรรม แนวคิดการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นหลัก DMETHOD และ INHOMESS ที่ให้ความสำคัญกับครอบครัว และเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ เน้นการสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้

บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง พยาบาลต้องสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยสอดคล้องที่กับแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคได้

### ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. พยาบาลผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยนอกด้วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงซึ่งเป็นความซับซ้อนของโรค

๒. มีแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยนอกด้วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ทีมสหวิชาชีพมีความรู้และทักษะการประเมินผู้ป่วยนอกด้วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง และให้การดูแลได้ตามมาตรฐาน

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ความรู้ด้านการพยาบาลที่ได้จากการศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยนอกด้วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ ดังนี้

๑. ด้านการบริหาร เป็นองค์ความรู้ที่สามารถใช้ในการการมอบหมายงานให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยนอกด้วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

๒. ด้านการบริการ เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยนอกด้วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

๓. ด้านวิชาการ เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับเป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ และสามารถถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการให้แก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำความรู้สู่การปฏิบัติ เป็นข้อมูลในการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยนอกด้วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ที่สามารถใช้ได้ทั้งในหน่วยงานการพยาบาลในโรงพยาบาล และภายนอกหน่วยงาน

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาคณิศศึกษาครั้งนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนเพราะ

๑. ด้านการพยาบาล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงนั้น สาเหตุของภาวะนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยเหล่านั้นมีทั้งสามารถคาดการณ์ได้และป้องกันไม่ให้เกิดได้ และที่ไม่สามารถคาดการณ์หรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาได้ทั้งหมด แต่บทบาทของพยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และลดอุบัติเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

๒. ความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง สิ่งที่สำคัญมากจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยแรกเริ่ม วินิจฉัยค้นหาสาเหตุก่อนส่งต่อและให้การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ และ

พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกต้องมีการดูแลที่ครอบคลุมทุกปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วย หากดูแลให้การพยาบาลไม่ครอบคลุมทุกปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการรอคอยการตรวจยาวนานมากขึ้น หากพยาบาลสามารถ early detection ได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที สามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีอาการดีขึ้นได้

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การค้นหาสาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง สามารถทำได้ในระยะแรกรับผู้ป่วย โดยพยาบาล พยาบาลต้องสามารถ early detection ได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที ซึ่งพบว่าหากพยาบาลไม่สามารถ early detection ได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีแทรกซ้อนจากโรคและเสียชีวิตอย่างรวดเร็วได้

๒. การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนระยะเริ่มแรก เช่น อาการบวม น้ำหนักลด น้ำท่วมปอด อาจมีความล่าช้าจากการ early detection เพราะบางครั้งอาการแสดงของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับโรค ผู้ป่วยบางรายที่มีความซับซ้อนของโรคแต่อาการแสดงไม่ชัดเจนทำให้ได้รับการวางแผนการรักษาล่าช้า ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

ถอดบทเรียนจากกรณีศึกษาในครั้งนี้ พบว่า โรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก หากประเมินล่าช้าหรือให้การพยาบาลไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น โดยส่วนใหญ่สาเหตุของโรคนี้เกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นหลัก การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาเบาหวานและยาความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง ลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากโรคไตเรื้อรังได้ ในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำแนวทางให้การพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน เป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน และเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ในโครงการประชุมวิชาการ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI รุ่นที่ ๑” ประเภท Oral presentation ในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ ประสงค์

## ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางเกษมศรี พันธวงศ์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %  
 ๒) ..... สัดส่วนของผลงาน.....  
 ๓) ..... สัดส่วนของผลงาน.....  
 สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติงานนี้ร้อยละ 100  
 ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางเกษมศรี พันธวงศ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

(ผู้ขอประเมิน)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเกษมศรี พันธวงศ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางวิภาภรณ์ สิงห์ทอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล ✓

(ลงชื่อ) 

( นายสาโรช สมชอบ )

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่

(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ✓

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑  
 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง แนวทางให้การพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่

**๒. หลักการและเหตุผล**

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกพบผู้ป่วยประมาณ ๔๑๕ ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ๒๐๔๐ จะพบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น ๖๔๒ ล้านคน<sup>๑</sup> ส่วนในประเทศไทย ปี ๒๕๖๐ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน ๔.๔ ล้านคน คาดการณ์ว่าจะถึง ๕.๓ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๘๓<sup>๒</sup> ส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมา เช่น การเสื่อมของจอประสาทตา ภาวะไตเสื่อม ภาวะปลายประสาทอักเสบ การเกิดแผลที่เท้า และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น<sup>๓</sup> ซึ่ง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด คือภาวะแทรกซ้อนทางไต หรือไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) พบประมาณร้อยละ ๒๕-๔๐<sup>๔</sup> โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ นานกว่า ๑๐ ปี จะเริ่มพบอาการไตเสื่อมประมาณร้อยละ ๓๐-๓๕ และหากมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องก็จะกลายเป็นโรคไตเรื้อรังตามมาได้<sup>๕</sup>

ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต ซึ่งผลจากการเป็นเบาหวานระยะเวลานานทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง<sup>๖</sup> โดยมีสาเหตุมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมถึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยารักษาเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง การใช้ยาสมุนไพร ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียด เป็นต้น<sup>๖</sup> ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มีผลทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็งมีผลทำให้การทำงานของไตค่อยๆ ลดลง และเกิดการเสื่อมลงอย่างถาวร<sup>๗</sup> เมื่อระยะการดำเนินของโรคเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้เกิดภาวะของเสียคั่ง (Uremia) และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง<sup>๘</sup> ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป้าหมายในการดูแลคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้ได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการดำเนินของโรค ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและป้องกันการเสื่อมของไตอย่างถูกต้อง สร้างความรู้ ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง จนสามารถช่วยชะลอการเกิดไตเสื่อมลดการเกิดเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

**วัตถุประสงค์**

๑. เพื่อจัดบริการการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่

๒. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันในการดูแลตนเอง และจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้

### กลุ่มเป้าหมาย

ทีมบุคลากรด้านการพยาบาลที่ให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่  
 ระยะเวลาดำเนินการ  
 เดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน ๒๕๖๗

## ๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

### บทวิเคราะห์

ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) เกิดจากมีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต (Glomerulus basement membrane) และการขยายตัวของหลอดเลือด (Mesangial tissue) ทำให้ความสามารถในการซึมผ่านของหลอดเลือดสูงขึ้น ประสิทธิภาพการกรองของปัสสาวะเสื่อมลง ในระยะแรกจะพบระดับอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) สูงกว่าปกติ ประมาณ ๓๐-๓๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน ทำให้หน่วยกรองของไตเสียไปเรื่อย ๆ การทำหน้าที่ของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง มักพบร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะที่มีอัตราการกรองของไตลดลง มีอาการบวม เกิดภาวะของเสียคั่ง จนเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง<sup>๕</sup>

#### ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน

๑. ระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ คือ ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (HbA๑C หรือ Glycosylated hemoglobin) >๗% ระดับกลูโคสในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง (Plasma glucose) มากกว่า ๙๐-๑๓๐ mg/dL ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีโอกาสที่จะเกิดโรคไตเรื้อรัง มากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ๒.๕๑ เท่า<sup>๖</sup> จะส่งผลให้เกิดอัตราการกรองของไตที่เพิ่มขึ้น มี การเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพของ Glomerular basement membrane หนาตัวขึ้นมีการรั่วของโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะ (Microalbuminuria) ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการทำงานของไตลดลง เกิดภาวะไตเสื่อม

๒. ระดับความดันโลหิตสูง พบว่า มีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อมร้อยละ ๘๙.๗<sup>๗</sup> เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงขึ้นส่งผลให้มีการสูญเสียมวลไต (Nephron mass) ลักษณะเนื้อไตเป็นก้อนขรุขระ (Granular kidney) บริเวณเนื้อไตชั้นนอก (Renal cortex) บางและมีเยื่อพังผืดที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดง หนาตัวขึ้นและรูของหลอดเลือดเล็กลงทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ไตจึงเสื่อมสมรรถภาพ ประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลง<sup>๘</sup>

๓. ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับอายุมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า ๖๐ ปี พบไตวายเรื้อรัง ร้อยละ ๘๒.๖ ซึ่งสัมพันธ์กับการเป็นเบาหวานมานานเกิน ๕ ปีพบไตวายเรื้อรังร้อยละ ๗๖.๙<sup>๙</sup> ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานที่นานขึ้น ๕ ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อมสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็ง (Arteriosclerosis) มีผลให้การทำงานของไตเสื่อมลง<sup>๕</sup> ร่วมกับผู้ป่วยจะเริ่มไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเนื่องจากมียาที่ต้องรับประทานเพิ่มขึ้น มีความรู้สึกว่าการรักษายุ่งยากขึ้นจนเพื่อการรักษา

๔. การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารรสเค็มจะทำให้ไตทำงานหนักเนื่องจากเกิดการคั่งของน้ำในร่างกายทำให้ต้องขับโซเดียมออกโดยปัสสาวะบ่อยๆ อาหารโปรตีนมากจะทำให้เกิดการย่อยสลายโปรตีนแล้วของเสียจะผ่านไตมากทำให้ไตทำงานเพิ่มขึ้น อาหารไขมันสูงจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง

ส่งผลต่อหลอดเลือดตีบแคบทำให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้น และการดื่มน้ำปริมาณน้อยทำให้ปริมาตรเลือดในร่างกายลดลงเกิดภาวะขาดน้ำส่งผลให้เลือดหนืดขึ้นแล้วทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง

๕. พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ได้แก่ ยาสมุนไพรร เช่น ยาต้ม/ หม้อ ยาลูกกลอนหรือโสมและยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) พบว่า ผู้ที่ใช้ยาสมุนไพรมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้ ๓.๙๖ เท่า และผู้ที่ใช้ยา NSAIDs ตั้งแต่ ๒ ครั้งต่อเดือนขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดโรคไตเรื้อรัง ๔.๓๒ เท่าของผู้ที่ไม่ใช้<sup>๕</sup> เมื่อมีการใช้เป็นระยะเวลาานาน ทำให้เกิดยาสะสมที่ไตเนื่องจากการขับออกทางไตลดลงและมีการสังเคราะห์โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ลดลงทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมส่งผลเกิดอาการบวมและความดันโลหิตสูงทำให้การไหลเวียนเลือดสู่ไตลดลงรวมทั้งยาต้านการอักเสบจะทำให้เลือดคั่งเกิดอาการบวมทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงส่งผลต่อไตเสื่อม

๖. การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ สารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว จะส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด เลือดไหลไปยังอวัยวะส่วนปลายได้น้อยลง จะทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดในไตลดลง ส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงทำให้ไตสูญเสียคุณสมบัติการกรองและการดูดซึมกลับสารต่างๆ มีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะมากขึ้น และในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ จะส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยไตและทำให้ไตเสื่อมลง<sup>๕</sup> ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นตัวเร่งให้ร่างกายขับน้ำออกจากร่างกาย ทำให้ไตทำงานเพิ่มขึ้น

๗. ภาวะอ้วนจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) สูง ความอ้วนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า ๓๐ กิโลกรัมต่อตารางเมตร เนื่องจากเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือด จะส่งผลต่อหน่วยไตต้องรับภาระการกรองเพิ่มขึ้นจึงเกิดไตเสื่อมตามมา

๘. การไม่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมแต่ต้องไม่รุนแรงและไม่เหนื่อยจนเกินไป เช่น การเดิน การบริหารร่างกายชนิดที่อยู่กับที่ ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้นสุขภาพแข็งแรงกว่าเดิม การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมน้ำหนักและลดปริมาณไขมันไม่ดีได้ เพิ่มการเผาผลาญอาหาร ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มการตอบสนองต่ออินซูลิน (Insulin sensitivity) ดีขึ้น และลดการเกิดภาวะไตเสื่อม

### แนวคิด

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ และเป็นเบาหวานมานานเกิน ๕ ปี ปัจจัยเสี่ยงของเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานมีหลายสาเหตุ มีความแตกต่างกันแต่ละบุคคล และเมื่อเกิดไตจะเสื่อมมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้ายของโรคจะทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมของตนเพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งพยาบาลควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงเริ่มแรก มีการคัดกรองและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันและการบำบัด รักษา การปฏิบัติตนเองในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม สามารถเพิ่มอัตราการกรองไตและชะลอการเสื่อมของไตได้ ป้องกันผลกระทบจากการเกิดโรคที่ตามมา กลไกการเกิดภาวะไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะส่งผลเสียต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกายส่งผล ต่อหลอดเลือดฝอยที่ไต น้ำตาลที่สะสมในผนังหลอดเลือดมาเป็นระยะเวลาานานจนทำให้หลอดเลือดตีบและอุดตัน ส่งผลให้



ประสิทธิภาพในการกรองของเสียออกจากร่างกายลดลง จึงพบการรั่วของโปรตีนที่ปน ออกมากับปัสสาวะ ด้วย ประสิทธิภาพในการทำงานของไตน้อยลง เกิดความดันและการคั่ง ของน้ำปัสสาวะ ในทางเดินปัสสาวะ จนทำให้ไตถูกทำลายในที่สุด บทบาทที่สำคัญของพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ คือต้องให้การพยาบาลเพื่อการตรวจวินิจฉัยภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกมาตรวจตามนัด โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะสุขภาพดังต่อไปนี้<sup>๕</sup>

๑. มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA๑C) มากกว่าร้อยละ ๗
๒. มีระดับน้ำตาลในเลือด (พลาสมา) หลังอดอาหารเข้ามามากน้อย ๘ ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG) มากกว่า ๑๓๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
๓. มีความดันโลหิตสูงมากกว่า ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท
๔. ตรวจพบค่า Urinary Albumin to Creatinine Ratio (UACR) มากกว่า ๓๐๐ มิลลิกรัม/กรัม ของ Creatinine (Macroalbuminuria)
๕. ตรวจพบค่า Urinary Albumin to Creatinine Ratio (UACR) ๓๐-๓๐๐ มิลลิกรัม /กรัม Creatinine (Microalbuminuria) ร่วมกับ ๑ ใน ๒ ข้อต่อไปนี้
  - ๕.๑ ตรวจตาพบ Diabetic retinopathy
  - ๕.๒ ระยะของการเป็นเบาหวานมากกว่า ๑๐ ปี ขึ้นไป ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑
๖. ระดับไขมัน Low Density Lipoprotein (LDL) มากกว่า ๑๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
๗. ระดับไขมัน High Density lipoprotein (HDL) น้อยกว่า ๔๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
๘. ระดับไขมัน Triglyceride มากกว่า ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
๙. Blood Urea Nitrogen (BUN) (ค่าปกติ ๖-๒๐ mg/dL) และ Serum creatinine (ค่าปกติ ๐.๑-๑.๔ mg/dL) เมื่อค่า BUN และ Serum creatinine สูงกว่าค่าปกติ แสดงว่ามีความผิดปกติการทำงานของไต
๑๐. ค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ต่ำกว่า ๖๐ มิลลิิตรต่อนาที

#### ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การชะลอความเสื่อมของไต เป็นการช่วยประคับประคองการทำหน้าที่ของไต เพื่อให้ไตส่วนที่ยังดีอยู่คงความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำ การบำบัดทดแทนไต ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้นานขึ้น การดำเนินของโรคเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การไม่มาตรวจตามแพทย์นัด การลืมรับประทานยาหรือใช้สมุนไพรหรือยาอื่นร่วมด้วยโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ดังนั้นผู้ศึกษาเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล เชียงใน มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล จึงขอเสนอแนวทางให้การพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล เชียงใน ดังนี้

๑. บทบาทพยาบาลการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันไม่ให้อาการเบาหวานเกิดโรคไตเรื้อรัง<sup>๑๐</sup> ตั้งแต่เริ่มป่วยเป็นเบาหวานและเริ่มมีอาการไตเสื่อม ในระยะที่ ๑ อัตราการกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐ และระยะที่ ๒ อัตราการกรองของไต ลดลงร้อยละ ๖๐-๙๐ เป็นการค้นหาและคัดกรอง ควบคุมกับปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เป็นการควบคุม

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และกำจัดปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดไตเสื่อม แนวทางให้การพยาบาลคือพยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

๑.๑ การซักประวัติและค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น ประวัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HgbA๑C) และระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FPG) การควบคุมระดับความดันโลหิต ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วนจากดัชนีมวลกายสูง และการออกกำลังกาย

๑.๒ การตรวจร่างกายตามระบบประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย อาการขาอาการบวม ลักษณะสีปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นฟอง หากพบความผิดปกติพิจารณาส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยระยะของโรคไตเรื้อรัง

๑.๓ การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยประเมินค่าอัตราการกรองไต (GFR) และตรวจหาค่าอัลบูมินในปัสสาวะปีละ ๑ ครั้ง เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกราย

๑.๔ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถชะลอความเสื่อมไตได้

๒. บทบาทพยาบาลในการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) การป้องกันระดับทุติยภูมิเป็นการป้องกันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ที่มีการเสื่อมของไตมากกว่าครึ่งแล้วเพื่อป้องกันไม่ให้อาการของไตลดลง<sup>๑๐</sup> ในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงเหลือร้อยละ ๓๐-๕๙ เป็นการค้น หาบุคคลที่มีไตเสื่อมจากกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ ๒ เพื่อวินิจฉัยการเข้าสู่ภาวะไตเสื่อมระยะที่ ๓ โดยเร็วที่สุดเมื่อเกิดโรคและส่งผลให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคไตตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการสนับสนุนการรู้จักตนเอง สร้างความตระหนักและสร้างแรงจูงใจในการชะลอไตเสื่อม จากเบาหวาน พัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการตนเองและลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง<sup>๑๑</sup> แนวทางให้การพยาบาลคือพยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

๒.๑ การตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจค่าครีเอตินีน (Creatinine) และคำนวณค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ตรวจปัสสาวะ Urine Protein Creatinine Ratio (UPCR), Potassium, Calcium, phosphate ทุก ๖ เดือน

๒.๒ การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะซีด ภาวะไม่สมดุล ของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

๒.๓ การให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานจะต้องมีแนวทางในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม ดังนี้

๒.๓.๑ การเลือกอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index: GI) ต่ำหรือน้อยกว่า ๕๕ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด อาทิ ผัก ผลไม้ที่รสหวานน้อย ธัญพืชต่าง ๆ ขนมปังโฮลวีท เป็นต้น อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ควรเป็นหมู่แป้งปลอดโปรตีน ได้แก่ วุ้นเส้น ก๋วยเตี๋ยว ขนมเซียงไฮ้ ซาหรึม สาคุ<sup>๑๒</sup>

๒.๓.๒ การจำกัดอาหารโปรตีน จำกัดโปรตีน ๐.๖-๐.๘ กรัมต่อน้ำหนัก ๑ กิโลกรัม เพื่อลดปริมาณของของเสีย (Urea) ในกระแสเลือด เน้นเนื้อปลาและไข่ขาว

๒.๓.๓ การจำกัดอาหารที่มีไขมันสูง เลือกอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น ไข่ขาว นมพร่องไขมัน เนื้อปลาโดยเฉพาะปลาทะเลน้ำลึก เช่น ปลาทู ปลาซาบะ ปลาทูน่า เป็นต้น ลดไขมันชนิดอิ่มตัวหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมาก เช่น เครื่อง ในสัตว์ อาหารทะเล ไข่แดง กะทิ เนยขาว เนยแท้ และเนยเทียม เลือกใช้น้ำมันรำข้าวในการประกอบอาหาร ซึ่งควรใช้ในปริมาณเพียงเล็กน้อย

๒.๓.๔ การจำกัดเกลือและโซเดียมไม่เกิน ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน ลดการรับประทานเกลือแกงน้อยกว่า ๓ ช้อนชาต่อวันหลีกเลี่ยงการปรุงรสเพิ่ม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดองเนื่องจากโซเดียมจะดึงสารน้ำให้คั่งอยู่ในร่างกายมาก เป็นเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น<sup>๕</sup> การจัดการอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจะช่วยชะลอการทำลายการทำงานของไตส่วนที่ยังเหลืออยู่ให้เป็นไปอย่างช้าๆ ยืดระยะเวลาในการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตออกไปให้นานที่สุด

๒.๔ การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยควบคุมน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระหว่าง ๑๘.๕-๒๔.๙ กิโลกรัมต่อตารางเมตร<sup>๕</sup> เน้นการออกกำลังกายผสมผสานทั้งแบบยืดหยุ่นและแบบมีแรงต้าน หรือแบบแอโรบิค หลีกเลี่ยงกีฬาที่มีการปะทะ อย่างน้อย ๓๐ นาทีต่อวัน และเป็นเวลาอย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์

๒.๕ การส่งเสริมให้รับประทานยาต่อเนื่องและถูกต้อง ตามแผนการรักษา งดการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs, Cox-๒, Antifungal ระวังการใช้ยาในกลุ่ม Amiglycoside อาหารเสริมและสมุนไพรที่มีผลต่อไต<sup>๑๑</sup>

๒.๖ การให้คำแนะนำการงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่

๒.๗ การประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

๓. บทบาทพยาบาลในการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) การป้องกันระดับตติยภูมิเป็นการป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ ๔ อัตราการกรองของไตลดลงเหลือร้อยละ ๑๕-๒๙ และระยะที่ ๕ ที่มีทำงานของไตลดลงอย่างมาก มีอัตราการกรองของไตเหลือน้อยกว่าร้อยละ ๑๕<sup>๑๑</sup> เพื่อชะลอการเกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งให้คำปรึกษาเมื่อได้รับการบำบัดทดแทนไต พยาบาลมีบทบาท ดังนี้

๓.๑ การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจเลือดได้แก่ CBC, BUN, Cr, eGFR, Electrolyte, FBS, HbA๑C, Serum albumin, Lipid profile ตรวจปัสสาวะ Urine Protein Creatinine Ratio (UPCR), Potassium, Calcium, Phosphate ทุก ๓ เดือน

๓.๒ การประเมินอาการแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน อาการบวม เหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร โรคติดเชื้อ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง รวมทั้งอาการทางด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น

๓.๓ เน้นการควบคุมเรื่องอาหารและปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มและน้ำดื่มอย่างเคร่งครัด เนื่องจากมีของเสียคั่งในกระแสเลือด (Uremic) ดังนี้

๓.๓.๑ การจำกัดอาหารโปรตีน ปริมาณ ๐.๖ กรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม รับประทานโปรตีนที่มีคุณภาพสูง ได้แก่ เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป ผู้ป่วยที่มีฟอสฟอรัสในเลือดมากกว่า ๕.๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลีกเลี่ยงนมทุกชนิด ไข่แดง โปรตีนจากถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม ที่มีสีเข้ม ได้แก่ ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมสีเข้ม ฝักระวังอาการของภาวะน้ำเกิน จำกัดน้ำดื่ม (ปริมาณน้ำดื่มที่สามารถดื่มได้ คือ ปริมาณปัสสาวะจากวันก่อนบวก ๕๐๐ มิลลิลิตร)

๓.๓.๒ การลดการรับประทานอาหารรสหวานและให้รับประทาน อาหารที่มีค่า GI ต่ำ ได้แก่ ข้าวสวย เส้นก๋วยเตี๋ยว วุ้นเส้น สาหร่าย และควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ขนมปัง เผือก มัน ข้าวโพด และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลสูง ได้แก่ น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำสมุนไพรผสมน้ำตาล เครื่องดื่มชูกำลัง

๓.๓.๓ การจำกัดอาหารที่มีโพแทสเซียม งดกินผักผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น มะละกอ กล้วย ส้ม, มันฝรั่ง, หน่อไม้, อะโวคาโด, มะเขือเทศ, ฟักทอง, พรุณ, ลูกเกตและผลไม้แห้งชนิดต่างๆ เป็นต้น

๓.๓.๔ การจำกัดเกลือในอาหาร โดยลดการปรุงเพิ่ม เลิกการใช้ผงชูรส หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารอาหารแปรรูป หลีกเลี่ยงอาหารจานด่วน

๓.๓.๕ จำกัดอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง

๓.๔ การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ควรเป็นการออกกำลังกายเบาๆ และทำอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์ เช่น การออกกำลังกายในร่ม การเดิน ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เป็นต้น และสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการควบคุมน้ำหนักควรเดินให้นานขึ้นกว่าเดิมอย่างน้อย ๒๐-๓๐ นาที<sup>๒</sup>

๓.๕ การให้คำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการบำบัดทดแทนไตแบบต่างๆ ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) แก่ผู้ป่วยทุกราย และส่งพบอายุรแพทย์ไตเพื่อรับการบำบัดทดแทนไตตามความเหมาะสม<sup>๓</sup>

๓.๖ ประสานงานกับทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเภสัชกร นักโภชนาการบำบัด นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

ข้อจำกัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญ คือ การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานโดยสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี แนวทางแก้ไขคือ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อชะลอความเสื่อมของไต คือ ค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรก และดูแลให้ได้รับการรักษาในระยะแรก ให้ความรู้เรื่องโรคไตจากเบาหวาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีค่าใกล้เคียงปกติ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเสื่อมของไต โดยพยาบาลจะต้องมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ได้ ตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่วินิจฉัยเริ่มแรก และมีการประยุกต์ความรู้เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยให้เหมาะสมเฉพาะราย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ และมีการชะลอความเสื่อมของไต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแนวทางให้การพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่

๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อม

๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการโภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายได้ สามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๓. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่มารับบริการมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่

**๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อม ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
๒. ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเอง และจัดการกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่ป่วย
๓. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

(ลงชื่อ) .....

(นางเกษมศรี พันธุ์วงศ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

## เอกสารอ้างอิง

๑. Anastasi JK, Klug C. Diabetic peripheral neuropathy: Person-centered care. *Nursing* ๒๐๒๑; ๕๑(๔):๓๔-๔๐.
๒. สำนักข่าว Hfocus. โรคเบาหวานในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๒ [เข้าถึงเมื่อ ๑๑ ธ.ค. ๒๕๖๖]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/๒๐๑๙/๑๑/๑๘๐๓๑>
๓. Sloan G, Shillo P, Selvarajah D, Wu J, Wilkinson ID, Tracey I, et al. A new look at painful diabetic neuropathy. *Diabetes Res Clin Pract* ๒๐๑๘;๑๔๔:๑๗๗-๘๑. doi: ๑๐.๑๐๑๖/j.diabres.๒๐๑๘.๐๘.๐๒๐.
๔. Ibrahim, W. K., & Miky, S. F. Diabetes Self-management Education Program among Patients at Risk for Diabetic Nephropathy. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*. ๒๐๑๙; ๖(๓): ๓๘๓-๙๕.
๕. วรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุภาพ, วลัยนารี พรหมลา. บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. *วารสารศูนย์อนามัยที่ ๙* ๒๕๖๔;๑๕(๘):๔๕๖-๔๖๘.
๖. ศิริลักษณ์ ฤงทอง. การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลทหารบก* ๒๕๖๐;๑๘(พิเศษ):๑๗-๒๔.
๗. นุสรรา วิโรจนภูมิ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิชาการแพทย์เขต ๑๑* ๒๕๖๐;๓๑(๑):๔๑-๘.
๘. ทวี ศิลารักษ์ , ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล, วิริทธิ์ กิตติพิชัย. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* ๒๕๖๓:๔๐(๒):๑๐๙-๒๑.
๙. อัจฉรา เจริญพิริยะ, อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, งามจิต คงทน. ความชุกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *Region ๑๑ Medical Journal* ๒๕๕๙;๓๑(๑):๗๓-๘๒.
๑๐. สุรัสวดี พนมแก่น, ปราณี แสดคง, สมใจ เจียรพะงษ์, จรรยา คนใหญ่. บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* ๒๕๖๓;๓๔(๔):๑๔-๘.
๑๑. สิริندا ศรีจงใจ, ชินตา เตชะวิจิตรจารุ , สุจินตนา พันธุ์กล้า, วารี วัฒนชัยกุล. บทบาทพยาบาลในการชะลอโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. *วารสารการพยาบาลและสาธารณสุข* ๒๕๖๓;๑๔(๓):๑-๙.
๑๒. จันจิรา หินขาว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, สุนทรี เจียรวิทยกิจ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ ๓. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี* ๒๕๖๒;๓๐(๒):๑๘๕-๒๐๒.
๑๓. รสสุคนธ์ วาริตสกุล. การจัดการอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. *วารสารพยาบาลทหารบก* ๒๕๕๗;๑๕(๑):๒๒-๙.

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖ - สิงหาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

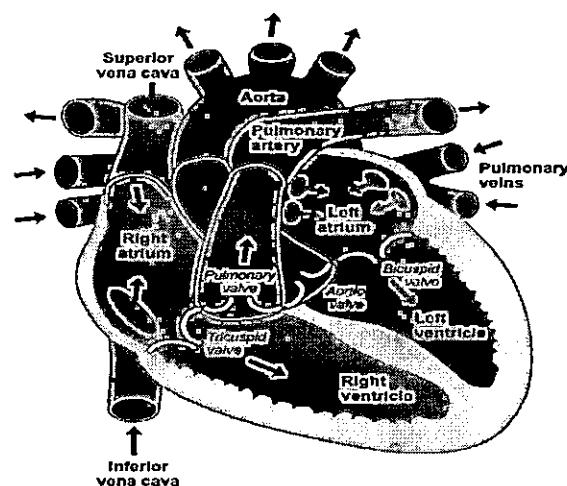
### โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ( Acute Myocardial Infarction)

กายวิภาคและสรีรวิทยาของหัวใจ

หัวใจของผู้ใหญ่มีน้ำหนักประมาณ ๒๕๐-๓๕๐ กรัม เป็นอวัยวะที่อยู่ใน mediastinum และอยู่ติดกันกับปอด อยู่ตรงตำแหน่งกระดูกสันหลังส่วนอก (thoracic vertebrae) ที่ ๕-๘ หัวใจถูกห่อหุ้มด้วยเยื่อหุ้มหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจจะทำการหดและคลายตัวเพื่อทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ รูปร่างของหัวใจห้องล่างซ้ายจะเป็นทรงรีลงเมื่อเทียบกับฐานหัวใจความยาวของหัวใจผู้ใหญ่โดยเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๒ ซม. ตั้งแต่ฐานจนถึง apex

หน้าที่หลักของระบบหลอดเลือดและหัวใจคือการขนส่งเลือดที่มี oxygen และสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อทุกส่วนของร่างกาย ทำหน้าที่อย่างต่อเนื่องไม่มีการหยุดพัก โดยเฉลี่ยหัวใจเต้นประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ ครั้งต่อวัน และทำหน้าที่สูบฉีดเลือดออกจากหัวใจมากกว่า ๗,๐๐๐ ลิตรต่อวัน โดยหัวใจมีทั้งหมด ๔ ห้อง ได้แก่ หัวใจห้องบนขวา (Right atrium) หัวใจห้องบนซ้าย (Left atrium) หัวใจห้องล่างขวา (Right ventricle) และ หัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) ระหว่างหัวใจซีกขวาและซีกซ้ายมีผนังกัน เรียกว่า septum ได้แก่ interatrial septum กันระหว่างหัวใจห้องบนขวากับห้องบนซ้ายและ interventricular septum กันระหว่างหัวใจห้องล่างขวากับห้องล่างซ้าย หัวใจห้องบนรับเลือดที่ไหลกลับมาจากส่วนต่างๆ ของร่างกายหรือปอด แล้วส่งต่อไปยังหัวใจห้องล่างซ้ายซึ่งทำหน้าที่บีบตัวไล่เลือดออกจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดไปยังปอดหรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย (กรองกาญจน์ ชูทิพย์, ๒๕๖๑)

เมื่อพิจารณาการทำงานของหัวใจและวงจรการไหลเวียนของเลือด จะเห็นได้ว่าหัวใจ เสมือนมีเครื่องสูบลม ๒ เครื่อง (double pump) ได้แก่ เครื่องสูบลมซีกขวา (right pump) และเครื่องสูบลมซีกซ้าย (left pump) ที่ทำงานไปพร้อมๆกัน การทำงานของหัวใจซีกขวาเริ่มต้นเมื่อเลือดที่มีออกซิเจนต่ำและคาร์บอนไดออกไซด์สูง ไหลเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาโดยผ่านทางหลอดเลือดดำใหญ่ คือ superior vena cava ที่นำเลือดดำจากร่างกาย เมื่อเลือดเข้าสู่ pulmonary artery ไปแลกเปลี่ยนแก๊สที่ปอดเพื่อขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกและรับออกซิเจนเข้าสู่เลือด ส่วนการทำงานของหัวใจซีกซ้ายเริ่มต้นเมื่อเลือดที่มีออกซิเจนสูงและคาร์บอนไดออกไซด์ต่ำจากปอดผ่านมาทางหลอดเลือด pulmonary vein ลงสู่หัวใจห้องบนซ้ายและห้องล่างซ้ายตามลำดับจากนั้นหัวใจห้องล่างซ้ายจึงบีบตัวไล่เลือดเข้าสู่หลอดเลือดแดง aorta เพื่อไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกาย (กรองกาญจน์ ชูทิพย์, ๒๕๖๑)



ภาพที่ ๑ โครงสร้างหัวใจและการไหลเวียนเลือด

(ที่มา: <https://www.pinterest.com/pin/๔๒๐๑๐๑๔๗๑๕๐๖๒๔๒๕๓๒/>)

## หลอดเลือดหัวใจ

หัวใจจะมีหลอดเลือดใหญ่ที่นำเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกาย และมีหลอดเลือดใหญ่ที่รับเลือดเพื่อนำไปพอกที่ปอด ได้แก่

๑. หลอดเลือดแดงเอออร์ตา (Aorta) เป็นหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ที่สุด รับเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายส่งไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นสูง ทำให้รับความดันโลหิตที่สูงและมีการหดกลับคืน ช่วยให้เลือดไปยังส่วนต่างๆ ได้ดี จะแยกเป็นหลอดเลือดแดงรอง ก่อนที่จะเป็นหลอดเลือดแดงฝอย บริเวณโคนของหลอดเลือดแดงใหญ่จะมีรูเปิดเป็นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เรียกว่าหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งจะแยกเป็นหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้ายและหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านขวา

๒. หลอดเลือดแดงพัลโมนารี (Pulmonary artery) เป็นหลอดเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างขวา ทำหน้าที่รับเลือดดำจากหัวใจส่งไปพอกที่ปอด หลอดเลือดแดงพัลโมนารีจะแยกออกเป็นหลอดเลือดแดงพัลโมนารีซ้ายและขวา แยกไปพอดซ้ายและขวาก่อนจะแยกเป็นหลอดเลือดที่เล็กลงจนเป็นหลอดเลือดฝอย

๓. หลอดเลือดดำซูพีเรียและอินฟีเรีย (Superior and Inferior venacava) เป็นหลอดเลือดดำใหญ่ที่รับเลือดจากหลอดเลือดดำขนาดเล็กกว่า เพื่อส่งเลือดกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา รวบรวมส่งหลอดเลือดเข้าสู่หัวใจห้องล่างขวาก่อนสูบฉีดไปพอกที่ปอด

๔. หลอดเลือดดำพัลโมนารี (Pulmonary vein) ทำหน้าที่รับเลือดที่พอกแล้วจากปอดรวบรวมกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนซ้าย เพื่อรวบรวมส่งเลือดเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายก่อนสูบฉีดไปเลี้ยงร่างกาย หลอดเลือดแดงโคโรนารี

หลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary arteries) มีรูเปิดอยู่ที่บริเวณโคนของหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (Aortic root) บริเวณ sinus of valsalva มี ๒ เส้นใหญ่ คือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้ายและหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านขวา โดยหลอดเลือดจะวางอยู่บนชั้นผิว (Epicardium surface) แล้วแตกแขนงย่อยเข้าไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardium) โดยมีรายละเอียดดังนี้

### ๑. หลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้าย (Left coronary artery: LCA) แบ่งออกเป็น

๑.๑ หลอดเลือดใหญ่ส่วนต้น (Left main: LM) แยกออกจากหลอดเลือดเอออร์ต้ายาวประมาณ ๑ เซนติเมตร หอดตัวไประหว่างหัวใจห้องบนซ้ายและหลอดเลือดใหญ่ของปอด (Pulmonary trunk) แล้วแยกออกเป็นหลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายหน้าและด้านซ้ายข้าง

๑.๒ หลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายหน้า (Left anterior descending: LAD) แยกออกจากหลอดเลือดใหญ่ส่วนต้นแล้วทอดไปตามหัวใจด้านหน้าจนถึงปลายหัวใจ (Apex) หลอดเลือด LAD ทำหน้าที่ supply กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณ anterior wall of ventricle และ anterior ventricular septum โดยหลอดเลือด LAD จะวิ่งไปตาม interventricular groove โดยแตกแขนงให้ septal perforator branch เข้าไปใน anterior ventricular septum นอกจากนี้ หลอดเลือด LAD ยังแตกให้แขนงใหญ่ที่ชื่อว่า diagonal artery (DG) ประมาณ ๒-๓ เส้น บริเวณ anterior ventricular wall

๑.๓ หลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายข้าง (left circumflex: LCX) แยกออกจากหลอดเลือดใหญ่ส่วนต้นแล้วทอดไปตามฐานของหัวใจห้องบนซ้าย (Left atrioventricular groove) ลงไปยังด้านข้างและด้านหลังของปลายหัวใจ แตกแขนงให้หลอดเลือดที่ชื่อว่า obtuse marginal (OM) ประมาณ ๒-๓ เส้น

๒. หลอดเลือดหัวใจด้านขวา (right coronary artery: RCA) เป็นหลอดเลือดที่ออกจาก Right coronary ostium จะวิ่งไปตาม Right atrioventricular groove ที่ส่งเลือดไปเลี้ยงทอดลงด้านข้างระหว่างหัวใจห้องบนขวากับห้องล่างขวาลงไปด้านล่างของหัวใจ แตกแขนงชื่อ acute marginal branches โดยส่วนใหญ่ของประชากรทั่วไป ประมาณร้อยละ ๙๐ RCA จะให้แขนงปลายเป็น posterior descending artery (PDA) ไปเลี้ยงบริเวณส่วน posterior ventricular septum และ posterolateral artery (PL) เรียกว่า Right dominant (มีเพียงร้อยละ ๑๐ ของประชากรที่ PD, PL แตกมาจาก circumflex artery เรียกว่า Left dominant) สำหรับหลอดเลือดที่เลี้ยง sinoatrial node มาจาก Right coronary system ร้อยละ ๖๐ ที่เหลือมาจากด้านซ้าย ส่วนหลอดเลือดที่เลี้ยง Atrioventricular node ขึ้นกับด้านที่เป็น dominant side



### หลอดเลือดดำ

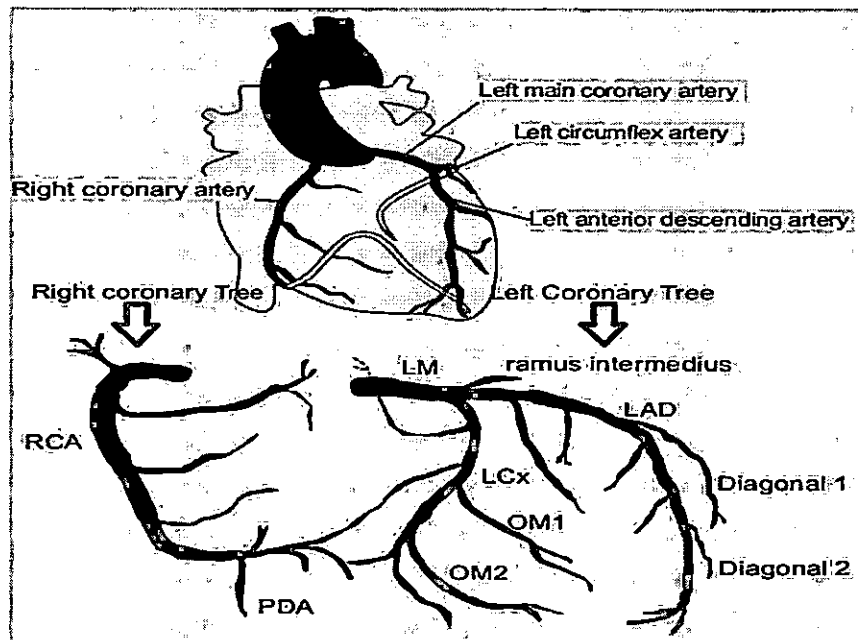
ส่วนใหญ่หลอดเลือดดำแขนงต่างๆ จะไหลลง สู่ coronary sinus เพื่อเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ประกอบด้วย

๑. Great cardiac vein เริ่มจาก apex ทอดขึ้นไปตาม anterior interventricular sulcus โดยรับเลือดจากหัวใจห้องบนซ้ายและขวา

๒. Middle cardiac vein เริ่มจาก apex ทอดขึ้นไปตาม posterior interventricular sulcus โดยรับเลือดจากหัวใจห้องล่างซ้าย

๓. Small cardiac vein เริ่มใกล้กับ apex ทอดไปตามขอบล่างด้านขวาของหัวใจ เพื่อรับเลือดดำจากหัวใจห้องบนขวาแล้ววกไปทางด้านหลังของหัวใจทอดตัวอยู่ใน coronary sulcus

๔. Oblique vein of left atrium เป็นหลอดเลือดขนาดเล็กที่อยู่ทางด้านหลังของหัวใจห้องบนซ้าย



รูปที่ ๒ หลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

(ที่มา: <https://www.pinterest.com/pin/๓๑๑๗๓๔๒๒๔๑๕๔๒๔๔๘๐/>)

### โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

#### ความหมาย

โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือดมีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบร้อยละ ๕๐ หรือ มากกว่าอาการสำคัญ ที่พบได้บ่อยเช่น

อาการเจ็บเค้นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย เป็นลม หมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน สามารถแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกได้ ๒ กลุ่ม คือ ภาวะเจ็บเค้นอกคงที่ (Stable angina) และภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ , ๒๕๕๗ )

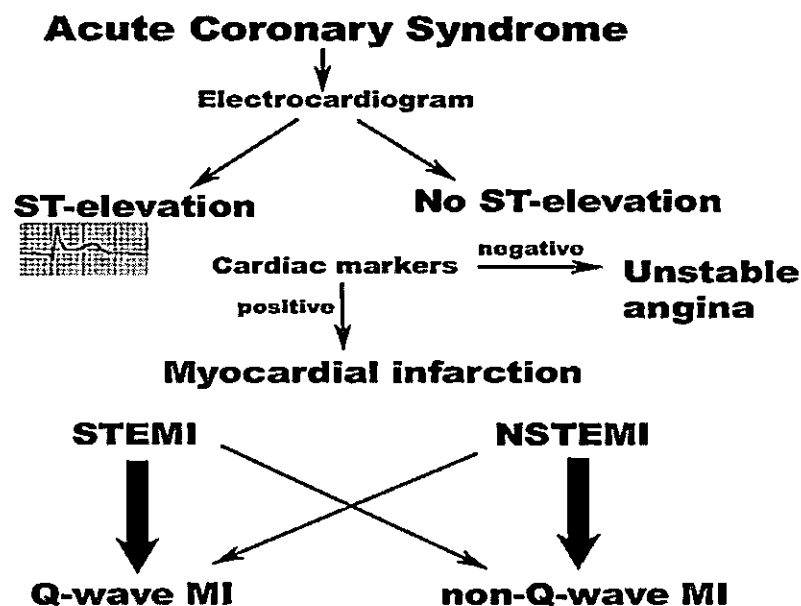
### ชนิดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งเป็น ๓ ลักษณะจากการวินิจฉัยโดยใช้การตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นหลัก (สุนันทา ครองยุทธ, วิจิตรา กุสุมภ์, ๒๕๖๕) ดังนี้

๑. ST elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย ๒ Lead ที่ต่อเนื่องกัน และพบ Cardiac biomarkers เพิ่มสูงขึ้น

๒. Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion และพบ Cardiac biomarkers เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Q-wave

๓. Unstable angina [UA] เป็นกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นในขณะที่พักหรือหัวใจทำงานหนัก เช่น มีภาวะเครียด นอนหลับไม่เพียงพอ หรือมีอาการขณะออกกำลังกายโดยคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST segment elevation แต่มี ST segment depression หรือ T wave inversion และ Cardiac biomarkers มีระดับปกติ



ภาพที่ ๓ ชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ที่มา: [https://en.wikipedia.org/wiki/Acute\\_coronary\\_syndrome#/media/File:ACS\\_scheme.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/Acute_coronary_syndrome#/media/File:ACS_scheme.jpg)

### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (Risk factor)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมีดังนี้ (ดวงกมล วัตรธาตุย์, ปัทมา พิระพันธ์, ๒๕๕๘)

๑. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factors) มีดังนี้

เพศและอายุ พบว่า เพศชายอายุ ๓๕-๔๕ ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่าเพศหญิง ๕-๖ เท่า ในช่วงอายุเดียวกัน และอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะใกล้เคียงกันในช่วงอายุมากกว่า ๕๕ ปี เนื่องด้วยเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้โดยทั่วไปเพศชายมักเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนอายุ ๔๐ ปี และเพศหญิงมักเกิดในอายุมากกว่า ๕๕ ปี

พันธุกรรม พบว่า เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเนื่องจากผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเกิดโรค มีโอกาสที่จะเกิดโรคนี้ได้ตั้งแต่อายุยังน้อยมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติทางพันธุกรรมในครอบครัว (เพศชายอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี และเพศหญิงอายุน้อยกว่า ๖๕ ปี)

## ๒. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ (Modifiable risk factors) มีดังนี้

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคที่ทำให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย มีผลทำให้การเผาผลาญไขมันในเลือดผิดปกติ เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง

ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบแข็งขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง ๗ เท่า

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากความดันโลหิตสูง มีผลทำให้ Endothelial cell ในผนังหลอดเลือดเกิดการฉีกขาดมากขึ้น เป็นสาเหตุการตายอย่างกะทันหันสูงถึง ๒ เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกตินอกจากนี้ยังเชื่อว่าผู้ที่มีความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกที่สูงกว่า ๑๔๐/๘๕ มิลลิเมตรปรอท โดยเฉพาะในบุคคลที่มีค่าไดแอสโตลิกที่สูงกว่า ๘๐ มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้สูงกว่าบุคคลที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ปกติ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) ไขมันในเลือดบางชนิดที่เพิ่มขึ้นมีการสะสมในหลอดเลือดจำนวนมาก ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ไขมันในเลือดมี ๒ ประเภทคือ ไขมันดีและไขมันเลว ไขมันดี คือ ไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein [HDL]) และไขมันเลว ได้แก่โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein [LDL]) โดย LDL ที่เพิ่มขึ้น ๑ mg/dL จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถึงร้อยละ ๒ - ๓ นอกจากนี้พบว่า ระดับโคเลสเตอรอลที่มากกว่า ๒๐๐ mg/dL และระดับไตรกลีเซอไรด์ที่มากกว่า ๑๕๐ mg/dL เป็นปัจจัยเพิ่มความรุนแรงของการเกิดโรค ในขณะที่ระดับของHDL ที่สูงกว่า ๓๕ mg/dL ช่วยป้องกันการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัวได้ดี ดังนั้นการควบคุมระดับ LDL และระดับไตรกลีเซอไรด์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดียิ่งขึ้น

ภาวะอ้วน (Obesity) และอ้วนลงพุง จากการศึกษาของสมาคมโรคหัวใจของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) มากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐ กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่าเป็นโรคอ้วน โดยจะมีทั้งระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยเฉพาะระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

กิจกรรมทางกายน้อย (Physical inactivity) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายและสุขภาพของหัวใจมีความแข็งแรงมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดหัวใจขยาย ช่วยเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี เพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดปริมาณไขมันเลวและเพิ่มไขมันดี ช่วยลดการจับตัวของไขมันตามผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารีช่วยป้องกันการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ หากบุคคลขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การสูบบุหรี่ (Smoking) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูง ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่ทางตรงหรือทางอ้อม ที่สำคัญ คือ ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ ยิ่งสูบบุหรี่นาน โอกาสการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่วันละ ๑ ซองขึ้นไป มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ถึง ๒ เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ไปกระตุ้นสมองและต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งสารต่างๆ ได้แก่ Noradrenaline, Dopamine, Serotonin ทำให้เซลล์เยื่อผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ทั้งนี้ยังทำให้LDL สะสมในผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารีมากขึ้น ส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวจนเกิดการตีบแคบและอุดตัน ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

ความเครียดและบุคลิกภาพแบบ A (Stress and personality type A) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากอารมณ์โกรธ วิตกกังวล หงุดหงิด โมโห รวมทั้งความเครียดทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ร่างกายจะหลั่งสารแคททีโคลามีนมากขึ้น ทำให้เลือดแข็งตัวความเครียด เกิดจากบุคลิกภาพของ

บุคคล แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ชอบแข่งขัน อารมณ์รุนแรง ไร้ร้อน ก้าวร้าว และเข้มงวดตลอดเวลา แคททีโคลามีนในเลือดที่เพิ่มขึ้น กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงขึ้น กระบวนการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้

การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) มีผลทำให้หัวใจทำงานหนัก การบีบตัวของหัวใจเร็วและแรงขึ้น มีการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ปริมาณของ LDL เพิ่มขึ้นด้วย จากการศึกษาพบว่าแอลกอฮอล์มีผลต่อการเพิ่มระดับไขมันในเลือด โดยการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเกินไป ส่งผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

## พยาธิสรีรวิทยา

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นโรคที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็ง (Development of atherosclerosis)จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน โดยเซลล์เยื่อบุชั้นใน (Endothelial cell) มีการทำหน้าที่เปลี่ยนไปจากเดิมซึ่งมีขั้นตอนการเกิดต่อเนื่องกัน แบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้ (อภิชาติ สุคนธสรรพ์, ๒๕๕๗)

ระยะที่ ๑ Fatty streak จะมีลักษณะคราบไขมันสีเหลืองสามารถพบได้ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงวัยสูงอายุ คราบไขมันนี้ประกอบด้วย Macrophage และ Smooth muscle cells มีการก่อตัวสะสมในผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง ซึ่งไม่มีผลทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงัก ผู้ป่วยจึงไม่มีอาการแสดงใดๆ ให้เห็นชัดเจน

ระยะที่ ๒ Fibrous plaque หรือ Mature plaque เป็นขั้นตอนการก่อตัวของคราบไขมันที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในระยะนี้จะมี Extracellular lipid core แทรกใน Smooth muscle cell, Macrophage และ Form cell พอกทับ Fatty streak กลายเป็น Plaque ที่มีลักษณะเป็นชั้นไขมันสีเหลืองเทา พอกติดเยื่อบุผิวชั้นในหลอดเลือดแดง ซึ่ง Fibrous plaque นี้ประกอบด้วย Collagen และ Smooth muscle cells กระตุ้นให้หลั่งสาร Fibrin, Fibrinogen, Albumin, White blood cell, Calcium และ Lipoprotein

ระยะที่ ๓ Ruptured plaque หรือ Complicated plaque เป็นระยะที่มีการฉีกขาดหรือปริแตกของ Plaque กระตุ้นเกล็ดเลือด Glycoprotein IIb/IIIa receptor (GP IIb/IIIa) ไปจับกับ Fibrinogen ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดกลายเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เป็นสาเหตุนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทั้ง ๓ ลักษณะ คือ UA, NSTEMI และ STEMI โดยระดับความรุนแรงขึ้นกับชนิดของลิ่มเลือดที่อุดตันภายในหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งโดยปกติร่างกายมีกลไกธรรมชาติในการจัดการภาวะลิ่มเลือด โดยทำให้เกิด fibrinolysis เพื่อเปิดเส้นเลือดทำให้ลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ถูกสลายไป ในกรณีที่ลิ่มเลือดอุดตันไม่สมบูรณ์ แต่ขนาดของหลอดเลือดเล็กลง เกิดการขัดขวางการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เป็นสาเหตุของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก ส่วนในกรณีเกิดลิ่มเลือดอุดตันสมบูรณ์ จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจนำไปสู่การเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย หรือภาวะช็อกได้

## อาการและอาการแสดง

การตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี ส่งผลให้เลือดผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อย ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตาย (อภิชาติ สุคนธสรรพ์, ๒๕๕๕) แบ่งเป็น ๒ กลุ่มดังนี้

๑ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มที่มี persistent ST-segment elevation หรือ ST elevation myocardial infarction (STEMI) จะมีอาการเจ็บแน่นอกเหมือนถูกบีบรัด คล้ายถูกของหนักทับกลางหน้าอก หรือเยื้องไปทางซ้ายอย่างรุนแรงนานมากกว่า ๒๐ นาที อาจร้าวไปที่หลังไหล่ คอ หรือแขนได้ อาจมีอาการใจสั่น หอบเหนื่อยหายใจไม่ทัน เหงื่อออกมาก คล้ายจะเป็นลมหรือหมดสติ ในระยะแรกอาจจะมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นๆหายๆ (pre-infarction angina) นำมาก่อนได้

๒ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มที่ไม่มี persistent ST-segment elevation มักจะแสดงออกใน ๔ รูปแบบ แต่จะเป็น UA หรือ NSTEMI นั้นขึ้นอยู่กับว่ามีระดับ troponins ในเลือดหรือไม่ โดยอาการเจ็บ

หน้าอกจะเป็นอาการที่พบบ่อย ซึ่งมีรูปแบบดังนี้ (อภิชาติ สุคนธสรรพ์, ๒๕๕๕)

๑) เจ็บหน้าอกนานมากกว่า ๒๐ นาที และเกิดตอนไม่ออกกำลังกาย

๒) เจ็บหน้าอกแบบ new onset (de novo) angina (ความรุนแรงตาม Canadian Cardiovascular Society Classification ระดับ class II หรือ II) ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกที่เพิ่งเริ่มเป็นภายใน ๑ เดือน โดยเป็นขณะออกกำลังกายหรือทำงานจนไม่สามารถทำงานปกติประจำวันได้

๓) เจ็บหน้าอกแบบ accelerated หรือ crescendo angina คือ มีการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยที่เคยเป็นหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ก่อนแล้ว (stable angina) โดยมีความถี่เพิ่มขึ้น, ระยะเวลาแต่ละครั้งนานขึ้น, ออกแรงน้อยลงก็มีอาการเจ็บหน้าอกโดยควรมีความรุนแรงอย่างน้อยตาม class II ตาม Canadian Cardiovascular Society Classification

๔) Post MI angina มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นซ้ำอีกภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกแบบแน่นๆ บริเวณหลังกระดูก sternum (angina) โดยร้าวไปที่แขนซ้าย คอ หรือขากรรไกร อาจเป็นแบบ intermittent หรือ persistent และมีอาการอื่นๆเกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ คลื่นไส้, ปวดท้อง, เหงื่อออกมาก หรืออาการหมดสติชั่วคราว แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการที่ atypical เช่น มีอาการเจ็บบริเวณลิ้นปี่, ท้องอืด, เจ็บแบบถูกแทง, เจ็บคล้าย pleuritic pain หรือมาด้วยอาการเหนื่อยหอบโดยไม่เจ็บหน้าอก อาการที่ atypical เหล่านี้มักพบในผู้ป่วยอายุ มากกว่า ๗๕ ปี ในผู้ป่วยสตรีและผู้ป่วยเบาหวาน ไตเสื่อม หรือ ภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยโรค

การตรวจวินิจฉัยหัวใจและหลอดเลือดมีดังนี้ (European society of cardiology, ๒๐๑๗)

๑. การซักประวัติอาการเจ็บหน้าอกอาการเจ็บหน้าอกที่มีลักษณะสำคัญ ได้แก่ อาการไม่สุขสบายออกหรือปวดแน่นหน้าอก เหมือนถูกบีบกดหรือรัดแน่นบริเวณหน้าอก มีอาการร้าวไปที่แขน หลังคอ ขากรรไกร มีอาการหายใจไม่ออก เหงื่อออก คลื่นไส้ โดยอาการเจ็บหน้าอกนี้เกิดขึ้นนานมากกว่า ๑๕-๒๐ นาที(อาการไม่ดีขึ้นแม้นอนพักหรืออมยาไนโตรกลีเซอรินหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นบริเวณกว้างผู้ป่วยจะมีอาการเหงื่อออกมาก ซีด หัวใจเต้นเร็วผิวเย็น ฟังหัวใจได้เสียง S๓ หรือ S๔ gallop หรือพบว่ามีความดันโลหิตต่ำมาก ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีปัจจัยกระตุ้นก่อนเกิดอาการเจ็บหน้าอกเช่น ออกกำลังกายอย่างหนัก ออกแรงทำกิจกรรมมาก มีภาวะเครียด มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นโดยอาการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ มักปรากฏในช่วงเช้าหลังตื่นนอนเป็นระยะเวลา ๑-๒ ชั่วโมง

๒. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่สำคัญ ได้แก่ ST Segment ยกขึ้นหรือลดลง หรือ Q-Wave และ T-wave ผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มี ST segment ยกขึ้น แสดงถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บหากได้รับการแก้ไขเปิดหลอดเลือดได้ ST segment จะกลับสู่ภาวะปกติ แต่หากมีการอุดตันของหลอดเลือดอยู่นานจะพบว่า มี Q-Wave ปรากฏขึ้น แสดงว่ามีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นทั้ง ๓ ชั้น (Endocardium, Myocardium และ Pericardium) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ส่วนในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI พบว่า ST Segment ลดลง หรือ T-wave หัวกลับ หรือสามารถพบได้ทั้งสองอย่างร่วมกัน นอกจากนี้คลื่นไฟฟ้าหัวใจสามารถบอกตำแหน่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจตามตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลง ST segment, Q-Wave และ T-wave ได้

๓. การเจาะเลือดดูค่า Cardiac biomarkers ที่บอกถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งมีหลายชนิด ได้แก่ Myoglobin คือ โปรตีนในรูปของฮีโมโกลบินที่เข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย เอนไซม์ชนิดนี้พบได้เร็วกว่า Troponin-T และ Creatinine kinase สามารถตรวจพบได้ใน ๒ ชั่วโมง และยังคงสูงขึ้นอย่างน้อย ๗ - ๑๒ ชั่วโมง ภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Troponin-I และ Troponin-T เป็นเอนไซม์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยระดับของ Troponin-I ที่มากกว่า ๑.๕ นาโนกรัม/มิลลิลิตร และ Troponin-T ที่มากกว่า ๐.๑ นาโนกรัม/มิลลิลิตร

Troponin-T มีความไวและความจำเพาะสูงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตรวจพบได้ใน ๔ - ๖ ชั่วโมง และเพิ่มขึ้นสูงสุดใน ๑๒ - ๒๔ ชั่วโมง ภายหลังเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และตรวจพบได้ใน ๗ - ๑๐ วัน ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด Creatinine kinase เป็นเอนไซม์ที่พบได้ในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์สมอง และเซลล์กล้ามเนื้อลาย หากเซลล์ดังกล่าวถูกทำลายจะทำให้ค่า Creatinine kinase เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าค่าเอนไซม์ที่สูงขึ้นเกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย แต่ค่าเอนไซม์ที่พบเฉพาะในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ คือ Creatinine kinase MB (CK-MB) จะมีค่าสูงขึ้นใน ๔ - ๘ ชั่วโมง และจะเพิ่มสูงสุดใน ๒๔ ชั่วโมง ภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังจากนั้นจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

๔. การตรวจด้วยการสร้างภาพหัวใจ (Cardiac imaging) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง (Echocardiography) เป็นการประเมินความผิดปกติการเคลื่อนไหวของผนังห้องหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยง สภาพกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว ลิ้นหัวใจตีบ และสามารถประเมินการบีบตัวของหัวใจ และใช้ในการพยากรณ์โรคได้

การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหัวใจ (Cardiac magnetic resonance) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ Ventricular function ประเมินตำแหน่งหัวใจที่ขาดเลือดทั้งระยะแรกหรือระยะหลังเป็นการตรวจทางกายวิภาคของหลอดเลือดหัวใจ เพื่อแยกสภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่า เกิดขึ้นใหม่หรือเกิดขึ้นมานานแล้ว (Old or new infarction)

การตรวจสมรรถนะหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise stress test) เป็นการตรวจชนิดหนึ่งที่สามารถวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะออกกำลังกาย ช่วยให้แพทย์ตรวจพบการตอบสนองที่ผิดปกติ เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก การเต้นของหัวใจผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยการตอบสนองที่ผิดปกตินี้จะบ่งชี้ว่ามีการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจในระหว่างการออกกำลังกาย

๕. การสวนหัวใจ (Cardiac catheterization หรือ Angiography) เป็นการตรวจเพื่อประเมินความรุนแรงของรอยโรคที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย ความพิการของหัวใจ การวัดความดันของห้องหัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และระดับออกซิเจนของหัวใจ โดยการใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือดแดง femoral artery หรือ radial artery โดยการฉีดสารทึบแสงผ่านเข้าไปในหลอดเลือดขณะทำการสวนหัวใจ และถ่ายภาพรังสีไว้ เพื่อประเมินการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจ เป็นการตรวจเพื่อประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บ เพื่อตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและลักษณะของหลอดเลือดหัวใจ

๖. ค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Ejection fraction) หมายถึง อัตราส่วนของปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่าง (Systole) ต่อปริมาตรเลือดที่มีอยู่ในหัวใจห้องล่าง (Left ventricular systolic function) ณ จุดสิ้นสุดของช่วงที่หัวใจห้องล่างคลายตัว (Diastole) โดยค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ จะมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐ ส่วนค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่อยู่ในช่วง ร้อยละ ๓๐ - ๔๙ คือ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง และค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐ คือ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงอย่างมาก

#### ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, จารุกัญญา พริกบุญจันทร์, ๒๕๖๐)

##### ๑. ภาวะแทรกซ้อนจากโครงสร้างของหัวใจถูกทำลาย (Mechanical complication)

๑.๑ ภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงรุนแรง ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจจึงลดลง การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อยซึม สับสน กระสับกระส่าย

๑.๒ ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วเฉียบพลัน (Acute mitral regurgitation) เกิดจากการฉีกขาดของกล้ามเนื้อที่ยึดบริเวณลิ้นหัวใจ (Rupture papillary muscle) ส่งผลทำให้ลิ้นหัวใจไมตรัลปิดไม่สนิท เลือด

จากหัวใจห้องล่างซ้ายไหลย้อนกลับไปยังหัวใจห้องบนซ้าย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะปอดบวมน้ำอย่างรุนแรง (severe pulmonary edema) หรือเกิดภาวะช็อคได้ง่าย

๑.๓ หัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (Acute left ventricular failure) ภาวะนี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือได้รับการขยายหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ (Left ventricular systolic dysfunction) โดยจะเป็นแค่ชั่วคราวหรือถาวรก็ได้เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง เลือดที่ไหลผ่านเข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารีจึงลดลงส่งผลทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายโดยรวมลดลง ตามไปด้วย ๑.๔ ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายฉีกขาด (Left ventricular free wall rupture) เป็นภาวะที่มีอันตรายและรุนแรงมาก เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันได้ ส่วนใหญ่ภาวะนี้จะเกิดภายใน ๕ วัน ภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างกะทันหัน จากหัวใจถูกกดอย่างรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดต่ำลง อย่างรวดเร็ว จนหมดสติ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่เกิดภาวะนี้อาจเสียชีวิตได้

๒. ภาวะแทรกซ้อนจากกระแสไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (Electrical complication) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่งผลทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นความผิดปกติของหัวใจเวนทริเคิลที่เต้นเร็วกว่าปกติ (Ventricular tachycardia) หรือหัวใจเวนทริเคิลเต้นสั่นพลิ้ว (Ventricular fibrillation) เป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

### ๓. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

๓.๑ ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) ภาวะนี้พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยสามารถตรวจพบภายหลังเกิดโรคเป็นวันหรือเป็นปีก็ได้ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบมีการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถพบได้ในผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๓ ของผู้ป่วยทั้งหมด หากตรวจร่างกายจะได้ยินเสียง Rub และคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า มี ST segment elevation

๓.๒ การเกิดลิ่มเลือด (Thromboembolic complication) โอกาสที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีลิ่มเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular mural thrombus) มีประมาณร้อยละ ๒๐ แต่ในกรณีที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณกว้าง จะมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดสูงขึ้น โดยเฉพาะบริเวณหัวใจด้านหน้าส่วนปลาย (Antero apical infarction) จะมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดสูง

ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้าน ดังนี้

#### ๑. ผลกระทบด้านร่างกาย ประกอบด้วย

อาการเจ็บหน้าอก เป็นผลกระทบที่สำคัญและรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายบริเวณหน้าอก มีอาการเจ็บ แน่น อึดอัดคล้ายมีของหนักมากทับหรือถูกบีบรัดที่หัวใจ อาการเหล่านี้ร้ายไปกราม ไหล่ แขนขาได้ โดยความเจ็บปวดบริเวณหน้าอกที่เกิดขึ้นเกิดจากปริมาณเลือดที่ไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน และเมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนไปเลี้ยง ส่งผลให้ร่างกายหลั่งสาร Bradykinin และ Kinin มากกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดได้ นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว และความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น สุดท้ายคือ ทำให้การทำงานของหัวใจล้มเหลว และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้

การนอนหลับไม่เพียงพอ เกิดจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และความไม่สบายจากภาวะการเจ็บป่วยของบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันความเจ็บปวดของอาการเจ็บหน้าอกยังเกิดขึ้นเป็นระยะ ส่งผลกระทบการนอนหลับเป็นอย่างมากผู้ป่วยมีการนอนหลับแปรปรวน มีระยะเวลาในการนอนหลับน้อย ทำให้ความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเต้นของหัวใจผิดปกติและอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้

ความเหนื่อยล้า เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีอาการเหนื่อยล้าระดับรุนแรง โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๖ - ๑๒ ชั่วโมง และมักเกิดในเวลาตอนกลางคืน และคงอยู่นานถึง ๒ เดือนหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งอาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยใช้พลังงานมากขึ้น และดึงพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ทมตแรง เหนื่อย ง่วงซึม ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะปอดแฟบ เป็นต้น

สติปัญญาและการรับรู้เปลี่ยนแปลง จากภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจน ที่สำคัญ คือ สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมีอาการสับสน ความจำการรู้คิด และการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ซ้ำลง

## ๒. ผลกระทบด้านจิตใจ

ความเครียด ภายหลังการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นับว่าเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและหวาดวิตกเป็นอย่างมาก กลัวการกำเริบซ้ำของโรครุนแรงที่อาจเกิดขึ้นแบบกะทันหัน โดยความเครียดจะเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกของการโรค พบมากที่สุด คือในช่วง ๗ วันหลังเกิดโรค และจะยังคงอยู่ถึง ๔๒ เดือน พบว่า ความเครียดของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้นด้วย

ความวิตกกังวล ในภาวะวิกฤติหรือในระยะแรกของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความรู้สึกวิตกกังวล และความกลัวความตายเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่พบได้บ่อยา โดยในระยะ ๑๒ ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก และความวิตกกังวลค่อยๆ ลดลง ภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ๑ สัปดาห์ ความวิตกกังวลจะยังคงเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ๖ เดือนถึง ๑ ปีภายหลังการเกิดโรคโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

อาการซึมเศร้า เป็นอาการที่พบได้บ่อย ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นในรูปของความรู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ ลึนหวัง การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้างลดลง เกิดความท้อแท้ใจ ความกดดันทางอารมณ์สูง ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมากมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลง จากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ที่การงาน และความรับผิดชอบที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม ต้องเปลี่ยนจากการผู้ดูแลผู้อื่น มาเป็นคนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นแทน ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง และไม่อยากใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม

๓. ผลกระทบด้านสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีการลดลงของสมรรถภาพทางกาย จากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อของหัวใจลดลง และเกิดอาการต่างๆ เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรมมากขึ้น และผู้ป่วยต้องลดบทบาทหน้าที่ในสังคมลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ

๔. ด้านเศรษฐกิจและครอบครัว จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทางเป็นจำนวนมาก รวมทั้งผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคมากขึ้น เพื่อให้ภาวะของโรคสงบลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยบางราย ต้องเปลี่ยนแปลงอาชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จนเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามมา



## แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ในการรักษา คือ การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจ มีการกำซาบเลือดได้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดอาการเจ็บปวดป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้การฟื้นฟู การรักษาจะได้ผลดีเมื่อเริ่มภายในระยะเวลา ๑๒ ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และเริ่มรักษาทันที ภายใน ๓๐ นาทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยทั่วไปแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะแบ่งออกเป็น ๒ แนวทาง คือ กลุ่มผู้ป่วย ST-Elevation MI(STEMI) และกลุ่ม Non-ST-Elevation MI (NSTEMI) /unstable angina มีหลักการรักษาดังนี้ (สมาคมโรคหลอดเลือดหัวใจแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๗)

**หลักการรักษา ST-Elevation MI**  
ผู้ป่วย STEMI ต้องได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยทันทีที่มาโรงพยาบาล จะต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลภายใน ๕ - ๑๐ นาที และแพทย์ต้องสั่งการรักษาทันที โดยมีหลักการรักษาดังนี้

๑) การให้ยาต้านเกล็ดเลือด สามารถให้ทันทีที่วินิจฉัยได้ โดยให้ยา aspirin ขนาด ๑๖๐ - ๓๒๕ มก. เคี้ยวกลืนทันทีก่อนทำ PCI ตามด้วยขนาด ๘๑ - ๓๒๕ มก. ทุกวันตลอดไป โดยขนาดยาต่อเนื่อง (maintenance dose) ตามมาตรฐานที่แนะนำ คือ ๘๑ มก./วัน ร่วมกับยาอีกตัวได้แก่ clopidogrel ซึ่งเป็น thienopyrine prodrug ให้ขนาด ๓๐๐ - ๖๐๐ มก. รับประทานทันทีก่อนทำ PCI ตามด้วยขนาด ๗๕ มก.ต่อวัน รับประทานควบคู่กับ aspirin อย่างน้อย ๑ ปี (O'Gara et al., ๒๐๑๓)

### ๒) Coronary reperfusion

๒.๑) Pharmacological therapy ได้แก่ การรักษาด้วยยาเพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยให้ยาในกลุ่ม fibrinolytic agent ทันทีที่วินิจฉัยได้โดยระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเจ็บหน้าอกจนเริ่มให้ยาไม่ควรเกิน ๖ ชั่วโมง ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในปัจจุบันได้แก่

- Tenecteplase (TNK-tPA) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ได้ผลดีในการละลายลิ่มเลือดที่ ๙๐ นาที ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ขนาดที่ใช้ได้แก่ ๐.๕ มก. ต่อน้ำหนักตัว ๑ กก.

- Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในขนาด ๐.๗๕ มก./กก. (หรือไม่เกิน ๕๐ มก.) นาน ๓๐ นาที ตามด้วยยาขนาด ๓๕ มก. นาน ๖๐ นาทีตามลำดับ (รวมไม่เกิน ๑๐๐ มก.) และต้องลดขนาดลงหากน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๕๐ มก.

- Streptokinase เป็นยาสังเคราะห์จาก Penicilium species ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะกับลิ่มเลือด (systemic fibrinolysis) ขนาดที่ใช้ได้แก่ ๑.๕ ล้านยูนิต ผสมในสารละลายหยดเข้าหลอดเลือดดำ นาน ๖๐ นาทีหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด ต้องติดตามอาการเจ็บหน้าอกว่าหายไปหรือไม่ ภายในเวลา ๙๐-๑๒๐ นาที หลังจากได้ยา ต้องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำเพื่อติดตาม ST-segment resolution อย่างน้อยอีกครั้งหนึ่งของระดับ ST elevation ก่อนรักษา หรือลดเป็นปกติที่ระดับ isoelectric level หากผู้ป่วย ยังมีอาการเจ็บหน้าอก หรือมี persistent ST elevate ที่บ่งชี้ว่า failed thrombolysis ต้องทำการรักษาด้วยวิธี rescue PCI ต่อไป

๒.๒) Mechanical reperfusion (Primary PCI) ใช้รักษาผู้ป่วย acute STEMI ที่มาภายใน ๑๒ ชั่วโมง นับจากเวลาที่เกิด acute STEMI ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน คือ เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงเวลาที่ขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตันสำเร็จ (door to balloon time) ต้องไม่เกิน ๙๐ นาที แพทย์ผู้ให้การรักษาโดยการทำ primary PCI จะต้องมีประสิทธิภาพการทำ PCI ไม่น้อยกว่า ๗๕ ครั้งต่อปี โดยผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดมาก่อนหน้านี้ และการทำ primary PCI

๒.๓) การลดอาการปวด สามารถลดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ด้วย การให้ Oxygen therapy และการให้ยา Morphine sulphate โดยควรรักษาร่วมกันไปพร้อมกับการเปิดหลอดเลือด

**หลักการรักษา NSTEMI/UA**

ผู้ป่วย NSTEMI/UA อาจมีอาการและอาการแสดงได้หลายรูปแบบตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงเสียชีวิตได้ ซึ่งการรักษาในปัจจุบันมี ๒ วิธี ได้แก่ invasive strategy คือ ให้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการทำ cardiac catheterization เพื่อดูรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจ และทำการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือ

ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) หรือผ่าตัดต่อหลอดเลือด (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) และ conservative strategy โดยให้การรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่และจะทำ cardiac catheterization เฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติเท่านั้น

๑) การรักษาด้วยยา เพื่อลดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

๑.๑) ยากลุ่ม Beta blocker ออกฤทธิ์ในการช่วยยับยั้งผลของcatecholamine ในกระแสเลือดที่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจและช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจลดความดันโลหิต และลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม cardio selective เช่น metoprolol ขนาด ๒๕ - ๕๐ มก. วันละ ๒ ครั้ง หรือ atenolol ขนาด ๕๐ - ๑๐๐ มก. วันละครั้ง ถ้าไม่มีข้อห้าม และควรให้ตลอดไป

๑.๒) ยากลุ่ม Nitrates Nitrates มีผลขยายระบบหลอดเลือดดำซึ่งนำไปสู่การลด myocardial preload และลด LV end-diastolic volume จึงช่วยลด myocardial oxygen consumption นอกจากนี้ยังช่วยขยาย coronary arteries ทั้งที่ปกติและมี atherosclerosis และยังช่วยเพิ่ม coronary collateral flow ใช้ได้ใน ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมงแรกของ NSTEMI/UA ในกรณีที่มี recurrent ischemia, hypertension หรือ heart failure

๑.๓) ยากลุ่ม Calcium channel blockers โดยมี ๓ กลุ่มย่อย ได้แก่ dihydropyridines (เช่น nifedipine, amlodipine) benzothiazepine (เช่น diltiazem) และphenylethylamine (เช่น verapamil) ตัวยาที่มีผลทำให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายขยายได้มากที่สุดคือ nifedipine และ amlodipine ส่วนตัวยาที่มีผลน้อยที่สุด คือ diltiazem อย่างไรก็ตาม ยากลุ่ม calcium channel blockers จะสามารถขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้พอๆกัน จึงสามารถช่วยลดอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

๑.๔) การรักษาด้วยยาด้านเกล็ดเลือด ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่ม NSTEMI/UA จำเป็นต้องได้ยาด้านเกล็ดเลือดโดยเร็วที่สุดเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก acute ischemia และ recurrent atherothrombotic events ต่างๆ โดยมียาด้านเกล็ดเลือดที่ใช้อยู่ ๓ กลุ่ม ดังนี้

Aspirin ออกฤทธิ์ต่อ cyclo-oxygenase (COX-๑) ยับยั้งการสร้างthromboxane A๒ ทำให้มีการยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดอย่างถาวร ขนาดที่ใช้เริ่มต้น๑๖๒-๓๒๕ มก. ควรให้ทันทีและให้ทุกรายที่ได้รับบริการวินิจฉัยว่าเป็น NSTEMI/UA (ถ้าไม่มีข้อห้าม) จากนั้นให้ ๘๑-๓๒๕ มก./วัน ไป ตลอดชีวิต โดยขนาดยาต่อเนื่อง (maintenance dose) ตามมาตรฐานที่แนะนำ คือ ๘๑ มก./วันตลอดไป

P๒Y๑๒ receptor inhibitors ยับยั้งการจับ ADP ต่อ platelet P๒Y๑๒ receptors ตัวยาในกลุ่มนี้ที่เป็น prodrug thienopyridines เช่น clopidogrel และprasugrel จะถูกเปลี่ยนไปเป็นโมเลกุลที่จะจับกับ P๒Y๑๒ receptors อย่างถาวร จึงยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดอย่างถาวรส่วนยาใหม่ในกลุ่ม pyrimidine deverative คือ ticagrelor จะจับ แบบ reversible กับ P๒Y๑๒ receptors ได้โดยตรง โดยไม่ต้องมี biotransformation ยาที่ใช้บ่อยคือ clopidogrel ขนาดเริ่มต้น ๓๐๐-๖๐๐ มก. จะให้เมื่อผู้ป่วยได้รับ aspirin และ anticoagulant ไปแล้ว จากนั้นให้ clopidogrel ๗๕ มก./วัน ในกรณี conservative strategy ให้ยาต่อเนื่องไปอย่างน้อย ๑ เดือน (ถ้าเป็นไปได้ให้ ๑ ปี) ส่วน invasive strategy และใช้ bare metal stent ให้รับประทานอย่างน้อย ๑ เดือน แต่ถ้าใช้ drug eluting stent ต้องให้อย่างน้อย ๑ ปี Prasugrel ขนาดเริ่มต้น ๖๐ มก. จากนั้นให้ prasugrel ๑๐ มก./วัน โดยมีข้อห้ามในผู้ที่มีประวัติ stroke หรือTIA, ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๕ ปี, ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ๖๐ กก. เพราะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกได้สูง Ticagrelor ขนาดเริ่มต้น ๑๘๐ มก. ตามด้วยขนาด ๙๐ มก. วันละ ๒ ครั้ง

Glycoprotein IIb/IIIa receptor antagonist เป็นยาคีมี abciximab, eptifibatide และ tirofiban ออกฤทธิ์ยับยั้งการจับกันของเกล็ดเลือดที่ final common pathway Abciximab ขนาดที่ใช้ ๐.๒๕ มก./กก. ทางหลอดเลือดดำและให้ต่อในขนาด ๐.๑๒๕ ไมโครกรัม/กก. (ขนาดสูงสุดไม่เกิน ๑๐ ไมโครกรัม/นาที) ต่อไปอีก ๑๒ ชั่วโมงหลังทำ PCI Eptifibatide ขนาดที่ใช้ ๐.๔ ไมโครกรัม/กก. ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา

๓๐ นาทีและให้ต่อในขนาด ๐.๑ ไมโครกรัม/กก./นาที่ ต่อไปอีก ๑๘ ชั่วโมง หลังทำ PCI

#### ๑.๕) การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด(anticoagulant)

Fondaparinux ออกฤทธิ์จับกับ factor Xa และจับกับantithrombin ไปกระตุ้นการออกฤทธิ์ยับยั้ง factor Xa ของ antithrombin อีกทางหนึ่ง ขนาดที่ใช้บ่อย คือ ๒.๕ มก. ฉีดใต้ผิวหนัง วันละครั้ง Unfractionated heparin (UFH) เป็นส่วนผสมของ polysaccharide molecules จำนวนมาก โมเลกุลส่วนหนึ่งใน UFH จะจับกับ antithrombin และเร่งปฏิกิริยาให้ antithrombin ยับยั้ง factor IIa โดยการจับทั้ง thrombin และ antithrombinขนาดที่ใช้ ๕๐ - ๖๐ ยูนิต/กก. เข้าทางหลอดเลือดดำ แล้วให้ต่อในขนาด ๑๒ ยูนิต/กก./ชม. โดยปรับขนาดให้ได้ค่า aPTT ที่ ๕๐-๗๕ second

Enoxaparin ขนาด ๑ มก./กก. ฉีดใต้ผิวหนังวันละ ๒ ครั้ง(ในกรณีที่มี creatinine clearance น้อยกว่า ๓๐ ซีซี/นาที่ ให้เหลือวันละ ๑ ครั้ง ในกรณีผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน อาจลดขนาดลงเหลือวันละครั้ง)

Bivalirudin ขนาด ๐.๑ มก./กก. เข้าทางหลอดเลือดดำ และให้ต่อด้วยขนาด ๐.๒๕ มก./กก. ชม. แต่ถ้าจะทำ PCI ให้เพิ่มอีก ๐.๕ มก./กก./ชม.

Statin therapy ถ้าผู้ป่วยยังไม่เคยได้ยากลุ่มนี้มาก่อน ควรให้ยาทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NSTEMI/UA โดยอาศัยฤทธิ์ anti-inflammatory ของ statin ที่สามารถออกฤทธิ์ได้ทันที และช่วย stabilized plaque ได้ ทำให้ลดผลแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ยาในกลุ่มนี้ คือ atorvastatin (๘๐ มก./วัน) โดยไม่ต้องคำนึงว่าระดับ cholesterol ในเลือดจะเป็นเท่าใด โดยตั้งเป้าหมายให้ระดับ LDL-C ที่ต่ำกว่า ๗๐ มก./ดล.

#### ๒) การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การทําหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (Myocardial Revascularization) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มเลือดไปยังหลอดเลือดหัวใจ ให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอก ลดอัตราการตายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพิจารณาหัตถการใดนั้น ขึ้นกับอาการแสดงของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและโรคร่วมของผู้ป่วย รวมถึงความถนัดและความพร้อมของแต่ละสถาบัน ปัจจุบันหัตถการในการเพิ่มเลือดไปยังหลอดเลือดหัวใจมี ๒ วิธีใหญ่ๆ คือ Percutaneous coronary intervention: PCI และ Coronary artery bypass grafting: CABG ดังนี้

๒.๑) การผ่าตัดทําทางเบี่ยงให้เส้นเลือด (Coronary artery bypass graft: CABG) เป็นการเชื่อมต่อเส้นเลือด Ascending aorta ข้ามในจุดที่ตีตันไปยังเส้นเลือดที่อยู่ทําให้เลือดสามารถข้ามจุดที่ตีตันไปเลี้ยงส่วนปลายได้ การรักษาด้วยวิธีนี้จะทําให้ผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ ๕๐ หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจทั้ง ๓ เส้นอย่างรุนแรง

๒.๒) การรักษาด้วยการทําหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) หมายถึง หัตถการตกแต่งหลอดเลือดหัวใจโดยผ่านทางผิวหนังเข้าหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณขาหนีบ หรือข้อมือโดยการเจาะหลอดเลือดผ่านผิวหนังแล้วสอดสายสวนชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ การทํา PCI เป็นการทําหัตถการเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ตีบหรืออุดตัน สามารถบรรเทาอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพดีในภาวะฉุกเฉิน มีความเสี่ยงต่ำ มีความสะดวกปลอดภัยมีความสำเร็จสูง สามารถฟื้นตัวได้เร็ว ด้วยเทคโนโลยีและความรู้ความสามารถในการทํา PCI มีการพัฒนาขึ้นเป็นอย่างมาก มีการใช้ขดลวดถ่างขยายชนิดเคลือบยาที่ดี และมีการพัฒนายากลุ่ม antiplatelet ที่ดีขึ้น จึงเริ่มมีการทํา PCIในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีความยุ่งยากมากขึ้น

#### ๑.การรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agents)

ข้อบ่งชี้ของการให้ยาละลายลิ่มเลือด

STEMI หรือ New left bundle branch block (LBBB) ที่เกิดอาการภายใน ๑๒ ชั่วโมง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน ๓ ชั่วโมง ที่เกิดอาการจะให้ผลดีที่สุด

ข้อห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือดเด็ดขาด (Absolute contraindications) มีดังต่อไปนี้

๑. มีเลือดออกง่ายที่อวัยวะ (Bleeding diathesis) ยกเว้น มีประจำเดือน
๒. ประวัติเลือดออกในสมองเวลาใดก็ตาม
๓. อัมพาตจากหลอดเลือดสมองอุดตันภายใน ๓ เดือน ยกเว้น Acute ischemic stroke ภายใน ๓

ชั่วโมง

๔. มีประวัติมีเนื้องอกในสมอง
๕. มีประวัติหลอดเลือดในสมองผิดปกติ เช่น arteriovenous malformation
๖. สงสัยมี Aortic dissection
๗. ได้รับอุบัติเหตุชนิดไม่มีเลือดออกภายนอกที่ศีรษะ (Closed-head trauma) หรือที่หน้าอย่าง

รุนแรงภายใน ๓ เดือน

ข้อที่ควรระวังหรืออาจพิจารณาใช้ยาละลายลิ่มเลือดได้ถ้าเห็นว่าได้ประโยชน์มากกว่าผลเสีย

(Cautions/Relative contraindications) มีดังต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วยที่มีประวัติหลอดเลือดสมองตีบตันนานเกิน ๓ เดือนหรือโรคสมองฝ่อ มีพยาธิสภาพในสมองที่ไม่ได้เป็นข้อห้ามเด็ดขาดในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

๒. ตั้งครรภ์

๓. มีประวัติประสบอุบัติเหตุ ถูกทำ CPR (Cardio-pulmonary resuscitation) นานกว่า ๑๐ นาที หรือได้รับการผ่าตัดใหญ่ภายในมาแล้วไม่เกิน ๓ สัปดาห์

๔. ความดันโลหิตสูงมากกว่า ๑๘๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอทในขณะที่พบผู้ป่วย

๕. มีประวัติความดันโลหิตสูง เป็นมานาน รุนแรง ควบคุมยาก

๖. มีประวัติเลือดออกง่าย หรือ รับประทานยาต้านเลือดแข็งอยู่โดยที่มีระดับ INR > ๒ (ผู้เชี่ยวชาญบางท่าน

ให้ใช้ค่าระดับ PT INR > ๓)

๗. ผู้ป่วยถูกเจาะเส้นเลือดในตำแหน่ง ซึ่งกีดห้ามเลือดไม่ได้

๘. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase หลัง ๕ วัน (อย่างน้อยถึง ๒ ปี) หรือมีปฏิกิริยาแพ้สารนี้มาก่อนไม่ควรได้รับยา Streptokinase ซ้ำ

๙. มีประวัติแพ้ยาละลายลิ่มเลือด

๑๐. มีแผลอักเสบของกระเพาะอาหารและลำไส้ (Active peptic ulcer)

๑๑. มีเลือดออกที่อวัยวะภายในเมื่อเร็วๆ นี้ (ภายใน ๒-๔ สัปดาห์) และยังคงพบว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือดยังมีอัตราการเกิดผลแทรกซ้อน เช่น เลือดออกในสมองหรือทางเดินอาหาร และในผู้ป่วยที่มีอายุเกิน ๗๕ ปี พบว่าผู้ป่วยมีอัตราตายเพิ่มขึ้นจากผลแทรกซ้อนที่มากขึ้น

ผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

๑. เลือดออกในสมองพบประมาณร้อยละ ๐.๗

๒. เลือดออกรุนแรงจนต้องมีการให้เลือดทดแทน เสียจำนวนเม็ดเลือดแดงเกิน ๕ กรัมต่อ

เดซิลิตร พบประมาณร้อยละ ๐.๕

๓. อาการแพ้ยา เช่น ผื่นแดงคันพบประมาณร้อยละ ๕.๘

๔. ทำให้เกิดความดันโลหิตลดลงพบประมาณร้อยละ ๑๒.๕

การติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

๑. ต้องสังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยของผู้ป่วย และอาการทั่วไป ตลอดจนติดตามสัญญาณชีพ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างใกล้ชิด หลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด

๒. ต้องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๑๒ lead ทุกๆ ๓๐ นาที เพื่อประเมินการเปิดหลอดเลือดหัวใจ หากอาการเจ็บแค้นอกลดลง และคลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง ST segment ลดต่ำลงอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ภายในช่วงเวลา ๙๐-๑๒๐ นาทีหลังเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด แสดงว่าหลอดเลือดหัวใจน่าจะเปิด

๓. ควรส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมโดยเร็วที่สุด

หากอาการเจ็บเค้นอกไม่ดีขึ้น และไม่มีสัญญาณของการเปิดหลอดเลือดภายในช่วงเวลา ๙๐-๑๒๐ นาทีหลังเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

โดยแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ

#### ๑. การพยาบาลก่อนให้ยา

๑.๑ เตรียมผู้ป่วยและญาติ อธิบายความสำคัญของการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยอธิบายถึงประโยชน์ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจรับการรักษา

๑.๒ ประเมินการให้ยาตามแบบฟอร์มการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยประเมินถึงข้อบ่งชี้ ข้อห้ามโดยเด็ดขาด (Absolute contraindications) ข้อควรระวัง (Cautions/Relative contraindications) ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

๑.๓ ดูแลให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติ เซ็นต์ยินยอมในการให้ยา Streptokinase

๑.๔ ก่อนใช้ยาควรติดตามค่า BP, PT, PTT, platelet count, hematocrit, signs of bleeding

๑.๕ เตรียมอุปกรณ์โดยเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (Monitor EKG)

๑.๖ ทบทวนคำสั่งของแพทย์

๑.๗ ตรวจสอบยา (ชื่อยา, ลักษณะ, ขนาด, วันผลิต, วันหมดอายุ)

๑.๘ เตรียมยา streptokinase ๑,๕๐๐,๐๐๐ unit (๑ vial) ละลายยาด้วย ๐.๙ % Normal saline ๕ ml โดยเติมอย่างช้าๆ บริเวณข้างขวดแล้วหมุนและเอียงขวดอย่างช้าๆ ไม่ควรเขย่าขวด เนื่องจากทำให้เกิดฟอง จากนั้นเจือจางต่อด้วย ๐.๙% NSS หรือ D&W ให้ได้ปริมาตรทั้งหมดเป็น ๔๕ ml. แต่อาจจะเจือจางมากกว่านี้ โดยใช้สารละลายปริมาตร ๔๕ ml. เจือจางในปริมาตรสูงสุด ๕๐๐ ml. ความเข้มข้นสูงสุดคือ ๑.๕ mg/๕๐ ml. หลังจากละลายยา สามารถเก็บได้นาน ๒๔ ชั่วโมงในตู้เย็นไม่เกิน อุณหภูมิ ๔ องศาเซลเซียส การบริหารยาให้ยาทาง IV หรือ Intracoronary เท่านั้น หลีกเลี่ยงการให้ IM และไม่ควรผสมกับยาอื่น

#### ๒. การพยาบาลระหว่างให้ยา

๒.๑ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ๑.๕ ล้านยูนิต ผสม ๐.๙%NSS ๑๐๐ มิลลิลิตรหยดให้ทางหลอดเลือดดำใน ๑ ชั่วโมง โดยให้ยาผ่าน infusion pump และตรวจสอบเครื่อง ให้มีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ก่อนให้ยาควรตรวจสอบความถูกต้องของปริมาณยาที่ใช้กับเวลาที่ใช้ในการให้ยาผ่านเครื่อง Infusion pump

๒.๒ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาระหว่างให้ยาเพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล

๒.๓. เฝ้าติดตามอาการต่างๆอย่างใกล้ชิดระหว่างการให้ยาละลายลิ่มเลือด

- วัดและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัวทุก ๕-๑๐ นาที

- ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก ๕-๑๐ นาที เพื่อเฝ้าติดตามการเกิดภาวะเลือดออกใน

สมอง

- ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๑๕ นาทีใน ชั่วโมงแรก จนอาการคงที่ (Stable) โดยเฉพาะการติดตามวัดความดันโลหิตระหว่างการให้ยา เนื่องจากการให้ยาอาจทำให้เกิดภาวะ Hypotension ถ้าความดันโลหิตน้อยกว่า ๙๐/๖๐ mmHg ให้รายงานแพทย์ทันที

- Monitor EKG โดยใช้เครื่อง Defibrillator ไว้ตลอดเวลาพร้อมประเมินลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดระยะเวลาการให้ยา เพราะขณะให้ยาอาจทำให้เกิด cardiac arrhythmia ได้แก่ heart block, ventricular tachycardia, ventricular fibrillation เป็นต้น

- ติดตามการเกิดภาวะเลือดออกอย่างใกล้ชิดทุก ๑๕ นาทีใน ๑ ชั่วโมงแรกที่ให้ยา หากเกิด

อาการ เช่น เลือดออกในสมอง ไอเป็นเลือด เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด หรือมีจ้ำเลือดตามผิวหนัง ให้ออกซิเจนและอาจพิจารณาให้เลือดทดแทนเลือดที่เสียไป

- ติดตามการเกิดการแพ้ Allergic reaction เช่น ไข้ ลึ้น ผื่นคัน คลื่นไส้ ปวดศีรษะ และ Anaphylaxis ถ้ามีอาการดังกล่าวหยุดให้ยาทันที พร้อมรายงานแพทย์เพื่อแก้ไข

### ๓. การพยาบาลหลังให้ยา

#### ๓.๑ การพยาบาลใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังให้ยา

- ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ทุก ๕-๑๐ นาทีใน ๒ ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประเมินทุก ๑ ชั่วโมงจนครบ ๒๔ ชั่วโมงเนื่องจากพบว่าการเกิดเลือดออกในสมองสามารถเกิดได้ใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

- ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๑๕ นาทีใน ๑ ชั่วโมงแรก ทุก ๓๐ นาที ในชั่วโมงที่สอง และทุก ๑ ชั่วโมงจนสัญญาณชีพปกติ และประเมินสัญญาณชีพของทุก ๑๕ นาที เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงพร้อมรายงานแพทย์

- Monitoring EKG ไรต์ตลอดเวลาจนครบ ๗๒ ชั่วโมง เพราะภายหลังการให้ยาอาจทำให้เกิด Cardiac arrhythmia ได้แก่ Heart block, Ventricular tachycardia, Ventricular fibrillation เป็นต้น

- สังเกต ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทุกระบบ ได้แก่

- ระบบขับถ่าย ปัสสาวะเป็นสีแดงหรือสีโค้ก การถ่ายอุจจาระมีสีดำคล้ำ มีเลือดปน
- ระบบผิวหนัง การมีจุดเลือดออกในผิวหนัง การมีเลือดออกตามผิวหนัง ตามไรฟัน
- ระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง ปฏิกริยาของรูม่านตาต่อแสงเปลี่ยนแปลงไป ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว

- ระบบทางเดินอาหาร อาเจียนออกมาปนเลือด เลือดออกตามไรฟัน

- ระบบทางเดินหายใจ มีเลือดกำเดาไหล มีน้ำมูกปนเลือด

- ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๑๒ lead ทุกๆ ๓๐ นาที เพื่อประเมินการเปิดหลอดเลือดหัวใจ หากอาการเจ็บแน่นอกลดลง และคลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง ST segment ลดต่ำลงอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ภายในช่วงเวลา ๙๐-๑๒๐ นาทีหลังเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด แสดงว่าหลอดเลือดหัวใจน่าจะเปิด

- ควรส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมโดยเร็วที่สุด หากอาการเจ็บแน่นอกไม่ดีขึ้น และไม่มีสัญญาณของการเปิดหลอดเลือดภายในช่วงเวลา ๙๐-๑๒๐ นาที หลังเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด

- แนะนำผู้ป่วยให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยความระมัดระวังและเบาๆ งดการแปร่งฟันใน

#### ระยะแรก

- ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

- ระมัดระวังไม่ให้เกิดบาดแผลเนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

- งดการให้ยาทางกล้ามเนื้อ

- ส่งตรวจและติดตามผล CBC, Hct และ Coagulogram ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อ

ประเมินภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

- บันทึกสารน้ำเข้าออก (Intake/Output) ทุก ๘ ชั่วโมง

- แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจ จดจำวันที่ได้รับยา Streptokinase หรือบันทึกเป็นบัตรติดตัวผู้ป่วย เนื่องจากยาไม่สามารถให้ซ้ำภายใน ๑ ปีในผู้ป่วยที่เคยได้รับยา Streptokinase มาก่อน เพราะมีการสร้าง streptokinase antibody ขึ้นอาจจะลดประสิทธิภาพของยาและอาจเกิดปฏิกิริยาการแพ้ได้

ผู้ป่วยจึงควรแจ้งแพทย์และพยาบาลทุกครั้งที่มีการรักษาว่าเคยได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด Streptokinase แล้วในวันที่เท่าไร

- แนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อป้องกันการ

กลับเป็นซ้ำ

๒. การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ประกอบด้วย

๑) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน แพทย์จะใช้เส้นลวดเป็นแกนช่วยนำสายชนิดพิเศษที่มีบอลลูนให้ตรงกับจุดที่มีการตีบแคบของหลอดเลือด แล้วใช้แรงดันทำให้บอลลูนกางออก แรงดันของบอลลูนจะผลักรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจให้เปิดกว้างทำให้เลือดไหลผ่านได้สะดวกขึ้น (Gibbons et al., ๒๐๐๓)

๒) การขยายหลอดเลือดโดยการใส่โครงลวดตาข่าย เป็นการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อลดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยจะนำสายสวนที่มีขดลวดอยู่ที่ปลายสายใส่เข้าไปยังบริเวณที่ตีบในลักษณะเดียวกันกับที่ใส่สายบอลลูน และขยายขดลวดให้ขดลวดกางออกไปสัมผัสและยึดติดกับผนังหลอดเลือด และมีผลสำเร็จของการใส่ถึงร้อยละ ๙๘ มีลักษณะเป็นโครงลวดตาข่ายทำด้วย Stainless steel หรือโลหะผสมอื่นๆ เช่น ไทเทเนียม กับ โครเมียม เพื่อป้องกันการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือด (Gibbons et al., ๒๐๐๓) ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งแปลกปลอมที่ใส่ไว้ในหลอดเลือดจึงสามารถ กระตุ้นเกล็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือดให้เกิดลิ่มเลือดได้ตลอดเวลาจนกว่าจะมีการเจริญของชั้นเยื่อไขมันภายในหลอดเลือด เข้ามาปกคลุมผิวของขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด และไม่มีอาการสัมผัสกันของระบบเลือดและผิวของขดลวดกระบวนการนี้ใช้เวลา ๒-๖ สัปดาห์

๓) Rotational Atherectomy (Rotablator) คือ การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้หลักการคล้ายหัวกรอฟัน rotablator หรือหัวกรอเพชร เป็นอุปกรณ์ที่ใช้กรอแผ่นไขมันที่แข็งซึ่งบอลลูนไม่สามารถขยายได้

๔) Intravascular Ultrasound (IVUS) หรือการตรวจโดยใช้สายคลื่นเสียงความถี่สูงดูโครงสร้างของหลอดเลือด เป็นการตรวจแบบ Invasive เพื่อช่วยในการประเมินพยาธิสภาพของผนังหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ก่อนและ/หรือหลังการทำ PCI

๕) Angiojet Thrombectomy เป็นการรักษาใช้หลักการเดียวกับการทำ Rotational atherectomy แต่หลังจากตัดชิ้นไขมันหรือลิ่มเลือดออกเป็นเศษเล็กๆ ชิ้นไขมันหรือลิ่มเลือดดังกล่าวจะถูกดูดออกจากสายดูดลิ่มเลือดโดยอาศัย แรงดันน้ำ

จุดมุ่งหมายในการรักษาโดยการทำให้ PCI

๑. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและ การเกิด recurrent MI

๒. เพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วย

๓. เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อบ่งชี้ในการตรวจสวนหัวใจ (Indications)

๑. Recurrent angina/ischemia at rest or with low-level activities despite intensive anti-ischemic therapy

๒. Elevated TnT or TnI

๓. New or presumably new ST-segment depression

๔. Recurrent angina/ischemia with CHF symptoms, an S<sub>3</sub> gallop, pulmonary edema, worsening rales, or new or worsening MR

๕. High-risk findings on noninvasive stress testing

๖. Depressed LV systolic function (EF < ๐.๔๐ on noninvasive study)

๗. Hemodynamic instability

๘. Sustained ventricular tachycardia

๙. PCI within ๖ months or prior CABG

๑๐. Thallium scan showing evidence of ischemia in more than moderate area of myocardium

๑๑. Patients undergoing surgery for valvular heart disease.

๑๒. Post-cardiac transplant surveillance

๑๓. Post thrombolytic therapy

### ข้อห้ามในการตรวจสวนหัวใจ

#### (Contraindications)

๑. Bleeding diathesis ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหรือ anticoagulants
๒. Uncontro hypertension BP > ๑๘๐/๑๑๐ mmHg
๓. Active infection มี clinical SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome)

#### ประกอบด้วย

- Temperature > ๓๘ องศา หรือ < ๓๕ องศาเซลเซียส
- Heart rate > ๙๐ BPM
- Respiratory rate > ๒๐ ครั้ง/นาที หรือ PaO<sub>๒</sub> < ๓๒ mmHg
- WBC > ๑๒,๐๐๐ cells/mm หรือ < ๔,๐๐๐ cells/mm > ๑๐ percent

#### immature (band) forms

๔. Refractory arrhythmia เช่น Ventricular fibrillation, Ventricular tachycardia
๕. Active GI bleeding
๖. Cerebrovascular accident ภายใน ๒-๓ เดือนก่อนหน้า
๗. ประวัติแพ้สารทึบรังสี

๘. Renal failure โดยพบ creatinine clearance น้อยกว่า ๓๐ ml/min

๙. Severe electrolyte imbalance ( Hyperkalemia : K <sup>+</sup> > ๕.๕ mmol/L) หรือมีภาวะ digitalis intoxicity (digitalis level > ๑ ng/ml)

๑๐. Severe heart failure จนนอนราบไม่ได้ Class III-IV

๑๑. Severe anemia

#### ตำแหน่งการใส่สายและการดูแล

##### ๑. การฉีดยาและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดขาหนีบ (Femoral artery)

โดยทั่วไปภายหลังจากการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจเสร็จ แพทย์จะดึงสายตรวจและท่อนำออก จากหลอดเลือดแล้วกดตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดบริเวณขาหนีบเพื่อให้เลือดหยุดไหลเป็นเวลา ๑๐-๑๕ นาที ผู้ป่วยต้องนอนราบอยู่กับเตียง ห้ามขยับขาข้างที่แทงหลอดเลือด โดยมีหมอนทรายหนักๆทับบริเวณขาหนีบต่อ อีก ๒ ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะงอพับขาหนีบ ลุกนั่ง หรือเดินได้จนกว่าจะพ้น ๔-๖ ชั่วโมง ภายหลังเสร็จสิ้นการตรวจแล้ว ในผู้ป่วยที่ได้รับการถ่างขยายและใส่ขดลวดค้ำหลอดเลือดหัวใจซึ่งจำเป็นต้อง ได้รับยาบางชนิดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในขณะที่ทำการรักษา ยาดังกล่าวจะทำให้มี โอกาสเกิดเลือดออกได้ง่ายโดยเฉพาะจากแผลที่แทงหลอดเลือด ดังนั้นภายหลังจากการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดขาหนีบจึงต้องคาท่อเอาไว้ในหลอดเลือดต่ออีกเป็นเวลา ๔ ชั่วโมง เพื่อรอให้ยาที่ใช้ขณะทำการรักษาหมดฤทธิ์เสียก่อนจึงจะสามารถดึงท่อนำออกและกดแผลได้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจึงต้องนอนอยู่กับเตียงไม่ต่ำกว่า ๘-๑๒ ชั่วโมง ภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดเสร็จ เพื่อ ป้องกันภาวะเลือดออกหากป้องกันภาวะดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพเลือดที่ออกจากหลอดเลือดขนาดใหญ่บริเวณ ขาหนีบ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดเป็นปริมาณที่มากจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้



## ๒. การฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดข้อมือ (Radial artery)

ปัจจุบันหากสภาพหลอดเลือดของผู้ป่วยเหมาะสม แพทย์สามารถใช้หลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือเป็นทางเลือกสำหรับสอดสายตรวจ เพื่อทำการฉีดสีหรือสายนำเพื่อใช้ถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดแดงที่ใช้ในกรณีนี้คือหลอดเลือดแดงที่แพทย์ใช้คล้ายชีพจรใกล้กับข้อมือทางด้านนิ้วหัวแม่มือ (radial artery) ซึ่งแพทย์ผู้ชำนาญสามารถสอดสายเข้าไปจนถึงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อฉีดสีหรือถ่างขยายได้เช่นเดียวกับการใช้หลอดเลือดขาหนีบ เนื่องจากหลอดเลือดข้อมือเป็นหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กและอยู่ตื้น ทำให้แพทย์สามารถดึงสายสวนและถอนออกจากหลอดเลือดได้ทันทีภายหลังเสร็จสิ้นการฉีดสี หรือแม้กระทั่งภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ก้อนก๊อชปิดบริเวณที่แทงเข็มไว้เท่านั้น ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงและทำกิจกรรมส่วนตัวได้ทันที เพียงแต่ไม่ควรพองข้อมือข้างที่ใช้ตรวจเป็นเวลา ๖-๘ ชั่วโมง พบว่าการใช้หลอดเลือดข้อมือมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อหลอดเลือด หรือพบปัญหาการเสียเลือดได้น้อยกว่าการใช้หลอดเลือดขาหนีบมาก ข้อจำกัดของการใช้หลอดเลือดข้อมือในการฉีดสีหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ คือ ขนาดของหลอดเลือดข้อมือ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการใช้อุปกรณ์สายสวนบางชนิดที่มีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดข้อมือขนาดเล็กมาก หรือมีหลอดเลือดแดงบริเวณแขนคดโค้ง อาจทำให้การแทงหลอดเลือดหรือการสอดสายสวนเข้าสู่หลอดเลือดหัวใจไม่สำเร็จ นอกจากนั้นผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดทำเส้นเลือดบริเวณแขนไว้เพื่อฟอกไต หรือผู้ที่มีปัญหาของหลอดเลือดส่วนปลายแขนและมือ จะไม่สามารถใช้หลอดเลือดข้อมือในการฉีดสีหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในความเป็นจริงพบว่า เกินกว่า ๘๐%-๘๐% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน มีความเหมาะสมที่จะใช้หลอดเลือดข้อมือ เพื่อสอดสายสวนในการฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ข้อดีของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด

การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด มีข้อดีคือ ไม่ต้องทำการผ่าตัดและไม่ต้องดมยาสลบ ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนจึงต่ำกว่าการผ่าตัดบายพาส รวมทั้งผู้ป่วยยังออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น (๑-๒ วัน) และกลับไปสู่ชีวิตปกติได้เร็วกว่าโดยไม่ต้องมีระยะพักฟื้นที่นานเหมือนภายหลังการผ่าตัด นอกจากนี้เป็นที่ทราบดีว่าโดยธรรมชาติของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้น ถึงแม้ผู้ป่วยจะดูแลตนเองอย่างดี หลอดเลือดอาจตีบแคบลงได้อีกในอนาคตทั้งตำแหน่งเดิมหรือตำแหน่งใหม่ ซึ่งแพทย์สามารถจะขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดได้หลายครั้ง และด้วยความปลอดภัยสูงเช่นการทำครั้งแรก

ข้อจำกัดของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด

ลักษณะการตีบบางอย่างของหลอดเลือดหัวใจไม่เอื้อต่อการทำบอลลูน ทำให้การขยายหลอดเลือดด้วยวิธีดังกล่าวอาจทำไม่สำเร็จ ไม่ปลอดภัย หรือได้ผลที่ไม่ดีนัก แต่ข้อจำกัดที่สำคัญที่สุดของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดก็คือ การกลับตีบซ้ำในบริเวณเดิมที่ทำบอลลูน และใส่ขดลวดไว้ (Restenosis) ภาวะนี้เกิดจากกระบวนการ "สมานแผล" ตามธรรมชาติของร่างกายที่หลอดเลือดสร้างเนื้อเยื่อใหม่ขึ้นมาคลุมขดลวดที่ถูกใส่เข้าไป จนบางครั้งปริมาณเนื้อเยื่อใหม่มีมากจนเข้าไปสะสมอยู่ในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงอีกครั้ง ผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๓๐-๔๐ มีโอกาสที่จะเกิดรอยตีบซ้ำในตำแหน่งเดิมที่ได้รับการถ่างขยายด้วยบอลลูน ภายในเวลา ๖ เดือน ในขณะที่การใช้ขดลวดค้ำหลอดเลือดหัวใจสามารถลดโอกาสที่จะเกิดการตีบซ้ำของตำแหน่งที่ได้รับการถ่างขยายลงได้เหลือประมาณร้อยละ ๑๐-๑๕ ภายในเวลา ๖ เดือน หลังทำ PCI ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด เช่น Clopidogrel, Aspirin เพื่อป้องกันการเกิด Stent thrombosis

ภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ

๑. Cardiac arrhythmias ได้แก่ Ventricular fibrillation, Prolonged ventricular tachycardia ที่ต้องทำ Defibrillation, Cardioversion หรือ Brady arrhythmias ที่มีอาการจนต้องให้ยาหรือใส่ Pacemaker

๒. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะสายสวนที่ขาหนีบและภายหลังนำออก

๒.๑ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรก (Early complications) เช่น

- Groin bleeding

- Retroperitoneal bleeding
- Hematoma
- Femoral neuropathy
- Vasovagal reaction

๒.๒ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลัง ๒๔ ชั่วโมง (Late complications) เกิดขึ้นในช่วง ๑-๓๐ วันหลังทำ PCI เช่น

- Femoral pseudoaneurysm
- Arteriovenous fistula
- Femoral artery thrombosis
- Embolism
- Femoral vein thrombosis

### ๓. Infection

๔. เสียชีวิต เช่น sudden death จากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ พบได้ร้อยละ ๐.๑ - ๐.๔๕

๕. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular events) เช่น stroke พบได้ร้อยละ ๐.๐๓ - ๐.๒๕

๖. ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง อาทิ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น

๗. การตีบซ้ำ (restenosis) หมายถึง การตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ ๕๐ ใน

ตำแหน่งที่เคยทำเป็นผลสำเร็จแล้วพบได้ประมาณหนึ่งในสามของการขยายหลอดเลือดหัวใจ แม้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจจะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยหลายประการ แต่ก็มีโอกาสเกิดการตีบซ้ำ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ ดังต่อไปนี้

๑. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดฟันปลอม เครื่องประดับและของมีค่าฝากไว้กับญาติ
๒. บันทึกสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
๓. แนะนำให้ปัสสาวะก่อนเข้าห้องตรวจ
๔. ตรวจสอบผลเลือดต่างๆ โดยเฉพาะผลเลือดที่แสดงการทำงานของไต สารทึบแสงบางชนิดมีผลต่อ

การทำงานของไต

๕. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงขั้นตอนอย่างละเอียดในหัตถการ

วิธีการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การพยาบาลระหว่างทำหัตถการ ดังนี้

๑. เตรียมความสะอาดเฉพาะที่ โคนขนบริเวณที่ทำการใส่สายสวนหรือใกล้เคียง เช่น ขาหนีบและต้นขาทั้งสองข้าง หรือข้อมือด้วย ๔%chlorhexidine หรือน้ำสบู่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

๒. เปิดเส้นเลือดดำให้สารละลายหยดเข้าเส้นเลือดซ้ำๆ ควรเปิดที่แขนข้างซ้าย เนื่องจากขณะทำหัตถการแพทย์อยู่ด้านขวามือผู้ป่วย

๓. บันทึกและประเมินตำแหน่ง ความแรง ความสม่ำเสมอของ dorsalis pedis pulse และ posterior tibial pulse เปรียบเทียบข้างขวาและซ้าย รวมถึง radial pulse ทำเครื่องหมายบนผิวหนังบริเวณที่คลำชีพจรได้ชัดเจนที่สุด

๔. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนและวิธีการตรวจอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือระหว่างทำหัตถการ

๕. บันทึกระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness)

๖. ประเมินสภาพจิตใจ ความกลัว ความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายลดการใช้ออกซิเจนและให้ความร่วมมือระหว่างทำหัตถการ

๗. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลอยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้คลายความวิตกกังวลและความกลัว

๘. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการตรวจสวนหัวใจและความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต

๙. ประเมินการแพ้สารที่บ่งสีอีกครั้งโดยซักถามอาการคลื่นไส้ อาการคันและตรวจดูผื่นบริเวณผิวหนังภายหลังมีการฉีดสี

๑๐. สังเกตอาการขณะและหลังตรวจ เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาจแสดงถึงการเกิดการตีบของหลอดเลือดซ้ำ หรือภาวะ hypotension อาจแสดงถึงการเกิดการเกิด Cardiac tamponade การพยาบาลหลังภายหลังการทำหัตถการ

หลังการฉีดสีหรือขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน เจ้าหน้าที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปพักที่ห้องสังเกตอาการหรือ Intermediate Cardiac Care Unit (ICCU) เพื่อประเมินอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงโดยติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ว่ามีการยกขึ้นหรือลดต่ำลงของ ST Segment หรือไม่ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการตรวจ มีดังต่อไปนี้

๑. ประเมินระบบไหลเวียนโดยวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ในชั่วโมงและหรือจนกว่าจะคงที่และติดตามระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ถ้าต่ำกว่าร้อยละ ๙๕ ให้รายงานแพทย์

๒. ประเมินและบันทึกอาการเจ็บหน้าอกและดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษา

๓. ประเมินการแพ้สารที่บ่งสีโดยซักถามอาการคลื่นไส้ อาการคันและตรวจดูผื่นบริเวณผิวหนัง

๔. ประเมินอาการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย โดยบันทึกลักษณะชีพจร Dorsalis pedis, Posterior tibial หรือ Radial เปรียบเทียบข้างซ้ายและขวา พร้อมทั้งบันทึก capillary refill ถ้าพบความผิดปกติ เช่น ชีพจรไม่สม่ำเสมอ capillary refill น้อยกว่า ๒ วินาที รีบรายงานแพทย์

๕. ประเมินภาวะเลือดออกจากตำแหน่งที่ใส่สายสวนโดยตรวจสอบบริเวณแผลว่ามี bleeding, hematoma ecchymosis หากพบรีบรายงานแพทย์

๖. อธิบายเน้นย้ำห้ามงอขาข้างที่ใส่สายสวนอย่างน้อย ๖ ชั่วโมงหลังนำสายสวนออก แต่สามารถพลิกตะแคงตัวได้ โดยไม่งอสะโพก ศีรษะสูงไม่เกิน ๓๐ องศา

๗. ช่วยแพทย์เตรียมอุปกรณ์ในการนำสายสวนหัวใจออก ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงคาสายสวนอยู่

๘. ประเมินความพร้อมก่อน discharge ผู้ป่วย ได้แก่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ๘ ชั่วโมง ไม่มีอาการหอบ เหนื่อย ใจสั่น สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะ

๙. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะให้ความสำคัญของการรับประทานยาห้ามขาดยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ Aspirin, Clopidogrel

๑๐. ให้ความรู้ร่วมกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ใช้ stent แต่ละแบบ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PCI ต้องรับประทานยา Anti-platelet ๒ ชนิด คือ Aspirin และ Clopidogrel โดยต้องรับประทานยา Aspirin ตลอดชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ที่ใช้ stent แบบ BMS จะรับประทานยา Clopidogrel อย่างน้อย ๑ เดือน แต่ถ้าเป็นแบบ DES ต้องรับประทานยา Clopidogrel เป็นเวลาอย่างน้อย ๑ ปี ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเน้นย้ำกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายเมื่อใส่ stents แล้ว อาการดีขึ้น ไม่มีอาการเจ็บปวดอีก ก็เข้าใจว่าตนเองหายแล้ว จึงหยุดยาเอง ทำให้เกิดผลเสียที่ร้ายแรงตามมาภายหลัง

๑๑. เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการถ่างขยายหลอดเลือดนั้นเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ แต่ยังไม่ได้รับการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยอาจเกิดการตีบของเส้นเลือดเส้นอื่นๆ หรือเกิดการตีบซ้ำ นอกจากนี้ควรเน้นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต้องให้ความสำคัญในเรื่องการวินิจฉัยให้เร็วที่สุดและให้การรักษาด้วย reperfusion therapy ซึ่งอาจจะใช้บอลลูนขยายหลอดเลือด การใส่ขดลวดหรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด แล้วแต่ความเหมาะสมของผู้ป่วย ความสามารถ และความพร้อมของบุคลากร ถ้าสามารถทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วเท่าไรก็จะทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้นเท่านั้น ทำให้อัตราการตายลดลงและพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

### อ้างอิง

- กรองกาญจน์ ชูทิพย์. (๒๕๖๑). สรีรวิทยาระบบหัวใจร่วมหลอดเลือดกับการประยุกต์ใช้ทางเภสัชวิทยา. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- โครงสร้างหัวใจและการไหลเวียนเลือด. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๖ [เข้าถึงเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖] เข้าถึงได้จาก: <https://www.pinterest.com/pin/๑๕๗๓๔๔๕๘๐๗๒๓๑๒๗๕๗๘/>.
- ดวงกมล วัตราดุลย์, ปัทมา พิระพันธ์. (๒๕๕๘). โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลย์, กนกพร แจ่มสมบูรณ์. (บรรณาธิการ). การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, จารุกัญญา พริกบุญจันทร์. (๒๕๖๐). การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- หลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๖ [เข้าถึงเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖] เข้าถึงได้จาก: <https://www.pinterest.com/pin/๓๑๑๗๓๔๒๒๔๑๕๔๒๔๔๘๐/>.
- สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (๒๕๕๗). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๕๗. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๖ [เข้าถึงเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖] เข้าถึงได้จาก: [http://www.thaiheart.org/images/column\\_๑๒๙๑๕๕๔๙๐๘/Guideline%๒๐for%๒๐ischemic%๒๐Heart%๒๐Disease%๒๐๒๐๑๐๔.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_๑๒๙๑๕๕๔๙๐๘/Guideline%๒๐for%๒๐ischemic%๒๐Heart%๒๐Disease%๒๐๒๐๑๐๔.pdf).
- สุนันทา ครองยุทธ, วิจิตรา กุสุมภ์. (๒๕๖๕). กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม พิมพ์ครั้งที่ ๗, นนทบุรี: พี.เค.พรินท์ติ้ง.
- ชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจ. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๖ [เข้าถึงเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖] เข้าถึงได้จาก: [https://en.wikipedia.org/wiki/Acute\\_coronary\\_syndrome#/media/File:ACS\\_scheme.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/Acute_coronary_syndrome#/media/File:ACS_scheme.jpg).
- อภิชาติ สุคนธสรณ์. (๒๕๕๕). ESC guideline for the management of acute coronary syndrome in patients presenting without persistent ST-segment elevation. ในอภิชาติ สุคนธสรณ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), Cardiovascular medicine: The new balance (น. ๙๕-๑๒๒). เชียงใหม่: ทริคอิงค์.
- European Society of Cardiology. (๒๐๑๗). ๒๐๑๗ ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation. European Heart Journal, ๐๐, ๑-๖๖.

### แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของ ตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการด าเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เภมณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความคิดปกติตลอดจนพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งใน ภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจ ากัด เจ็บใจและปัจจัยที่มี ผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจ ากัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการ เรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ)

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรมและการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะ ปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ท าสภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมอง (ความคิด)ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและ การเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า การกินอาหารขยะ เช่น มาม่า ขนมกรุบกรอบ การกินไม่ เป็นเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องกิน เช่น ท ำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่นการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ฯลฯ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่ สามารถกินอาหารที่ตนเองเคยชอบ หรือไม่ สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการกินได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวล กลัว ว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น เกรงจะถูกตำหนิ) น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมา Body mass index (ค่าปกติผู้หญิง ๑๘ – ๒๔ kg/m<sup>๒</sup> , ผู้ชาย ๒๐ – ๒๗ kg/m<sup>๒</sup> ) ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร (ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผม เล็บ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กดเจ็บหรือไม่ ต่อม้ำเหลือง ต่อมไทรอยด์) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย (เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุก ประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเลคโตรไลต์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการ ขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไข ปัญหา) ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย (ตรวจท้อง ระบบขับถ่าย ปัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนักและ การท างานของล ำไส้) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำ วัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ มุมมองในการ ออกก าลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการท างาน หรือการท ากิจกรรมที่มีเห็้ออกเป็นการออกก าลังกายใน มุมมองของเขา ข้อจ ากัดหรือเจ็บใจในการด าเนินชีวิตที่มีผลต่อการท ากิจกรรมและออกก าลังกาย เช่น หอบ เหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกก าลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถท ากิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ) ผลการตรวจร่างกายระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด) ผลการตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรที่ครั้ง/นาที จังหวะ เสียงหัวใจ ความดันโลหิต เท้าไหว สิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่) ผลการตรวจร่างกายระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวการ ทรงตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ (เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน(Relax) ของผู้รับบริการ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความ ต้องการ) การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีท ำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรม การผ่อนคลาย เช่น การท าสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น) การสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาและการรับรู้ (เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ) ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา/ลักษณะการตอบโต้/การใช้ภาษา/การได้ยิน/การมองเห็น/การได้กลิ่น/การสัมผัส/อาการเหน็บ ชา/เจ็บปวด/ระดับความรู้สึกตัว/ Nuerological signs/Reflex

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ (เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ความสามารถ ฯลฯทั้งในภาวะปกติและในขณะเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่ สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่นความรู้สึก ต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึก ท้อแท้หมดหวัง) สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การ เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ (เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและ ภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนใน ครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารักษาที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของ ความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัว ลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกายหรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพ มากขึ้นตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคล อื่น) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่นี้ใคร รับผิดชอบงานในบ้านแทนคุณ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะ เจ็บป่วยครั้งนี้) การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย (ขณะป่วยนี้กระทบต่ออาชีพการงาน หรือไม่ อย่างไร)

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์(พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์) เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง และคู่ของตนเอง เพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่แต่งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร) เพศหญิง (ประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำ เดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มี ก้อน ตุ่มหรือไม่ การคุมกำเนิด) เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ไข่เลื่อน มีก้อน/ตุ่มหรือไม่) พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตจากปฏิกิริยา ท่าทาง การแต่งกาย คำพูดและ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ) ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ (เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิงตรวจเต้านม และอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ)

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด (เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะ ปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อ หรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา )

แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ (เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อกรด าเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตราย การงด เว้นของแสลงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆที่เชื่อว่าจะทำให้อาการ หรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น) ต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่ นับถือบูชา เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูง ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ ๑๗.๓ ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ.๒๕๖๓ จะมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ๒๓ ล้านคน (World Heart Federation,๒๐๑๓) ประเทศไทย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังเป็น ๑ ใน ๓ ของสาเหตุการเสียชีวิต โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิต ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘ เท่ากับ ๒๒.๔๗ , ๒๓.๔๕, ๒๖.๙๑, ๒๗.๘๓และ ๒๗.๘๘ ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๕๘) โรงพยาบาลเชียงใหม่มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ มีผู้ป่วย STEMI จำนวน ๑๗ และ ๒๔ รายตามลำดับ เพื่อลดการเสียชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยและและรักษาอย่างถูกต้องและเร่งด่วน โดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) เกิดจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแข็ง และมีการแตกของคราบไขมันทำให้เกิดลิ่มเลือดมาอุดตันทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงหรือหยุดชะงักทันที ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการและเกิดการตายที่ บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงคือ อาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงอาจร้าวไปคอ คาง ไหล่ บางรายอาจมีอาการปวดท้อง ปวดหลัง คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น เหงื่อออก ซีด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง (Ventricular tachycardia: VT, Ventricular fibrillation: VF) และบางรายที่รุนแรงอาจมีภาวะช็อกร่วมด้วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, จารุกัญญ์ พริกบุญจันทร์, ๒๕๖๐) ดังนั้น เป้าหมายสำคัญของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วและแม่นยำ และสิ่งสำคัญจะต้องสามารถเปิดหลอดเลือด หัวใจของผู้ป่วยให้ได้เร็วที่สุด (Reperfusion) เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

เพื่อลดการเสียชีวิต กระบวนการดูแล ต้องให้ได้ตาม Guide line ตั้งแต่ Prehospital กระบวนการเข้าถึงการรักษาโดยเตรียมความพร้อมของรถEMSและบุคลากร ประชาสัมพันธ์หน่วยEMS โรงพยาบาลเชียงใหม่ นามบัตรเบอร์โทรฉุกเฉิน เมื่อมาถึงโรงพยาบาลต้องได้รับ Quick triage, labขอผลด่วน มีการพัฒนาสมรรถนะแบบพี่สอนน้อง อบรมการดูแลและการให้ยา SK ทุกจุดบริการ และการส่งต่อต้องพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตและ ACLS จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ถูกต้องเหมาะสม สนับสนุนผู้ป่วยดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษา จะช่วยลดการเกิดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำและภาวะแทรกซ้อนจาก STEMI ได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การรักษาการพยาบาลโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายระยะเฉียบพลัน และเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ในกรณีศึกษาผู้ป่วย ๒ ราย

## วิธีการศึกษา

เลือกผู้ป่วยที่สนใจ ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน จำนวน ๒ ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖-สิงหาคม ๒๕๖๖ ค้นคว้า เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย สรุปและอภิปรายผล

## การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง ๒ กรณี ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตจากโรงพยาบาล และผู้ป่วย และการขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรณีศึกษา ๒ กรณี ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษา จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลภายใน ๑ ปี หลังจากรายงานกรณีศึกษาได้รับการเผยแพร่เชิงวิชาการ

## ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ ๑ ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๐ ปี ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร สูบบุหรี่วันละ ๗ มวน/วัน ดื่มสุรบบางครั้ง ไม่เคยใช้สารเสพติด เคยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีเมื่อ ๖ ปีที่แล้ว ให้ประวัติว่า ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หลังเดินกลับจากนา มีวิงเวียน หน้ามืด แล้วล้มลง หน้ากระแทกพื้น ไม่สลบ มีแผลถลอกที่ใบหน้า มีรอยแดงที่หน้าอก หลังล้ม มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมาก วิงเวียน ตัวเย็น หายใจไม่สะดวก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเชิงใน ถึง ER รู้สึกรู้สึกตัว GCS E๔M๖V๕ Vital signs แรกรับ T ๓๖ C, P๓๒ bpm, RR ๒๐ bpm, BP ๑๓๐/๘๐ mmHg, ๐๒ Sat room air ๙๘%, Lung clear, CXR No infiltration, DTX ๑๖๕ mg%, pain score ๑๐/๑๐ คะแนน ตรวจ EKG พบ ST elevation at II, III, AVF ต่อมา BP ๘๙/๕๐ mmHg ได้รับสารน้ำ NSS iv Load ๒๐๐ cc BP ยังไม่ขึ้น ได้รับยา Dopamine ๒:๑ vein drip ๕ µc/hr consult cardiologist แพทย์วินิจฉัย Inferior wall STEMI ได้รับ ASA Gr V ๑ tab, Plavix ๔ tabs ส่งต่อและประสานช่องทางด่วนทำ CAG และ Primary PCI เตรียมความพร้อมเครื่องมือ ยา อุปกรณ์ ที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อให้ปลอดภัย พร้อมทั้งทีมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานขับรถตามระบบการดูแลแบบเร่งด่วนของห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อมี Cardiac arrest, EKG Show VF, CPR ๔ นาที Defibrillation ๑ ครั้ง มี ROSC, GCS E๔V๕M๖ ได้รับการทำ CAG และ Primary PCI ตามแผนการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กรณีศึกษาที่ ๒ ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๗๒ ปี ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร ปฏิเสธการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ให้ประวัติว่า ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะตัดกิ่งต้นไม้ มีอาการวิงเวียนศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเชิงใน ถึง ER รู้สึกรู้สึกตัว E๔M๖V๕ Vital signs แรกรับ T ๓๖.๕ C, P ๖๔ bpm, RR ๒๐ bpm, BP ๑๐๙/๖๔ mmHg, ๐๒ Sat room air ๙๘%, Lung clear, , DTX ๑๕๑ mg%, pain score ๔/๑๐ คะแนน BW ๑๓๐ kg, ได้รับยา Losec ๔๐ mg vein, Dimen ๑ amp vein แพทย์เห็นอนาสั่งเกตอาการ อาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ได้รับการทำ EKG ๑๒ lead พบ ST elevation at V๓-V๖ ได้รับการเจาะ Lab Trop T positive consult cardiologist แพทย์วินิจฉัย Anterior wall STEMI ให้ ASA Gr V ๑ tab, Plavix ๔ tabs, Streptokinase ๑.๕ mu vein drip in ๑ hr. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง ส่งต่อทำ CAG และ pharmaco invasive PCI ตามแผนการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกสูง ได้รับการดูแลและส่งต่อตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ สามารถกลับบ้านได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนต่อไป



ตารางที่ ๑ แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วย ๒ ราย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒
ข้อมูลทั่วไป	ชายไทย อายุ ๗๐ ปี น้ำหนัก ๕๘ kg, BMI ๑๙.๔	หญิงไทยอายุ ๗๓ ปี น้ำหนัก ๑๓๐ kg, BMI ๕๗.๘
ข้อมูลสุขภาพ	ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร สูบบุหรี่วันละ ๗ มวน/วัน ดื่มสุรบบางครั้ง ไม่เคยใช้สารเสพติด เคยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีเมื่อ ๖ ปีที่แล้ว	ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร ปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มัน
อาการสำคัญ	วิงเวียน หน้ามืด เจ็บแน่นหน้าอก ก่อนมาโรงพยาบาล ๒ ชั่วโมง	วิงเวียนศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอก ก่อนมาโรงพยาบาล ๑ ชั่วโมง
การเข้าถึงบริการ	ญาตินำส่ง/มาเอง	ญาตินำส่ง/มาเอง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หลังเดินกลับจากทุ่งนา มีวิงเวียน หน้ามืด แล้วล้มลง หน้ากระแทกพื้น ไม่สลบ มีแผลถลอกที่ใบหน้า มีรอยแดงที่กลางหน้าอก หลังล้ม มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมาก วิงเวียน ตัวเย็น หายใจไม่สะดวก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเชิงอิน	๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะตัดกิ่งต้นไม้ มีอาการวิงเวียนศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเชิงอิน
อาการแรกรับ	รู้สึกตัว GCS E๔M๖V๕ Vital signs แกรับ T ๓๖ C, P ๓๒ bpm, RR ๒๐ bpm, BP ๑๓๐/๘๐ mmHg, repeat BP ๘๙/๕๐ mmHg, O๒ Sat room air ๙๘%, Lung clear, CXR No infiltration no FX ribs, DTX ๑๖๕ mg% ,pupils ๓ min RTL BE, pain score ๑๐/๑๐ คะแนน	รู้สึกตัวดี E๔M๖V๕ Vital signs แกรับ T ๓๖,๕ C, P ๖๔ bpm, RR ๒๐ bpm, BP ๑๐๙/๖๔ mmHg, ๐๒ Sat room air ๙๘%, Lung clear, CXR no infiltration DTX ๑๕๑ mg%, pain score ๔/๑๐ คะแนน
การวินิจฉัยเบื้องต้น	Acute myocardial infraction (STEMI Inferior wall )	Acute myocardial infraction (STEMI Anterior wall )
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	ST elevation at lead ๒,๓, aVF ST depress lead ๑,aVL	ST elevation at lead V๓,V๔,V๕,V๖
พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	เจ็บแน่นหน้าอกมาก วิงเวียน ตัวเย็น หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตต่ำ	เจ็บแน่นหน้าอก วิงเวียนศีรษะ
การรักษา	๐.๙% NSS iv Load ๒๐๐ cc Dopamine ๒:๑ vein drip ๕ µd/hr ASA Gr V ๑ tab Plavix ๗๕ mg ๔ tabs CAG+PCI	Losec ๔๐ mg vein Dimen ๑ amp vein ASA Gr V ๑ tab Plavix ๗๕ mg ๔ tabs streptokinase ๑.๕ mu + NSS ๑๐๐ cc ve drip in ๑ hr CAG + Rescue PCI

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะแรก รับ	<p>๑. มีภาวะช็อกจากหัวใจเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</p> <p>๒. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง</p> <p>๓. กลัวเนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย</p>	<p>๑. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง</p> <p>๒. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>๓. กลัวเนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต และวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย</p>
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะส่งต่อ	๑. มีภาวะ cardiac arrest เนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย	๑. เสี่ยงต่อภาวะ หัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะจำหน่าย	วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง
การพยาบาลระยะแรก รับ ๑. มีภาวะช็อกจากหัวใจเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	<p>๑. ดูแลให้สารน้ำ NSS IV Load ๒๐๐ cc</p> <p>๒. ดูแลให้ยา Dopamine ๒๐๐mg+๕%DW๑๐๐ml IV drip ๕ cc/hr</p> <p>๓. Observe vital sign, O๒ Sat ทุก ๑๕ นาที</p> <p>๔. Monitor EKG ฝ้าระวัง cardiac arrhythmia</p> <p>๕. Observe conscious, chest pain ทุก ๑๕ นาที</p> <p>๖. on O๒ cannular ๓-๕ lpm</p> <p>๗. ประเมิน MEW score ,เตรียม ACLS</p>	
๒. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง	<p>๑. ดูแลให้ยา ASA Gr V ๑ tab, Clopidogrel ๔ tabs</p> <p>๒. Monitor EKG ,O๒ sat ,on O๒ therapy</p> <p>๓. Observe chest pain, ดูแลให้ยาแก้ปวด MO if pain score &gt;๖ and BP&gt;๙๐/๖๐</p> <p>๔. ดูแล absolute bed rest</p> <p>๕. observe V/S,N/S,O๒ sat q ๑๕ min, ๓๐min, ๑hr</p>	<p>๑. ดูแลให้ยา ASA Gr V ๑ tab, Clopidogrel ๔ tabs</p> <p>๒. Monitor EKG, O๒ sat if &lt;๙๐% O๒ therapy</p> <p>๓. Observe chest pain, ดูแลให้ยาแก้ปวด MO if pain score &gt;๖ and BP &gt;๙๐/๖๐</p> <p>๔. ดูแล absolute bed rest</p> <p>๕. observe V/S ,N/S, O๒ sat q ๑๕ min, ๓๐ min, ๑ hr</p>

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๓. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดลิ่มเลือด		<p>๑. ประเมินข้อห้าม/ข้อควรระวังการให้ยา ให้ผู้ป่วย/ญาติเซ็นใบยินยอมในการให้ยา</p> <p>๒. ดูแลการรับยา streptokinase</p> <p>๑.๕ml + ๐.๙%NSS ๑๐๐ml iv drip in ๑ hr observe GCS, V/S q ๕min x๖ then q๑๕min x๔ then ๓๐min x๔ and then q ๑hr until stable</p> <p>๓. monitor EKG ฝ้าระวัง cardiac arrhythmia และภาวะ bleeding</p> <p>๔. ประเมิน pain score ,เตรียม ACLS</p> <p>๕. ทำ EKG ๑๒ leads after SK at ๓๐min, ๖๐ min, ๙๐ min</p>
๔. กลัวเนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต และวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	<p>๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ แสดงท่าที่เป็นมิตร ประเมินความวิตกกังวล</p> <p>๒. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ</p> <p>๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</p>	<p>๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ แสดงท่าที่เป็นมิตร ประเมินความวิตกกังวล</p> <p>๒. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ</p> <p>๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</p>
การพยาบาลระยะส่งต่อ ๑ มีภาวะ cardiac arrest เนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย	<p>๑. รายงานศูนย์ประสาน ICU hup</p> <p>๒. เตรียม AED ทำการช็อก ๑ ครั้ง และ CPR ตามมาตรฐานAHA ๒๐๑๙</p> <p>๓. ปรับยา Dopamine ช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ ตามแผนการรักษา</p> <p>๔. Observe V/S, N/S, O๒ sat q๑๕ min</p> <p>๕. On O๒ therapy,</p> <p>๖. Monitor EKG ฝ้าระวัง cardiac arrhythmia</p> <p>๗. ฝ้าระวังภาวะ cardiac arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ</p> <p>๘. เตรียมอุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิตให้พร้อม</p>	
๒. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย		<p>๑. Monitor EKG ฝ้าระวัง cardiac arrhythmia</p> <p>๒. ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด Cardiac arrest เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ กระสับกระส่ายหมดสติ</p> <p>๓. Observe pain score, GCS, V/S, O๒ sat q ๑๕ min</p> <p>๔. ดูแล O๒ therapy if O๒ sat RA &lt;๙๐%</p>

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
<p>ระยะจำหน่าย การวางแผน จำหน่ายและการ ดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>๑. ประสานห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจผ่านช่องทางด่วน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Primary PCI ตามแผนการรักษา</p> <p>๒. เตรียมเอกสารเกี่ยวกับผู้ป่วย ตรวจสอบอุปกรณ์ในรถ Ambulance ให้พร้อมใช้ โดยเฉพาะ EKG monitor / Defibrillator, ออกซิเจน</p> <p>๓. ความพร้อมของผู้ป่วยประเมิน V/S ,GCS, Pain score และ clinical ของผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ ระหว่างการส่งต่อ</p> <p>๔. บันทึกอาการผู้ป่วยในแบบบันทึกการส่งต่อและส่งต่อข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลปลายทาง</p> <p>๕. ประเมินความต้องการในการวางแผนจำหน่ายที่โดยสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ และเบอร์โทรติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ประสานทีมCOCดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>๖. วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยสูบบุหรี่ แนะนำ การเลิกบุหรี่ แนะนำการออกกำลังกาย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๗. ติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพชุมชน เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p>	<p>๑. ประสานห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจผ่านช่องทางด่วน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการทำ Rescue PCI ตามแผนการรักษา</p> <p>๒. เตรียมเอกสารเกี่ยวกับผู้ป่วย ตรวจสอบอุปกรณ์ในรถ Ambulance ให้พร้อมใช้ โดยเฉพาะ EKG monitor / Defibrillator, ออกซิเจน</p> <p>๓. ความพร้อมของผู้ป่วยประเมิน V/S ,GCS, Pain score และ clinical ของผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ ระหว่างการส่งต่อ</p> <p>๔. บันทึกอาการผู้ป่วยในแบบบันทึกการส่งต่อและส่งต่อข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลปลายทาง</p> <p>๕. ประเมินความต้องการในการวางแผนจำหน่ายที่โดยสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ และเบอร์โทรติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ประสานทีมCOCดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>๖. วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอ้วนมาก ส่งปรึกษาโภชนกร ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง แนะนำการออกกำลังกาย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๗. ติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพชุมชน เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จัดให้อสม. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วย สัปดาห์ละครั้ง และบันทึกไว้เปรียบเทียบ</p>

## การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
๑. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	- ปฏิเสธโรคประจำตัว สุขุบทวีวันละ ๗ มวน ตี๋มสุราบ้างเมื่อเข้าสังคม	- ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ตี๋มสุราม
๒. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	- รับประทานอาหารรส มันเค็ม ไม่ได้ควบคุมการปรุงเนื่องจากมีภรรยาและลูกทำให้ ควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเองไม่ได้	- ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ปรุงอาหารเอง ควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเองไม่ได้
๓. การขับถ่ายของเสีย	- มักท้องผูกถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน หรือวัน ๒ วัน ปัสสาวะ วันละ ๕ - ๖ ครั้งต่อวัน	- ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะ วันละ ๕ - ๖ ครั้งต่อวัน
๔. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	- ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย แต่ทำงานด้านการเกษตร	- ไม่ค่อยออกกำลังกายเนื่องจาก กลัวหกล้ม
๕. การพักผ่อนนอนหลับ	- นอนหลับวันละ ๖-๗ ชม. มักนอนแต่หัวค่ำ แต่ตื่นมากกลางดึกแล้วไม่ค่อยหลับ หลับในตอนกลางวันบ้าง	- นอนหลับวันละ ๖-๘ ชม. เป็นคนนอนหลับง่าย
๖. การรับรู้และสติปัญญา	- รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออก เขียนได้ การศึกษาจบ ป.๔ - มีอาการหลงลืมบางครั้ง	- รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออก เขียนได้ การศึกษาจบ ป.๔ - มีอาการหลงลืมบ่อยครั้ง
๗. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเองในครั้งนี้อย่างยอมรับภาวะคุกคามต่อชีวิต กลัวการเสียชีวิต	- รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเองในครั้งนี้อย่างยอมรับว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาให้ทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะคุกคามต่อชีวิต
๘. บทบาทและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	- อาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาว บุตรชายและหลานอีก ๒ คน เป็นหัวหน้าครอบครัวที่บุตรหลานให้ความเคารพ มีภรรยาและบุตรสาวคอยดูแลเรื่องอาหารและดูแลเมื่อเจ็บป่วย	- อาศัยอยู่กับน้องสาว บุตรสาว น้องสาวและบุตรชายและหลานอีก ๑ คน มีบ้านอยู่ติดกัน มีการไปมาหาสู่และช่วยเหลือกันตลอด
๙. เพศและการเจริญพันธุ์	- แต่งงานมีบุตร ๑ คน	- โสด ไม่เคยแต่งงาน
๑๐. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	- เมื่อมีปัญหาจะพูดคุยกันในครอบครัว เป็นคนใจเย็น	- เป็นคนไม่คิดมาก พยายามพึ่งตัวเอง เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาน้องสาวและหลานสาวที่อยู่บ้านใกล้กัน
๑๑. คุณค่าและความเชื่อ	- นับถือศาสนาพุทธ ชอบทำบุญและเชื่อเรื่องบาปบุญ	- นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามประเพณีและเชื่อเรื่องบาปบุญ

## สรุปการศึกษาเปรียบเทียบ

๑. ข้อมูลสุขภาพ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ปฏิเสธโรคประจำตัว แต่การศึกษาที่ ๑ อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ทำให้ก่อโรคคือประวัติการสูบบุหรี่จัดต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า ๒๐ ปี ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ กลุ่มเสี่ยงจากภาวะอ้วน BMI ๕๗.๘ และชอบรับประทานอาหารรสหวาน มัน

๒. ประวัติการเจ็บป่วยแรกเริ่ม อาการและอาการแสดง มีประวัติการเจ็บป่วยที่เหมือนกัน คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ส่วนกรณีศึกษาที่ ๑ มีอาการ หายใจไม่อิ่ม ตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ Lead II, III, AVF (ชนิด Inferior Wall Myocardial Infarction) หลอดเลือดอุดตันหัวใจด้านล่างและด้านข้างขวาขาดเลือดไปเลี้ยง กรณีศึกษาที่ ๒ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-elevation ที่ Lead V๓-V๖ (ชนิด Anterior Wall Myocardial Infarction) หลอดเลือดเส้นซ้ายอุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้า ด้านซ้าย

๓. พยาธิสภาพของโรค กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีภาวะเจ็บหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาลสอดคล้องกับพยาธิสภาพการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการเจ็บหน้าอกชนิด Angina Pectoris เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่จำเพาะต่อโรค โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนักๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอก อาจมีอาการแน่นอึดอัด รู้สึกหายใจไม่ออก ส่วนกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ไม่พบอาการเจ็บร้าว (Refer Pain)

๔. การรักษา กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นได้รับยา antiplatelet เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และได้รับการส่งต่อเพื่อทำ CAG และ PCI

กรณีศึกษาที่ ๑. ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต และการกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดภาวะช็อกและเกิด cardiac arrest ขณะส่งต่อ EKG พบ Ventricular fibrillation กระตุกไฟฟ้าหัวใจ และช่วยฟื้นคืนชีพ มี ROSC E๔M๖V๕

กรณีศึกษาที่ ๒. ได้รับยาลดสลายลิ่มเลือด ช่วยสลายลิ่มเลือดที่เป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดอุดตัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาลดสลายลิ่มเลือด

๕. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษามีการให้การพยาบาลที่เหมือนกันคือ เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจาก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กลัวเนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต และวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

การพยาบาลที่แตกต่างกันคือกรณีศึกษาที่ ๑. มีภาวะช็อกจากหัวใจเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีภาวะ cardiac arrest เนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดสลายลิ่มเลือด เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย

๖. การประเมินผลการพยาบาล กรณีศึกษาที่ ๑. ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากหัวใจ -V/S P๕๖bpm, RR๑๘ bpm, BP๙๐/๖๐mmHg อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง - pain score ๖/๑๐, และ O๒ sat RA๙๘% ผู้ป่วยคลายความกังวล ให้ความร่วมมือแผนการรักษา ปลอดภัยจากภาวะ cardiac arrest ขณะส่งต่อ-มี ROSC E๔M๖V๕ P๕๖bpm RR๑๘bpm BP ๑๑๕/๖๑mmHg กรณีศึกษาที่ ๒. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง-pain score ๐/๑๐ , ปลอดภัยจากการได้รับยาลดสลายลิ่มเลือด -ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา SK V/S, P ๖๒bpm, RR๒๐bpm ,BP๑๑๗/๖๖mmHg E๔M๖V๕ ,No bleeding ผู้ป่วยคลายความกังวล ให้ความร่วมมือแผนการรักษา ,ป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ-no cardiac arrhythmia , V/S stable

การอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกสูง ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างกะทันหัน เป็นผลจาก plaque rupture ร่วมกับ platelet aggregation มี thrombus formation ซึ่งมีผลต่อ hemodynamic คือตีบมากกว่า ๕๐% ของเส้นผ่าศูนย์กลางด้านในของหลอดเลือด ทำให้เกิด angina pectoris ใจสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลม หหมดสติ และอาจเสียชีวิตได้ (สุนัน สุตติ,

เสาวนีย์ เนาวพานิช, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, วันเพ็ญ ภิญญโสภาสกุล, ๒๕๕๗) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๓๐ มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน หรือ ผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะมาด้วยอาการเหนื่อย หรือ อาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าอาการเจ็บหน้าอก จึงต้องได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นโดย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลเบื้องต้นให้ได้เร็วที่สุด ภายใน ๑๐ นาที ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจคือมี ST segment elevation ใน Lead V๒-V๓  $\geq 2$  มม.ในผู้ชาย หรือ  $\geq 1.5$  มม.ในผู้หญิง หรือ ST segment elevation  $\geq 1$  มม.ใน limb leads หรือ chest leads อื่น ที่ไม่ใช่ V๒-V๓ การรักษาเบื้องต้นคือการลดอาการเจ็บหน้าอก และบรรเทาความกังวลของผู้ป่วย ไม่แนะนำให้ออกซิเจนในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากออกซิเจนอาจเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดหัวใจส่วนปลาย อาจทำให้เกิดอันตรายและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต จึงควรให้ออกซิเจนเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ ๙๐ นอกจากการรักษาเบื้องต้นแล้ว ต้องรีบให้การรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็วโดยการสวนหัวใจ และขยายหลอดเลือดหัวใจ เรียกว่า primary PCI หรือ ให้อาละลายลิ่มเลือด เพื่อจำกัดบริเวณของกล้ามเนื้อหัวใจตายรวม ถึงผลแทรกซ้อนและอัตราการตายให้ต่ำที่สุด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๓) กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อรับการรักษา Primary Percutaneous Coronary Intervention ตาม Guide line อย่างปลอดภัย

กรณีศึกษาที่ ๑ ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยได้เร็วเนื่องจากผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Elevation ที่ Lead II, III, AVF แปลผล Inferior Wall Myocardial Infarction และมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นผลทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง ร่วมกับอาการแน่นหน้าอก ที่มีร่วมกับอาการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง บทบาทพยาบาลคือต้องรีบช่วยเหลือในภาวะวิกฤตคือ การบริหารสารน้ำ ๐.๙% NSS iv load BP ยังไม่ขึ้น การบริหารยาเสี่ยงสูง Dopamine ๒:๑ vein drip ๕  $\mu\text{c/hr}$  สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา บรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยการให้ยาต้านเกล็ดเลือด ASA Gr V ๑ tab, Clopidogrel ๔ tabs การติดตามอาการ Monitor EKG ,O๒ sat ,on O๒ therapy Observe chest pain,ดูแลให้ยาแก้ปวด MO if pain score  $> 6$  and BP  $> 90/60$  และรีบประสานช่องทางด่วนเพื่อตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด จะช่วยลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการส่งต่อ เตรียมรถฉุกเฉิน อุปกรณ์และยาช่วยชีวิต และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น สมรรถนะของพยาบาลในการส่งต่อคือต้องให้การช่วยเหลือกู้ชีวิต ACLS การใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต defibrillator ได้อย่างถูกต้อง และมีการติดตามเฝ้าระวังภาวะหัวใจหยุดเต้นซ้ำ Monitor EKG ,O๒ sat, V/S, N/S อย่างใกล้ชิด ตลอดจนลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญได้รับการส่งต่อทำ CAG และ Primary PCI อย่างปลอดภัย

กรณีศึกษาที่ ๒ เนื่องจากอาการแสดงทางคลินิก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังไม่ชัดเจน จึงมีการสังเกตอาการต่อ และประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ และตรวจ cardiac enzyme ยืนยันการวินิจฉัยซึ่งใช้เวลามากกว่า ๑๒๐ นาที จึงได้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ๑.๕ mu ผสมใน ๕%D/W ๑๐๐ ml ใน ๑ ชั่วโมงซึ่งยาให้อาละลายลิ่มเลือด เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตัน โดยมีข้อบ่งชี้คือ ระยะเวลาเจ็บหน้าอกถึงให้ยาไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมง คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST Elevation และไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา streptokinase (สุนัน สุตติ, เสาวนีย์ เนาวพานิช, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, วันเพ็ญ ภิญญโสภาสกุล, ๒๕๕๗) บทบาทพยาบาลจึงต้องมีการประเมินก่อนให้ยา และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่นภาวะเลือดออกผิดปกติ พยาบาลจึงต้องสังเกตอาการและติดตาม V/S, N/S, EKG อย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิต สังเกตอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยรายนี้แม้จะได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้ว ตามมาตรฐานการดูแลต้องส่งต่อทำ PCI โดยเร็วไม่ควรเกิน ๒๔-๗๒ ชั่วโมงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๓) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายให้ต่ำที่สุด ซึ่งผู้ป่วยได้รับ

การส่งต่อทำ PCI ตาม Guide line อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา มีกำลังใจในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกสูงทั้ง ๒ ราย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ต้องมีการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น Cardiogenic shock, Cardiac Arrest เพื่อลดความรุนแรงของโรค และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ พยาบาลฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติและฉุกเฉินตั้งแต่แรกเริ่ม ส่งต่อ จำหน่าย โดยทำการประเมินคัดกรองผู้ป่วยให้ได้เร็ว ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตายของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ดูแลการได้รับยา การรักษาที่เหมาะสม การเฝ้าระวังภาวะต่างๆ ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการดูแลแบบเร่งด่วนผ่านช่องทางด่วน มีการเตรียมพร้อมของบุคลากร และช่วยชีวิต ACLS ได้ เตรียมรถฉุกเฉิน อุปกรณ์และยาช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน จะช่วยลดการเสียชีวิตได้ และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องการดูแลตนเองจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การงดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ตลอดจนการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยการรับประทานยา และมาตรวจตามนัด และที่สำคัญคือชุมชนต้องมีส่วนร่วมและต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะช่วยลดอัตราการป่วยและอัตราการตายได้

#### เอกสารอ้างอิง

World Heart Federation, WHF (๒๐๑๓) Cardiovascular Disease Risk Factors. World Heart Federation, Geneva. <http://www.world-heart-federation.org/press/factsheets/cardiovascular-disease-risk-factors/>

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (๒๕๕๘). จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ (รวม ๔ โรค / ความดันโลหิต

สูง/เบาหวาน/หัวใจขาดเลือด/หลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง.

<http://www.thaincd.com/๒๐๑๖/mission/documents-detail.php?id=๑๓๖๕๓&tid=๓๒&gid=๑-๐๒๐>

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมแพทย์มัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทยและคณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษา ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพ.ศ. ๒๕๖๓.กรุงเทพมหานคร:ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, จารุกัญญา พริกบุญจันทร์. (๒๕๖๐). การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ.

กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์

สุนัน สุดดี, เสาวนีย์ เนาวพานิช, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (๒๕๕๗). ทัศนการณ์ทางหัวใจและหลอดเลือดกับการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์



#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกสูงมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น โดยปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีผู้ป่วย STEMI จำนวน ๑๗,๒๔ และ ๒๐ รายตามลำดับ และยอดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกสูงเสียชีวิต ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ เป็น ๑,๑ และ ๐ รายตามลำดับ กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกสูง ได้รับการดูแลและส่งต่อตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ สามารถกลับบ้านได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนต่อไป

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรอง การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ

๖.๒ เป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฝ้าระวังอาการวิกฤต

๖.๓ เป็นแนวทางการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ

๖.๔ เป็นแนวทางส่งต่อผ่านช่องทางด่วนผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นบนรถพยาบาลขณะนำส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย พยาบาลส่งต่อต้องประสานงานที่รวดเร็ว และดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นได้อย่างปลอดภัย

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การซักประวัติผู้ป่วยแรกรับยังไม่ครอบคลุมปัญหา

๘.๒ ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลกลัวการเสียชีวิตกะทันหัน

๘.๓ การประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและแพทย์เฉพาะทางสาขาที่ต้องมีความชำนาญในการ

ประสานงาน

๘.๔ สมรรถนะพยาบาลส่งต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นบนรถพยาบาล ACLS บนรถพยาบาล

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

##### ด้านบริหาร

๑.การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยบนรถพยาบาล และ ACLS บนรถพยาบาล

๒.การทบทวนแนวทางการดูแล case conference เพื่อการปรับปรุงแนวทางการดูแล ละครบบส่งต่อผ่านช่องทางด่วน และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระบบส่งต่อจาก IA ของโรงพยาบาลแม่ข่าย

##### ด้านบริการ

๑.ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

๒. การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ด้านวิชาการ


๑. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การใช้ check list chest pain

๒. พัฒนาสมรรถนะในการอ่านEKG สำหรับพยาบาล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน การนำเสนอความก้าวหน้าวิชาชีพพยาบาล การประชุมวิชาการ : ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANI : สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ประเภท oral presentation เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง กรณีศึกษา ๒ ราย

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) นางวรรณมา ส่องศรี สักส่วนของผลงาน ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....


(นางวรรณมา ส่องศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) ..๘../...มกราคม.../..๒๕๖๗...

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวรรณมา ส่องศรี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางวิภาภรณ์ สิงห์ทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) ..14../...๒๗../...๖7.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายสาโรช สมชอบ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงอิน

(วันที่) ..14../...๒๗../...๖7.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

**แบบแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1.เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง

2.หลักการและเหตุผล

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูง ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 17.3 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 23 ล้านคน (World Heart Federation,2013) ประเทศไทย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิต โดยพบว่าผู้เสียชีวิต ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2554-2558 เท่ากับ 22.47 , 23.45, 26.91, 27.83และ 27.88 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) โรงพยาบาลเชียงใหม่ มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น โดยปี 2564 - 2565 มีผู้ป่วย STEMI จำนวน 17 และ 24 รายตามลำดับ เพื่อลดการเสียชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยและและรักษาอย่างถูกต้องและเร่งด่วน โดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) เกิดจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแข็ง และมีการแตกของคราบไขมันทำให้เกิดลิ่มเลือดมาอุดตันทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงหรือหยุดชะงักทันที ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการและเกิดการตายที่ บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงคือ อาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงอาจร้าวไปคอ คาง ไหล่ บางรายอาจมีอาการปวดท้อง ปวดหลัง คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น เหงื่อออก ซีด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง (Ventricular tachycardia: VT, Ventricular fibrillation: VF) และบางรายที่รุนแรงอาจมีภาวะช็อกร่วมด้วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, จารุกัญญ์ พริกบุญจันทร์, 2560) ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วและแม่นยำ และสิ่งสำคัญจะต้องสามารถเปิดหลอดเลือด หัวใจของผู้ป่วยให้ได้เร็วที่สุด (Reperfusion) เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

เพื่อลดการเสียชีวิต กระบวนการดูแล ต้องให้ได้ตาม Guide line ตั้งแต่ Prehospital กระบวนการเข้าถึงการรักษาโดยเตรียมความพร้อมของรถEMSและบุคลากร ประชาสัมพันธ์หน่วยEMS โรงพยาบาลเชียงใหม่ นามบัตรเบอร์โทรฉุกเฉิน เมื่อมาถึงโรงพยาบาลต้องได้รับ Quick triage, labขอผลด่วน มีการพัฒนาสมรรถนะแบบพี่สอนน้อง อบรมการดูแลและการให้ยา SK ทุกจุดบริการ และการส่งต่อต้องพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตและ ACLS จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ถูกต้องเหมาะสม สนับสนุนผู้ป่วยดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษา จะช่วยลดการเกิดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำและภาวะแทรกซ้อนจาก STEMI ได้

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกสูงทั้ง 2 ราย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ต้องมีการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น Cardiogenic shock, Cardiac Arrest เพื่อลดความรุนแรงของโรค และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ พยาบาลฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตและฉุกเฉินตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ จำหน่าย โดยทำการประเมินคัดกรองผู้ป่วยให้ได้เร็ว ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตายของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ดูแลการได้รับยา การรักษาที่เหมาะสม การเฝ้าระวังภาวะต่างๆ ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการดูแลแบบเร่งด่วนผ่านช่องทางด่วนและระบบ telemedicine บนรถพยาบาล มีการเตรียมพร้อมของบุคลากร และช่วยชีวิต ACLS ได้ เตรียมรถฉุกเฉิน อุปกรณ์และยาช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน จะช่วยลดการเสียชีวิตได้ และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องการดูแลตนเองจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การงดสูบบุหรี่

รับประทานยา และมาตรวจตามนัด และที่สำคัญคือชุมชนต้องมีส่วนร่วมและต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค  
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะช่วยลดอัตราการป่วยและอัตราการตายได้

#### ๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๓.๑ กระบวนการเข้าถึงการรักษาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยSTEMI
- ๓.๒ การคัดกรองถูกต้องรวดเร็ว
- ๓.๓ สมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด
- ๓.๔ ระบบส่งผ่านช่องทางด่วน และสมรรถนะพยาบาลส่งต่อการดูแลนรทพยาบาล
- ๓.๕ การเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ถูกต้องเหมาะสมสนับสนุนการดูแลตนเองผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตามแผนการรักษา

#### ๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ อัตราคัดกรองผิดพลาดล่าช้า = ๐
- ๕.๒ ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน ๕ นาที
- ๕.๓ ได้รับการได้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที หลังแพทย์วินิจฉัย
- ๕.๔ ได้รับการส่งผ่านช่องทางด่วนภายใน ๓๐ นาที
- ๕.๕ อัตราตายของผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ ๙

(ลงชื่อ) ..... *Our* .....

(นางวรรณมา ส่องศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ...๘.../...มกราคม.../...๒๕๖๗...

ผู้ขอประเมิน

## 2. แบบสรุปความเห็นในการประเมินคุณลักษณะของบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวสุวีภรณ์ สมคะเนย์

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
<p>1. ความรับผิดชอบ พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เอาใจใส่ในการทำงานที่ได้รับมอบหมายและหรืองานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- ยอมรับผลงานของตนเองทั้งในด้านของความสำเร็จและความผิดพลาด</li> <li>- พัฒนาและปรับปรุงงานในหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้นและหรือแก้ไขปัญหาหรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น เช่น งานใดที่สำเร็จและได้ผลดีแล้วก็พยายามปรับปรุงให้ดีขึ้นไปอีกเรื่อยๆ หรืองานที่พบว่ามีปัญหาหรือข้อผิดพลาดก็พยายามแก้ไขไม่ละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้จนเกิดปัญหาเช่นนั้นซ้ำๆ อีก</li> </ul>	15	15
<p>2. ความคิดริเริ่ม พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คิดค้นระบบแนวทาง วิธีดำเนินการใหม่ๆ เพื่อประสิทธิผลของงาน</li> <li>- แสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะอย่างสมเหตุสมผลและสามารถปฏิบัติได้</li> <li>- แสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอโดยเฉพาะในสายวิชาชีพ/งานของตน</li> <li>- ตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขหรือตัดแปลงวิธีทำงานให้มีประสิทธิภาพและก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา</li> <li>- สนใจในงานที่ยุ่ยากซับซ้อน</li> <li>- มีความไวต่อสถานการณ์หรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งเร้าภายนอก</li> </ul>	15	15
<p>3. การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วิเคราะห์หาสาเหตุก่อนเสมอเมื่อประสบปัญหาใดๆ</li> <li>- วิเคราะห์ลู่ทางแก้ปัญหาโดยมีทางเลือกปฏิบัติได้หลายวิธี</li> <li>- เลือกทางปฏิบัติในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม</li> <li>- ใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจและแก้ปัญหา (ไม่ใช่ความรู้สึกของตนเอง)</li> </ul>	15	10
<p>4. ความประพฤติ พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รักษาวินัย และมีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่</li> <li>- มีกิริยาวาจาสุภาพ อ่อนโยน</li> <li>- มีความประพฤติส่วนตัวที่เหมาะสมและควบคุมอารมณ์ได้</li> <li>- ปฏิบัติงานอยู่ในกรอบของข้อบังคับว่าด้วยจรรยาบรรณของข้าราชการพลเรือนและวิชาชีพของตน</li> <li>- มีความซื่อสัตย์สุจริต</li> </ul>	15	15
<p>5. ความสามารถในการสื่อความหมาย พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สื่อสารกับบุคคลต่างๆ เช่น ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ดี โดยเข้าใจถูกต้องตรงกัน</li> <li>- ถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการให้ผู้อื่นเข้าใจอย่างชัดเจนโดยใช้ภาษาอย่างถูกต้องเหมาะสม</li> </ul>	10	10

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
<b>6. การพัฒนาตนเอง พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น</b> - ติดตาม ศึกษา ค้นคว้าความรู้ใหม่ หรือสิ่งที่เป็นความก้าวหน้าทางวิชาการ/วิชาชีพอยู่เสมอ - สนใจและปรับตนเองให้ก้าวหน้าทางการใหม่ๆ ตลอดเวลา - นำความรู้และวิทยาการใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	10	10
<b>7. การทำงานร่วมกับผู้อื่น</b> - ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น - ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานกับผู้อื่น - เคารพในสิทธิของผู้อื่น - มีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน	10	10
<b>8. ความเสียสละ</b> - การอุทิศเวลาให้งาน - สามารถช่วยเหลือหน่วยงานขององค์กรอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กรทั้งงานโดยตรงและงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ - การไม่เกี่ยงงาน	10	10
<b>รวม</b>	100	95

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

) เหมาะสมกับตำแหน่งที่ขอรับการประเมินบุคคล ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

) ไม่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ขอรับการประเมินบุคคล ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อ) ..... นายสาโรช สมชอบ .....

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(ตำแหน่ง) .....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองใน.....

(วันที่) 10 / 10 / 2567

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ

) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

) มีความเห็นแตกต่างจากการประเมินข้างต้นในแต่ละรายการ ดังนี้

(ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อ) ..... นายสาโรช สมชอบ .....

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(ตำแหน่ง) .....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองใน.....

(วันที่) 10 / 10 / 2567

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ส่วนที่ ๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง

๑. ชื่อ - สกุล นางสาวสุรีภรณ์ สมคะเนย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  
สังกัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ เงินเดือน 58,390 บาท
๒. วุฒิการศึกษา วุฒิปริญญาตรีแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
๓. ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ เมื่อ 11 ธันวาคม 2551
๔. ดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะเข้ารับการประเมินบุคคล เมื่อ 11 ธันวาคม 2551
๕. สรุปผลการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักย้อนหลัง 3 ปี

ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการหัวหน้างานสุขภาพจิตและจิตเวช ยาเสพติด วัณโรค กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเชียงใหม่ มีบทบาทในการกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงานและผู้ได้บังคับบัญชาให้บริการได้ตามมาตรฐาน โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในด้านการพยาบาลทางศาสตร์ศิลปะการพยาบาล หลักวิทยาศาสตร์ตามมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติที่กำหนดครอบคลุม 4 มิติคือการรักษาพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับประโยชน์สามารถพึ่งพาตนเองได้และได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม รวมทั้งบูรณาการความรู้ศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุขศาสตร์พฤติกรรมและสังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ฯลฯ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับ กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาล วางแผนการดูแลและจัดการปัญหาด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เป็นรายบุคคลหรือ รายกลุ่ม สามารถประเมินและวินิจฉัย คาดการณ์อาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะ อุกเขิน ความเสี่ยงทางคลินิกและสังคม ตัดสินใจ ดำเนินการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยและปัญหาอื่น ๆ ที่ยุ่งยาก ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ และกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษตามระยะการดำเนินของโรค เช่น ผู้ป่วยหลัง ต้องโทษทางคดี ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คนพิการ เด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติเพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลเป็นไปตาม เป้าหมายรวมถึงสอน นิเทศ ติดตาม สร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) การปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลชุมชน ประสานความร่วมมือ สนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ และแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพแก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพและแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย ทั้งในสถาน บริการสุขภาพและชุมชนเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้

#### 1 ด้านการปฏิบัติการ

1.1 จัดระบบปฏิบัติการพยาบาลชุมชนตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด ภายใต้จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ซึ่งมีปัญหาสุขภาพที่ต้องตัดสินใจ หรือแก้ปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินผลผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบาง ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

1.2 จัดระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ ให้สามารถกลับมาดูแลตนเองได้ ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินภาวะสุขภาพ ที่ซับซ้อน การวิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยง การวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกความรุนแรงของปัญหา ที่ซับซ้อนการวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ที่ใช้ประสบการณ์และความชำนาญสูง รวมทั้งการใช้เครื่องมือในการบำบัดให้สอดคล้องกับภาวะของโรค ทั้งกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นกรณีเฉพาะในชุมชนเพื่อช่วยเหลือทางนิติวิทยาศาสตร์ ช่วยให้ผู้ใช้บริการปลอดภัยจากภาวะที่คุกคามได้อย่างทันที่

1.3 ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพประชาชน ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หรือการบริการอื่นๆ ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน

1.4 จัดระบบการวางแผนจำหน่าย (discharge planning) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการเสริมพลังอำนาจ สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ และพยาบาลชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

1.5 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พัฒนาแนวปฏิบัติ นวัตกรรม รูปแบบ วิธีการและเครื่องมือในการให้บริการสุขภาพ โดยใช้กระบวนการทบทวนการปฏิบัติงาน บทเรียน ผลการวิจัย ผลการวิเคราะห์และประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางปรับปรุงให้การทำงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

## 2 ด้านการวางแผน

2.1 วางแผนการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยของหน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มปกติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เป็น และกลุ่มป่วย ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน โดยใช้ความรู้ประสบการณ์และความชำนาญสูง ในการวิเคราะห์ คาดการณ์สถานการณ์ แนวโน้มปัญหาและตัดสินใจกำหนดแนวทางแก้ปัญหา พัฒนาคุณภาพการพยาบาลในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากแก่บุคลากรพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

2.2 วางแผนบริหารอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลและทีมการพยาบาลในชุมชน ได้แก่ กรอบอัตรากำลัง ทีมสุขภาพและจิตอาสาในหน่วยงานที่รับผิดชอบ ให้เหมาะสมกับบริบทและภาระงานที่เกี่ยวข้อง

2.3 วางแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยสำรวจความต้องการพัฒนาทางด้านวิชาการของบุคลากร จัดทำแผนและกำหนดงบประมาณสำหรับการประชุมวิชาการ การฝึกอบรมสำหรับบุคลากรทุกระดับประจำปี ร่วมคัดเลือกบุคลากรฝึกอบรมทั้งในและนอกหน่วยงาน

2.4 วางแผนและควบคุมกำกับให้มีการใช้งบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การจัดการ บำรุงรักษาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ให้เพียงพอเหมาะสมสำหรับการใช้ที่บ้านหรือชุมชน

2.5 ร่วมวางแผนและดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนงานหรือโครงการที่ได้รับมอบหมาย ให้เป็นไปตามเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

2.6 ร่วมนิเทศและพัฒนางานการพยาบาลชุมชน แก่บุคลากรพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญในการเชื่อมโยงมาตรฐานที่เกี่ยวข้องในการนิเทศงาน เพื่อแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานและติดตามประเมินผลให้เป็นไปตามเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

#### 3 ด้านการประสานงาน

3.1 ประสานการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในระดับกลุ่มงาน ระดับโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย เครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย จัดระบบการส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทในการชี้แนะ เสริมพลัง (Empowerment) ทีมงานและหน่วยงานอื่น ๆ ให้ความคิดเห็น คำแนะนำกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด

3.2 ร่วมประชุมคณะกรรมการต่างๆ ตามที่ได้รับแต่งตั้งทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงานเพื่อเป็นตัวแทนร่วมเสนอความคิดเห็น หรือประสานงานในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการให้บริการพยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อนในการเข้าถึงบริการ เพื่อความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกันและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

3.3 สนับสนุนการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคลากรของทีมการพยาบาลชุมชนกับสหวิชาชีพ และผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด

3.4 มีส่วนร่วมในเครือข่ายพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ เพื่อการประสานข้อมูล ร่วมแสดงความคิดเห็น สร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรพยาบาล

3.5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา best practices ของกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

#### 4 ด้านการบริการ

4.1 จัดระบบบริการพยาบาล ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและตามมาตรฐานวิชาชีพ

4.2 อำนวยความสะดวก ให้คำปรึกษา ถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ได้บังคับบัญชา ผู้ใช้บริการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานด้านการพยาบาลในชุมชนที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ให้ความรู้และเป็นวิทยากรด้านการพยาบาลชุมชนในการฝึกอบรมแก่บุคลากร หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแสดงบทบาทเป็นที่เล็งด้านวิชาการ และผู้ประสานแก่บุคลากรสาธารณสุข หน่วยงาน และเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานและดูแลตนเองได้

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4.3. จัดระบบการบริการ โดยใช้ผลการวิเคราะห์แนวโน้มภาระงาน ความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

4.4 นิเทศ ตรวจสอบติดตาม ประเมินผลการบริการพยาบาล และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

4.5 รวบรวมสถิติ ข้อมูล ผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์การบริการ นำมาวิเคราะห์ วางแผนปรับปรุงระบบการบริการ และนำเสนอผู้บริหารเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในภาพรวม

.6 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการหรือปรับปรุงแนวปฏิบัติกรพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4.7 กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพให้ครอบคลุม

4.8 ออกแบบระบบสารสนเทศและดำเนินการจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญ เพื่อสร้างและให้บริการสารสนเทศด้านการรักษาพยาบาล ที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน บุคคล หน่วยงาน ระบบบริการที่เกี่ยวข้องและใช้ประกอบการกำหนดนโยบายของผู้บริหาร รวมทั้งนิเทศ ตรวจสอบ ควบคุมการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน

4.9 สนับสนุนกิจกรรมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการวิจัยของหน่วยงาน ตามขอบเขตงานที่ได้รับมอบหมายรวมถึงจัดทำคู่มือ แนวทางการปฏิบัติงานที่สำคัญของหน่วยงาน

4.10 จัดทำมาตรฐานการพยาบาลโรคที่สำคัญ คู่มือปฐมนิเทศ คู่มือปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติที่สำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ

4.11 ส่งเสริมสนับสนุนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การทำวิจัย การทำ R2R การนำผลการวิจัย การสร้างและการนำนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤศจิกายน 2563 - กรกฎาคม 2564
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไปในประเทศไทย เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว สาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ดังนี้ 1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่ 1.) ปัจจัยสภาพของสมอง (Brain area) จากหลายสาเหตุ เช่น Limbic system มีผลต่อความจำ สมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือจาก Frontal cortex มีผลต่อควบคุมการเคลื่อนไหวตามความตั้งใจ สติปัญญาขั้นสูง หรือ Basal ganglia มีผลต่อควบคุมระบบประสานการเคลื่อนไหว 2.) สารสื่อประสาทที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรค พบว่า โดปามีน นอร์อิพิเนเฟริน และซีโรโตนิน ทำงานมากเกินไป 3.) ยีนส์ หรือกรรมพันธุ์ ผู้ป่วยจิตเภทกับญาติสายตรงมีโอกาสมากถึงร้อยละ 8-50 คู่แฝดเหมือน ประมาณร้อยละ 40 4.) ฮอร์โมน การศึกษาพบว่าระดับฮอร์โมนทางเพศในผู้ป่วยจิตเภทมีระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป และ 5.) Complication ระหว่างตั้งครรภ์ มีการศึกษาพบว่า การป่วยเป็นเบาหวาน การเสียเลือดมากในขณะคลอด การติดเชื้อของมารดา มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภทในบุตรได้ 2. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) ได้แก่ การถูกกดขี่ข่มเหงในวัยเด็ก (child abuse) หรือความกระทบ กระเทือนจิตใจ (childhood trauma) การใช้สารเสพติด พบว่า พิษกระท่อมที่นำมาใช้ในกลุ่มวัยรุ่นมีความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าทั่วไปถึงร้อยละ 4 หรือการสูบบุหรี่ เชื่อว่าบุหรี่และสารเสพติดตัวอื่นเมื่อใช้ร่วมกันมีผลต่อการควบคุมของระบบการหลั่งสารโดปามีน และโคลิเนจิก ซึ่งมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพในผู้ป่วยจิตเภท และ 3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) พบว่าความเครียด จากสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาไปสู่การเกิดโรค (ภัทรภรณ์ พุ่งคาปัน, 2560)

การดำเนินของโรค แบ่งเป็น 3 ระยะ

#### 1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase)

ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบช้า ๆ เริ่มมีปัญหาในการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน มักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน มักจะมีอาการนำมาก่อน เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น

#### 2. ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase)

ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ ผิดปกติทางความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว

**ส่วนที่ 2** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) ต่อ  
3.ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase)

เป็นช่วงที่อาการทางจิตสงบ แต่จะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ แต่ไม่รุนแรงมาก ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวกลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีเป็นช่วงที่อาการทางจิตสงบ แต่จะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ แต่ไม่รุนแรงมาก ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวกลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ และมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ ในระหว่าง 5 ปีแรกของป่วย

#### การรักษา

หลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Eletroconvulsive therapy) และการรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial treatment) เนื่องจากการดำเนินของโรคมีความแตกต่างกัน บางรายเป็นๆหายๆ ขณะที่บางคนเป็นโรคเรื้อรัง โดยทั่วไปมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรงหรือทรุดลงตามลำดับจนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ ในระยะแรกของโรคอาการของโรคอาการด้านลบมักเด่นชัด เวลาต่อมาอาการด้านบวกจะปรากฏเมื่อได้รับการรักษาอาการด้านบวกจะหมดไป แต่อาการด้านลบจะยังคงอยู่ บางรายอาการด้านลบอาจรุนแรงขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล , 2545 อ้างถึงใน นาดยา แยมทอง , 2553) สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Amearican Psychiatric Association : APA ,2000) แบ่งการรักษาโรคจิตเภทตามระยะอาการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะแรกเรียกว่าอาการทางจิตเฉียบพลัน ( Acute phase) การรักษาที่ได้รับ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หลักสำคัญคือลดความรุนแรงของอาการทางจิต ในรายอาการรุนแรงไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า ระยะที่สองระยะระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase) อาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบแล้ว นอกจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตตามแผนการรักษาของแพทย์ยังต้องมีการรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ระยะนี้จะอยู่ในช่วง 1-3 สัปดาห์ และระยะที่ 3 ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) เป้าหมายการรักษาในระยะนี้คือการคงสภาพอาการทางจิตด้วยยาต้านโรคจิตตามแผนการรักษาของแพทย์ ระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไป ประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้อย่าต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน บางรายอาจใช้ระยะเวลานานถึง 5 ปี หรือตลอดไป เพื่อคงสภาพอาการทางจิตทุเลาและยังช่วยป้องกันอาการทางจิตกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำอีกได้ จึงเป็นความสำคัญที่ต้องให้ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาไว้ เพราะผู้ป่วยส่วนหนึ่งคิดว่าตัวเองไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไปเมื่ออาการดีขึ้นแล้วนอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังต้องได้รับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมร่วมด้วย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการประเมินและวางแผนการดูแลเป็นระยะกับทีมสุขภาพ ต้องมีความรู้และความเข้าใจ มีสัมพันธภาพที่ดี สามารถประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม สามารถจัดการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมด้วยความเมตตาและเอื้ออาทร รวมถึงการนำแนวคิดกระบวนการ A-I-C เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน พยาบาลจึงมีบทบาทในการจัดการ

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) ต่อ

และกำกับระบบการดูแล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน (Direct Care) เตรียมผู้ป่วยให้สามารถกลับเข้าสู่ชุมชนและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุขตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินความสามารถของบุคคล และสามารถแยกแยะความบกพร่องในการดูแลตนเองของบุคคลเพื่อนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงและสนองตอบกับความต้องการของผู้ป่วย โดยการให้ความช่วยเหลือ แนะนำ สอน ให้กำลังใจ และ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความต้องการได้ รวมทั้งสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ใช้ความสามารถในการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต ดูแลช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนเมื่อเกิดปัญหาทางจิตได้ แต่หากบุคคลไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือและชดเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อนำไปสู่ความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมินสภาพปัญหา วางแผนให้การช่วยเหลือ ปฏิบัติการช่วยเหลือ รวมทั้งประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ

### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

#### ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไปในประเทศไทย เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น จากการสำรวจทั่วโลกพบความชุกของการเกิดโรคจิตเภท 6.2 ต่อประชากร 1,000 คน เพศชายมีความชุกการเกิดโรคจิตเภทกว่าร้อยละ 76 มากกว่าเพศหญิง สำหรับความชุกในประเทศไทยในช่วงอายุ 15 - 59 ปี พบความชุก 8.8 ต่อประชากร 1,000 คน และมีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.1 : 1 ( Phanthunane P, et all , 2010 ) จากสถานการณ์ปัจจุบันดังภาพข่าวตามสื่อต่างๆ ที่นำเสนอเหตุการณ์รุนแรงสะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือสังคม พบว่าส่วนหนึ่งผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ประกอบกับยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต,2563) ซึ่งสอดคล้องกับ 1 ใน 4 นโยบายหลักของกรมสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นที่ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ อาจก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง

**ส่วนที่ 2** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) ต่อ

ผู้อื่นหรือทรัพย์สิน ทำให้ญาติหรือชุมชนรู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย โกรธ หรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชอำเภอเชิงइन ปี 2561-2563 พบว่ามีครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของอำเภอเชิงइन ก่อคดีฆ่าบุคคลในชุมชนเสียชีวิต 1 ราย มีผู้ป่วยจิตเภทระยะสงบกำเริบซ้ำภายใน 6 เดือน ก่อความเดือนร้อนในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 10.24 , 8.65 และ 9.4 ตามลำดับ พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia) มากที่สุด จากการขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง บางรายมีปัจจัยกระตุ้นคือการใช้สุรา/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการทางจิตก่อเหตุความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชน รวมทั้งทำลายทรัพย์สิน โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีอุบัติการณ์กำเริบซ้ำเพิ่มสูงขึ้นจากปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มข้น ครอบคลุม ต่อเนื่อง เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และตอบสนองตามแนวนโยบายของกรมสุขภาพจิตข้อที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (Serious Mental Illness with High Risk to Violence:SMI-V) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต้องใช้พยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ มาประยุกต์ใช้ มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี ทั้งต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และคุณภาพในการดูแล

**วัตถุประสงค์** เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงในชุมชน และศึกษาบทบาท และสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังการเกิดปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการรักษา

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

กรณีศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงในชุมชนที่เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลเชิงइन ปี 2564 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ โดย ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต วิเคราะห์และเปรียบเทียบพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การรักษา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดการปฏิบัติงาน โดยเน้นที่ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้เพียงพอและคงอยู่ตลอดไป โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้องร่วมกับการ

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) ต่อ

ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพวางแผนการดูแลผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมญาติใจผู้ได้รับผลกระทบในชุมชน เตรียมชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (A-I-C) ระยะเวลาดำเนินการเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2563

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลตามแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) ผู้ป่วยจิตเภทรายแรกเป็นเพศชาย อายุ 40 ปี มีโรคร่วมทางกายคือวัณโรค มีพี่ชายป่วยเป็นโรคจิตเภท เช่นกันอาการกำเริบทำร้ายคนในชุมชนเสียชีวิตถูกดำเนินคดีเข้าไปอยู่ที่เรือนจำ รายที่ 2 เป็นเพศหญิง อายุ 56 ปี อยู่บ้านคนเดียวไม่มีญาติดูแลมีโรคร่วมทางกายคือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ทั้งสองรายวางแผนการดูแลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ 1.) ระยะ Acute กำหนดวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอาการก้าวร้าว หวาดระแวงและให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมการเกิดอาการจากโรคทางกาย ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและการจัดการภาวะวิกฤติสุขภาพจิต (การเยี่ยมญาติใจ) ผู้ได้รับผลกระทบ ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS (Overt Aggression Scale) การสัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรม ตรวจสอบประเมินสุขภาพทางกายและบันทึกทางการแพทย์เพื่อเฝ้าระวังความรุนแรง ดำเนินการเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2564 2.) ระยะ Stabilization อาการของโรคลดความรุนแรงลงผู้ป่วยอาการสงบลงแต่ต้องได้รับการยาต่อเนื่อง วางแผนการจำหน่าย (Discharge Plan) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายจิตเวชชุมชน และโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อดูแลต่อเนื่องป้องกันการป่วยซ้ำ ใช้แนวทางติดตามเยี่ยมบ้านวัณโรค (TB D-METHOD) ตั้งกลุ่มไลน์กำกับกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ดำเนินการเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2564

ขั้นตอนที่ 3 สรุปกรณีศึกษา วิจัย และให้ข้อเสนอแนะ และจัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

### สรุป ประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 1 ราย เป็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน ที่ส่งกลับมาจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ เพื่อดูแลต่อเนื่องในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีอาการกำเริบซ้ำพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีลักษณะอาการทางคลินิกคล้ายคลึงกันและตรงตามทฤษฎีของโรค สภาพปัญหาการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันคือ มีอาการกำเริบซ้ำจากปัญหาารับประทานยา ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีผู้ดูแล จะมีแตกต่างกันบ้างที่ผู้ป่วยชายรายที่ 1 มีอาการรุนแรงมากกว่าและใช้บุหรี่ สูรา ร่วมด้วยและมีโรคร่วมทางกายคือป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจซึ่งมีความยุ่งยากมากกว่าและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาทั้งสองโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ 1 เคยมีประวัติการเกิดอาการข้างเคียงค่อนข้างรุนแรงจากยามาแล้ว 1 ครั้ง ซึ่งได้ประสานกับเภสัชกรเพื่อเฝ้าระวัง ลักษณะเด่นของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภททั้งสองรายคือ การใช้หลักการพยาบาลจิตเวชในชุมชนและมีผู้กำกับติดตามการกินยาในชุมชน โดยมีการแบ่งบทบาท หน้าที่ ของผู้ที่มีบทบาทในการควบคุม กำกับกินยา ผู้ป่วยเพศหญิงรายที่ 2 มีแนวโน้มของการบำบัดฟื้นฟูดีกว่ารายที่ 1 เพราะไม่ได้ดื่มสุรา สูบบุหรี่ จึงมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน และมีการเสริมแรงในชุมชน (Empowerment) โดยพัฒนาทักษะการดูแล

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) ต่อ

ผู้ป่วยให้กับพยาบาล อาสาสมัคร และแกนนำชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยทั้งสองราย ติดตามเยี่ยมบ้านและแนะนำแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน การรักษาสีทึบของผู้ป่วย การดูแลเรื่องสวัสดิการต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพ ทรัพย์สินมรดก นำส่งการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

1. การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การประเมินผลสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยทั้งสองราย พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติการขาดยาและมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 6 เดือน ก่อนการรักษาจำนวน 5 ครั้ง ตี๋มสุรวันละ 2 เป็กทุกวัน สูบบุหรี่ วันละ 5- 10 มวนต่อวัน หลังการจัดระบบการดูแลแบบรายนัยยังไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ปฏิเสธการตี๋มสุรา แต่ยังสูบบุหรี่บ้างวันละ 1-2 มวน/วัน รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีแกนนำในชุมชน กำกับกินยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายที่ 2 อาการกำเริบซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 2 ครั้ง หลังการจัดระบบการดูแลแบบรายนัยยังไม่มีอาการกำเริบซ้ำ รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีแกนนำในชุมชนกำกับกินยาต่อเนื่อง ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทั้งสองรายมีผลการประเมินตามแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เรือรั้งในชุมชน 10 ด้าน อยู่ในระดับดี

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และแกนนำชุมชน มีคะแนนความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น
3. ประเมินความพึงพอใจของแกนนำและผู้ดูแลในระดับดีและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

#### ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. ประชาชนในชุมชนมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวช จากที่เรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า “ ฝีบ้า “ เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยจิตเวช
2. มี อสม.เชี่ยวชาญและแกนนำชุมชน ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เกิดชุมชนจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะวิกฤติด้านสุขภาพจิต
4. มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีกลุ่มไลน์ส่งต่อข้อมูลและเตรียมความพร้อมรับการดูแลตั้งแต่ในชุมชนถึงโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลแม่ข่าย ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิตและสิทธิผู้ป่วย

### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำมาใช้ประโยชน์ในงานพยาบาลการบริหารจัดการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้ดังนี้

1. มีเครื่องมือเป็นแนวทางการประเมินโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง เพื่อป้องกันและวางแผนให้การพยาบาล เช่น ประวัติการมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยที่มีความคิดหวาดระแวงจากอาการของโรคจิต อาการประสาทหลอน ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ผู้ป่วยแสดงความก้าวร้าวบ่อย และผู้ป่วยที่มีประวัติไม่สามารถควบคุมความโกรธได้ (Varcarolis, 2013)

2. ประเมินสภาพอารมณ์และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

3. การควบคุมสถานการณ์ขณะผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ในสถานบริการพยาบาลควรมีท่าที่สงบ ตั้งสติ ควบคุมอารมณ์ของตนเอง และระมัดระวังตนเอง ไม่ได้ตอบผู้ป่วยด้วยเสียงดังหรือแสดงท่าทีคุกคาม เพราะยิ่ง



## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) ต่อ

กระตุ้น อารมณ์ผู้ป่วยให้รุนแรงมากขึ้น กรณีเกิดสถานการณ์ในชุมชนสามารถประสานเครือข่ายตามแนวทางการดำเนินงาน พบ.สุขภาพจิต

4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ให้บรรยากาศเงียบสงบ ดูผ่อนคลาย

5. กรณีจำเป็นการดูแลผู้ป่วยขณะที่ถูกผูกยึดหรืออยู่ในห้องแยกการผูกยึดตามมาตรฐาน

6. ให้แรงเสริมทางบวก ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรม และแสดงออกได้อย่างเหมาะสม

7. สิ่งสำคัญที่สุดคือการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ห้ามหยุดยาเอง หากพบอาการผิดปกติควรรีบกลับมาพบแพทย์ทันทีที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่ทำการศึกษา ขาดยา ไม่มีผู้ดูแล อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองในชุมชน การประเมินด้วยเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) รายแรกระดับความรุนแรงที่ระดับ 3 มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก มีอาวุธที่เป็นอันตราย ทำลายทรัพย์สินสิ่งของแตกหัก เสียหาย ร่วมกับเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เห็นได้ชัดจากการแสดงออกทางพฤติกรรม ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน (Emergency) ต้องวางแผนร่วมกันกับผู้นำชุมชนและ อพปร. และตำรวจหาแนวทางควบคุมตัวนำส่งการรักษา รายที่ 2 มีพฤติกรรมเก็บตัว ไม่พูดคุยกับใคร อยู่บ้านคนเดียว มีอาวุธมีดประจำตัว กลางคืนเอาเสื้อผ้าออกมาจุดไฟเผาอกบ้าน ใช้มีดฟันต้นกล้วยรอบบ้าน บ่นพึมพำ กลับเข้าบ้านลือคกลอนประตุ ปิดมิดชิด มีความยากลำบากในการเข้าถึงผู้ป่วย แม้จะให้ญาติหรือคนคุ้นเคยมาเจรจา พูดคุยให้ออกมา การบริหารจัดการเป็นไปตาม พบ.สุขภาพจิต โดยทีมชุมชนมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจบ้าน อพปร. อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ต้องรอเวลาพร้อมกับพูดคุยสร้างความไว้วางใจ โรงพยาบาลชุมชนโดยทีม EMS เตรียมเวชภัณฑ์ยามืดหากกรณีฉุกเฉินเพื่อลดความรุนแรงก่อนนำส่งการรักษา และผู้ป่วยทั้ง 2 รายต้องเตรียมเอกสาร ตจ.1 เขียนรายงานพร้อมใบส่งต่อเนื่องจากไม่มีญาตินำส่งการรักษา

### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินในชุมชนบางสถานการณ์มีความยากลำบาก ไม่สามารถประสานทีมจะเข้าควบคุมสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ ชุมชนขาดประสบการณ์ในการควบคุมหากเกิดความรุนแรง ประชาชนในชุมชนหวาดระแวง ปฏิเสธผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน เบื่อหน่าย รู้สึกเป็นภาระให้ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนพร้อมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจและเสริมพลังในกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนทั่วไป จำนวน 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 6 เดือน

### 9. ข้อเสนอแนะ

การเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว(OAS) สามารถแบ่งระดับของความรุนแรง วางแผนการดูแลได้ แต่ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมดังกล่าวมีเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังประเมินกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบ ด้วยแบบ

**ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) ต่อ**

ประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ (5 Red flags) ดังนี้ 1. ไม่หลับไม่นอน : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ 2. เดินไปเดินมา : ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลก ๆ 3. พูดจาคนเดียว : พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว 4. หงุดหงิดคนเดียว : อารมณ์แปรปรวน เดียวดีเดียวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว และข้อที่5 เทียบหวาดระแวง : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดีนินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตามจะทำร้าย ถูกกลั่นแกล้ง หากพบว่ามีความเสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบข้อใดข้อหนึ่ง ให้ญาติ/ ผู้ดูแล แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพราะอาจจะมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เจ้าหน้าที่ควรประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาต่อไป ในระหว่างนี้ญาติต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เก็บอุปกรณ์ของมีคมและอาวุธต่างๆ และไม่ควรพูดจาหรือมีท่าที่ยั่วผู้ป่วย

**10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) มีช่องทางในการนำเสนอผลงาน ดังนี้**

26 สิงหาคม 2565 ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภท Poster Presentation จากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ เรื่อง “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วไป.” จากการประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 10

7-9 กันยายน 2565 นำเสนองานวิจัยจากงานประจำ(Routine to Research :R2R เรื่องการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน “ ไกลตัว ไกลบ้าน ไกลใจ ตามนโยบาย 3 หมอ “ ประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

11 พฤศจิกายน 2566 นำเสนอผลงานและเข้าร่วมประชุมโครงการประชุมวิชาการ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI “รุ่นที่ 2 ประเภท Oral Presentation เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน : กรณีศึกษา

**11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)**

- 1) นางสาวสุรีภรณ์ สมคะเนย์ สัดส่วนของผลงาน.....100.....
- 2) .....สัดส่วนของผลงาน.....
- 3) .....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



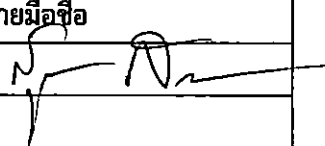
(นางสาวสุรีภรณ์ สมคะเนย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

(วันที่) 14 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุรีภรณ์ สมคะเนย์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 นายสาโรช สมชอบ  
 (..... นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
 (ตำแหน่ง) ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงเนิน  
 (วันที่) 10 / 12 / 2567  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
 (..... นายสาโรช สมชอบ  
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงเนิน  
 (วันที่) 10 / 12 / 2567  
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการในชุมชน
2. หลักการและเหตุผล

เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโตทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญา การอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ ถือเป็นหน้าที่สำคัญยิ่งของบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยเริ่มตั้งแต่ในครรภ์มารดา เด็กต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เหมาะสม มารดาต้องได้รับการดูแลก่อนคลอดตามเกณฑ์คุณภาพ นโยบายและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิตมุ่งเน้นในการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการเหมาะสมตั้งแต่แรกเกิดถึงเด็กอายุ 5 ปี โดยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน อำเภอเชิงฉ่องโน ปี 2564 - 2566 พบว่ามีเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าได้รับการประเมินและส่งมาที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการโรงพยาบาลเชิงฉ่องโน ด้วยเครื่องมือ TEDA4I คิดเป็นร้อยละ 92, 55, 83 และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์ร้อยละ 64, 0, 30 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเข้าถึงบริการลดลงไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ บางคนไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเป็นผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการอ่าน เขียน ขาดทักษะการใช้คู่มือกระตุ้นพัฒนาการขาดแคลนอุปกรณ์สนับสนุนในการฝึกทักษะ ซึ่งถ้าเด็กเหล่านี้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมก็จะช่วยให้เด็กมีโอกาสได้รับการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมให้มีพัฒนาการที่ก้าวหน้าขึ้นในช่วงเวลาที่สมองยังมีความสามารถพัฒนาพื้นฐานตัวเองจะส่งผลทำให้ลดความพิการ และสามารถทำให้เด็กเข้าใกล้ความเป็นปกติได้มากที่สุด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย 6 ครั้ง 1 ปี พ.ศ. 2442, 2447, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่และมี แนวโน้มลดลง ที่ร้อยละ 71.70, 72.00, 67.70, 73.40, 72.00 และ 67.50 ตามลำดับ(กรมอนามัย , 2563) ซึ่งไม่บรรลุค่า เป้าหมายตามแผนบูรณาการการพัฒนา ศักยภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดไว้ ร้อยละ 85.00 เช่นเดียวกับ การติดตามผลพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยโดยเครื่องมือ DSPM 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2560 - 2562) ในช่วงอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน พบว่า เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่เพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 13.33 ร้อยละ 17.73 และร้อยละ 22.86 2 และจากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 ปีพ.ศ. 2560 (1) พัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน จำแนก ตามกลุ่มอายุ พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 0 - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 76.80 และลดลงเมื่อเด็กอายุ 3 - 5 ปี ร้อยละ 58.00 ข้อสังเกตเมื่ออายุ 3-5 ปี พัฒนาการด้านภาษา และการใช้ภาษาดำกว่าพัฒนาการด้านอื่นๆมาก แสดงเห็นว่าในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ยังไม่บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งหากเด็กมีพัฒนาการด้านที่ล่าช้าไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลในด้านการเรียนรู้ในอนาคต และจาก

การวิเคราะห์สุขภาพของเด็ก อายุ 2-5 ปี พบว่าปัญหาพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มาจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ร่วมกับการค้นคว้าศึกษาข้อมูลการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า (อำไพรัตน์ สุทธิธรรมถาวร : 2565 ) พบว่า การกระตุ้นพัฒนาการเด็กบ่อยขึ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ (3 เดือน) ติดต่อกัน ร่วมกับแนะนำให้ความรู้แก่ผู้ปกครองไปดูแลเด็กที่บ้าน และส่งต่อข้อมูลให้ครูพี่เลี้ยงเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่อง ทำให้สัดส่วนของพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น จึงได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจให้กับผู้ปกครอง ส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายและครูผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และเฝ้าระวังปัญหาด้านพัฒนาการได้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในโอกาสต่อไป

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีระบบการเฝ้าระวังและค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
- 4.2 เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมด้านพัฒนาการ มีพัฒนาการสมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
- 4.3 มีแนวทางการพัฒนาแบบบูรณาการทุกภาคส่วนของชุมชน

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I มากกว่าร้อยละ 75
- 5.2. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นครบตามเกณฑ์ มากกว่า ร้อยละ 55
- 5.3. เด็ก 0-5 ปีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I แล้วมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ 35
- 5.4. มีเครือข่ายการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กครอบคลุมในทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง

(ลงชื่อ)



(นางสาวสุธีภรณ์ สมคะเนย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 14 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(The Effectiveness of Health Promotion Programs among Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus)

2. ระยะเวลาการดำเนินการ ธันวาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวร่วมกันมุ่งเน้นในการสร้างความรู้และความเข้าใจในบทบาทของการจัดการตนเองและครอบครัวที่มีผู้ป่วย โดยมุ่งสุขประโยชน์ที่พึงเกิดแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นหลัก มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขกับโรคที่เป็นอยู่ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

#### 4.1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี 2564 มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นเบาหวาน 623 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะยังคงมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [1] สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับประเทศในแถบแอฟริกา แปซิฟิกตะวันตก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยที่นำเป็นห่วงคือคนไทยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากถึง 200 รายต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม [2] จังหวัดอุบลราชธานีมีการดำเนินงานตรวจคัดกรองเบาหวาน ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในช่วง 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 2.12, 1.99 และ 2.45 ตามลำดับ ในปี 2565 จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 99,988 คน คิดเป็นเป็นอัตรา 5,386.36 ต่อแสนประชากร และยังพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ [1] สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้น 2,913 คน คิดเป็นอัตรา 3,993.18 ต่อแสนประชากร [3] จากการข้อมูลการตรวจคัดกรองของคลินิกโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยังมีน้อย อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ภาวะแทรกซ้อนที่ตา หลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง เกิดแผลหรือสูญเสียอวัยวะถูกตัดจากแผลลูกามติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เส้นประสาท และแผลกดทับ ตามมาได้ โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพ ครอบครัว สังคมและส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างรุนแรงได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ในปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในอำเภอโพธิ์ไทร ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 10 คน พบว่า ในกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุม หรือจำกัดปริมาณอาหารประเภทหวาน มัน เค็มได้ มีการออกกำลังกายบ้างแต่ยังไม่สม่ำเสมอ ส่วนในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดียังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ทั้งในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดได้ สรุปได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อำเภอโพธิ์ไทร ยังขาดการตระหนักในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม จึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดียังขาดการตระหนักในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นผลทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำแนวคิดผู้วิจัยได้นำตัวแปรจากแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (The Self-management) มาสร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวร่วมกันมุ่งเน้นในการสร้างความรู้และความเข้าใจในบทบาทของการจัดการตนเองและครอบครัวที่มีผู้ป่วย โดยมุ่งสุขประโยชน์ที่พึงเกิดแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นหลัก มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขกับโรคที่เป็นอยู่ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้สรุปเป็นแนวความคิดในการศึกษา กรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

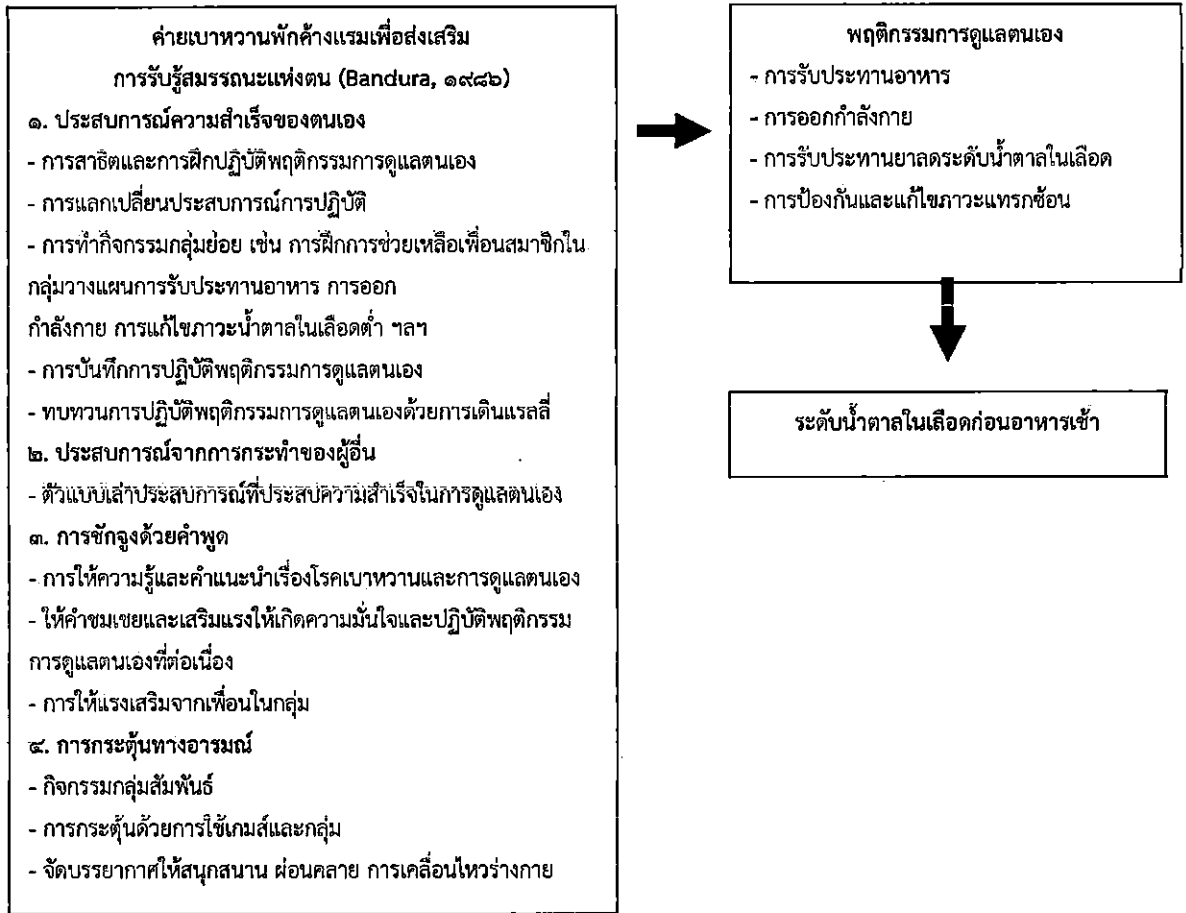
การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้  
 กลุ่มทดลอง  
 - เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและระบบติดตามผู้ป่วยเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้  
 กลุ่มควบคุม  
 - ได้รับโปรแกรมการดูแล รักษาผู้ป่วยเบาหวานตามปกติของโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด
3. ระดับน้ำตาลในเลือด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)



4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 สมมติฐานการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยมี

(1) กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยการเข้าค่ายเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ภายหลังจากเข้าค่าย 2 วันและ 1 คีน มากกว่าก่อนการทดลอง

(2) กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยการเข้าค่ายเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ระหว่างก่อนการทดลองและภายหลังจากทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ

(3) กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยการเข้าค่ายเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า น้อยกว่าก่อนการทดลอง

(4) กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยการเข้าค่ายเบาหวาน มีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้ามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ

4.2.2 ระเบียบวิธีการวิจัย (Research methodology)



## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.2.2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีแบบแผนการทดลองแบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มควบคุม (Pre Test-Post Test Static Group Comparison Design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ทำการศึกษา ระหว่างเดือน มีนาคมถึง พฤษภาคม 2566 ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566 ซึ่งมีที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) >140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 3 ครั้ง ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 475 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Sample Size Calculators [5] โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ 0.50 ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน จำแนกเป็นกลุ่มละ 40 คน ดังนี้

1) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566 ซึ่งมีที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) >140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 3 ครั้ง ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งได้รับโปรแกรมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566 ซึ่งมีที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) >140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 3 ครั้ง ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งได้รับกิจกรรมการดูแลตามปกติในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

#### เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
- 2) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) >140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 3 ครั้ง ในรอบ 6 เดือน ในปี 2565 และสามารถสื่อสารได้ดีเข้าใจและสามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
- 3) สนใจเข้าร่วมโปรแกรม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม

#### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

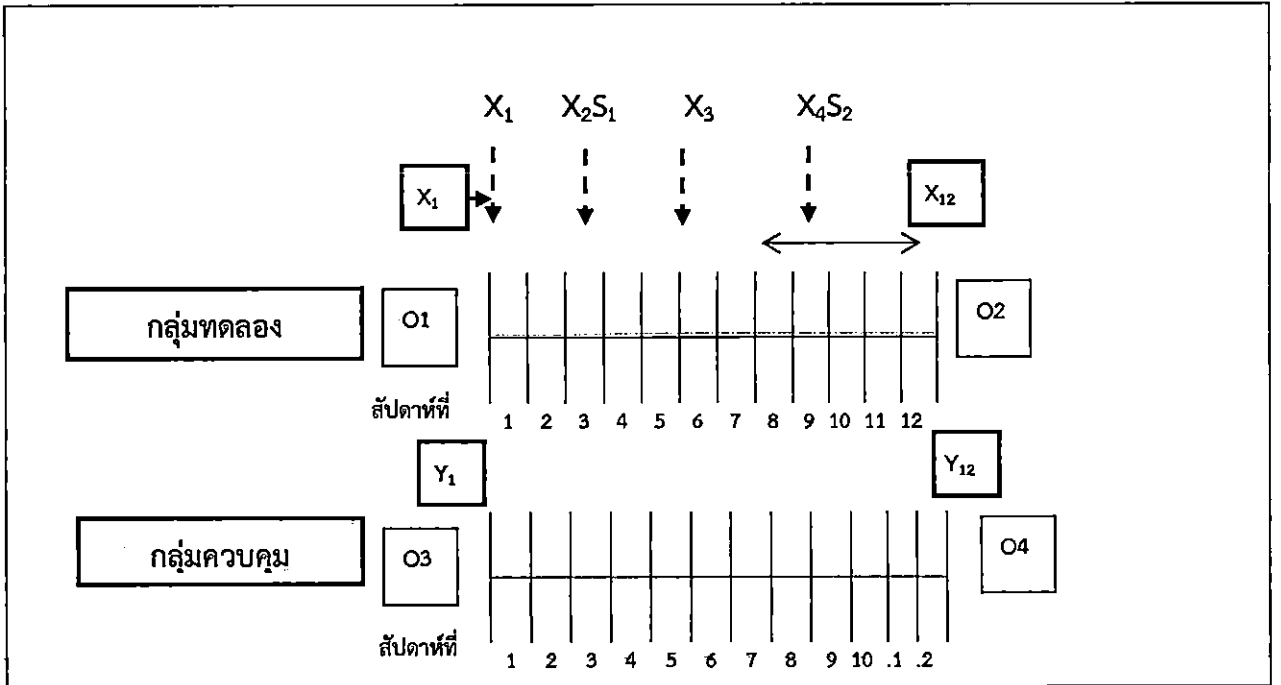
- 1) พิกัด เสียชีวิต ในระหว่างการทดลองและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโครงการวิจัย
- 2) มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พูดคุยไม่รู้เรื่อง ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองไม่ได้ ในระหว่างการทดลอง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.2.3 เครื่องมือการวิจัย (Study instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและระบบติดตามผู้ป่วยเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และแบบสอบถาม ดังนี้ 1)โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการทดลอง

โดย X หมายถึง การเข้าร่วม และได้รับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย x1-x4 ดังนี้

Y หมายถึง การได้รับกิจกรรมการดูแลตามปกติในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

X1 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

X2 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3-4 ครั้งที่ 2

X3 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 3

X4 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 8-12 ครั้งที่ 4

X12 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 12 สรุปกิจกรรม

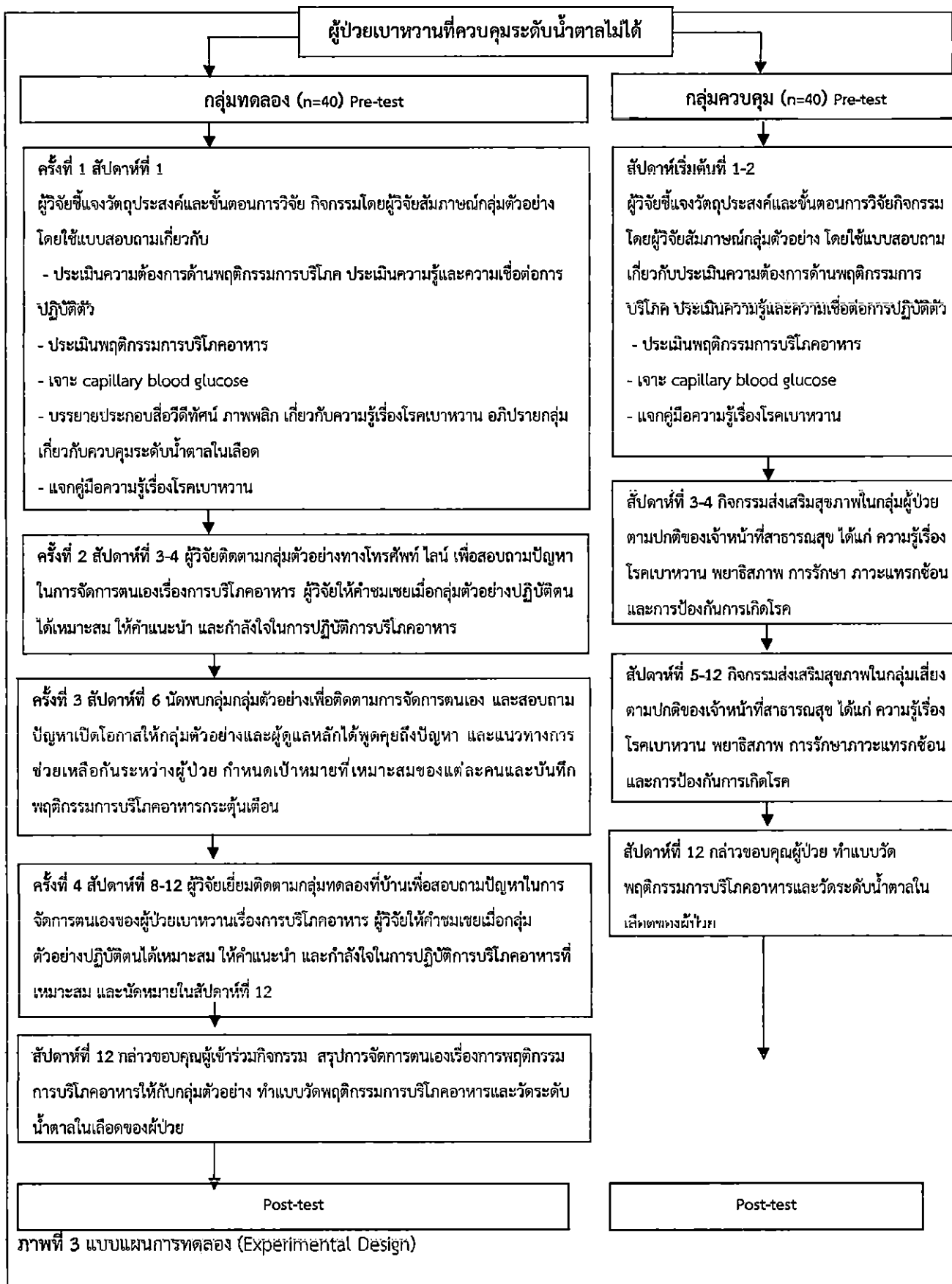
O1, O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และวัดน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

O2, O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นชุดข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และผู้จัดเตรียมอาหารให้รับประทาน แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และวัดน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

S หมายถึง กิจกรรมชักนำสู่การปฏิบัติ โทรศัพท์กระตุ้นเตือน วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์และส่งข้อความไลน์เพื่อสอบถามปัญหาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเรื่องการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยให้คำชมเชย เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามได้เหมาะสม ให้คำแนะนำ และกำลังใจในการปฏิบัติกรบริโภคอาหารที่เหมาะสม ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไป โดยมีแบบแผนการทดลอง ดังนี้



ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

2) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นชุดข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (ข้อมูลผลน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายและย้อนหลังไปอีก 2 ครั้ง) สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน โรคแทรกซ้อน และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นการบันทึกความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ โดยมีคำตอบแบ่งเป็น 2 ข้อ คือ ใช่ ไม่ใช่ คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินตามวิธีของ Best & Kahn [6] มีเกณฑ์ดังนี้

ได้คะแนนเฉลี่ย 10.01 – 15.00	ระดับสูง
ได้คะแนนเฉลี่ย 5.01 – 10.00	ระดับปานกลาง
ได้คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 5.00	ระดับต่ำ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด จำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 3, 2, 1 และ คำถามเชิงลบ 1, 2, 3 ตามลำดับ การแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินตามวิธีของ Best & Kahn [6] มีเกณฑ์ดังนี้

ได้คะแนนเฉลี่ย 98.01 – 126.00	ระดับสูง
ได้คะแนนเฉลี่ย 70.01 – 98.00	ระดับปานกลาง
ได้คะแนนเฉลี่ย 42.00 – 70.00	ระดับต่ำ

4.2.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เพื่อให้แบบสอบถามมีคุณภาพผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามใน 2 ด้าน คือ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยดำเนินการดังนี้

1) การหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบเนื้อหาโครงสร้างแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถาม ที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพจำนวน 5 ท่าน คำนวณค่า IOC (Index of Objective Congruence) เท่ากับ 0.94 และโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตรวจสอบเนื้อหาโครงสร้าง เพื่อให้คำแนะนำ ผู้วิจัยปรับแก้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามจำนวน 30 ชุด ไปทำการทดสอบ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีบริบทของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง ก่อนที่จะนำไปใช้จริงและนำข้อบกพร่องมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Cronbach's Alpha [7] เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ Alpha Coefficient จากการทดสอบแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่น 0.96

4.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และระดับน้ำตาลในเลือด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t – test

4.2.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยในครั้งนี้ มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการ ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2566 – 1009 วันที่รับรอง 20 กุมภาพันธ์ 2566

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เป้าหมายกิจกรรมและระยะเวลาที่กำหนด

ตารางที่ 1 สรุปการดำเนินงานตามเป้าหมายกิจกรรมและระยะเวลาที่กำหนด

ลำดับ	เป้าหมายกิจกรรม	กำหนดระยะเวลา	ผลงาน
1	ส่งโครงสร้างวิจัยเพื่อขอจริยธรรม	ตุลาคม 2565	คณะกรรมการฯ รับรอง 20 กุมภาพันธ์ 2566
2	เสนอโครงสร้างวิจัยต่อผู้อำนวยการ และหัวหน้า กลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย ประสานหัวหน้าคลินิกเบาหวานและผู้เกี่ยวข้อง	ตุลาคม 2565	ผู้อำนวยการ แล ผู้เกี่ยวข้องเห็นชอบและ ร่วมดำเนินการ
3	คัดเลือกตัวอย่าง - กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	กุมภาพันธ์ 2566	ได้ครบ กลุ่มละ 40 ราย
4	Pre -Test กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	กุมภาพันธ์ 2566	มีนาคม 2566
5	Post-Test กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	มิถุนายน 2566	10 มิถุนายน 2566
6	รวบรวมผล วิเคราะห์ข้อมูล	มิถุนายน 2566	มิถุนายน 2566

4.3.2 ผลการศึกษา พบว่า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 68 คน ร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 42.15 ปี (S.D.= 5.321) ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 45.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 37.5 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,975.55 บาท (S.D.=121.329) ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.0 อาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 62.5 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.16 kg/m<sup>2</sup> (S.D.=5.76) ส่วนใหญ่ ค่า BMI 25 kg/m<sup>2</sup> ขึ้นไป ร้อยละ 62.5 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 198.36 mmol/L (S.D.=7.38) ส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลในเลือด 111-120 mmol/L ร้อยละ 40.0 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 42.32 ปี (S.D.= 5.125) ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 42.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 37.5 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,811.59 บาท (S.D.=120.167) ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 52.5 อาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 65.0 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 28.03 kg/m<sup>2</sup> (S.D.= 5.24) ส่วนใหญ่ ค่า BMI 25 kg/m<sup>2</sup> ขึ้นไป ร้อยละ 62.5 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 197.08 mmol/L (S.D.= 7.92) ส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลในเลือด 111-120 mmol/L ร้อยละ 42.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	16	40.0	16	40.0
หญิง	24	60.0	24	60.0
<b>อายุปัจจุบัน (ปี)</b>				
20-30 ปี	8	20.0	9	22.5
31-40 ปี	10	25.0	10	25.0
41-50 ปี	18	45.0	17	42.5
51 ปีขึ้นไป	6	15.0	6	15.0
Mean; S.D.	42.15 ; 5.321		41.32 ; 5.125	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้รับการศึกษา	3	7.5	3	7.5
ประถมศึกษา	15	37.5	15	37.5
มัธยมศึกษา	10	25.0	10	25.0
อนุปริญญา หรือ ปวส.	7	17.5	7	17.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	5	12.5	5	12.5
<b>สถานภาพ</b>				
โสด	13	32.5	14	35.0
สมรส	15	37.5	15	37.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	12	30.0	11	27.5
<b>รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>				
ต่ำกว่า 5,000	20	50.0	21	52.5
5,000 – 10,000	15	37.5	14	35.0
มากกว่า 10,000	5	12.5	5	12.5
Mean/SD	3,975.55 ; 121.329		3,811.59 ; 120.167	



## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

## 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>				
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	25	62.5	26	65.0
ข้าราชการ	4	10.0	3	7.5
ค้าขาย	10	25.0	10	25.0
อื่นๆ	1	2.5	1	2.5
<b>ดัชนีมวลกาย (BMI)</b>				
ค่า BMI 18.5 – 22.90	10	25.0	9	22.5
ค่า BMI 23 – 24.90	15	37.5	16	40.0
ค่า BMI 25 ขึ้นไป	25	62.5	25	62.5
Mean/SD	27.16/5.76		28.03/5.24	
<b>ระดับน้ำตาลในเลือด (mmol/L)</b>				
141-170	5	12.5	5	12.5
111-200	20	50.0	21	52.5
201 ขึ้นไป	15	37.5	14	35.0
Mean/SD	198.36 /7.38		197.08/7.92	

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t – test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง (Mean=13.11;SD = 2.77) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=90.45;SD

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

=6.63) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 ระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 153.43 mmol/L (Mean=153.43 mmol/L;SD = 7.69) ซึ่งค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 (95%CI 3.16 - 7.84, 6.33 - 10.36, 1.69 - 6.56 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				
	n	Mean	SD	P-value	Mean	SD	t	P-value	95%CI
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน									
กลุ่มทดลอง	40	9.41	2.05	.256	13.11	2.77	7.484	.004*	3.16 -
กลุ่มควบคุม	40	9.12	2.39		9.55	2.57			7.84
พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้									
กลุ่มทดลอง	40	64.87	6.79	.885	90.45	6.63	2.942	.001*	6.33 -
กลุ่มควบคุม	40	65.23	6.49		66.17	6.89			10.36
ระดับน้ำตาลในเลือด									
กลุ่มทดลอง	40	198.36	7.38	.885	153.43	7.69	2.942	.001*	1.69 -
กลุ่มควบคุม	40	197.08	7.92		196.18	8.82			6.56

\*หมายถึง กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ P-value < .05

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

#### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

5.1.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ที่ระดับ P-value < .05

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตารางที่ 5 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมระดับความดันโลหิต

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565
Good control DM	>40%	53.76	52.81	53.78

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

5.2.2 กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ มีการระดมความคิดเห็น มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ความรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถระลึกและจดจำความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

5.2.3 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพและบรรยากาศโดยรวมในครอบครัว

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

6.1.1 ขยายผลโดยการประสานงาน สนับสนุนและเผยแพร่การจัดโครงการค่ายเบาหวานในแบบกลางวันไม่ค้างแรมในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และเผยแพร่ไปยังคลินิกเบาหวานในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเชียงใหม่ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

6.1.2 นำรูปแบบการจัดค่ายเบาหวานมาจัดฝึกอบรมทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความรู้และทักษะเฉพาะในการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ในเรื่องการค้าหนพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน การเลือกชนิดอาหารและการใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายโดยการประยุกต์กิจกรรมตามบริบท การรับประทานยาเบาหวานและอาการข้างเคียงของยา การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน และการดูแลเท้า เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครอบคลุม

6.1.3 จัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสำหรับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากยิ่งขึ้นและทักษะประสบการณ์ตรงในการดูแลสุขภาพและร่วมกันแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

6.1.4 ประสานงานและสนับสนุนให้มีการขยายผลในเรื่องของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติที่ได้รับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1.5 พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งต้องมีบทบาทในการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ นำรูปแบบของการปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ ที่ได้จากงานวิจัยไปใช้ในการให้บริการ

6.2 ด้านการบริหารการพยาบาล

6.2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้ในการบริหารจัดการบุคคลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเชิงรุกและรับ

6.2.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนการจัดโครงการค่ายเบาหวานกลางวันในชุมชน โดยมีการประสานงานเครือข่ายกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณและสถานที่จัดกิจกรรมค่ายเบาหวาน

6.3 ด้านการวิจัย

6.3.1 ควรมีการศึกษาดำเนินการวิจัยในการติดตามการคงอยู่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมค่ายเบาหวานกลางวันแล้ว โดยใช้เวลาศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากเป็นระยะเวลาของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance stage)

6.3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยโดยทำการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าด้วยวิธีฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) เนื่องจากการประเมินระดับน้ำตาลด้วยวิธี FPG สามารถบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะเพียง 2-3 วันก่อนเจาะเลือด แต่การประเมินด้วยวิธีฮีโมโกลบินเอวันซี สามารถบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะ 12 สัปดาห์ก่อนเจาะเลือด

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ด้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการมีปัญหาในการเดินทาง และการสื่อสารเนื่องจากไม่มีอุปกรณ์การสื่อสาร บางครั้งไม่ให้ความร่วมมือ เปลี่ยนแปลงไปมา สื่อสารไม่เข้าใจ ไม่กล้าซักถาม มีความสงสัยในประสิทธิภาพของการรักษา ไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา หรือแพทย์/โรงพยาบาลที่รักษา ไม่สะดวกมารับบริการที่ใช้เวลานาน มีการรับการรักษากับหมอพื้นบ้าน ยาสมุนไพรตามแหล่งโฆษณา

7.2 ด้านงบประมาณ การเดินทางมาโรงพยาบาล บางคนเข้าสายมาก หรือบางคนไม่มา เนื่องจากไม่มีรถ ไม่มีญาติพามา จึงขอความร่วมมือจาก อสม. CG ในพื้นที่ และสนับสนุนค่าเดินทางคนละ 100 บาท

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ป่วยบางคนสูงอายุและอยู่ลำพังทำให้มีข้อจำกัดในการสื่อสารเรื่องการนัดหมายผู้วิจัยได้แก้ไขโดยการประสานงานผ่านบุคคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

8.2 ผู้ป่วยไม่มีอุปกรณ์สื่อสารซึ่งการทำกิจกรรมจำเป็นต้องใช้โทรศัพท์มือถือในการให้ข้อมูลข่าวสารและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยแก้ไขโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและญาติผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย

8.2 งบประมาณ ปกติแล้วการจัดการจัดทำค่ายแต่ละครั้ง จะต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆจำนวนไม่น้อย ทั้งค่าใช้จ่าย ด้านการดำเนินการ และค่าใช้จ่ายแอบแฝง เช่น ค่าจ้าง ค่าเบี้ยเลี้ยง เป็นต้น ที่หน่วยงานต้นสังกัดจะต้องจ่าย ทั้งนี้งบประมาณจะมากหรือน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายนอย่าง ถ้ามีงบประมาณในการฝึกอบรมน้อย ไม่เพียงพอก็อาจจะเป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถดำเนินการฝึกอบรมตามที่ต้องการได้

8.3 อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการเข้าค่าย เช่น สิ่งของเครื่องใช้จำเป็นส่วนตัวที่ต้องนำมาเข้าค่ายแบบค้างแรม รวมถึงยาจำเป็น และวัสดุทัศนูปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนในค่าย

8.4 สถานที่เข้าค่ายแบบค้างแรมเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่ง ต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับเรื่องที่จะเข้าค่ายและบริบทของผู้เข้าค่าย จึงจะช่วยเสริมให้การเข้าค่ายนั้นบรรลุผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น

8.5 ผู้เข้าค่ายแบบค้างแรม ในการจัดเข้าค่ายแต่ละครั้ง ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยต่างๆ อย่างเพียงพอพร้อมและสามารถดำเนินการในด้านต่างๆ อย่างดีเยี่ยมเพียงใดก็ตาม การเข้าค่ายนั้นอาจจะไม่ประสบความสำเร็จก็ได้ ถ้าผู้เข้าค่ายแบบค้างแรมไม่ให้ความร่วมมือในด้านต่างๆ อย่างจริงจัง เช่น ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่สนใจกับการฝึกอบรม ไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่กำหนดไว้ในหลักสูตร ผู้เข้าค่ายแบบค้างแรมจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อความสำเร็จของการเข้าค่าย

9. ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ในเรื่องการจัดการลดปัญหาโรคเบาหวานในกรณีที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พร้อมทั้งรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างต่อเนื่อง และช่วยเหลือพึ่งตนเองได้

2) ข้อเสนอแนะการนำไปประยุกต์ใช้

(1) ควรมีการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปโดยเน้นการให้ความรู้เรื่องของการใช้หญ้าหวานทดแทนการใช้น้ำตาล เนื่องจากน้ำตาลที่ใช้ปรุงอาหารมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ส่งเสริมให้มีความคาดหวังในผลดีของการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

เลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามความสามารถของร่างกาย พร้อมทั้งแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องถูกวิธี และพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาของ รพ.สต. มีระบบคัดกรองความเครียด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการคัดกรองเฝ้าระวัง

(2) ควรนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มควบคุมหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ และชุมชน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม พร้อมทั้งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

3) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

(1) ควรศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อปรับปรุงกิจกรรมที่เหมาะสมต่อไป

(2) ควรศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยเพิ่มขนาดของกลุ่มทดลองให้มากขึ้น


10. การเผยแพร่ผลงาน

ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (หน้าที่ 54 - 67)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวธนพร แก้วเนตร สัดส่วนผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

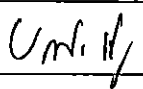
(ลงชื่อ).....  


(นางธนพร แก้วเนตร) ผู้ขอประเมิน


(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
1. นางธนพร แก้วเนตร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  


(นายชยพล ธนกิจเจริญสกุล)  
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล  
วันที่ 8 มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)



(นางสาวธรรมพร ประสพพันธ์)  
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร  
วันที่ 8 มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

---

๑. เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Study of Factors Affecting Participation in Health Promotion Programs among Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus)

๒. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี 2564 มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นเบาหวาน 623 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะยังคงมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับประเทศในแถบแอฟริกา แอฟริกาตะวันตก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยที่น่าเป็นห่วงคือคนไทยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากถึง 200 รายต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวม จังหวัดอุบลราชธานีมีการดำเนินงานตรวจคัดกรองเบาหวาน ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในช่วง 3 ปีซ้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 2.12, 1.99 และ 2.45 ตามลำดับ ในปี 2565 จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 99,988 คน คิดเป็นเป็นอัตรา 5,386.36 ต่อแสนประชากร และยังพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้น 2,913 คน คิดเป็นอัตรา 3,993.18 ต่อแสนประชากร จากการข้อมูลการตรวจคัดกรองของคลินิกโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยังมีน้อย อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ภาวะแทรกซ้อนที่ตา หลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง เกิดแผลหรือสูญเสียอวัยวะถูกตัดจากแผลลุกลามติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เส้นประสาท และแผลกดทับ ตามมาได้ โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพะ ครองครัว สังคมและส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างรุนแรงได้

ในปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในอำเภอโพธิ์ไทร ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 10 คน ดังนั้นการนำแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (The Self-



management) มาสร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การนำแนวคิดมาใช้ยังไม่สำเร็จเนื่องจากการขาดความร่วมมือของผู้ป่วยดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จึงจะส่งผลในการวางแผนการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขกับโรคที่เป็นอยู่ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑) การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานส่งเสริมให้มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงรวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และแผลเบาหวานที่เท้า

๒) โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

๓) ปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่โดยอ้างอิงจากข้อมูลการศึกษา นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยไปแก้ไขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้

๔) ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและเป็นทีม เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มียารักษาให้ผู้ป่วยเพียงพอ มีการฟื้นฟูด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวล หุดหุดใจให้กำลังใจผู้ป่วย ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าถึงการรักษาและการคัดกรองผู้ป่วย และมีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพครบถ้วน ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการรักษาให้ผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

๕) การสร้างขวัญกำลังใจให้กับทีมสุขภาพให้มีความเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลส่งผลให้เกิดความยั่งยืน

### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานได้

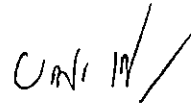
๒) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดี เนื่องจากมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยการลดปัจจัยหรือแก้ไขปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมจะสามารถแก้ไขสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงในผู้ป่วย

๓) ครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายสุขภาพมีความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเข้มแข็งมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้อัตราการป่วยของผู้ป่วยเบาหวานลดลง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ ๖๐
- ๒) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ ๖๐
- ๓) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ ๖๐
- ๔) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl ร้อยละ ๑๐๐
- ๕) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/๒)] ร้อยละ ๕๐

(ลงชื่อ)



(นางธนพร แก้วเนตร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง : การพยาบาลผู้บาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมในระยะวิกฤติ : กรณีศึกษา ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ: ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖ และศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การบาดเจ็บศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมหลายระบบ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วจากการเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดตันหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะและอวัยวะอื่นหลายระบบคือการช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด ด้วยการประเมินสภาพและให้การพยาบาลเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head injuries) หมายถึงการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำภายนอกทั้งทางตรงและทางอ้อม มีผลต่อหนังศีรษะ กะโหลกและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลก (สมอง หลอดเลือดสมองและโพรงสมอง ) ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) หรือผู้บาดเจ็บที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้

๑. มีประวัติแน่นอนว่าศีรษะได้รับแรงกระทบกระเทือน

๒. ตรวจร่างกายพบบาดแผลที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก

๓. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการบาดเจ็บ

ทั้งนี้ไม่รวมการบาดเจ็บที่ใบหน้า เช่น แผลฉีกขาดที่หน้า กระดูกหน้าแตก วัตถุแปลกปลอมเข้าตา หู จมูกหรือมีเลือดกำเดาไหล แต่การบาดเจ็บเหล่านี้อาจเกิดร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะได้

พยาธิสภาพการบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งได้ดังนี้

๑.การบาดเจ็บปฐมภูมิ (Primary injuries) หมายถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะที่เป็นผลโดยตรงจากกลไกการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันทีหรือช่วงสั้นๆหลังการบาดเจ็บ เป็นการบาดเจ็บที่ไม่สามารถแก้ไขได้ อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ อาจเกิดเฉพาะที่หรือกระจายทั่วไป เช่น แผลที่หนังศีรษะ กะโหลกแตก เลือดออกในสมองและสมองซ้ำ ถ้าพยาธิสภาพเกิดที่สมองจะทำให้เซลล์ประสาทถูกกด บิดหรือดึงรั้งเป็นผลให้เซลล์ประสาททำหน้าที่ผิดปกติและเซลล์ตายในที่สุด

๒.การบาดเจ็บทุติยภูมิ (Secondary injuries) หมายถึง ผลแทรกซ้อนหลังได้รับบาดเจ็บโดยสมองบริเวณเนื้อสีขาว (White matter ) จะถูกทำลายมากขึ้นเกิดเนื่องจากให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ทำให้กลไกการควบคุมอัตโนมัติในสมองเสียไปเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้สมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นทันทีหรือใช้เวลาเป็นวันหลังบาดเจ็บ โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ ไข้ อาการชัก ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง(hypercapnia) ความดันซิดโตลิกต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เสียเลือดมากทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ เกิดสมองขาดเลือด โลหิตจาง มีภาวะกรดคั่งในร่างกาย (acidosis) โซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) ความเข้มข้นในเลือดต่ำ (plasma osmolality น้อยกว่า ๒๙๐ มิลลิออสโมล/ลิตร:mOsmo/L) น้ำตาลในเลือดสูงและการติดเชื้อ การบาดเจ็บทุติยภูมินี้สามารถป้องกันหรือรักษาได้หากได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

การประเมินระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma scale score (GCS) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันแพร่หลายมีรายละเอียดดังนี้

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑.การลืมตา (E=Eye opening) บ่งบอกถึงภาวะตื่นและกลไกควบคุมการตื่น ในแกนสมองว่ายังทำงานได้ โดยสังเกตจากการหลับตา ลืมตาได้เองจนไม่สามารถลืมตาได้เลย คะแนนด้านการลืมตาระหว่าง ๑-๔ คะแนน การตัดสินใจว่าลืมตาได้หรือไม่ต้องสังเกตที่เปลือกตาบน หากเปลือกตาบนเปิดแสดงว่าลืมตา แต่ถ้าเปลือกตาบนปิดไม่สนิทขณะหลับถือว่าเป็นการหลับตา การประเมินควรสังเกตการณ์ลืมตาหลับตาได้เองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น โดยไม่คำนึงว่าจะมีจุดหมายหรือไม่ หากไม่ลืมตาเองขึ้นต่อไปคือกระตุ้นด้วยเสียงและการกดแล้วสังเกตการพยายามเปิดเปลือกตาบนของผู้ป่วย

- ๔ คะแนน - ลืมตาได้เอง
- ๓ คะแนน - ลืมตาเมื่อเรียก
- ๒ คะแนน - ลืมตาเมื่อจับ
- ๑ คะแนน - ไม่ลืมตาเลยเมื่อกระตุ้น
- C = เมื่อหนังตาบวมปิด

๒.การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด(V= Verbal)การประเมินด้านการพูดมีคะแนนอยู่ระหว่าง ๑-๕ คะแนน โดยประเมินจากการพูดคุย สับสนหรือไม่จนถึงไม่พูดเลยหรือไม่สามารถประเมินได้ การประเมินว่าพูดคุยได้ไม่สับสนอย่างน้อยที่สุด ต้องประเมิน ๓ เรื่องนี้ บุคคล (Person) ถามผู้ป่วยว่าชื่ออะไร สถานที่ (Place) ถามว่าตอนนี้อยู่ที่ไหนหรือบ้านอยู่ที่ไหน เวลา(Time) ถามเดือนนี้เดือนอะไรหรือปีอะไร หากตอบข้อใดข้อหนึ่งไม่ถูกต้องถือว่าผู้ป่วยสับสนแม้จะพูดได้เป็นประโยค หากพูดไม่เป็นประโยคหรือวลีถือว่าพูดเป็นคำถ้ามีเสียงในคอแต่ไม่สามารถพูดได้ถือว่าออกเสียงในกรณีที่มีข้อจำกัดเนื่องจากมีท่อทางเดินหายใจอยู่ในที่ ประเมินจากการเขียนหรือการทำตามคำสั่งหากเขียนได้หรือทำตามคำสั่งได้แสดงว่าไม่สับสน

- ๕ คะแนน - พูดคุยได้ ไม่สับสน
- ๔ คะแนน - พูดคุยได้ แต่สับสน
- ๓ คะแนน - พูดเป็นคำ ๆ
- ๒ คะแนน - ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด
- ๑ คะแนน - ไม่ออกเสียงเลย

T= กรณีใส่ท่อหลอดลม

๓.การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (M= Movement)การตอบสนองด้านการเคลื่อนไหว ประเมินจากการทำตามคำสั่ง ได้แก่ กำมือ คลายมือ ยกแขนขึ้น เอาแขนออก กรณีที่แขนขาหักหรืออัมพาตครึ่งซีก ให้บันทึกการเคลื่อนไหวเฉพาะแขนขาข้างที่ดีที่สุดเท่านั้นในรายที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังหรืออัมพาตทั้งตัวให้สังเกต การตอบสนองจากการทำตามคำสั่งได้แก่ การลืมตา หลับตา แลบลิ้น ยิงฟัน ข้อสังเกตการตอบสนองด้านการเคลื่อนไหวไม่ใช่การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงแต่สามารถทำตามคำสั่งได้ต้องได้คะแนนเต็ม ๖ คะแนน

- ๖ คะแนน - เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง
- ๕ คะแนน - ทราบตำแหน่งที่จับ
- ๔ คะแนน - ชักแขนขาหนีมือจับ
- ๓ คะแนน - เกร็ง แขนงอเข้า ขาเหยียด เมื่อจับ
- ๒ คะแนน - เกร็ง แขนเหยียด ขาเหยียด เมื่อจับ
- ๑ คะแนน - ไม่เคลื่อนไหวเลย

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การคัดแยกและจัดลำดับความสำคัญ (Triage and priority setting) การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาลและระหว่างส่งต่อ การค้นหาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ประกอบด้วย การประเมิน และจัดการดังต่อไปนี้

๑. ทางเดินหายใจ (Air way) ประกอบด้วย การประเมินและการเปิดทางเดินหายใจ การใช้เครื่องดูดเสมหะเพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่ง การช่วยแพทย์ใส่ท่อทางเดินหายใจ

๒. การหายใจ (Breathing) ประกอบด้วย การประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวนอกทรวงอก ความผิดปกติของเสียงลมเข้าปอด ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน การให้ออกซิเจน การประเมินและช่วยแพทย์แก้ไขภาวะที่ทำให้หายใจลำบาก เช่น การเตรียมอุปกรณ์และการช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอกและการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

๓. การไหลเวียนเลือดและภาวะช็อค (Circulation and Hypovolemic shock) ประกอบด้วย การประเมินชีพจร ความดันเลือด ปริมาณสารน้ำเข้าออก และการห้ามเลือด ในจุดที่ห้ามได้อย่างเหมาะสม รวมถึงความสามารถในการให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนและผลลัพธ์ที่เกิดตามมา

๔. การประเมินความผิดปกติของร่างกาย(Disability) ได้แก่ การประเมิน การผิดรูปของแขนขา หรือส่วนอื่นๆของร่างกาย รวมถึงการประเมินระดับความรู้สึกตัว ในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะหรือบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้แขนขาเป็นอัมพาต

๕. การค้นหาความผิดปกติทั่วร่างกาย (Exposure) โดยการตรวจร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง รวมทั้งการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้บาดเจ็บโดยการห่มผ้าหรือใช้เครื่องทำความอบอุ่น

การประเมินแรกเริ่มของผู้บาดเจ็บศีรษะและอวัยวะอื่นหลายระบบอย่างถูกต้อง แม่นยำ ครอบคลุม และรวดเร็ว รวมทั้งการตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมจะช่วยลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต จากการวินิจฉัยผิดพลาดหรือจากภาวะแทรกซ้อนได้

การประเมินและการรักษาผู้บาดเจ็บประกอบด้วย ๔ ระยะ คือการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น (Primary Survey) คือการตรวจหาพยาธิสภาพที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันสั้น ซึ่งเมื่อพบต้องรีบแก้ไขทันที ตามหลัก ABCDE ระยะการช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation) การรักษาให้พ้นภาวะวิกฤติ ได้แก่การใส่ท่อช่วยหายใจ การช่วยหายใจ การให้สารน้ำ การตาม ระยะการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด(Secondary Survey) เป็นการตรวจหาพยาธิสภาพอย่างละเอียด หลังผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ ลำดับต่อมาคือ การดูแลที่มีแบบแผนเฉพาะโรค ( Definitive Care) เป็นการรักษาหลังได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น

การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าขั้นตอนการตรวจร่างกายมีดังต่อไปนี้

๑.การตรวจศีรษะ เป็นการตรวจหาบาดเจ็บที่ศีรษะโดยละเอียดเพื่อหาอาการบาดเจ็บ เช่น บาดแผล ฉีกขาด ฟกช้ำ ลักษณะที่อาจมีกระดูกแตกร่วมด้วย ถ้ามีอาการบวมบริเวณเปลือกตาควรตรวจตาอย่างละเอียด การตรวจดูการบาดเจ็บของกระดูกบริเวณใบหน้า ไม่จำเป็นต้องรีบให้การรักษาโดยเร่งด่วน ยกเว้นมีปัญหาในเรื่องการหายใจหรือมีเลือดออก ในผู้ป่วยที่บาดเจ็บกระดูกใบหน้าถ้าสงสัยว่าอาจมีการแตกของกระดูกในจมูก (cribiform)ควรหลีกเลี่ยงการใส่ท่อหรือสายยางทางจมูก

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๒. การตรวจประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและภาวะฉุกเฉินทางกระดูก

การดู เริ่มดูตั้งแต่ลักษณะการหายใจว่าปกติหรือไม่ ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกคอร่วมกับมีไขสันหลังบาดเจ็บในระดับที่สูงตั้งแต่ C๕ ขึ้นไป จะหายใจที่ผิดปกติ เนื่องจาก intercostal muscle ไม่ทำงาน มีเพียงการทำงาน ของกระบังลม การหายใจจะเป็นลักษณะ paradoxical คือ เมื่อหายใจเข้าจะมีการพองตัวของท้องแทนที่จะมีการยกตัว ของทรวงอกขึ้น จากนั้นดูบาดแผลบริเวณหน้าอกและ เเชิงกรานว่ามีบาดแผลจากเข็มขัดนิรภัยหรือไม่ ซึ่งถ้ามีต้อง สงสัยภาวะกระดูกสันหลังได้รับบาดเจ็บจากแรงงอตัวและ แรงกระชาก (flexion-distraction) และอาจมีการบาดเจ็บ บริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) และตับอ่อน (pancreas) ร่วมด้วยได้ ถัดมาคือ การพลิกตัวแบบขอนไม้ (logrolled) เพื่อตรวจด้านหลังซึ่งเป็นตำแหน่งของกระดูก สันหลัง ทั้งหมด โดยดูว่ามีบวม (swelling) เขียวช้ำ (ecchymosis) หรือมีลักษณะผิดรูป (deformity) หรือไม่

การคลำ หลังจากตรวจด้านหลังแล้วจะคลำหาจุดกดเจ็บไล่ตาม spinous process ของกระดูกสันหลังตั้งแต่ใต้ ท้ายทอย (occipitocervical junction) จนถึงกระดูกกระเบนเหน็บ (sacrum) ในกรณีที่มีกระดูกหักอาจ จะคลำได้กรอบแกรบได้ (crepitus) หรือคลำได้ช่องว่างระหว่าง spinous process ซึ่งบ่งบอกถึงการบาดเจ็บของ posterior ligamentous complex จากนั้นคลำกล้ามเนื้อด้านข้างกระดูกสันหลัง (paraspinal muscle) ว่ามีอาการเจ็บหรือไม่ การตรวจทางระบบประสาท การตรวจระบบประสาทเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อประเมินการบาดเจ็บ ของกระดูกสันหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บ หลายระบบ หลังการประเมินระดับความรู้สึกตัวใน primary survey ให้ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีขยับร่างกายที่ไม่ได้รับบาดเจ็บว่า สามารถทำได้หรือไม่ การตรวจการรับรู้ความรู้สึกในแต่ละ ulyangค์ กล้ามเนื้อหลัก และบริเวณรับความรู้สึกที่สำคัญ เพื่อประเมินระดับของไขสันหลัง และเส้นประสาทที่บาดเจ็บ

การขยับ การตรวจโดยให้ผู้ป่วยขยับสะโพกเองจะกระทำต่อ เมื่อไม่มีลักษณะผิดรูปของร่างกาย และกระดูกเชิงกราน ที่เห็นชัดเจน และผู้ป่วยต้องไม่มีอาการปวดรุนแรง หากผู้ป่วย มีอาการปวดรุนแรงขณะที่เริ่มขยับ ควรหยุดตรวจทันที ผู้บาดเจ็บที่ขยับสะโพกได้เองโดยไม่มีอาการปวดมีโอกาส กระดูกเชิงกรานหักน้อยกว่าผู้บาดเจ็บที่ขยับสะโพกแล้วมี Spinal clearance ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบมักจะได้รับ การวินิจฉัยการบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังที่ไม่ใช่กระดูก ต้นคอลำคอ ซึ่งการวินิจฉัยผิดพลาดหรือลำคอในการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังในส่วนช่วงอกต่อช่วงเอว (Thoracolumbar spine) มากกว่าพบการวินิจฉัยผิดพลาดหรือลำคอของการ บาดเจ็บกระดูกต้นคอ (Cervical spine) ถึง ๔.๕ เท่า มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยลำคอจะมีภาวะ ความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต (critical ill) และ มีระดับความรู้สึกตัวน้อย (low GCS)

๓. Cervical spine clearance ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ ภาวะที่สำคัญ อีกส่วนหนึ่งคือ กระดูกต้นคอ ซึ่งการดูแลที่ไม่เหมาะสมอาจ นำไปสู่ความพิการถาวรหรือเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณอื่นที่รุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณ กระดูกต้นค่อน้อยหรือไม่รู้สึกปวดเลยได้ (distracting pain phenomenon) หรือในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวก็ไม่สามารถ บอกได้ว่ามีอาการเจ็บบริเวณต้นคอ ในบางครั้งผู้ป่วยไม่มี การบาดเจ็บของกระดูกต้นคอ แต่แพทย์ผู้รักษากังวลว่าผู้ป่วย รายนั้นจะมีอาการบาดเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา เบื้องต้นด้วยการใส่ปลอกคอ (immobilization)

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.การตรวจพรวงอก ควรตรวจดูผนังพรวงอกทั้งด้านหน้าและด้านหลังเพื่อหาตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะเยียด เช่น ดูการถลอก ฟกช้ำ ดูบาดแผลว่าเป็นแผลเปิดหรือมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือไม่ การหักของกระดูกกึ่งกลางพรวงอก อาการที่สำคัญคือ การเจ็บ หายใจลำบาก ภาวะพร่องออกซิเจน การฟังเสียงการหายใจของปอดทั้งสองข้าง การเคาะเพื่อแยกภาวะเลือดออกหรือมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด การเอียงของหลอดลมไปด้านใดด้านหนึ่ง ฟังเสียงการเต้นของหัวใจ การตรวจเอกซเรย์จะช่วยบอกภาวะมีลมหรือมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือมีกระดูกซี่โครงหักหรือมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงในช่องพรวงอก

๕.การตรวจท้อง การวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บหรือมีเลือดออกในอวัยวะของช่องท้อง โดยเฉพาะในช่วงแรกอาจมีความยากในการวินิจฉัยเนื่องจากในระยะแรกเลือดออกน้อยหรืออยู่ในภาวะที่ผู้ป่วยหมดสติและมีอาการแสดงทางหน้าท้องไม่ชัดเจน ดังนั้นการวัดสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ กรณีผู้ป่วยบาดเจ็บซึ่งเกิดภาวะช็อกโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางระบบประสาทและไม่รู้สึกตัว ให้สงสัยไว้ว่าเกิดจากภาวะเลือดออกในช่องท้อง การวินิจฉัยที่ต้องทำคือการใส่สายยางในกระเพาะอาหารหรือการทำอัลตราซาวด์เพื่อตรวจดูภาวะเลือดออกในช่องท้อง แต่ถ้าอาการแสดงชัดเจนว่ามีเลือดออกในช่องท้อง เช่น หน้าท้องแข็งเกร็ง มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ให้ปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อทำการผ่าตัด สำหรับบริเวณใกล้เคียงที่อาจได้รับบาดเจ็บ เช่น บริเวณฝีเย็บ ช่องทวารหนัก ควรตรวจดูฝีเย็บว่ามีรอยถลอกหรือฟกช้ำหรือมีรอยฉีกขาดหรือเลือดออกทางท่อทางเดินปัสสาวะ เช่น มีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ มีกระดูกเชิงกรานหัก ตรวจโดยการคลำทางทวารหนักของผู้ป่วยชาย พบว่าอัมตะอยู่สูงหรือลำไส้ไม่พบกรณีนี้ห้ามใส่สายสวนปัสสาวะเพราะจะทำให้การบาดเจ็บในทางเดินปัสสาวะมากขึ้น ในผู้ป่วยหญิงการตรวจทางช่องคลอดมีความสำคัญโดยเฉพาะกรณีที่มีแผลฉีกขาดภายในหรือสงสัยว่าอาจมีการตั้งครรภ์

๖.การตรวจทางระบบประสาท ได้แก่ การตรวจระดับความรู้สึกตัว การขยายของม่านตา การเคลื่อนไหวของลูกตา ตลอดจนประสาทรับคำสั่ง ประสาทรับความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนอง ให้ตรวจและบันทึกต่อเนื่องเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยการตรวจทางระบบประสาทประกอบด้วย การประเมินอาการชาของ แขน-ขา ก็อาจบ่งบอกว่าเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ

๗.การตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อหาความผิดปกติต่างๆจะกระทำหลังจากผู้ป่วยมีอาการทั่วไปคงที่แล้ว และต้องมีการติดตามดูแลอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การตรวจพิเศษต่างๆ เช่น เอกซเรย์ส่วนต่างๆของร่างกายที่สงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การฉีดสีตรวจพิเศษ การทำอัลตราซาวด์ การส่องกล้องในหลอดลมและการส่องกล้องในทางเดินอาหาร เป็นต้น

โรงพยาบาลโพธิ์ไทร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง (F๒) มีประชากรในเขตรับผิดชอบ ๔๗,๘๓๖ คน ประกอบด้วย ๖ ตำบล ๗๑ หมู่บ้าน ๖ อบต. ๑ เทศบาล มีกู้ชีพ ๒ หน่วย ประจำที่ อบต.โพธิ์ไทร อบต.สารสำโรงและ อบต.สารภีกำลังอยู่ในขั้นดำเนินการ ซึ่งจำนวนกู้ชีพยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย จึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้บาดเจ็บศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม เพื่อวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์เสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนได้ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑. ด้านการประเมินผู้ป่วย แนวทางในการซักประวัติ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตามแบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต นำไปสู่การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและสามารถให้การพยาบาลและรักษาได้อย่างทันที่

๒. ด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต หลักในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยนั้นต้องการพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านต่างๆดังนี้ (สุจิตรา ลีมอานวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง, ๒๕๕๖)

๒.๑ ด้านการประเมินผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล มีการประเมินแรกรับและประเมินทุกช่วงเวลาเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่นิยมใช้มากคือแบบประเมินตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS เป็นแบบประเมินที่เน้นและลำดับปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมทุกปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยมีลำดับ การประเมินดังนี้

- ๑) ด้านความสมดุลของน้ำ (fluid balance)
- ๒) ด้านการหายใจ (aeration)
- ๓) ด้านโภชนาการ (nutrition)
- ๔) ด้านการติดต่อสื่อสาร (communication)
- ๕) ด้านการทำกิจกรรม (activity)
- ๖) ด้านการกระตุ้น (stimulation)

๒.๒. ด้านร่างกาย การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะวิกฤตด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การพยาบาลให้ทันที่เนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตหรือภาวะล้มเหลว ของระบบใดระบบหนึ่ง หรือมีการบาดเจ็บหลายระบบ หรือมีภาวะล้มเหลวหลายระบบร่วมกัน ผู้ป่วยอาจหมดสติ ภาวะซีด ตกเลือด หัวใจวาย ไตวาย และภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยในภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓.ด้านจิตสังคม ความต้องการด้านจิตสังคมก็เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ที่ต้องการพยาบาลที่มีความสามารถในการจัดการเรื่องต่างๆเช่นการยอมรับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกต่างๆเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกาย กระตุ้นและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

๒.๔. กำจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย

๓. การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน ได้แก่

- ๓.๑ การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)
- ๓.๒ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
- ๓.๓ การวางแผนการพยาบาล (planning)
- ๓.๔ การปฏิบัติการพยาบาล (implementation)
- ๓.๕ การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

๔. แนวทางการรวบรวมข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

#### สรุปสาระสำคัญ

การบาดเจ็บศีรษะและอวัยวะอื่นหลายระบบ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหรือก่อให้เกิดความพิการภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ การสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลจากการเจ็บป่วย จากข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในปี พ.ศ.๒๕๖๖ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะ จำนวน ๙๙๑ ราย สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร ๖๒๘ ราย เสียชีวิต ๑๔๗ ราย ในระดับอำเภออุบัติเหตุจราจร ๕๖๕ ราย พบการบาดเจ็บศีรษะ จำนวน ๕๐ ราย เสียชีวิต ๔ ราย คิดเป็น ๘.๓๖ ต่อแสนประชากร การประเมินให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ถูกต้องช่วยลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยาบาลผู้บาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมในระยะวิกฤติจากตำราเอกสารวิชาการอินเทอร์เน็ต เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาเฉพาะราย นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย

๒. เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (case Study) จากผู้ป่วยการบาดเจ็บศีรษะและอวัยวะอื่นหลายระบบที่มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตของผู้ป่วย จำนวน ๒ ราย ซึ่งมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร

๓. ศึกษาสถิติและปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและอวัยวะอื่นหลายระบบ

๔. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

๕. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบจิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีตรวมทั้งประวัติ การเจ็บป่วยของครอบครัว

๖. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๗. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านพร้อมทั้งให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

๘. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะรายจัดทำเป็นเอกสารวิชาการทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของผลงานเนื้อหาตัวอักษร และรูปแบบทั้งก่อน-หลังพิมพ์ นำเสนอตามลำดับขั้น

#### เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการประเมิน รักษาพยาบาล ที่รวดเร็วและครอบคลุม

๒. เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ การประเมินผู้ป่วยผิดพลาด

๓. เพื่อลดอัตราการตายและความพิการจากการบาดเจ็บ

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

#### สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑ หญิงไทย อายุ ๒๗ ปี สถานภาพ อาชีพเกษตรกรม เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือ ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์ไทร วันที่ ๑๓ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๑.๓๙ น. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : หมดสติปลุกไม่ตื่น ก่อนมา ๔๐ นาที ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ๔๐ นาทีก่อนมา ขับจักรยานยนต์ล้ม จำเหตุการณ์ไม่ได้ ไม่สวมหมวกกันน็อก ให้ประวัติ ต้มสุรา มีแผลฉีกขาดที่บริเวณคาง ไหล่ขวาบวมฟกช้ำ กู้ชีพนำส่ง ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและ แพ้อาหารใดๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : K ๓.๑๑ การตรวจร่างกายแรกรับ Vital signs : T ๓๖.๒ °C , P ๑๐๘ ครั้ง/นาที ,RR ๒๐ ครั้ง/นาที ,BP ๙๓/๕๓ mmHg.SPO๒ ๙๘% room air ,Hct ๓๘ % DTX ๒๘๑mg/dl PRIMARY SURVEY : A : can talk no stridor B : Decrease lung BS right lung no open wound no stepping rib abrasion rt clavicle C : BP ๙๓/๕๓ mmHg HR ๑๐๘ ครั้ง/นาที FAST NEG at ๐๑.๑๐/๐๓.๐๕ NSS ๑๐๐๐ML IV LOAD ๑ เส้น TOTAL ๑๐๐๐ml. หลัง LOAD BP ๙๓/๕๓ mmHg D : E๓V๕M๕ pupil ๒ mm RTLBE E : Laceration chine Suture CxR Right Pneumothorax Rt Clavicle Fracture Not Seen Rib Fracture On ICD No.๒๘ depth ๑๐ การดูแลรักษาที่ได้รับ : ON ICD Right No. ๒๘ Deep ๑๐ ON NSS load ๑,๐๐๐ml. Then ๑๐๐ cc/hrs. NSS ๑๐๐๐ ml.+KCL๒๐mEq Rate ๔๐ cc/HRS. Arm Sling Right Scrub and Suture ๗ stitch Lw. at Chin Retain Foley Cath ส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำหน่ายกลับบ้าน ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มีนัดติดตามที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ : มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนบกพร่องเนื่องจากมีลมและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด มีภาวะ Hypokalemia เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่บริเวณคาง กระดูกไหปลาร้าขวาหัก และแผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

กรณีศึกษารายที่ ๒ หญิงไทย อายุ ๖๓ ปี สถานภาพ อาชีพเกษตรกรม เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือ ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์ไทร วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๓๑ น. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : หมดสติปลุกไม่ตื่น ก่อนมา ๑ ชม.ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ๑ ชม. ก่อนมา ซ้อนรถจักรยานยนต์ ถูกรถกระบะชนเข้าด้านท้ายตัวรถจักรยานยนต์ ผู้ป่วยกระเด็นออกจากรถ หลังเกิดเหตุปลุกไม่ตื่น มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะ ต้นขาขวาผิดรูป มีแผลฉีกขาดที่หน้าแข้งขวา พลเมืองแจ้งกู้ชีพ รถโรงพยาบาลออกมารับร่วมกับกู้ชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ออกร่วม ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหารใดๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าผิดปกติ Hct ๓๐%- Vital signs : T ๓๖.๕ °C , P ๖๐ครั้ง/นาที ,RR ๑๖ ครั้ง/นาที ,BP ๗๑/๔๔ mmHg.SPO๒ ๙๒% room air ,Hct ๓๐% DTX ๑๕๐ mg/dl PRIMARY SURVEY A : stridor on hard collar B : lung equal BS Both Lung No Open Wound No Stepping No Subcutaneous Emphysema C: BP ๗๑/๔๔ mmHg HR ๖๐ ครั้ง/นาที NSS ๑๐๐๐ml.IV Load ๒ เส้น Total ๒๐๐๐ml. หลัง Load BP ๙๘/๖๕ mmHg HR ๗๒ ครั้ง/นาที FAST Neg at ๐๙.๒๗ น. D : E๑V๑M๔ pupil ๓ mm SLRTLBE E : Deformity right thigh right leg right leg seen open wound deep to bone palpable stepping open wound at scalp ๕ cm. sutured

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

##### สรุปกรณีศึกษา กรณีศึกษารายที่ ๒ (ต่อ)

การดูแลรักษาที่ได้รับ ON ET TUBE No.๗ deep ๒๐ ON Hard Collar ,ON NSS ๑,๐๐๐ ml. IV load ๒ เส้น รวม ๒,๐๐๐ml.then ๑๐๐ cc/hrs. ได้ PRC. ๑ unit ใส่ Right Leg Slap Scrub and Suture at Head Suture Right Leg ๕ Stitches Retain Foley's catheter **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะส่งต่อ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย ไม่สุขสบายเนื่องจาก ปวดแผลที่บริเวณศีรษะ กระดูกต้นขาและหน้าแข้งขาหัก ญาติมีความวิตกกังวล ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างส่งต่อไม่พบภาวะแทรกซ้อน ทрудลงระหว่างส่งต่อ นอนพักรักษาที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖-๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๖ วินิจฉัย Traumatic SAH c Fracture skull Open fracture Both bone rt femur Prolonged Intubation จำหน่ายกลับรักษาต่อ ที่ โรงพยาบาลตระการพิรุณ วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๖ -๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ จำหน่ายกลับบ้าน On tracheostomy tube, NG tube Retained Foley's catheter ส่งต่อ COC โรงพยาบาลนาตาล

##### เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

๑. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บที่ศีรษะ และอวัยวะอื่นร่วมที่แตกต่างกันและมีความรุนแรงต่างกัน

๒. ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยกู้ชีพทั้ง ๒ ราย แต่ลักษณะการช่วยเหลือแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ โดยผู้ป่วยรายที่ ๑ เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัว แต่จำเหตุการณ์ไม่ได้ ประเมินสถานการณ์หน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน สามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้ ผู้ป่วยรายที่ ๒ ประเมินสถานการณ์พบมีการบาดเจ็บรุนแรง และมีผู้บาดเจ็บอื่นร่วมด้วย ต้องได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง และหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน ที่ใกล้เคียง พร้อมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกประเมินร่วม การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากกว่ารายที่ ๑ เนื่องจากการบาดเจ็บที่รุนแรง

๓. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับการรักษาพยาบาลและแก้ไขอาการคุกคามในระยะเร่งด่วนและดูแลระหว่างส่งต่ออย่างเหมาะสมและไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลงระหว่างส่งต่อ

๔. การกำหนดข้อวินิจฉัย กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลในแต่ละระยะครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

๕. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับการประสานส่งต่อข้อมูลไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมอาการ รายที่ ๑ จำหน่ายกลับบ้าน มีนัดติดตามอาการ ด้านศัลยกรรมกระดูกที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รายที่ ๒ หลังถอดท่อช่วยหายใจ On tracheostomy tube, On NG tube ,Retained Foley's catheter ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นผู้ป่วย Palliative ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอนาตาล ได้รับการเยี่ยมติดตาม ทำกายภาพบำบัดและรับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลนาตาล

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ **เชิงปริมาณ** การบาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นร่วม เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ก่อให้เกิดความพิการสูญเสียทรัพย์สิน รวมถึงทรัพย์สิน ความรู้และทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ให้การช่วยเหลือที่เกิดเหตุเบื้องต้น สามารถลดอุบัติเหตุภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ พยาบาลที่ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินคัดกรองให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ รวมถึงการช่วยเหลือการทำหัตถการเบื้องต้น เพื่อแก้ไขภาวะคุกคามก่อนส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ในปี ๒๕๖๔,๒๕๖๕,๒๕๖๖ จำนวน ๖๐๕,๔๙๐,๕๖๕ เสียชีวิตที่เกิดเหตุ จำนวน ๒,๕,๔ รายตามลำดับ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพธิ์ไทร ได้มีการประชาสัมพันธ์ รมรงค์การป้องกันอุบัติเหตุ การปฐมพยาบาล การแจ้งเหตุผ่าน 1669 เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

### ๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
๒. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องรวดเร็ว
๓. การประสานงานเครือข่ายบริการครอบคลุมหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
๔. การพัฒนาทักษะบุคลากร และภาคีเครือข่าย
๕. การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือในหน่วยงาน

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการ เพื่อนำสู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย
๒. ใช้เป็นแนวทางในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม ลดการวินิจฉัยผิดพลาดได้ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างถูกต้อง ทันทีทันที่

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีวิเคราะห์กรณีศึกษาพบความยุ่งยากของงานดังนี้

ความยุ่งยากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย เนื่องจากโรงพยาบาลโพธิ์ไทรเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ระยะทางอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ๙๘ กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที มีข้อจำกัด ไม่มีแพทย์เฉพาะทางและอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษเฉพาะ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีการวางแผนและการรักษาที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่คล้ายกัน คือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มทางระบบประสาท CT SCAN กรณีศึกษา รายที่ ๒ มีความยุ่งยากมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะรุนแรง ไม่รู้สึกตัว มีภาวะช็อค กระดูกขาท่อนบนหัก ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้เลือด สารน้ำและฝ้าระงับอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การประสานกับครอบครัวให้เข้าใจ รับทราบอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วย ประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลและในชุมชน เครือข่ายการดูแลระหว่างส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลง

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ด้านผู้ป่วย การเข้าถึงบริการผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการประสาน ส่งต่อในที่เกิดเหตุด้วยระบบบริการ ๑๖๖๙ ทั้ง ๒ ราย ทำให้ได้รับการบริการ การประเมินและช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกต้องทั้ง ๒ ราย

๒. ด้านสถานที่ให้บริการ ในโรงพยาบาลชุมชน การให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ตรวจโรค ทำหัตถการต่างๆ สถานที่ยังไม่เป็นสัดส่วน รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วย จึงต้องจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อน-หลัง ตามลำดับ

๓. ด้านบุคลากรพยาบาลมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและความชำนาญในการดูแลและบริหารจัดการแตกต่างกันซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาและส่งต่อผู้ป่วย

๔. ระบบส่งต่อการประสานงาน ขึ้นกับแนวทางที่วางไว้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์-แม่ข่ายและชุมชน เนื่องจากยังขาดความเพียงพอของบุคลากรเฉพาะทาง เครื่องมือ อุปกรณ์

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมหลายระบบเป็นกลุ่มวิกฤติ ฉุกเฉินและมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจำเป็นต้องได้รับการประเมิน วินิจฉัย ครอบคลุม เพื่อให้ได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติเบื้องต้นก่อนส่งต่อ วินิจฉัยรักษาเพิ่มเติม ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๒. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ควรได้รับการฟื้นฟูและเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๓. การรณรงค์ ป้องกัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนในภาพของภาคีเครือข่าย

๔. การประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงและความครอบคลุมของหน่วยบริการ ๑๖๖๙

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานด้วยวาจา ในการประชุมวิชาการเรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANI” สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) ไม่มี

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติผลงานนี้ร้อยละ ๑๐๐

- ๑) นางมาลินี พวงจันทร์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%
- ๒).....สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓).....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางมาลินี พวงจันทร์)

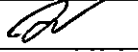
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางมาลินี พวงจันทร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ).....

( นายชยพล ชนกิจเจริญสกุล )

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

( นางสาวธรรมพร ปรีสพันธ์ )

(ตำแหน่ง)ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี)ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ :คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ชำนาญการพิเศษ )

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพแรกรับผู้บาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมหลายระบบ โรงพยาบาลโพธิ์ไทร

### ๒. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลโพธิ์ไทรเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้เวลาเดินทางในการส่งต่อ ผู้ป่วยประมาณ ๑.๓๐ ชั่วโมง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และมีแนวโน้มการส่งต่อที่เพิ่มขึ้นทุกปี การประเมินและรักษาแก้ไขภาวะวิกฤติเบื้องต้นที่ครอบคลุมทุกระบบก่อนการส่งต่อ เป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยลดอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อน ทรุดลงขณะส่งต่อ ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขภาวะดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาความพิการ หรือการสูญเสียชีวิตได้ การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ในเวลาอันรวดเร็ว จากการเสียเลือด อย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดกั้น หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จากการเก็บข้อมูล แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ๕ ด้าน ประกอบด้วย การประเมิน ๑. ระดับความรู้สึกตัว ๒.ทางเดินหายใจ ๓.การหายใจ ๔.การไหลเวียนเลือด ๕.ส่วนที่หัก จากสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ในปี งบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๒,๓๐๗ ๒,๐๙๘ ๒,๔๙๕ ตามลำดับ ได้รับการส่งต่อ จำนวน ๒๖๙ ,๒๗๔ ,๒๗๙ (เวชระเบียน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ๒๕๖๖) พบอุบัติการณ์ทรุดลงขณะส่งต่อในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖จำนวน ๒,๑,๒ ตามลำดับ จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้านอุบัติเหตุ ๑ ราย (ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ๒๕๖๔ ) พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการประเมินผิดพลาด จากการตรวจประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เป็นเหตุการณ์ ผู้ป่วยอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง ให้ประวัติดื่มสุราสังสรรค์ หลังกลับบ้านเพื่อน แกร็บรู้สึกตัวถามตอบรู้เรื่อง มีแผลถลอกตามร่างกาย บ่นปวดท้อง ได้รับการรักษาโดย ทำแผล ให้ยาลดกรด แนะนำสังเกตอาการ ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์พบปัญหาคือ หลังกลับบ้าน ๑ วัน มีอาการปวดแน่นท้อง ปัสสาวะไม่ออก ได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน ประเมิน ให้สารน้ำ ใส่สายสวนปัสสาวะ วินิจฉัยเป็น BLADDER INJURY จากการ ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบคือการประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ซึ่งปัจจุบันการประเมินสภาพผู้ป่วยใช้แบบบันทึกการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลในสังกัดใน โชน๒ ใช้สำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคแต่ไม่ครบถ้วนทุกด้าน จากความเสี่ยงครั้งนี้ทางหน่วยงานจึงเห็นความสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง จึงได้คิดพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมหลายระบบ ก่อนการส่งต่อให้ครบถ้วนทุกด้าน ตามหลักการประเมิน “ABCDE” โดยการประเมินจะเข้าไปพร้อมกับการแก้ไขความผิดปกตินั้น หลังจากนั้นจึงประเมินซ้ำและนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมหลายระบบ ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ในการส่งต่อสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน วิกฤติเร่งด่วน ซึ่งต้องมีการประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและครอบคลุม

### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นหลายระบบก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน รักษาภาวะวิกฤติฉุกเฉิน เร่งด่วนครอบคลุม ทุกระบบก่อนการส่งต่อ

๓. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทรุดลงในเหตุที่สามารถรักษาและป้องกันได้

## เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ปกติภัย ได้รับการประเมินรักษาที่ครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็ว

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมหลายระบบ เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นหนึ่งในกระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการและมีประโยชน์การวางแผนการพยาบาล การประเมินสภาพที่รวดเร็วและถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนน้อย จากการทบทวนพบว่าแบบประเมินที่ใช้ประเมินผู้บาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นหลายระบบ ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ อาการสำคัญ อาการปัจจุบัน เวลาที่ได้รับบาดเจ็บ ยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินการบาดเจ็บหลายระบบ การปรับปรุงแนวปฏิบัติในการประเมินแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ สามารถประเมินอาการแรกรับที่รุนแรงได้รวดเร็วและสามารถกำหนดปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย การประเมินและรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ๔ ระยะคือ

การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น (Primary survey) ระยะการช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation) ระยะการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด (Secondary survey) และระยะการดูแลที่มีแบบแผนเฉพาะโรค (Definitive care) การประเมินจะทำไปพร้อมกับการแก้ไขความผิดปกติอื่นๆ หลังจากนั้นจึงมีการ ประเมินซ้ำ และให้การดูแลเฉพาะปัญหาหลักในการประเมินขั้นแรกตามหลัก “ABCDE” ดังนี้ (ไสว นรสาร และพิรญา ไสว ไหม, ๒๕๕๙)

๑. A = Airway maintenance with cervical spine protection การประเมินทางเดินหายใจ พร้อมกับการแก้ไขทางเดินหายใจให้โล่ง การจัดการเรื่องทางเดินหายใจควรระวังกระดูกคอเคลื่อน
๒. B = Breathing and ventilation การประเมินและดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอโดยประเมินจากอัตราและรูปแบบการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน เสี่ยงลมเข้าปอด การเคลื่อนไหวของทรวงอก ขณะเดียวกันต้องค้นหาสาเหตุพร้อมกับให้การช่วยเหลือ
๓. C = Circulation and hemorrhage control การประเมินระบบไหลเวียนและการห้ามเลือด โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร สีของผิวหนังที่ซีด และเย็นลง รวมทั้งปริมาณเลือดที่ออกจากแผล
๔. D = Disability : Neurological status การประเมินความพิการ การผิดรูปของแขนขาและ อวัยวะต่างๆ รวมถึงการประเมินระดับความรู้สึกตัวและปฏิกิริยาตอบสนองของรูม่านตาต่อแสง
๕. E = Exposure/Environmental control การประเมินเพื่อตรวจหาคำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ทั้งร่างกาย ได้แก่ การถอดเสื้อผ้าผู้บาดเจ็บออก การประเมินสภาพแวดล้อม เช่น อุณหภูมิห้องเย็น ควรห่มผ้าให้ การใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยบนเตียงคอและหลัง ควรใช้อุปกรณ์พยุงคอ และกระดานรองหลัง

จากการทบทวนเพิ่มเติมการประเมินระยะของการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด(Secondary survey) ซึ่งประกอบด้วย ๑)การซักประวัติ ๒)การตรวจร่างกาย ๓)การตรวจพิเศษอื่นๆ เป็นแนวทางในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นร่วมหลายระบบ ซึ่งประกอบด้วย ๗ หมวด

- ๑.การบันทึกข้อมูลทั่วไปและสัญญาณชีพ
- ๒.การประเมินประวัติสุขภาพอื่นๆ
- ๓.การประเมินการบาดเจ็บเฉพาะที่
- ๔.การประเมินบาดแผลและความปวด
- ๕.การประเมินสภาพจิตใจ
- ๖.การตรวจวินิจฉัยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ๗.การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล



### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. นำเสนอเพื่อขออนุมัติการจัดทำเรื่องการพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อให้ผู้บังคับบัญชาและคณะกรรมการส่งต่อโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

๒. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการจัดทำการพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหลายระบบ

๓. ประชุมวางแผนการดำเนินการพัฒนา รูปแบบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบก่อนการส่งต่อ เกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ข้อมูลของหน่วยงานที่ส่งต่อ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วยการประเมินสภาพอาการปัจจุบันตามหลัก ABCDE เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ การให้การพยาบาลและพยาบาลผู้บันทึก

๔. จัดทำแบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบก่อนการส่งต่อเสนอคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (CLT/PCT) ตรวจสอบความถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

๕. เสนอผู้บริหารคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (CLT/PCT) โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ผู้ที่เกี่ยวข้องพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและพยาบาลวิชาชีพที่ส่งต่อผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อรวมทั้งรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่เกิดจากการใช้แบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ

๖. ประเมินผลการใช้แบบประเมินในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะและอวัยวะอื่นหลายระบบ ทุก ๓ เดือน และนำมาใช้ในการประเมินก่อนการส่งต่อและระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลโพธิ์ไทรต่อไป

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมินทั้งก่อนส่งต่อและขณะส่งต่อได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะวิกฤติฉุกเฉิน แรงดันครบคลุม ทุกระบบก่อนการส่งต่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ขณะส่งต่อ

๓. หน่วยงานที่รับส่งต่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วน

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ไม่พบอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อทุกราย

๒. ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการประเมินถูกต้องและครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐

๓. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อและระหว่างการส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาลอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....

(นางมาลินี พวงจันทร์ )

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 และความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะไตเสื่อม ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 4 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 5 กรกฎาคม 2566  
กรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวม สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่นภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลกหรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี 2562 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน ( ร้อยละ 25.4 ) เท่ากับว่า 1 ใน 4 ของคนไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเกือบครึ่งหนึ่ง ( ร้อยละ 48.8 ) ไม่ทราบว่าตนเองป่วย พร้อมกันนั้นยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานถึง 5 ล้านคน ( ร้อยละ 9.5 ) 1 ใน 3 คน ( ร้อยละ 30.6 ) ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน และมีเพียง 1 ใน 4 คน ( ร้อยละ 26.3 ) เท่านั้น ที่สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้

โรงพยาบาลโจงเจียม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับ F2 มีการดำเนินงานรักษาของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลโจงเจียม ปี 2564,2565,2566 มีจำนวน 2271 ราย ,2447 ราย และ 2542 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน รักษาในโรงพยาบาล ปี 2564,2565,และ 2566 มีจำนวน 685 ราย,465 ราย และ 488 ราย ตามลำดับ ( ข้อมูลจาก เวชระเบียนรพ.โจงเจียม 30 ก.ย.66 ) จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ภาวะแทรกซ้อนในด้านต่างๆของโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ กระทับกับคุณภาพชีวิตและครอบครัว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีโรคแทรกซ้อนที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ในรายการที่นำมาศึกษานี้ บทบาทพยาบาลที่ดูแลต้องใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และสามารถดูแลตนเองพร้อมจะกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในมีดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ประเมินตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายและสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสมได้ระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

1.1 การประเมินในระยะแรกรับ ประเมินปัญหาและความต้องการทันทีที่มาถึงตักผู้ป่วยใน บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดี , วินิจฉัยความรุนแรง ความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหาทันที , รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินทางการพยาบาลให้เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วยใหม่ , รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อใช้วางแผนจำหน่าย เช่นแบบแผนชีวิต การรับรู้ความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะและแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ เป็นต้น

1.2 การประเมินในระยะการดูแลต่อเนื่อง เผื่อระวังสังเกตอาการ อาการแสดงเป็นระยะๆ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และผลของการพยาบาลรักษาอย่างต่อเนื่อง , ติดตามรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลตรวจอื่นๆ เช่นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การถ่ายภาพรังสีหรือการตรวจพิเศษให้พร้อมเพื่อการวินิจฉัยปัญหา ทั้งปัญหาปัจจุบันอนาคต

1.3 การประเมินระยะจำหน่าย ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย เกี่ยวกับ สภาพความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ , ความรู้ความสามารถและทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

1.4 สื่อสารข้อมูลที่ได้จากการประเมินและผลการพยาบาลแก่ทีมพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ด้วยวาจาและเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร รายงานข้อมูลที่เร่งด่วนไปยังผู้เกี่ยวข้องโดยตรงเพื่อการตัดสินใจให้การช่วยเหลือ หรือเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วในเวลาที่เหมาะสม , บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินอย่างถูกต้องและครบถ้วน

2.การวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมินได้เพื่อตัดสินใจ ระบุปัญหาและความต้องการหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

3.การวางแผนการพยาบาล พยาบาลวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

4.การปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

5.การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้การเตรียมการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณก่อนจำหน่าย มีทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนการจำหน่าย

6.การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในเวลาตามมาตรฐานที่กำหนด,ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต

7.ศึกษาแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาประเมินผู้ป่วย

8.ประยุกต์แนวทาง Chronic care model มาใช้ดูแลผู้ป่วย

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยทั้งในมิติของจำนวน การเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวม สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีจำนวน 41,739 รายคิดเป็นร้อยละ 36.39 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงควบคุมได้ตามเกณฑ์ มีจำนวน 68962 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.13 ( ข้อมูลจาก HDC จ.อุบลราชธานี วันที่ 5 มกราคม 67 ซึ่งนับได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงยังมีอัตราต่ำซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลโขงเจียมปี 2564,2565และ2566 มีจำนวน 2271 ราย 2447 ราย และ 2542 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ปี 2564,2565และ 2566 มีจำนวน 685 ราย 465 รายและ 488 ราย ( ข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลโขงเจียม 30 ก.ย.66 ) จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ( Re-admit )

ภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดขึ้นกระทบกับคุณภาพชีวิตและครอบครัว และอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ได้คุณภาพมาตรฐานจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนได้ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

#### 4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน ( ต่อ )

##### ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1.ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาลโขงเจียม ปีงบประมาณ 2566
- 2.เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโขงเจียม ปีงบประมาณ 2566
- 3.ศึกษา ทบทวน ค้นคว้าเอกสารตำราวิชาการ ความรู้จากอินเทอร์เน็ต ผลการวิจัย เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ โรคโลหิตจาง โรคอาหารไม่ย่อย
- 4.ศึกษาความรู้ด้านยาทุกชนิดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทั้งสองราย ทั้งยากิน ยาฉีด และยาที่มีความเสี่ยงสูง ( High alert drug ) เกี่ยวกับสรรพคุณของยา ขนาดที่ใช้ ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา อาการแพ้ยา เพื่อจะได้ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการใช้ยา
- 5.ศึกษามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน นำมาใช้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย
- 6.ใช้กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน คือ
  - 6.1 การประเมินทางการพยาบาล ( Nursing Assessment )
  - 6.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล ( Nursing Diagnosis )
  - 6.3 การวางแผนการพยาบาล ( Planning )
  - 6.4 การปฏิบัติการพยาบาล ( Implementation )
  - 6.5 การประเมินผลการพยาบาล ( Evaluation )
- 7.ศึกษาแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพ
- 8.ศึกษา Chronic care model มาประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วย
- 9.รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย
- 10.สรุปกรณีศึกษา จัดทำเอกสารวิชาการนำเสนอ

##### เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะไตเสื่อม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

#### 4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน ( ต่อ )

##### สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 65 ปี สถานภาพคู่ อาชีพ ทำนา สิทธิการรักษาผู้สูงอายุ ภูมิลำเนา ต.ห้วยยาง อ.โขงเจียม จ.อุบลราชธานี โรคประจำตัว เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 ประวัติแรกรับ รับใหม่จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินวันที่ 4 มิถุนายน 2566 เวลา 17.20 น.มาด้วย อาการ 3 ชม.ก่อนมาโรงพยาบาล ( มาถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ 4 มิถุนายน เวลา 15.06 น.) เหนื่อย เหงื่อแตกตัวเย็น ญาติเอาลูกอมให้กิน อาการดีขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง กู้ชีพนำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียม แรกแรกที่ติดผู้ป่วยใน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอ่อนแรง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 190/80 มิลลิเมตรปรอท การดูแลระยะแรกเริ่ม มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วน ( Hypertensive Urgency ) BP 190/80 มิลลิเมตรปรอท มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (ค่า K 3.3 mmol/L)และมีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ( ผลตรวจปัสสาวะ wbc 20-30 bacteria : moderate ) กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการผิดปกติ แนะนำการปฏิบัติตัว ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ ต่อเนื่องจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Nicardipine 1:5 vien drip 5 ml/hr) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยา กินตามแผนการรักษา สังเกตอาการแขนขาอ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ หวหวิว หลังจากได้รับยาเพิ่มโพแทสเซียมในเลือด ( Ekcl 15 ml รับประทาน ),ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ( Cef-3 dose 2 gm vein OD ) ประเมินผลการดูแล ความดันโลหิตลดลงตามเกณฑ์การรักษา ไม่พบอาการแขนขาอ่อนแรง ไม่พบการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปัสสาวะออกตามสายดี ไม่มีเลือดปน ( ผู้ป่วยสวนคาปัสสาวะ)การดูแลระยะต่อเนือง มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ ( DTX 57-596mg/dl ) , ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการผิดปกติ แนะนำการปฏิบัติตัว ดูแลให้ได้รับยาฉีดอินซูลินปรับระดับน้ำตาลตามแผนการรักษา พุดคุยเปิดโอกาสให้ญาติ ผู้ป่วย สอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประเมินผลการดูแล ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์การรักษา ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น หายใจไม่หอบ ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล การดูแลระยะจำหน่าย ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง พร่องความรู้ในการดูแลตนเอง กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำรูปแบบ D METHOD ประเมินผลการดูแล ผู้ป่วยและผู้ดูแล รับฟังคำแนะนำดี เข้าใจการปฏิบัติตัว

สรุปผู้ป่วยรายนี้ รักษาที่ตึกผู้ป่วยใน วันที่ 4-9 มิถุนายน 2566 รวม 5 วัน แพทย์ วินิจฉัย โรค CKD4 with type2DM with Hypoglycemia with Hypertension with UTI with Hypokalemia ให้ การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ อาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

จากการติดตามผู้ป่วยมาตามนัดหลังนอนโรงพยาบาลมาตรวจที่คลินิกโรคไตเรื้อรังวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 พบอาการปกติ ไม่บวม ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาการอ่อนแรง ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ปัสสาวะออกดี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

#### 4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน ( ต่อ )

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 78 ปี สถานภาพ คู่ อาชีพ ทำนา สิทธิการรักษาผู้สูงอายุ ภูมิลำเนา ต.ห้วยไผ่ อ.โขงเจียม จ.อุบลราชธานี โรคประจำตัว เบาหวาน ชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ โลหิตจาง รับประทานยาลดไขมัน วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 เวลา 11.55 น. ประวัติความเจ็บป่วย มาตามนัด ( มาที่คลินิกโรคไตเรื้อรังวันที่ 24 กรกฎาคม เวลา 08.30 น.) 7 วันก่อนมา มีเหนื่อยเพลีย เดินเซ ปัสสาวะออกดี มาเจาะเลือดพบน้ำตาลสูง แรกวันที่ตีผู้ป่วยใน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยเพลีย ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น หายใจไม่หอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท การดูแลระยะแรกเริ่ม มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ( DTX 531 mg/dl ) และมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Na 129 mmol/L) กิจกรรมการพยาบาลประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการผิดปกติ แนะนำการปฏิบัติตัว สังเกตอาการ กล้ามเนื้อกระตุก ซึมซັก ดูแลให้ได้รับยาฉีดปรับระดับน้ำตาลในเลือด ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ได้รับตามแผนการรักษา ประเมินผลการดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์การรักษา (80-400 mg/dl) ผลตรวจเลือดค่า Na 135 mmol/ การดูแลระยะต่อเนื่อง ต่อเนื่อง มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ ( DTX 55-507mg/dl ) , มีภาวะซีด ( Hct 30% Hb 10.1 g/dl ) , ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการผิดปกติ แนะนำการปฏิบัติตัว ดูแลให้ได้รับยาฉีดอินซูลินปรับระดับน้ำตาล, ยารับประทานบำรุงเลือดตามแผนการรักษา พุดคุยเปิดโอกาสให้ญาติ ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประเมินผลการดูแล ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์การรักษา ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น หายใจไม่หอบ ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล การดูแลระยะจำหน่าย ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง พร่องความรู้ในการดูแลตนเอง กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำรูปแบบ D METHOD ประเมินผลการดูแล ผู้ป่วยและผู้ดูแล รับประทานอาหารเข้าใจการปฏิบัติตัว

สรุปผู้ป่วยรายนี้ รักษาที่ตีผู้ป่วยใน วันที่ 24-29 กรกฎาคม 2566 รวม 5 วัน ผลตรวจวินิจฉัยโรค Type2DM with Hyperglycemia with Hyponatremia with CKD3 with Anemia ได้รับ ยาฉีดอินซูลินปรับระดับน้ำตาลยารักษาภาวะโลหิตจาง ยาเพิ่มระดับโซเดียมในร่างกาย อาการดีขึ้น ควบคุมระดับน้ำตาลได้จำหน่าย กลับบ้าน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน ( ต่อ )

เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้งสองราย

1.กรณีศึกษาทั้งสองราย เป็นผู้สูงอายุ เหมือนกัน  
 2.กรณีศึกษาทั้งสองรายมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน  
 3.กรณีศึกษาทั้งสองราย มีโรคประจำตัวที่เหมือนกัน คือเบาหวานชนิดที่2 ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง แต่มีระยะที่ต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นไตเสื่อมระยะที่ 4 กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นไตเสื่อมระยะที่ 3

4.ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เหมือนกันคือ ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ,มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในเลือด , มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

5.ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีความดันโลหิตสูงแบบเรื้อรัง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะซีด

6.มีโรคเกิดร่วมแตกต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีกระเพาะปัสสาวะอักเสบ รายที่ 2 มีภาวะโลหิตจางและภาวะอาหารไม่ย่อย

5.ผลสำเร็จของงาน ( เเชิงปริมาณ/คุณภาพ )

ตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1.อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ( Re-admit ) < ร้อยละ 5	5.78	3.99	5.05
2.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายร้อยละ 80	48	72	78
3.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัว ที่ได้รับวางแผนจำหน่าย $\geq$ ร้อยละ 85	83	85	88
4.ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> yr ร้อยละ 66	65.89	64.45	67.92



## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประมาณ 2,000-3000 บาท/ครั้ง ถ้าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการทำปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อน มีผลกับค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษาเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มต้นทุนการรักษาพยาบาล รายโรค การให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสภาวะเจ็บป่วยของตนเองและสามารถดูแลตนเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาจากภาวะแทรกซ้อนของโรค สมรรถนะของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการ Re-visit, Re-Admit

### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโขงเจียม
2. ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
3. พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
4. นำความรู้ที่ได้รับไปดำเนินงานเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดงานผู้ป่วยในให้บรรลุเป้าหมาย

### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วย มีความวิตกกังวล กับภาวะความเจ็บป่วยเนื่องจากยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพของญาติที่ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมาโรงพยาบาลถ้ามีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงเนื่องจากไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว ทำให้มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

2. ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค พยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อน การใช้ยารักษาแบบผิด ทำให้เกิดอาการกำเริบและกลัว ส่งผลทำให้การรักษาไม่ได้ผลเต็มที่

3. ผู้ป่วยทั้งสองกรณี มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งต้องเน้นย้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่ให้ไปสู่ระยะที่การทำงานของไตลดลงมากกว่าเดิม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

#### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้ลำบาก เคลื่อนไหวช้า การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและการฉีดยาเบาหวานจะต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยคือบุตรสาว เนื่องจากเวลาที่ผู้ป่วยก้มฉีดยาเบาหวานทำได้ลำบากส่งผลให้ยาฉีดยาเบาหวานไม่ได้รับการฉีดสู่ชั้นผิวหนัง ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยยังคงสูงอย่างต่อเนื่องเมื่อมาพบแพทย์

#### 9. ข้อเสนอแนะ

1. การซักถามปัญหาและการให้คำแนะนำรายบุคคลกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ถือเป็นบทบาทเฉพาะอย่างหนึ่งของพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน

2. พยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยช่วยลดความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตนที่เหมาะสมถูกต้อง และเป็นที่ยอมรับให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาพร้อมทั้ง มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ทั้งขณะที่มาตรวจรักษาและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

3. เพื่อให้มีการพัฒนาบุคลากรในที่มสุขภาพ ควรจัดให้เจ้าหน้าที่ในงานผู้ป่วยในได้มีโอกาสฟื้นฟูความรู้วิชาการใหม่ๆ เพื่อนำความรู้ เทคโนโลยี และประสบการณ์มาปรับใช้และพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

#### 10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานวิชาการ ในการประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” รุ่นที่ 2 ประจำปี 2566 โดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์  
อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางอัญชญา มุงคุณดา สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

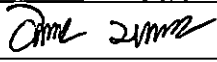
(นางอัญชญา มุงคุณดา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) 12 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอัญญา มุงคุณดา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

(นางบุญชริกา เลิศแล้ว)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) 12 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)  .....

(นายสิทธิพงษ์ อุ่นทอง)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

(วันที่) 12 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานอันดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง : การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลโขงเจียม

2. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคถุงลมโป่งพอง เป็นสาเหตุหรือเป็นโรคร่วมที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีความเสี่ยงสูงหลายอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดสมองหัวใจ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องดำเนินชีวิตอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปอย่างมีความสุข ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาทางการแพทย์อย่างเดียว การส่งเสริมและเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จะช่วยป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ( Re-admit )

จากสถิติโรงพยาบาลโขงเจียม พบอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Re admit) ปี 2563,2564,2566 ร้อยละ 5.53 ,5.78,3.99 ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่าสาเหตุประการหนึ่งคือระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ แนวทางปฏิบัติไม่ครบถ้วน บุคลากรยังขาดความตระหนักในการดำเนินงานการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโขงเจียมร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วย จึงได้พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ เพิ่มจากระยะแรกที่ดำเนินการคือ โรคเบาหวานรายใหม่ มีการดำเนินการเพิ่มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมองหัวใจ โรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบ D Method และ 4 C (ดวงมณี เลหาประสิทธิภาพ) มาดำเนินงานซึ่งนับได้ว่าเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานตามระบบการวางแผนจำหน่ายจะทำให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีคุณภาพที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข ภายใต้บริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
2. เพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. เพื่อสร้างความตระหนักให้ทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินงานตามระบบที่กำหนด

## เป้าหมาย

- 1.ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตามกลุ่มโรคที่กำหนด
- 2.ครอบครัว/ผู้ดูแล ผู้ป่วย

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### บทวิเคราะห์

จากการศึกษาพบว่า ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายว่า หมายถึง การวางแผนและจัดสรรบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการ การดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ องค์กรวม มีการประสานงานของ สหสาขาวิชาชีพ ในการสนับสนุน และเสริมพลัง ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ทรัพยากร สุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเตรียมการให้ผู้ป่วยและญาติ/ชุมชนสามารถ ดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง อย่างมั่นใจ ปลอดภัย และพึงพอใจ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญระยะแรกมีการดำเนินงานเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ แนวทางปฏิบัติไม่ครบถ้วน และพบว่าบุคลากรยังขาดความตระหนักในการดำเนินงานตามระบบการวางแผนจำหน่าย งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชิงเยี่ยมร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยจึงได้มีการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มเติมดังนี้ โดยได้กำหนดกลุ่มโรคที่สำคัญเพิ่มเติมคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โรคถุงลมโป่งพอง/โรคหอบหืดรายใหม่หรือรายที่มีประวัติกลับเข้ามาเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ( Re-admit ) โรคหลอดเลือดสมองหัวใจรายใหม่ โรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1.ประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2.กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน
- 3.ตั้งกรุปไลน์ D/C Plan เพื่อสื่อสารข้อมูลระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
- 4.จัดทำแบบฟอร์มบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำหนด
- 5.ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตามกลุ่มโรคที่กำหนดต้องได้รับการวางแผนการจำหน่าย โดยใช้กระบวนการพยาบาลและรูปแบบ D METHOD และ 4 C (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยในเป็นผู้จัดการดูแล ( Case manager ) D METHOD ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรค แนะนำการใช้ยา การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การรับประหนายาตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติ การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือสถานพยาบาล

ใกล้บ้านกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การส่งต่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง 4 C (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร) ประกอบด้วย แลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ ร่วมมือในการเตรียมความพร้อม ดูแลต่อเนื่อง

#### 5.ปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย

5.1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยกำหนดระยะเวลาของการดำเนินงานเบื้องต้น 3 วัน โดยพิจารณาจาก จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่กำหนด

5.2 พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยใน ( Case manager ) เป็นผู้ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

วันที่ 1 รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลและเริ่มวางแผนการจำหน่าย โดยใช้กระบวนการพยาบาล

แพทย์ ประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจวินิจฉัย กำหนดแผนการรักษา อธิบายพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ( Nursing process ) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ

- 1.ประเมินปัญหาความต้องการการดูแลหลังจำหน่าย
- 2.วินิจฉัยปัญหา
- 3.การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 4.ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- 5.การติดตาม ประเมินผลการให้ความรู้และส่งต่อข้อมูลแก่ทีมส่งเสริมสุขภาพ

**ขั้นตอนการประเมินปัญหาและความต้องการ ( Assessment )**

- 1.ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วย
- 2.ประเมินความพร้อมและความสามารถด้านร่างกาย จิตใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรวมทั้งผู้ดูแลและแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน
- 3.ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลหลังจำหน่าย
- 4.นำข้อมูลที่ได้มากำหนดแนวทาง/กิจกรรมการดูแล

**ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ( Planning )**

พยาบาลวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้รูปแบบ 4 C ประกอบด้วย communication แลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว collaboration ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ collaboration ร่วมมือในการเตรียมความพร้อม continuation ดูแลต่อเนื่อง

- 1 ประสานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ กำหนดแผนการดูแลและโปรแกรมการสอนทักษะต่างๆตามปัญหาผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อที่บ้าน
- 2 อธิบายผู้ป่วยให้ทราบปัญหา แผนการสอนและการฝึกทักษะต่างๆร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ข้อมูลวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

4. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพและเตรียมการวางแผนจำหน่ายในขอบเขตความรับผิดชอบของตนเอง

### วันที่ 2 ปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ใช้รูปแบบ D METHOD

- D Diagnosis แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ อธิบายเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ สาเหตุ อาการสำคัญ ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา
- M Medicine เกษัชกร ให้ความรู้เรื่องยา วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา
- E Environment /Economy ทีมสิ่งแวดล้อม แนะนำเกี่ยวกับการดูแลที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย
- T Treatment พยาบาลวิชาชีพ แนะนำการปฏิบัติตัว/การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคและสภาวะของผู้ป่วย การสังเกตอาการผิดปกติ สาธิต ฝึกทักษะผู้ดูแล เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง
- H Health นักกายภาพบำบัด/นแพทย์แผนไทย ให้ความรู้และสอนทักษะการบริหารร่างกาย ฝึกทักษะการหายใจ
- O Out patient พยาบาลวิชาชีพ แนะนำการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง
- D Diet นักโภชนาการ ให้ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค การเลือกรับประทานอาหาร สอนผู้ดูแลปั่นอาหารหรือเตรียมอาหารทางสายยางสำหรับผู้ป่วย

### วันที่ 3 การติดตามประเมินผลการให้ความรู้และส่งต่อข้อมูลแก่ทีมส่งเสริมสุขภาพ

1. ทีมพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแลประเมินผลในแต่ละกิจกรรมโดยประเมินความพึงพอใจกับการปฏิบัติการพยาบาล
  - 1.1 ผู้ป่วยรับทราบ เข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ แสดงว่าผู้ป่วยพร้อมจำหน่าย ให้สรุปปัญหา/การวางแผนดูแลต่อเนื่อง
  - 1.2 ผู้ป่วยไม่เข้าใจและปฏิบัติไม่ได้ แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่พร้อมจำหน่าย ให้เริ่มกระบวนการวางแผนจำหน่ายอีกครั้ง
2. พยาบาลวิชาชีพสรุปปัญหาและการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยยังมีปัญหาเหลืออยู่ พยาบาลวิชาชีพสรุปปัญหาและการพยาบาลเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่ทีมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



### ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
2. มีการนิเทศงานบุคลากรในหน่วยงาน ให้ปฏิบัติตามแนวการจำหน่ายผู้ป่วย
3. แผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรมีการปรับปรุงให้ทันสมัยกับความรู้วิชาการใหม่ๆ
4. ควรมีการนำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไปเผยแพร่แก่พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข ในเครือข่าย เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลมีระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ
3. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนจำหน่าย ร้อยละ 100

### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการวางแผนจำหน่าย ร้อยละ 100
2. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน ( Re-admit ) < ร้อยละ 5
3. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย  $\geq$  ร้อยละ 85

(ลงชื่อ) ..... 

(นางอัญชญา มุงคุณตา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 12 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

## เอกสารอ้างอิง

- จิราพร หวังชม ,(2555),การพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร,วิทยานิพนธ์ปริญญาโท(บัณฑิต),กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- คณะอนุกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ,บรรณาธิการ.คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม).พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด 2565
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560, พิมพ์ครั้งที่ 2.มีนาคม 2660.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข : มาตรฐานในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ) ISBN 978-974-422-399-5 พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.กันยายน 2551
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย:แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566,พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด .กรกฎาคม 2566
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ศชารัตน์ คชลัย. 2556. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวกับกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 พฤศจิกายน 2565 – 30 กรกฎาคม 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจจะช่วยลดอัตราการตายได้ จึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน คัดกรอง การซักประวัติ การวินิจฉัย การเตรียมยา การให้ยา การพยาบาลทุกระยะและการประสานส่งต่อที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์หรือตีบรุนแรงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โดยจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาเป็นนาทีหรือไม่เกินชั่วโมง กลไกการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมันที่เกาะในหลอดเลือด เมื่อมีการปริแตกร่างกายจะระดมเกร็ดเลือดและสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือดส่วนนั้นจนส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์หรือตีบรุนแรง ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืดเป็นลมบางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิตของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 5-10 การรักษาคือการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด “เพราะทุกนาทีที่เสียไป หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหายขาดเลือดตามไปด้วย” การประเมิน การวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มาก รวมทั้งระบบการส่งต่อและการประสานงานภายในโรงพยาบาล มีส่วนสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ สามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมและการปฏิบัติตนเองอย่างเหมาะสม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพสาเหตุ อาการ อาการแสดง สามารถรวบรวมปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนให้การพยาบาลอย่างถูกต้องครอบคลุม มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยหายจากภาวะแทรกซ้อนมีชีวิตรอด ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1 ของการเสียชีวิต (จาก WHO) ในประเทศไทย ปี 2560 มีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สูง 326,946 คน และ เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 57 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลจากกรมการแพทย์ ปี 2562 พบว่า ประเทศไทยมี ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี โรงพยาบาลโฆงเจียม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 80 กม. ใช้ เวลาเดินทาง 1 ชม. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นพยาบาลในท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญยิ่ง ในการประเมิน คัดกรอง ได้ถูกต้อง รวดเร็ว รายงานแพทย์เร็ว การวินิจฉัยโรคได้เร็วปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเร็ว ให้ยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา และประสานการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบช่องทางด่วนโดยพยาบาล ICU Mobile ได้อย่าง รวดเร็ว ทันเวลา ผู้ป่วยปลอดภัย รอดชีวิต กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สุข สดดีในปี 2564-2566 โรงพยาบาลโฆงเจียม มีจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 19 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ในห้องฉุกเฉิน 12 รายและได้รับการส่งต่อไปทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) 3 ราย นอกนั้นมีข้อห้าม

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญยิ่ง ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI)ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ต้องให้การพยาบาลอย่างรีบด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ขั้นตอนของการดูแล

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ผู้ป่วยจำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องตั้งแต่แรกรับ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยของแพทย์ และสามารถให้การรักษา ที่ถูกต้องรวดเร็ว ประสานส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการประเมินผู้ป่วย แนวทางในการซักประวัติ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตามแบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต นำไปสู่การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและสามารถให้การพยาบาลและรักษาได้อย่างทันท่วงที

2. ด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต หลักในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยนั้น ต้องการพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านต่างๆดังนี้

(สุจิตรา ลีมอานวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง, 2556)

2.1 ด้านการประเมินผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล มีการประเมิน แรกรับ และ ประเมินทุกช่วงเวลาเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่นิยมใช้ มากคือแบบประเมินตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS เป็นแบบประเมินที่เน้นและลำดับปัญหาได้ รวดเร็วและครอบคลุมทุกปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยมีลำดับ การประเมินดังนี้

- 1) ด้านความสมดุลของน้ำ (fluid balance)
- 2) ด้านการหายใจ (aeration)
- 3) ด้านโภชนาการ (nutrition)
- 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร (communication)
- 5) ด้านการทำกิจกรรม (activity)
- 6) ด้านการกระตุ้น (stimulation)

2.2. ด้านร่างกาย การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะวิกฤตด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การรักษาพยาบาลให้ทันท่วงทีเนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตหรือภาวะล้มเหลว ของระบบใดระบบหนึ่ง หรือมีการบาดเจ็บหลายระบบ หรือมีภาวะล้มเหลวหลายระบบร่วมกัน ผู้ป่วยอาจหมดสติ ภาวะช็อก ตกเลือด หัวใจวาย ไตวาย และภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพแนวทางการรักษา และการดูแลผู้ป่วยในภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3. ด้านจิตสังคม ความต้องการด้านจิตสังคมก็เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่ต้องการพยาบาลที่มีความสามารถ ในการจัดการเรื่องต่างๆเช่นการยอมรับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติระบายนความรู้สึกร่างกายเมื่อเกิดภาวะ เจ็บป่วยวิกฤตการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกายกระตุ้นและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

2.4. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย

### 3.การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนได้แก่

- 3.1 การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)
- 3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
- 3.3 การวางแผนการพยาบาล (planning)
- 3.4 การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน(ต่อ)
- 3.5 การปฏิบัติการพยาบาล (implementation)
- 3.6 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

### 4.แนวทางการรวบรวมข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

#### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการรายงาน ขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปีพ.ศ. 2559 โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิต ประมาณ 9.2 ล้าน ในประเทศไทยเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 โดยสถิติการเสียชีวิตร้อยละ 31.8 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) สถิติในปี 2564-2566 โรงพยาบาลโขงเจียม มีจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 19 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ในห้องฉุกเฉิน จำนวน 12 ราย ส่งต่อทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) 3 ราย เสียชีวิต 2 ราย ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการประเมินผู้ป่วย ชักประวัติคัดกรอง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การรายงานแพทย์เวร การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การประสานทีมดูแลส่งต่อ การส่งต่อข้อมูลกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อสวนหัวใจอย่างเร่งด่วน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัยมีการกำหนดแนวทางการในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาประวัติจากเวชระเบียน ทบทวนค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยต่างๆ รวบรวม วิเคราะห์ แล้วนำมาวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
4. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา
5. จัดทำเอกสารวิชาการและเผยแพร่ผลงาน

#### เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้
3. เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางในการให้การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การประเมิน การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกรณีศึกษา 2 ราย โดยเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาล

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

#### สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาชายรายที่ 1 ชายไทยอายุ 76 ปี สถานภาพหม้าย อาชีพพระภิกษุ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือ ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 1.58 เซนติเมตร BMI = 24.4 kg/mm<sup>2</sup> ผู้ป่วยให้ประวัติ 30 นาที ก่อนมา เจ็บแน่นหน้าอกซ้ายร้าวไปไหล่ซ้ายและไหล่ขวา มีวิงเวียนหน้ามืด มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยๆตอนเช้าเป็นประมาณ 2-5 นาที มีอาการขณะเขียนหนังสือ นั่งดีขึ้น

แรกรับวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 เวลา 18.29 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ายร้าวไปไหล่ซ้ายและไหล่ขวา วิงเวียน Pain Score 8/10 ค่ะ แน่น ให้ประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวน นาน 20 ปี หยุดสูบบุหรี่ได้ 6 ปี ปฏิเสธโรคประจำ ไม่แพ้ยา ผ่าตัดลำไส้ ปี 2560 ไม่ออกกำลังกาย ญาติส่งโรงพยาบาลอาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส 48 ครั้ง/นาที , หายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub>sat 100 % E4V5M6, PS= 8/10 EKG: show STE II, III aVF Trop-T : 110ng/ll ให้อาสา 300 mg 1 tab เวลา 18.35 น. เคียวกลืน , Plavix 75 mg 4 tab oral stat เวลา 18.36 น. Isodril 5 mg 1 tab SL 18.35 น. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 cc vein drip rate 80 cc/hr. เวลา 20.00 น. อาการแน่นหน้าอกลดลง Pain score 5/10 ค่ะ แน่น แพทย์ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แพทย์และพยาบาลได้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแผนการรักษาและให้ลงลายมือยินยอมรักษา การให้ยาละลายลิ่มเลือด สิ้นหน้าท่าทางผู้ป่วยและญาติยังมีความวิตกกังวลมาก พยาบาลจึงให้คำแนะนำเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถาม เวลา 19.25 น แพทย์เฉพาะทางสั่งการรักษาให้ยา SK 1.5 MU + NSS 100 cc vein drip in 1hr. เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase). ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลประเมินสัญญาณชีพเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยยกเว้นเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท , ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub>Sat 98 - 100% ขณะให้ยาพบว่ามีความดันโลหิตต่ำ BP=83/50 mmHg , P=44 ครั้ง/นาที , RR=22 ครั้ง/นาที o<sub>2</sub> sat 99 % ได้ปรับแผนการรักษา ให้ NSS 1000 ml vein Load 500 ml, Dopamine 100mg + NSS 100 v drip 10 cc/hr. ให้การพยาบาลและเฝ้าระวัง ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิด หลังให้การปรับแผนการรักษาประเมินซ้ำ T=36.5 C, P=60/min, RR=22 /min BP=160/70 mmHg Spo<sub>2</sub>=100 % ใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน 2 ชม 6 นาที ผู้ป่วยได้รับการส่ง ต่อเวลา 20.35 น. สัญญาณชีพก่อนการส่งต่อ T =36.8 C P= 70 /min RR=22 /min BP=109/67 mmHg Spo<sub>2</sub>=100 % Pain score= 0 ค่ะ แน่น ขณะนำส่งให้การพยาบาลเฝ้าสังเกตและ ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง นำส่งต่อโดยพยาบาล ICU Mobile มีอุปกรณ์และยาช่วยชีวิตตลอดเวลาสัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อ ความดันโลหิต 118/70 - 126/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70- 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที Spo<sub>2</sub>=100 % Pain score 0/10 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยัง CCU1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) รวมทั้งรักษาตัว 2 วัน อาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และได้ส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลโขงเจียมดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับยา ASA (81 mg) 1x1 oral pc ตลอดชีวิต , Clopidogrel 75mg 1x1 oral pc, อย่างน้อย 1 ปี , Isosorbide dinitrate S/L 5mg SL 1 tab prn. เวลาเมื่อเจ็บแน่นหน้าอกและนัดทำ PCI วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 ที่ห้องมือข้างขวา และทางโรงพยาบาลได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับรพ.สต. ในเขตเพื่อติดตามเยี่ยม อาการและส่งกลับข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถดูแลตนเองได้ มาตามนัด ไม่ขาดยา อาการปกติ ไม่มีแน่นหน้าอก สามารถใช้ชีวิตได้ปกติ

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 79 ปี สถานภาพหม้าย อาชีพแม่บ้าน เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือ ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก 38 กิโลกรัม ส่วนสูง.142 เซนติเมตร BMI = 18.8 kg/mm<sup>2</sup> ผู้ป่วยให้ประวัติ 45 นาทีก่อนมา เจ็บแน่นหน้าอกซ้ายร้าวจุกขึ้นลำคอกรามทั้ง2ข้างเจ็บเป็นพักๆ ครั้งละประมาณ30-45นาที มีเหงื่อแตกตัวเย็นวิงเวียน จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง เหนื่อยหายใจไม่อิ่ม มีอาการขณะกวาดบ้าน แรกรับ วันที่ 17 เมษายน 2566 เวลา 09.12 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ายร้าวจุกขึ้นลำคอกรามทั้ง2ข้าง เจ็บเป็นพักๆครั้งละประมาณ30-45นาที มีเหงื่อแตกตัวเย็นวิงเวียน จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม Pain Score 10/10 ค่ะแน่น โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตระยะที่ 3 ไม่แพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด ไม่ออกกำลังกาย ญาตินำส่งโรงพยาบาล อาการแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ายร้าวจุกขึ้นลำคอกรามทั้ง 2ข้าง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.8 องศา, ชีพจร 70 ครั้ง/นาที, หายใจ 24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 107/74 มิลลิเมตรปรอท O2sat 100 % E4V5M6, Pain Score 10/10 ค่ะแน่น EKG: show STE V2,V3 Trop-T : < 40 ng/l , แพทย์ให้ Isordil 5 mg 1 tab SL 09.15 น. ,ยา ASA 300 mg 1 tab เวลา 09.19น. เคี้ยวกลืน ,Plavix 75 mg 4 tab oral stat เวลา 09.19 น ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 cc vein drip rate 80 cc/hr. เวลา 09.20 น.อาการแน่นหน้าอกลดลง Pain score 6/10 ค่ะแน่น แพทย์ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แพทย์และพยาบาลได้อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงแผนการรักษาและให้ลงลายมือยินยอมรักษา การให้ยาละลายลิ่มเลือด สิ้นหน้าท่าทางผู้ป่วยและญาติยังมีความวิตกกังวลมากเพราะผู้ป่วยอายุมาก พยาบาลจึงให้คำแนะนำเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถาม เวลา 10.00 น แพทย์เฉพาะทางสั่งการรักษาให้ยา SK 1.5 MU+NSS 100 cc vein drip in1hr.เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase). ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลประเมินสัญญาณชีพเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลัมน้ำหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที ความดันโลหิต 90/64 มิลลิเมตรปรอท ,ชีพจร 76 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ18 -20 ครั้ง/นาที O2Sat 98 - 100% ขณะให้ยาพบว่ามีความดันโลหิตต่ำ BP=75/55 mmHg., P=74 ครั้ง/นาที, RR=24 ครั้ง/นาที o2 sat 99 % ได้ปรับแผนการรักษา ให้ NSS 1000 ml vein Load 500 ml, Levophed 4 mg+ D5W 100 v drip 5 cc/hr ให้การพยาบาลและเฝ้าระวัง ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิดหลังให้การปรับแผนการรักษาประเมินซ้ำ T=36.5C, P=70/min, RR=22 ครั้ง/นาที BP109/67 mmHg Spo2=100 % ใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน 1 ชม. 58 นาที ผู้ป่วยได้รับการส่ง ต่อเวลา 11.10 น. สัญญาณชีพก่อนการส่งต่อT =36.8 C, P= 70 /min, RR=22 min BP=109/67 mmHg Spo2=100 % Pain score= 0 ค่ะแน่น ICU Mobile , มีอุปกรณ์และยาช่วยชีวิตตลอดเวลา สัญญาณชีพระหว่างส่งต่อ BP= 118/70 - 126/68 mmHg, P= 70- 80 / min RR= 18 - 20 / min Spo2=100 % Pain score 0/10 ค่ะแน่น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ผู้ป่วยส่งต่อไปยัง CCU1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) รวมพักรักษาตัว 2วัน อาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และได้ส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลโขงเจียมดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับยา ASA (81 mg) 1x1 oral pc ตลอดชีวิต , Clopidogrel 75mg 1x1 oral pc, อย่างน้อย 1 ปี ,Isosorbide dinitrate S/L 5mg SL 1 tab prn เวลาเมื่อเจ็บแน่นหน้าอกและนัดทำ PCI วันที่ 17 เมษายน 2566 ที่ห้องมีอู่ช่างขวาและทางโรงพยาบาลได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับรพ.สต.โนนเขตเพื่อติดตามเยี่ยม อาการและส่งกลับข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถดูแลตนเองได้ มาตามนัด ไม่ขาดยา อาการปกติ ไม่มีแน่นหน้าอก สามารถใช้ชีวิตได้ปกติ

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

เปรียบเทียบความแตกต่าง กรณีศึกษา 2 ราย

1. กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI แต่ความรุนแรงและตำแหน่งที่ เกิดต่างกัน

2. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เพศชาย ประวัติการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กรณีรายที่ 2 เพศหญิง มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงและไขมันสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด SKและได้รับยาSK ทันเวลาที่กำหนด แต่ทั้ง 2 ราย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ทำให้การดูแลและให้การพยาบาลในระยะนี้ จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนทั้ง 2 ราย

4. การกำหนดและข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในแต่ละระยะครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

5. กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการส่งต่อด้วยระบบ FAST TRACK ภายในเวลาที่กำหนดโดยมีทีม Mobile ICUเป็นพยาบาลส่งต่อรพ.สรรพสิทธิประสงค์ เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางและให้การดูแลรักษาเฉพาะทางและผู้ป่วย ปลอดภัยสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ

6. กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการส่งต่อข้อมูลไปที่ รพ.สต. ใกล้บ้านเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมอาการ และ ส่งกลับข้อมูลมาที่โรงพยาบาลโขงเจียม ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาตามนัด ไม่ขาดยา ไม่มีอาการแน่นหน้าอกสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### 5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1. จำนวนผู้ป่วย STEMI	4 ราย	5 ราย	8 ราย
2.ผู้ป่วยได้ทำEKG ภายใน 10 นาที	100%	100%	100 %
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase	4 ราย	5 ราย	3 ราย
3. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยา ภายใน 30 นาที หลังวินิจฉัย STEMI (Diagnosis to fibrinolytic <30 min) เป้าหมาย > 80%	0 %	20 %	100 %
4.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปทำ PCI ภายใน 120 นาที กรณีไม่ได้ให้ยา SK เป้าหมาย >80 %	0%	0%	80%

#### 5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะวิกฤต มีความสำคัญยิ่ง ตั้งแต่การประเมิน การคัดกรองถูกต้อง รวดเร็ว ขณะมาถึงโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง รวดเร็ว ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้ มีทักษะในการบริหารยา ละลายลิ่มเลือดและขณะให้ยาต้องมีการเฝ้าระวังภาวะผิดปกติอย่างใกล้ชิด ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ พร้อมในการดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่แรกรับ ขณะส่งต่อ ระหว่างส่งต่อและส่งมอบผู้ป่วยส่งผลทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น



## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นตัวอย่งการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)
2. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย
3. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ
4. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)

### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) เป็นผู้ป่วยที่มีความวิกฤตฉุกเฉินเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง มีภาวะ Cardiogenic shock หรือบ่อยครั้งที่พบผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ก่อนมาโรงพยาบาล และมีความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง ทำให้โอกาสการเสียชีวิตกระทันหันสูง ทั้งในขณะที่อยู่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติมักมีความกลัว ความวิตกกังวลสูง ทั้งในเรื่องการเกิดโรคอย่างกะทันหัน การรักษา และค่าใช้จ่าย หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน คือ ความถูกต้อง รวดเร็วในการวินิจฉัย การให้การรักษาถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเร็วเท่าใดก็มีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นเท่านั้นโดยการให้ยาต้านเกล็ดเลือดได้เร็ว การให้ยาละลายลิ่มเลือด(streptokinase)ได้รวดเร็วภายใน30นาทีหลังแพทย์เฉพาะทางวินิจฉัย(Diagnosis to fibrinolytic) ในผู้ป่วยที่ ไม่มีข้อห้าม การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของยาละลายลิ่มเลือด การประสานส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อให้ปลอดภัย และทันเวลาในกรณีส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเปิดเส้นเลือดหัวใจโดยการใส่สายสวนบอลลูน ( Primary Percutaneous Cardiac Intervention : Primary PCI ) อย่างรวดเร็ว โดยมี door to balloon time ไม่เกิน 120นาที

### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

บทบาทพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ( STEMI ) คือ การประเมินคัดกรองค้นพบให้เร็วที่สุดจากประวัติการเจ็บแน่นหน้าอก และการดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram : EKG) ระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ และดูแลให้การพยาบาลร่วมกับแพทย์ในการรักษาเพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการบริหารยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug therapy) บริหารยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ภายใน 30 นาที หลังจากแพทย์เฉพาะทางวินิจฉัย เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายได้หายหรือไม่ลุกลามเป็นมากขึ้น ติดตามอาการประเมินสัญญาณชีพและการเต้นของหัวใจอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การลดความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล การบำบัดด้วยออกซิเจน การช่วยให้ผู้ป่วยได้พักโดยพยาบาลทำกิจกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วยดั่งนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะประสบการณ์ สามารถประเมินอาการ คัดกรองได้ถูกต้อง รวดเร็ว วิเคราะห์ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้อย่างถูกต้อง ให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งเรื่องกาย จิต สังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้เพิ่มมากขึ้น สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### 9.ข้อเสนอแนะ

#### ด้านบริหาร

1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉินครบ 100 %
2. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์กำหนดแผนร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อการพัฒนาขีดความสามารถในการประสานเครือข่ายให้กระบวนการวินิจฉัย ดูแลบำบัดรักษา ส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบทางด่วน STEMI fast track ได้อย่างรวดเร็วปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม
3. มีการส่งเสริมหน่วยงานในภาครัฐและเอกชนในการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงที่ต้องรีบมาพบแพทย์
4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ให้มีความรู้ความสามารถในการประเมินคัดกรองและส่งต่อข้อมูลให้กับทีมแพทย์ พยาบาลได้อย่างถูกต้อง

#### ด้านการพยาบาล

1. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ต้องส่งต่อทำ Primary PCI โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ
2. พัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะในการประเมิน คัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแปลผลเบื้องต้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การบริหารยาละลายลิ่มเลือดและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ที่ห้องฉุกเฉิน อาจจัดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่สามารถกำกับระบบทางด่วนการรักษาเฉพาะโรคหรือ STEMI fast track ให้เป็นไปตามที่กำหนด ทั้งเวลาและผลลัพธ์ รวมทั้งประสานการจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ เพื่อให้งานบรรลุตาม KPI พร้อมมีการทบทวนร่วมกันในกรณีที่ไม่สามารถทำการรักษาพยาบาลไม่ตรงตาม KPI ของหน่วยงาน
3. จัดให้มีการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นลักษณะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายเพราะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายจะช่วยแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นมากขึ้น
4. สร้างแบบแผน (Critical path why หรือ Care Map) สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ที่ห้องฉุกเฉินโดยร่วมกับแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องพร้อมมีการทบทวนร่วมกันในกรณีที่ไม่สามารถทำการรักษาพยาบาลไม่ตรงตาม Care Map

### 10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานวิชาการ ในการประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” ประจำปี 2566 โดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี


วันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางนัทชฎมล ส่องแสง สักส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

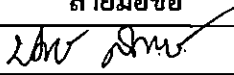
(นางนัทชฎมล ส่องแสง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 12 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนัทชฎมล ส่องแสง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

(นางบุญชริกา เลิศแล้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) 12 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)  .....

(นายสิทธิพงษ์ อุ่นทอง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม

(วันที่) 12 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

**1.เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด  
ขณะส่งต่อ**

**2.หลักการและเหตุผล**

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด (STEMI )ด้วยยาละลายลิ่มเลือด(Streptokinase: SK) สามารถทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไปภายใต้การดูแลของแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์อายุรกรรม ส่วนการรักษาด้วยวิธี PCI และ CABG นั้นทำได้ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และอุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อม ปัจจุบันจังหวัดอุบลราชธานีได้พัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลชุมชนให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(Streptokinase : SK) ได้ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เนื่องจากยาละลายลิ่มเลือด(Streptokinase : SK) เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบกับภาวะความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น ขณะส่งต่อจึงต้องมีการดูแล ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะ 60 นาที ภายหลังการได้รับยา เพื่อประเมินผลการเปิดของหลอดเลือดหัวใจ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด รวมถึงกรณีได้รับยาแล้ว หลอดเลือดหัวใจไม่ถูกเปิด ต้องรีบส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่มีขีดความสามารถในการทำ PCI โดยเร็วที่สุด โรงพยาบาลโขงเจียมเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ห่างไกลจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 80 กิโลเมตร ต้องใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง ไม่มีแพทย์อายุรกรรม มีพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) 4 คน นอกนั้นเป็นพยาบาลปฏิบัติการทั่วไป และพยาบาลจบใหม่ ยังขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและการส่งมอบผู้ป่วยให้โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงต้องการที่จะพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อ และส่งมอบผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและการส่งมอบผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ไม่หลุดลงขณะส่งต่อและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดขณะส่งต่อได้อย่างปลอดภัย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อได้ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย
3. เพื่อพัฒนาแนวทางและประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดขณะส่งต่อ
4. เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ

## เป้าหมาย

1. บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ
2. ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ
3. บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ
4. มีการประสานงานกับ โรงพยาบาลปลายทางอย่างมีประสิทธิภาพ

## 3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

โรงพยาบาลโขงเจียมเป็นโรงพยาบาลระดับ F2 มีแพทย์ทั่วไป ไม่มีแพทย์อายุรกรรม มีการพัฒนาศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด( Streptokinase:SK) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและมีการประสานส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ทุกราย การบริหารจัดการในการส่งต่อจะต้องใช้พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถโดยเฉพาะเช่นพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน( ENP) ซึ่งในโรงพยาบาลจะมีจำนวน 4 คนและจะต้องปฏิบัติงานหมุนเวียนในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในตึกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด จะต้องตามพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน( ENP) ที่ห้องฉุกเฉินไปช่วยบางครั้งตามไม่ได้ก็จะใช้พยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ยังไม่ผ่านการอบรมเข้าไปช่วย เมื่อเกิดภาวะวิกฤตทำให้ผู้ป่วยทรุดลง ดังนั้นทางโรงพยาบาลโขงเจียม จึงได้มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน( ENP) และส่งไปอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้ทันสมียนอกหน่วยงานเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤตได้ ทั้งระยะก่อนส่งต่อระหว่างส่งต่อ แต่ยังคงพบว่าคุณภาพยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อ และการส่งมอบผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

## แนวทางการส่งต่อ(Refer)

1. การให้ข้อมูล คำแนะนำสุขภาพศึกษา (Education/intervention)
  - 1.1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะแทรกซ้อนแผนการรักษาในปัจจุบัน เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายเส้นเลือดหัวใจด้วยบอลูนและการใส่ขดลวดค้ำยัน
  - 1.2. ให้ข้อมูลถึงความจำเป็นในการตรวจพิเศษต่างๆ (EKG, PCI)
  - 1.3. ตรวจสอบเอกสารสิทธิและให้ลงนามในใบยินยอมการรักษา
2. เตรียมความพร้อมสำหรับข้อมูลผู้ป่วยในการส่งต่อเพื่อการสวนหัวใจ
  - 2.1. ประวัติและตรวจร่างกาย
  - 2.2. ความรุนแรง ของอาการเช่น เจ็บหน้าอก อาการหอบเหนื่อย
  - 2.3. ยาที่ได้รับประจำและยาที่ได้รับขณะให้การรักษา
  - 2.4. ประวัติแพ้ยา แพ้อาหารทะเล
  - 2.5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC with Plt count ,BUN ,Cr ,Electrolyte
  - 2.7. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
  - 2.8. การตรวจภาพรังสีทรวงอก
  - 2.9. บันทึกสัญญาณชีพ บันทึกน้ำหนักและส่วนสูงในรายงานของผู้ป่วย
3. กิจกรรมการเตรียมส่งต่อสำหรับทีมส่งต่อ

### 3.1.การจัดการเตรียม คน รถ อุปกรณ์ ในการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

คน: การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ การประเมินตามหลัก ABCD แนะนำถึงแผนการรักษา และการส่งตัวไปรักษาต่อที่รพ.สรรพสิทธิประสงค์ การเตรียมพยาบาลที่จะไปพร้อมกับผู้ป่วยจำนวน 2คน (ENP 1 คน) ประสานงานข้อมูลประวัติผู้ป่วยประวัติการรักษาเหตุผลการส่งตัวไปรักษาต่อ

รถ: การจัดเตรียมรถระดับ ambulance ในการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย เช็คูอุปกรณ์ภายในรถ ถึง oxygen, monitor ,เครื่องวัด BP อยู่บนรถ , monitor EKG ,O2 sat และกระบอกออกซิเจน การตรวจชำระระบบไฟในรถร่วมด้วย

อุปกรณ์: การเตรียมกระเป๋ายาฉุกเฉิน การเตรียมกระเป๋advance airway สายออกซิเจน กระดาน CPR เครื่อง monitor EKG, monitor BP, monitor O2 sat เอกสารที่ใช้ในการส่งตัว ( ใบ refer, สิทธิการรักษา , EKGขึ้นรถไปด้วย )

### 3.2 ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถตรวจเช็ค V/S ก่อนการเคลื่อนย้ายขึ้นรถพยาบาลทุกครั้ง

#### 4. กิจกรรมการพยาบาลขณะส่งต่อสำหรับทีมส่งต่อ

4.1 พยาบาลหัวหน้าทีมส่งข้อมูลอาการผู้ป่วยให้ ICU HUB ทราบขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

4.2 สังเกต บันทึก และรายงานการเต้นของหัวใจจากจอภาพ เป็นระยะตามอาการของผู้ป่วย และเมื่อมีอาการผิดปกติ บันทึก ลักษณะ และจำนวน เมื่อพบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ รายงานแพทย์ทันที

4.3 ติดตาม เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือถูกทำลายเพิ่มขึ้น ว่ามี ST segment ยกสูงขึ้น หรือต่ำลง มี T wave หัวกลับ

4.4 วัดและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุก 10 -15 นาที

4.5 ประเมินภาวะ low cardiac out put, อาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับลักษณะ อัตราการเต้น ของหัวใจจากจอภาพ ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ในรูปแบบอย่างไร

4.6 เตรียมเครื่องกระตุ้นหัวใจ และยา amiodarone พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือทันทีที่เกิดภาวะ ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation

4.7 เตรียมยาที่ใช้แก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะให้พร้อมใช้ได้ทันที ได้แก่ Atropine

4.8 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา

4.9 ถ้ารถเคลื่อนออกจาก รพ.ระยะทาง >5 Kms แล้วผู้ป่วยทรุดลงระหว่างส่งต่อ ให้แจ้ง ICU HUB ทราบเพื่อ Consult การรักษากับแพทย์ที่ HUB แต่ถ้ายังไม่ถึง 5 Kms ให้ Consult มาที่แพทย์เจ้าของไข้คนเดิม

4.10 เตรียมผู้ป่วยพร้อมเคลื่อนย้าย และประสาน ICU HUB ก่อนออกเดินทางและมีการประสานข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการผิดปกติเป็นระยะๆ

## 5. กิจกรรมการพยาบาลส่งมอบผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

### 5.1 แผนรายงานของผู้ป่วยพร้อมผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

5.2 แจ้งผลการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนและระหว่างการส่งตัวให้กับทีมแพทย์พยาบาลที่ทำการรักษาต่อเช่น อาการและอาการแสดง อาการเจ็บแน่นหน้าอกและการให้ยารักษาอาการเจ็บแน่นหน้าอก

5.3 เมื่อกลับถึงโรงพยาบาล ทีมส่งต่อตรวจเช็ค จัดเก็บ เติมนอุปกรณ์ให้มีความพร้อมใช้และเพียงพอให้การส่งต่อครั้งต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำความรู้ใหม่ๆมาปรับปรุงพัฒนางานให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา SK ขณะส่งต่อที่จำเพาะโรคและเป็นไปในทางเดียวกัน ทำให้สามารถดูแล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือหรือขอความช่วยเหลือผ่านช่องทางระบบส่งต่อได้อย่างทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้ยังสามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยนี้ขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และเป็นแบบอย่างแก่เครือข่ายได้

## 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและส่งมอบผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาและส่งต่อได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทันทีจากโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย

## 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด 80 %
2. ผู้ป่วยไม่ทรุดลงขณะส่งต่อ 80 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางนันทชฎมล ส่องแสง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
วันที่..... 12 / 10 / 2567

ผู้ขอประเมิน

#### ๔. ด้านการบริการ

๑. เป็นที่ปรึกษาทางการพยาบาล ให้คำแนะนำ วินิจฉัยและแก้ปัญหาที่สำคัญทางการพยาบาลให้เป็นไปตามนโยบายและแผนงานที่กำหนดไว้ และเสนอแนะข้อควรปรับปรุงแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆเกี่ยวกับการพยาบาล

๒. ให้คำปรึกษาและถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาลและ พัฒนาคุณภาพแก่บุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน

๓. สอนงานและฝึกอบรม เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานบริการ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๔. จัดทำคู่มือ เอกสารวิชาการ ระเบียบปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติ รวมทั้ง ทบทวนให้มีความถูกต้องตามหลักวิชาการที่ทันสมัยสำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติ ของบุคลากรพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ได้รับบริการที่มีมาตรฐานปลอดภัย และคุ้มค่า

๕. กำหนดการบริหารความเสี่ยง และป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการปลอดภัยและมีคุณภาพ

๖. กำกับดูแลให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ ความสามารถที่เหมาะสม ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายวิชาชีพ และ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี เพื่อให้บุคลากรพยาบาลได้รับความปลอดภัย และมีความสุขในการทำงาน

๗. เป็นที่ปรึกษาด้านการบริหาร การจัดบริการ และวิชาการแก่ผู้ได้บังคับบัญชาในหน่วยงาน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๘. นิเทศกำกับ ดูแลและติดตาม และประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด

๙. บริการให้คำปรึกษาการใช้สิทธิรักษา และให้การส่งคนส่งเคราะห์ผู้รับบริการ

๑๐. ให้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ประสาน ส่งต่อ

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง.....การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา ๒ ราย.....

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ..... ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖...

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง/IMC

๓.๒. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนการรักษา การคัดกรอง การดูแลในภาวะวิกฤต

๓.๓. การดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน

๓.๔. Discharge Planning

๓.๕. การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ

๓.๖. ทฤษฎีทางการพยาบาล

๓.๗. การบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ

๓.๘. การบริหารจัดการรายเคสและกลุ่มโรค

๓.๙. การประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกหน่วยบริการ



#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โดยเกิดจากการตีบตันที่หลอดเลือดสมอง นำไปสู่การเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมองหรือรอยโรคสมองตาย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศโดยองค์การอนามัยโลก (World stroke organization : WSO) รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ ๒ ของประชากร อายุมากกว่า ๖๐ ปีและสาเหตุการตายอันดับ ๕ ของประชากร อายุมากกว่า ๑๕-๕๙ ปี ที่มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตราย ถึงชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก โรคนี้เป็นสาเหตุการตายสำคัญเป็นอันดับ ๓ รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World health organization ; WHO) ปี ๒๕๕๙ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ ๑๕ ล้านคน ในแต่ละปีและพบว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ ๖ วินาที จะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย ๑ คน โดยในปี ๒๕๖๔ จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น ๒.๓ เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุ การเสียชีวิตที่เป็นอันดับ ๑ ในเพศหญิงและอันดับ ๒ ในเพศชาย จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมอง ยังคงมีความรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นจะคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปและต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย

โรคหลอดเลือดสมองในรายการนี้ที่เป็นอัมพาตเรื้อรัง ใช้เวลาพักฟื้นนาน ถ้าไม่ได้รับการจัดการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นผลกดทับ สัมผัสอาหาร เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบ เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนนั้นทำให้เกิดภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแล และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ต้องกลับบ้านเข้ามารักษา ซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพแบบ องค์กรรวมอย่างมีประสิทธิภาพจากพยาบาล โดยมีการประสานงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพในแนวทางเดียวกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้มีการส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่อง ญาติได้รับการเตรียมความพร้อมทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วตามความเหมาะสม ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเข้ารับการรักษาซ้ำในร่างกายลดลงด้วย

ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจที่มีการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง : รายการนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา ๒ ราย

#### วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ จำนวน ๒ ราย เครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการ แสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

## ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพทย์หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ การดูแลต่อเนื่อง พื้นฟูสภาพ การติดตามนัดF/U ของผู้ป่วยIMC
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรัชญาแพทย์ผู้รักษา รวมทั้ง นักกายภาพบำบัด ที่มีความชำนาญเฉพาะทางเพื่อใช้เป็นข้อมูล
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม การพยาบาลIMC การพยาบาลLTC การพยาบาลต่อเนื่อง
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผนการพยาบาล
7. สรุปผลปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
8. รวบรวมจัดรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### ผลงานเชิงปริมาณ

จากการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๔- ๒๕๖๖ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอเหล่าเสือโก้ก มีอัตราการลดลง >ร้อยละ ๘๗ ผลการดำเนินงาน ปี๒๕๖๔-๒๕๖๖ เท่ากับ ๕.๕๖, ๗.๗๑ และ ๐.๖๙ ตามลำดับ

### ผลงานเชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วยมากขึ้น และทราบถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการรับประทานที่ถูกต้องป้องกันการอาการแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง
๒. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษา ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านการจัดเตรียมสถานที่ การฟื้นฟูสำหรับโรคหลอดเลือดสมองและทราบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้
๓. พยาบาลผู้ให้การดูแลสามารถให้การพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยเข้าถึงเวลาทองได้มากขึ้น
๔. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีวิถีชีวิตที่ปกติสุข
๕. ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลายภาคส่วน ทั้ง อบต./รพสต./มหาดไทย/ พขอ.

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. กรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะAF และที่มีโรคร่วมจิตเวช เป็นเอกสารวิชาการ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วยในคลินิกNCD โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก

๒. เพิ่มพูนความรู้ความสามารถทั้งในด้านทฤษฎี และปฏิบัติตลอดจนการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและทีมพยาบาลในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะAF และที่มีโรคร่วมจิตเวช

๓. พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะAF และที่มีโรคร่วมจิตเวช เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

โรคหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกับผู้ป่วย หากได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า และไม่ได้มาตรฐาน บุคลากรที่สำคัญคือ พยาบาล ต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินระยะแรกเพื่อการดูแลรักษาให้ทันเวลา และเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา ๒ ราย

วิธีการศึกษา : การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเหล่าเสื่อโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒ ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลฟื้นฟูสภาพที่บ้าน รวมทั้งการประเมินความรอบรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

กรณีศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๒ ราย

รายที่ ๑ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๖๔ ปี อาการสำคัญ หุดไม่ชัด อาเจียน ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง จากนั้นมีอาการแขนขาอ่อนแรงซีกขวา ก่อนมาโรงพยาบาล ๕ ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัย Ischemic Stroke

รายที่ ๒ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๕๗ ปี อาการสำคัญ ลิ้นแข็ง หุดไม่ชัดและแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล ๒ ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัย Ischemic Stroke

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาล เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินและค้นหาปัญหาผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่ม การคัดกรอง ประเมิน การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และการติดตามนัดฟื้นฟูสภาพหลังภาวะวิกฤต นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ญาติ มีความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบได้แก่ ภาวะเครียด โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ หากนำไปปฏิบัติจะสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ แตก ตันได้

ด้วยบริบทของโรงพยาบาลเหล่าเสื่อโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ที่จะต้องทำการประเมินอาการแรกเริ่มและส่งต่อผู้ป่วยให้รวดเร็ว ปลอดภัย และรับดูแลระยะหลังพ้นภาวะวิกฤต เพื่อฟื้นฟูสภาพรวมถึง การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย จาก รพศ./รพท. ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ทั้ง ๖ แห่ง

ปัญหาสำคัญในผู้ป่วยทั้ง ๒ รายนี้ ได้แก่

ปัญหาการรับประทานอาหาร กลืนได้ลำบาก จากการประเมินสามารถกลืนน้ำได้ การพยาบาลที่ให้ คือให้ญาติ ผู้ป่วยที่ดูแลทำอาหารที่อ่อนเพลียอย่างง่ายมีคุณค่าทางโภชนาการสูง มีกากใยสูง และการเตรียมความพร้อมญาติ ผู้ดูแล มีการ

๑. ประเมินญาติผู้ดูแล

๒. ปัญหาที่มีแขนขาอ่อนแรง การพยาบาลวางแผน การฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู การสอนแนะนำญาติ ผู้ดูแลในเรื่องการพยาบาลฟื้นฟูสภาพและการนัดF/u ติดตามการทำกายภาพต่อเนื่อง ทั้งจากญาติและนักบริบาลประจำหมู่บ้าน

๓. การป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับยา Aspirin หลังจากเกิดภาวะหลอดเลือดสมอง

๔.ปัญหาภาวะโรคเดิม AF และ Anxiety c Schizophrenia

๕.ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

๖.ปัญหาภาวะเสี่ยงจากผลกดทับ

๗.ปัญหาเสียงต่อการผลิตตกหล่นม ข้อหัก สะโพกแตก

๘.ปัญหาภาวะเครียดของผู้ดูแล ที่เป็นผู้สูงอายุ เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องดูแลคนเดียว

๙.ปัญหาการขาดความรู้ของผู้ดูแล

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการคัดกรองอย่างเหมาะสมหรือให้รับรู้ว่าการสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันที่ มีการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขหลากหลายช่องทางให้เข้ากับยุคเทคโนโลยีหรือยุค ๔.๐ ตั้งแต่ระดับชุมชน และตัวผู้ป่วยเอง

ด้านการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองถือว่ามีความสำคัญ ปัจจุบันแนวโน้มการพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมาก่อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ สัญญาณเตือนแก่ประชาชน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านแหล่งงบประมาณ จัดทำโครงการเสนอขอใช้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น(กปท.) เพื่อส่งเสริมการให้องค์ความรู้และประชาชนได้รับรู้และมีความเข้าใจ ทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน เป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็น รวมทั้งเป็นการหนุนเสริมให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนแบบยั่งยืนด้วย

ด้านนโยบายในเชิงป้องกัน รักษาฟื้นฟูที่เชื่อมต่อสอดรับกันทุกภาคส่วนเพื่อเอื้อประโยชน์ให้ประชาชนให้มากที่สุดโดยพัฒนาผู้ให้บริการให้คัดกรองได้รวดเร็วตั้งแต่ระดับชุมชน หน่วย๑๖๖๙ แพทย์ พยาบาล รพช. พัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อแบบไร้รอยต่อทั้งรับรักษาและส่งกลับ และควรมีการพัฒนาการศักยภาพพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพให้มากขึ้น เพื่อทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

### สรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือมีระดับไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถ ป้องกันได้หากปฏิบัติตัวโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ผู้ที่เป็นโรค หลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแล ป้องกันไม่ให้เกิด ความพิการของร่างกายมากขึ้นและป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การให้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยตั้งแต่ระยะพักรักษาสุขภาพ อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงเฝ้าประเมินติดตามอาการ ให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย กลับบ้านโดยพยาบาลเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการดูแลอย่างครบวงจร และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้

-ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายไม่มีความแตกต่างเรื่องเพศ แต่มีความแตกต่างกันเรื่อง อายุ และโรคประจำตัว เมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงสูงมากขึ้น ตามสถิติเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมมากกว่า หญิง แต่ เพศหญิงจะมีอัตราการตายจากการเกิดโรคมมากกว่าชาย ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้คือ ภาวะโรคประจำตัว อายุ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม รายที่๑ มีปัจจัยเสี่ยง ๑. อายุและโรคประจำตัวAF การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตมีแรงดันไม่สม่ำเสมอ ก็เป็นความเสี่ยงประการหนึ่ง ของหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว ๒ แนวคิดการดูแลตนเอง การดื่มน้ำกระเทียมในปริมาณมาก นั้นส่งผลให้เลือด “อ่อนตัว” เลือดออกง่าย แต่หยุดยาก เมื่อเกิดการปริแตกของหลอดเลือดใน สมอง ผู้ป่วยรายที่๑ยังมีประวัติเป็นโรคAFประมาณ ๑๐ ปีไม่ได้กินยาต่อเนื่อง และไม่ได้

ตรวจสุขภาพ F/u ต่อเนื่อง จากภาวะทุพโภชนาการ และอายุมากขึ้นทำให้หลอดเลือดเสื่อม เนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจ มีแรงดันไม่สม่ำเสมอทำภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial Fibrillation) หรือ AF เกิดในหัวใจด้านบนทั้ง ๒ ข้าง มีทั้งเต้นเร็ว เต้นช้า และไม่สม่ำเสมอ ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้ร่างกายส่วนอื่นขาด

กรณีศึกษาที่ ๒ พุดไม่ชัด ไม่มีอาเจียนแขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย มีประวัติ Old CVA ผลพบว่ามี old cerebral infarctions at bilateral occipital lobes ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ร่วมกันต้องมีความรู้และทักษะในการ ประเมินอาการทางระบบประสาทและ ประเมินสัญญาณชีพทุก ๑ ชั่วโมง และ ให้การพยาบาลได้ทันเวลาเมื่ออาการทาง ระบบประสาทเลวลงการให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองประเภท Ischemic Stroke มี ๓ กลุ่มคือ

๑. กลุ่ม Antiplatelet aggregation หรือ Platelet inhibitors ซึ่งเป็นการต้านการเกาะตัวของเลือดโดยในกลุ่มนี้ กรณีศึกษารายที่ ๒ ได้รับการให้ยา Aspirin (ASA)

๒. กลุ่ม Anticoagulants ในกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ไม่ได้พิจารณาให้ยาในกลุ่มดังกล่าว

๓. กลุ่ม Thrombolysis agents หรือ Fibrinolysis agents เช่น Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ ๑ ได้รับการพิจารณา ได้รับยาดังกล่าว ในการรักษาสิ่งสำคัญ พยาบาลการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน มีการประเมินผู้ป่วยไม่มีภาวะ cardiac arrest การดูแลเรื่องการหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ วัดระดับ ออกซิเจนในเลือดได้ ๙๘% เฝ้าระวังการอุดตันทางเดินหายใจจากภาวะต่าง ๆ จัดศีรษะให้ตรง การดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดเตรียมผู้ป่วยให้ได้รับยา recombinant tissue plasminogen activator(rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ ขณะ ให้ยาเฝ้าระวังอาการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) และมีการเฝ้า ระวังโดยประเมินระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale ทุก ๑๕ นาทีในระหว่างที่ให้ยา rt-PA จนครบ ๒ ชั่วโมง และประเมินทุก ๓๐ นาทีต่อเนื่องจนครบ ๖ ชั่วโมงและต่อมาทุก ๑ ชั่วโมงจนครบ ๒๔ ชั่วโมง

- การพยาบาลหลังการได้รับยา rt-PA และพบว่ามีความเสี่ยงเลือดออกหลังได้รับยา จะเป็นการดูแลแบบ Supportive การประเมินระบบประสาทด้วย Glasgow เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำและภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความแตกต่างกันส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ มีปัญหาซับซ้อนและมากกว่าปัญหากรณีศึกษารายที่ ๒ อาจเกิดจากปัจจัยหลายด้านที่กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เช่น การดื่มน้ำกระเทียมเพื่อให้ทำงานได้ทน การรักษาโรคประจำตัว การรับประทานอาหารส่วนในกรณีศึกษารายที่ ๒ ปัญหา

ส่วนใหญ่เกิดจากการมีโรคประจำตัว schizophrenia และโรคอ้วนไม่ได้ออกกำลังกาย

-ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ประเมินรู้สึกตัวดี แต่มีความรู้ความเชื่อ การรับรู้ที่ยังไม่ตรงตามแนวทางการรักษา จึงต้องเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายดังนี้

๑. ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ

๒. สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการทางประสาทที่เลวลง หายใจหอบ เหนื่อย

๓. แนะนำสอนให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหาร ที่ย่อยง่ายไม่เสี่ยงต่อการสำลัก การทำกายภาพบำบัดป้องกัน ข้อติด การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผล กดทับ การเฝ้าระวังการผลัดตกเตียง การได้รับยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจ ตามแพทย์นัด

-ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ รับส่งกลับ จากรพ.๕๐พรพรหมท้าวชิราลงกรณเพื่อนอนรักษาต่อที่ รพ.เหล่าเสือโก้ก หลังพ้นระยะวิกฤต และส่งกลับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมีการส่งต่อข้อมูล

-ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ Referรักษา ต่อที่รพ.๕๐พรพรหมท้าวชิราลงกรณ

เมื่อพ้นระยะวิกฤต ส่งกลับฟื้นฟูสภาพที่รพช.ใกล้บ้าน อย่างไรก็ตาม เมื่อส่งต่อรักษาแล้ว พยาบาลผู้ดูแล

ผู้ป่วยควรให้คำแนะนำและสอนให้ผู้ดูแล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและเมื่อ กลับบ้านไปแล้วมีการติดตามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหา

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ซับซ้อนหาสาเหตุที่แท้จริงยาก จึงป้องกันได้ยากการฉลาดทางความรู้ของประชาชนยังไม่มากพอ
๒. สาเหตุบางส่วนเกิดจากพฤติกรรม ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ
๓. การกระจายตัวของที่อยู่อาศัยที่อยู่ตามสวน ไร่ นา ทำให้การเข้าถึงการเยี่ยมบ้านของ จนท. หรือ CG เข้าถึงได้น้อย
๔. สัญญาณการติดต่อทางโทรศัพท์ไม่ค่อยชัดเจน
๕. บุคลากรด้านการติดตามฟื้นฟูมีจำนวนน้อย
๖. อุปกรณ์ที่ศูนย์มีกายอุปกรณ์มีน้อยไม่เพียงพอ

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองถือว่ามีความสำคัญ ปัจจุบันแนวโน้มการพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยมาก่อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนแก่ประชาชน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และจัดทำโครงการการให้ องค์ความรู้และประชาชนได้รับ
๒. การคัดกรองอย่างเหมาะสมหรือให้รับรู้อาการสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโรค หลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันที่ และหลากหลายช่องทางให้เข้ากับยุค เทคโนโลยีหรือยุค ๔.๐ โดยการดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือกับ อบต. รพสต. CM CG จึงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยIMCประสบผลสำเร็จ
๓. การวางระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อโดยการนำโปรแกรม smart refer มาใช้ในการรับกลับ ส่งต่อ กับหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน
๔. การวางแผนการพยาบาลร่วมกับญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย
๕. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ทีมดูแลรักษา และชุมชน
๖. เสริมพลังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติและมีช่องทางที่สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน
๗. มีเอกสาร แผ่นพับ สื่อประชาสัมพันธ์ ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสังเกตอาการที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน
๘. มีช่องทางสำหรับทีมดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชนที่ประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการติดตามการรักษาของผู้ป่วย

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

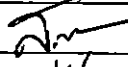
เผยแพร่ ผลงานในการประชุมวิชาการความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุคBANI รุ่น๒ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวสุรภารัตน์ ทองหิน สัดส่วนของผลงาน.....๙๐%.....  
๒) นางสาวทัศนีย์ แก้ววรรณ สัดส่วนของผลงาน.....๑๐%.....  
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
(นางสุรภารัตน์ ทองหิน)  
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
(วันที่) . (วันที่) ...๙...../...มกราคม.../...๒๕๖๗  
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสุรภารัตน์ ทองหิน	
นางสาวทัศนีย์ แก้ววรรณ	ทัศนีย์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
(นางศุภนาฏ วงศ์คุณ)  
(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก  
(วันที่) ...๙...../...มกราคม.../...๒๕๖๗  
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
(นายณัฐวุฒิ พูลเขาล้าน)  
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก  
(วันที่) ...๙.../...มกราคม.../...๒๕๖๗.  
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑  
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา  
ที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่ง  
ระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)**

๑. เรื่องการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยเพิ่มคุณภาพมีมาตรฐาน

๒. หลักการและเหตุผล

ทำไมเราจึงต้องพัฒนาเวชระเบียนผู้ป่วย เวชระเบียนที่ดีสมบูรณ์จะรวมคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย สุขภาพการป่วยและระยะเวลาในการรักษาซึ่งจะทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยทันที เราเก็บเวชระเบียนไว้เพื่อ

๑. เพื่อประโยชน์ของการสื่อสาร
๒. เพื่อการรักษาผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง
๓. เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย
๔. เพื่อประวัติศาสตร์
๕. เพื่อประโยชน์ทางกฎหมาย
๖. เพื่อสถิติ
๗. เพื่อการศึกษาและการวิจัย

๑. เพื่อประโยชน์ของการสื่อสาร ในระยะแรกนั้นการบันทึกเวชระเบียนเพื่อใช้สำหรับกาสื่อสารระหว่างบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วย สำหรับความต้องการปัจจุบันและอนาคต ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีผู้ดูแลและรักษาหลายคน ในโรงพยาบาลจะมีเจ้าหน้าที่ลงทะเบียนรับผู้ป่วยในรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเพื่อแสดงให้ทราบว่าเป็นผู้ใด และค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของผู้ป่วย ขณะที่มีการดูแลรักษามีบุคคลอื่นจำนวนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและเป็นผู้ซึ่งมีส่วนในการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนได้แก่

๑. คณะแพทย์ทั้งหมด แพทย์ ศัลยแพทย์ สูติแพทย์ ฯลฯ ๒. พยาบาล ๓. นักกายภาพบำบัด ๔. นักอาชีวะบำบัด ๕. นักสังคมสงเคราะห์ ๖. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ๗. นักโภชนาการ ๘. นักศึกษาแพทย์ ๙. นักรังสี ฯลฯ ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมเกี่ยวกับผู้ป่วย ๑ คน จะต้องบันทึกและมีการประสานกัน คำวินิจฉัยของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะต้องเป็นประโยชน์สำหรับผู้อื่นในการกระทำหน้าที่ของเขาอย่างฉลาด โดยเฉพาะแพทย์ผู้รับผิดชอบต่อผู้ซึ่งต้องให้การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย และสั่งการรักษาลงบนเอกสารซึ่งเป็นหลักฐานที่สำคัญ นี่คืประโยชน์อันดับแรกในการบันทึกของบุคคลหนึ่งและเป็นผลประโยชน์ของผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต

๒. เพื่อการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยมักจะรักษาซึ่งอีกทั้งในที่เดิม หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือทำการรักษาพยาบาลซึ่งที่คลินิก ประวัติการรักษาของเขาควรจะต้องพร้อมที่จะใช้สำหรับการประเมินในการให้แง่คิดในอาการของโรคปัจจุบัน ข้อมูลที่บันทึกอยู่ในเวชระเบียนเป็นสิ่งจำเป็นระหว่างโรงพยาบาล คลินิก และคนทำงานด้านสุขภาพพื้นฐานในการติดต่อกับผู้ป่วย ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับคนทำงานซึ่งรับผิดชอบต่อผู้ป่วยทั้งหมด ควรจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลในทันที จำเป็นไปได้หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หน้าที่หลักของหน่วยงานเวชระเบียนในโรงพยาบาล หรือคลินิก ในเนื้อหานี้หมายถึง พื้นที่ให้บริการนั่นคือ เวชระเบียนควรจะนำมาแสดงต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลาและรวดเร็วถ้าเป็นไปได้ ใน Discharge summary และเอกสารจะช่วยในการประมวลผลว่าประชาชนออกจากโรงพยาบาล อาจจะแจ้งความก้าวหน้าของผู้ป่วยและการจัดการหลังจากกลับบ้าน



๓. เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ในการประเมินผลสิ่งใดซึ่งเป็นเรื่องของบุคคล จะต้องมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของพวกเขา และควรยื่นมือเข้าช่วยเหลือเป็นอย่างดี นั่นคือจะต้องมีกลไกทำให้สามารถประเมินผลเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาที่กำหนดไว้ ในบางประเทศโรงพยาบาลมีการประเมินโดยระบบรับรองคุณภาพ มีการสำรวจในแต่ละโรงพยาบาลเกี่ยวกับการทำคุณภาพและโรงพยาบาลให้การรับรองโดยคณะกรรมการจะมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนขึ้นอยู่กับการพัฒนาให้อยู่บนมาตรฐานซึ่งแล้วแต่ความสามารถของโรงพยาบาล ในขณะที่เดียวกันมีบางประเทศ เวชระเบียนที่ให้บริการของโรงพยาบาลจะต้องมีมาตรฐาน มีการรับรองคุณภาพโดยหัวหน้าคณะซึ่งจะเป็นการเพิ่มฐานะและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการยอมรับในหลาย ๆ พื้นที่ วิธีอื่นในการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลประกอบด้วย

a) คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยปกติสมควรจะมีการตรวจสอบตัวอย่างการบันทึกประวัติและประเมินผลมาตรฐานของการบันทึก

b) การตรวจในระดับเดียวกัน แพทย์ผู้ให้บริการอาจจะประเมินผลการทำงานซึ่งกันและกันและให้ทำร่วมกันตลอดการบันทึก

c) คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล อาจจะประเมินมาตรฐานการดูแลในหอผู้ป่วยเป็นพิเศษหรือโดยเฉพาะแพทย์หรือสัลแพทย์

d) สถิติ ได้มาจากการบันทึกอาจจะทำให้ในการกำหนดมาตรฐานซึ่งอาจจะทำเฉพาะภายในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การประเมินผล อัตราการติดเชื้อเฉพาะหอผู้ป่วยหรือเฉพาะการทำผ่าตัด หรือระหว่างคลินิก โรงพยาบาล หรือประเทศ ซึ่งบางเรื่องสถิติจะใช้ประโยชน์กับหน่วยงานรัฐบาล เช่น หน่วยงานสาธารณสุข สำนักสำรวจสำมะโนประชากรและสถิติ หรือองค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ เช่น องค์การอนามัยโลก โดยจากหน่วยงานสาธารณสุขของเกือบทุกประเทศ องค์กรเพื่อจะบอกกล่าวเกี่ยวกับโรคติดต่อ เช่น วัณโรค covid๑๙ ตับอักเสบ ฯลฯ

๔. เพื่อประวัติศาสตร์เวชระเบียนเป็นตัวอย่างการบันทึกการดูแลรักษา วิธีการซึ่งนับเป็นประวัติได้

๕. เพื่อกฎหมายนี่คือเวชระเบียนเป็นประโยชน์ในทางพยานหลักฐาน โดยเป็นข้อคิดเห็นที่ไม่มีอคติของสภาพผู้ป่วย ประวัติและการพยากรณ์ในเวลาที่เกิดเจ็บป่วย เมื่อยังไม่ได้มีปัญหาทางศาลมาเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากใช้ประโยชน์ได้ทั้ง ๒ อย่าง ทั้งภายในและภายนอกศาลสำหรับการรับมือกับปัญหาข้อโต้แย้ง เช่น- ใช้ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ -เป็นหลักฐานดูว่ามีความประมาท ละเลย ในทางวิชาชีพหรือโรงพยาบาล ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเวชระเบียนมีส่วนช่วยในการปกป้องด้านกฎหมายเพื่อความมั่นใจของผู้ป่วย โรงพยาบาลและวิชาชีพ หรือไม่สุขภาพ

๖. เพื่อสถิติสถิติที่รวบรวมในโรงพยาบาล คลินิก และศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ อาจจะนำมาใช้ประโยชน์ในรูปแบบของตารางสถิติของโรค การทำการผ่าตัดหัตถการ การหายจากโรคหลังจากทำการรักษา ประเมินสถานที่ซึ่งให้บริการโรงพยาบาล หรือคลินิก โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถิติประชากร หรือสาธารณสุข หรือ ระบาดวิทยา ซึ่งใช้ในการวางแผนพัฒนาในอนาคต

๗. เพื่อการศึกษาและการวิจัยที่ผ่านมาเวชระเบียนมีความสำคัญมากในการศึกษาทางการแพทย์ แต่ในการอธิบายทางระบาดวิทยาที่ใช้ที่ใช่เป็นแผนภูมิ ข้อมูลส่วนมากที่เก็บไว้ในเวชระเบียนส่วนใหญ่จะใช้สำหรับการบริหารและการค้นคว้าเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปการวิเคราะห์ประเภทของผู้ป่วยรวมกับการวิจัยชนิดของโรคการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล รายละเอียดจากตึกผู้ป่วยหรือจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาคนไข้ทั้งหมดนี้เป็นจุดสำคัญสำหรับการวางแผนการให้บริการในอนาคต และการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ การคิดอัตราของคนไข้จะแสดงสัญลักษณ์เป็นตัวเลข เป็นเกณฑ์ที่จะต้องส่งให้กระทรวงทั้งหมด การไหลเวียนงานของโรงพยาบาลหรือสถานบริการเป็นการวิเคราะห์ครั้งเดียวไม่ได้บันทึกในเวชระเบียนเนื่องจากมันเพิ่มขึ้นมากโดยผิดปกติของสุขภาพ

โดยหน้าที่แพทย์ต้องเข้าใจและสนใจในตัวคนไข้ ทั้งหมดเหล่านี้ต้องแจ้งให้ทราบถึงผลหรืออย่างอื่นในการวางแผนรักษาสุขภาพและระบบในการติดต่อสื่อสาร

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย นอกจากการใช้ระบบ HI ซึ่งเป็นโปรแกรมหลักในการให้บริการผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกแล้ว ทางโรงพยาบาลเหล่าเสื่อโก้ก ยังมีการใช้ระบบ LIS ในการเชื่อมต่อกับระบบ HI ในการออกผลและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ มีการใช้ระบบ PACS ของงานรังสีวิทยาโดยเชื่อมต่อกับห้องตรวจตรวจต่างๆผ่านโปรแกรม และมีการใช้ระบบ Smart Refer ในการส่งต่อผู้ป่วย และ ตั้งแต่เปิดให้บริการ ปี๒๕๕๖ โรงพยาบาลมีการนำระบบ less paper มาใช้แทนการใช้ OPD card การบันทึกข้อมูลต่างๆของผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก ทุก Visit จึงต้องบันทึกให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ดังนั้นโรงพยาบาลจึงออกแบบการตรวจสอบการบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในรูปแบบคณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ซึ่งเป็นคณะกรรมการหลักในการพัฒนาวางแผนและออกแบบระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ในการบริหารจัดการเวชระเบียนให้มีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้น ความปลอดภัยและการรักษาความลับของผู้ป่วย และได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการบันทึกเวชระเบียน คือเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างวิชาชีพผู้ให้บริการ ตั้งแต่รับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึก การรักษาพยาบาลและเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย และในการพัฒนาเวชระเบียนให้มีคุณภาพ การตรวจสอบแล้วผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ดี ทำให้ลดความเสี่ยงด้านข้อร้องเรียนและ สามารถจัดเก็บรายได้และเคลมชดเชยได้มากขึ้นด้วย

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ปี๒๕๖๔ ปี ๒๕๖๕ และปี ๒๕๖๖ พบว่าความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในลดลง จาก ๙๐.๙๔% ในปี ๒๕๖๔ เป็น ๘๘.๒๑ % ในปี ๒๕๖๕ และเป็น ๘๓.๐๙% ในปี ๒๕๖๖ ซึ่งส่วนขาดที่พบจากการประเมินคือในส่วน admit note ซึ่งพบว่ายังเขียนไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน คือแพทย์ต้องบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบันเอง ก่อนการadmit คณะกรรมการได้สรุปผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในปี ๒๕๖๖ และชี้แจงให้วิชาชีพที่ให้บริการและผู้บริหารรับทราบ เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกพบว่ามีความสมบูรณ์ ลดลง โดยความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๖๔ มีความสมบูรณ์ร้อยละ ๙๔.๕๔ ในปี ๒๕๖๕ มีความสมบูรณ์ร้อยละ ๙๐.๘๐ และในปี ๒๕๖๖ มีความสมบูรณ์ ร้อยละ ๘๓.๓๕ สาเหตุหนึ่งอันเนื่องมาจากทางโรงพยาบาลได้มีระบบงานเวชระเบียนโดยการลดกระดาษ ซึ่งไม่ใช้ OPD CARD และให้บันทึกข้อมูล หัตถการ การรักษาต่างๆ ลงในระบบ HI จึงมีผลให้การบันทึกข้อมูลต่างๆยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานยังไม่ทราบแนวทางการบันทึกข้อมูลที่ ครบถ้วน ถูกต้อง

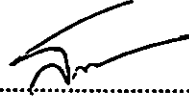
### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.เวชระเบียน มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วนมีความสมบูรณ์ มากขึ้นเกินค่ามาตรฐาน
- ๒.ข้อมูลผู้ป่วยไม่มีข้อร้องเรียนถูกเปิดเผย
- ๓.ค่า CMI มากขึ้น
- ๔.มีค่า sumAdjRw เพิ่มมากขึ้นจากปี๒๕๖๖
- ๕.โรงพยาบาลได้รับงบประมาณเพิ่มมากขึ้นจากปี ๖๖ ร้อยละ ๑๐ ในแต่ละกองทุน

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑.เวชระเบียน มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วนมีความสมบูรณ์ มากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๒.ค่า CMI มากกว่า ๐.๖
- ๓.ไม่มีข้อร้องเรียนข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผย
- ๔.โรงพยาบาลได้รับงบประมาณเพิ่มมากขึ้นจากปี ๖๖ มากกว่าร้อยละ ๑๐ ในแต่ละกองทุน
- ๕.การเรียกคืนเงินจาก สปสช. จากการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนลดลง มากกว่าร้อยละ๕๐

(ลงชื่อ) .....



(นางสุรารัตน์ ทองหิน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ...๙...../..มกราคม.../...๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

**ส่วนที่ ๒** ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชน ถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยฯ ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

The Development of Model for Risk Prevention and Emergency Care for Diabetes in the Elders from Community to Hospital: A Case Study from Louasuaekok Sub-district Louasuaekok District Ubon Ratchathani Province

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๖-๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ รวม ๔ เดือน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยฯ ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mix method) เก็บข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณ(Quantitative) และคุณภาพ(Qualitative) รวมทั้งมีการวิจัยเชิงทดลอง มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลลงสู่ระดับหมู่บ้านชุมชน ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในแนวคิดการวิจัยเชิงผสมผสานและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในชุมชน และสอดคล้องกับผู้วิจัย เคยผ่านประสบการณ์การทำผลงานวิชาการ ในลักษณะการทำงานคุณภาพ ตามแนวคิด PDCA รวมทั้ง มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และการปฏิบัติงานในชุมชน ในหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ปฏิบัติงานในชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล เป็นต้น ทำให้เป็นต้นทุนและศักยภาพที่จะทำงานวิจัยนี้ได้ตามวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอในเชิงนโยบายเสนอต่อผู้บริหาร และใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและระดับโรงพยาบาล สามารถนำไปใช้จริงจนเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์ บริบท สภาพปัญหาผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๖ มีจำนวน ๑,๓๓๒ คน (ร้อยละ๑๖.๕๕ ของประชาชนทั้งหมดตำบลเหล่าเสือโก้ก) , ๑,๓๓๔ คน (ร้อยละ๑๖.๘๕ ของประชาชนทั้งหมดตำบลเหล่าเสือโก้ก) , ๑,๓๖๖ คน (ร้อยละ ๑๗.๒๓ ของประชาชนทั้งหมดตำบลเหล่าเสือโก้ก) และ ๑,๔๐๔ คน (ร้อยละ ๑๗.๗๕ ของประชาชนทั้งหมดตำบลเหล่าเสือโก้ก) จะนำสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เร็วขึ้น และผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น หรือมีความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางปีลดลง ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๖ จำนวน ๒๖๙ คน (ร้อยละ ๒๐.๒๐) , ๒๓๓ คน (ร้อยละ ๑๗.๔๗ ของผู้สูงอายุทั้งหมด) , ๓๒๖ คน (ร้อยละ ๒๓.๘๗ ของผู้สูงอายุทั้งหมด) และ ๓๗๖ คน (ร้อยละ๒๖.๗๘ ของผู้สูงอายุทั้งหมด)ตามลำดับ (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี,๒๕๖๖) ส่งผลต่ออัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานผู้สูงอายุในตำบลเหล่าเสือโก้ก มีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ พบว่ามีจำนวน ๒๔ คน (ร้อยละ ๘.๙๒) , ๑๐ คน คิดเป็น (ร้อยละ ๔.๒๙) , ๑๔ คน (ร้อยละ ๔.๒๙) และ ๒๕ คน (ร้อยละ ๖.๖๕) ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ๒) (ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก (Hospital Information System : HIS) , ๒๕๖๖) และอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยของผู้สูงอายุ จนถึงขั้นเสียชีวิต หากยังไม่มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาในระดับโรงพยาบาลและในระดับชุมชน ที่ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ผู้วิจัยมองเห็นความสัมพันธ์ดังกล่าว ในเชิงระบบทั้งในระดับโรงพยาบาลและในระดับชุมชน จำเป็นต้องให้มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในการแก้ไขปัญหา ซึ่งยังไม่มีการวิจัยใดที่ได้ศึกษาในเชิงระบบตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงโรงพยาบาลผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยได้กำหนดการวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยฯตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยการศึกษาน้ำตาลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยการศึกษาน้ำตาลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๓ เพื่อประเมินการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยการศึกษาน้ำตาลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีวิธีการศึกษา ประกอบด้วย ๔ วิธี ได้แก่ ๑) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Review literature) ๒) การสนทนากลุ่ม (Focus group) ๓) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และ ๔) การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire)

๔.๔ สรุปสาระสำคัญขั้นตอนหลักการดำเนินการ

๔.๔.๑ การศึกษาสภาพปัจจุบัน

๑) การเก็บข้อมูล จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒) การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชน ถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย

กลุ่มที่ ๑ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลระดับปฏิบัติการ (๑) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม (๒) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (๓) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs clinic) (๔) เจ้าหน้าที่กู้ชีพ (๕) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๑๐-๑๕ คน

กลุ่มที่ ๒ กลุ่มปฏิบัติการในระดับชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) นักบริบาลผู้สูงอายุ (Cargiver) จำนวน ๑๐-๑๕ คน

๓) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับกลุ่มผู้บริหารในโรงพยาบาล หัวหน้าผู้รับผิดชอบและกลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) ที่มีบทบาทเป็นผู้นำ ในการพัฒนาการป้องกันภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานในโรงพยาบาลและในชุมชน ประกอบด้วย

กลุ่มที่ ๑ ผู้บริหารในโรงพยาบาล (๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (๒) หัวหน้าฝ่ายบริหาร (๓) แพทย์ประจำ (๔) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล (๕) หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (๕) หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จำนวน ๔-๕ คน

กลุ่มที่ ๒ กลุ่มผู้นำในระดับชุมชน ได้แก่ นายกเทศบาล ปลัดเทศบาล หัวหน้าสำนักปลัด กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อาสาสมัครบริบาลผู้สูงอายุ จำนวน คน ๑๐-๑๕ คน

๔.๔.๒ การพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยการศึกษาน้ำตาลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี โดยการนำผลการศึกษา จาก ๑) การเก็บข้อมูล จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ๒) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) กลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล มี กลุ่มที่ ๑ กลุ่มปฏิบัติการในระดับโรงพยาบาลและกลุ่มที่ ๒ กลุ่มปฏิบัติการในระดับชุมชน ๓) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับกลุ่มผู้บริหารในโรงพยาบาล หัวหน้าผู้รับผิดชอบ และกลุ่มผู้นำในชุมชน และ ๔) การใช้แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในต.เหล่าเสือโก้ก อ.เหล่าเสือโก้ก จ.อุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

จำนวน ๑๑๐ คน แล้วนำผลการศึกษาทั้งหมด มาวิเคราะห์ (Analysis) มาสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวาน ของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยการศึกษาดำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอลำเสด็จจังหวัดอุบลราชธานีโดยแบ่งเป็นในระดับชุมชนและ ในระดับโรงพยาบาล

๔.๔.๓ การประเมินการพัฒนาแบบความเที่ยงตรงในด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ ของการพัฒนาแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยการศึกษาดำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอลำเสด็จ จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินจากศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้คัดเลือก ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน จำนวน ๓-๕ คน แล้วนำข้อคิดเห็น มาปรับปรุงพัฒนา นำไปใช้ในขั้นตอนการวิจัยต่อไป

๔.๔.๔ การนำรูปแบบไปทดลองใช้ ในระดับชุมชนประกอบผู้เกี่ยวข้อง เป็น ๑)อสม. ๒)อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๓)กลุ่มผู้สูงอายุ ในการนำรูปแบบไปทดลองใช้เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้วิจัยแบบกึ่งทดลอง ให้มีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้โปรแกรมและแนวทางที่จัดทำขึ้นในระดับชุมชน ไปปฏิบัติกับกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมให้มีการดำเนินการตามปกติ

ในด้านกลุ่มผู้สูงอายุ การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในด้านขนาดตัวอย่าง ประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในตำบลเหล่าเสือโก้ก จำนวน ๑๑๐ คน เลือกเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน ๕๕ คน และกลุ่มควบคุม จำนวน ๕๕ คน โดยจับคู่ (Matching paired) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค การรักษา ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และค่าความดันโลหิต

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ประกอบด้วย ๑)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน ๑๓ ข้อ และ ๒)แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนหนังสือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน ๒๕ ข้อ ๓)โปรแกรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ๑)การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน ๒)การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน ๓)การรับรู้ประโยชน์จากพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน ๔)การรับรู้ปัญหาอุปสรรคจากพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน และ ๕) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน โดยจัดให้มีกิจกรรมทั้งหมด ๕ ครั้ง ใช้เวลา ๑๐ สัปดาห์

๔.๔.๕ การประเมินผล การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยการศึกษาดำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอลำเสด็จจังหวัดอุบลราชธานี โดยการประเมินผลจาก ๑)ผลของพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เปรียบเทียบก่อนและหลังมีการทดลองใช้ ๒)ผลของพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังมีการทดลองใช้ ๓)ความพึงพอใจของกลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน หลังจากมีการดำเนินการใช้แนวทางการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในระดับชุมชน และในระดับโรงพยาบาล

๕.๑.๑ ทราบข้อมูล สภาพปัจจุบันในเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่เกิดภาวะฉุกเฉิน จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ได้รับผลกระทบ จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยการศึกษาดำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอลำเสด็จจังหวัดอุบลราชธานี

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### ๕.๑. ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

๕.๑.๒ ได้มีการพัฒนารูปแบบในเชิงปริมาณ ในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยฯ ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

๕.๑.๓ มีผลการประเมินเชิงปริมาณ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยฯ ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

#### ๕.๒. ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ทราบข้อมูล สภาพปัจจุบันในเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีใครบ้าง ขั้นตอนวิธีการที่เคยปฏิบัติผ่านมา ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เป็นต้น ของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยฯ ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

๕.๒.๒ ได้พัฒนารูปแบบในเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีใครบ้าง ขั้นตอนวิธีการที่เคยปฏิบัติผ่านมา ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน แนวทางที่เหมาะสม ในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยฯ ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

๕.๒.๓ มีผลการประเมินในเชิงคุณภาพ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล วิทยาลัยฯ ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

#### ๖.๑ ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล)

๖.๑.๑ ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน สามารถนำแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดูแลตนเอง

๖.๑.๒ ประโยชน์ต่ออาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน

#### ๖.๒ ด้านผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่)

๖.๒.๑ ประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและระดับโรงพยาบาลชุมชน

๖.๒.๒ ประโยชน์ต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สามารถนำแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุไปใช้ในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน

๖.๓.๑ ประโยชน์ต่อชุมชน นำรูปแบบที่ได้มีการพัฒนาไปใช้ในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในระดับชุมชน

#### ๖.๔ ด้านองค์กร (หน่วยบริการ)

๖.๔.๑ ประโยชน์ต่อโรงพยาบาลชุมชน ได้นำรูปแบบที่ได้มีการพัฒนาไปใช้ในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับโรงพยาบาลชุมชนและในระดับชุมชน

๖.๔.๑ ลดงบประมาณแผ่นดินเกี่ยวกับค่ายารักษาพยาบาลในการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ขอบเขตการศึกษา กว้าง ลึก และมีประเด็นที่เกี่ยวข้องหลายประเด็น พร้อมทั้งมีความสัมพันธ์กันในเชิงระบบ กล่าวคือ ขอบเขตการศึกษา ในมิติพื้นที่ ได้ศึกษาภาพรวมในระดับตำบล โดยศึกษาทั้งรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระบบโรงพยาบาลชุมชน และศึกษาทั้งรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในระบบชุมชน รวมทั้ง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในระบบระหว่างโรงพยาบาลถึงชุมชน ในด้านความลุ่มลึก ได้มีการศึกษา เป็นกรณีศึกษาในตำบลเหล่าเสือโก้ก โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงทดลองร่วมด้วยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ถึงพฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ

๗.๒ วิธีการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย หลากหลายรูปแบบ สลับซับซ้อน และหลายขั้นตอน ทำให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยตามแผนงานวิจัยได้ หากไม่ดำเนินการวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ กล่าวคือ ผู้วิจัย มีความประสงค์ หรือความต้องการให้งานวิจัยที่ทำได้คำตอบที่ชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานได้จริง จึงจำเป็นต้องออกแบบวิธีการศึกษาที่หลากหลาย ให้รัดกุม มีวิธีการเก็บข้อมูล ถึง ๔ วิธีการ ได้แก่ ๑) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Review literature) ๒) การสนทนากลุ่ม (Focus group) ๓) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และ ๔) การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) นอกจากนี้ รูปแบบการวิจัยไม่ได้ใช้การวิจัยประเภทใดประเภทหนึ่ง พยายามใช้ประเภทการวิจัยทุกรูปแบบที่จะได้คำตอบ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย จึงเป็นการวิจัยรูปแบบผสมผสาน (Mix Method) เป็นการผสมผสาน กระบวนการวิจัย ทั้งเชิงปริมาณ และกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งมีการวิจัยเชิงทดลองร่วมด้วย เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม โดยมีขั้นตอนการวิจัย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การศึกษาสภาพปัจจุบัน โดยการ (๑) เก็บข้อมูล จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (๒) การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล (๓) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับกลุ่มผู้บริหาร ๒) การพัฒนารูปแบบโดยการนำผลการศึกษา จากข้อ (๑) การเก็บข้อมูล จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (๒) การสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) กลุ่มที่เกี่ยวข้อง (๓) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับกลุ่มผู้บริหารในโรงพยาบาล หัวหน้าผู้รับผิดชอบ และกลุ่มผู้นำในชุมชน และ (๔) การใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ แล้วนำผลการศึกษาทั้งหมด มาวิเคราะห์ (Analysis) มาสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

๓) การประเมินการพัฒนารูปแบบความเที่ยงตรงในด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ในการการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน จำนวน ๓-๕ คน แล้วนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงพัฒนา นำไปใช้ในขั้นตอนการวิจัยต่อไป ๔) การนำรูปแบบไปทดลองใช้ ในระดับชุมชน ประกอบผู้เกี่ยวข้อง เป็น (๑) อสม (๒) อสค./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (๓) กลุ่มผู้สูงอายุ ในการนำรูปแบบไปทดลองใช้เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้วิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้เวลา ๑๐ สัปดาห์ ๕) การประเมินผลโดยการประเมินผลจาก (๑) ผลของพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เปรียบเทียบ ก่อนและหลังมีการทดลองใช้ (๒) ผลของพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เปรียบเทียบ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง หลังมีการทดลองใช้

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

(๓) ๗. ความพึงพอใจของกลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน และในระดับโรงพยาบาล หลังจากมีการดำเนินการใช้แนวทางการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและในระดับโรงพยาบาล



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

๗.๓ กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา มีหลายกลุ่มทำให้ยุ่งยากในการจัดเก็บข้อมูล หากวางแผนและการดำเนินงานที่ขาดประสิทธิภาพ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มี ๓ วิธีการ คือ การสนทนากลุ่ม(Focus group) มี ๒ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลระดับปฏิบัติการ (๑) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จากกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม (๒)เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (๓) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs clinic) (๔)เจ้าหน้าที่กู้ชีพ (๕)เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และกลุ่มที่ ๒ กลุ่มปฏิบัติการในระดับชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และ อาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) นักบริบาลผู้สูงอายุ(Care giver) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) มีกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ ผู้บริหารในโรงพยาบาล (๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (๒)หัวหน้าฝ่ายบริหาร (๓)แพทย์ประจำ (๔)หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล (๕)หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (๖)หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม (๗)หัวหน้างานผู้ป่วยนอก อย่างน้อย จำนวน ๔-๗ คน และกลุ่มที่ ๒ กลุ่มผู้นำในระดับชุมชน ได้แก่ นายกเทศบาล ปลัดเทศบาล หัวหน้าสำนักปลัด กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และ นักบริบาลผู้สูงอายุ อย่างน้อย จำนวน คน ๑๐-๑๕ คน การตอบแบบสอบถาม ( Questionnaire) ประกอบด้วย มี ๓ แบบสอบถาม แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน ๑๑๐ คน แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ๑๓๘ คน แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจกลุ่ม อสม. ๑๒๐ คน

๗.๔ จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่องนี้ และการวิจัยที่ใช้การวิจัยรูปแบบผสมผสาน (Mix Method) ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ รวมทั้งมีการวิจัยเชิงทดลองร่วมด้วย พบค่อนข้างน้อย จึงได้ขอรับคำปรึกษาจากอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพิ่มเติม

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ มีการวิจัยเรื่อง รูปแบบ และประเด็นนี้ มีค่อนข้างน้อย ทำให้มีเอกสารที่ใช้ศึกษาน้อย

๘.๒ ปัญหาการเก็บข้อมูลงานวิจัย ที่มีหลายวิธีการ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนมาก และมีขั้นตอนการวิจัยหลายขั้นตอน

### ๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การนำรูปแบบการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและโรงพยาบาลไปทดลองใช้จริง

๙.๒ การทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ใช้เวลา ๑๐ สัปดาห์ ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามมากกว่า ๑๐ สัปดาห์ เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ และให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น

๙.๓ ควรศึกษา การวิจัยการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงและดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจากชุมชนถึงโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินที่ป้องกันได้อื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน ได้ส่งเผยแพร่ ในวารสารวิชาการ สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสนธยา พุ่มจันทร์

สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสนธยา พุ่มจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางศุภชลา ห่มจันทร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ศุภชลา ห่มจันทร์  
 (นางศุภชลา ห่มจันทร์)  
 (ตำแหน่ง)..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
 (วันที่)..... ๑๕ / ๑๓ ก.ค. ๖๕๖๗  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... ณัฐ ฟูเกวโ  
 (นายณัฐ ฟูเกวโ)  
 (ตำแหน่ง)..... นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลาเสียวโกก  
 (วันที่)..... ๗ / ๑๓ ก.ค. ๖๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี)ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการ Stroke Fast Track โดยทฤษฎี ๗s Model [McKinsey]

### ๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ รองจากโรคมะเร็ง สถิติโลกระบุว่า ปี ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า ๘๐ ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ ๕.๕ ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง ๑๔.๕ ล้านคนต่อปี ๑ ใน ๔ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป ในประเทศไทยมีผู้ป่วยปีละประมาณ ๓๐๐,๐๐๐ คนต่อปี ทุก ๑๐ วินาที มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตเพิ่ม ๑ คน พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของอัตราการตายจาก ๔๗.๘๑ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๖๐ เป็น ๕๒.๙๗ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๖๒ และพบเสียชีวิตมากในอายุ ๔๐-๖๐ ปี ตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจผู้ป่วยที่รอดชีวิต ร้อยละ ๓๑ มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ร้อยละ ๙๐ แม้เมื่อฟื้นหายผู้ป่วยมักจะมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ ๑๐ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ ๗๑ ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างน้อย ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๑๒,๖๑๙ บาทต่อเดือน (สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล และคณะ. ๒๕๖๕) สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคน จากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ ๒๐.๗๖, ๒๑.๑๑, ๒๑.๔๕ ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.๒๕๖๕)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบบ่อย และก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้สูง การรักษาที่ดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรค แต่ถ้าเกิดโรคขึ้นแล้ว ต้องรีบเข้าสู่ระบบบริการ Stroke Fast Track ให้เร็วที่สุด ตั้ง Slogan “ทุกนาทีคือชีวิต เร็วกี่รอด ปลอดภัยกว่า” (สามารถ นิธินันท์, ๒๕๕๘) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ที่เป็นมาตรฐานคือการให้ยา rt-PA (Recombinant Tissue-plasminogen Activator: rt-PA) ภายในระยะเวลา ๒๗๐ นาที นับจากเกิดอาการ (กรรณิการ คงบุญเกียรติ, ๒๕๕๕) การรักษาดังกล่าวจะช่วยลดอัตราการตาย ความพิการ และลดภาระการดูแลผู้ป่วยระยะยาวได้

ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๖ จำนวน ๕๒ ราย, ๔๘ ราย, ๓๔ ราย และ ๕๙ ราย ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต จำนวน ๔ ราย (ร้อยละ ๗.๖๙) , ๓ ราย (ร้อยละ ๖.๒๕) , ๑ ราย (ร้อยละ ๒.๙๔), และ ๒ ราย (ร้อยละ ๓.๓๙) และผู้ป่วยที่หลงเหลือความพิการจำนวน ๒๕ ราย (ร้อยละ ๔๘.๐๘) , ๑๐ (ร้อยละ ๒๐.๘๓), ๑๖ ราย (ร้อยละ ๔๗.๐๖), และ ๒๓ ราย (ร้อยละ ๓๘.๙๘) ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามาทันเวลาที่กำหนด (น้อยกว่า ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที หลังเกิดอาการ) จำนวน ๒๑ ราย (ร้อยละ ๔๐.๓๘) , ๒๓ ราย (ร้อยละ ๔๗.๙๒), ๑๔ ราย (ร้อยละ ๔๑.๑๘), และ ๒๒ ราย (ร้อยละ ๓๗.๒๙) ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ ที่กำหนดไว้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษามาทันเวลาที่กำหนด (น้อยกว่า ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที หลังเกิดอาการ) มากกว่าร้อยละ ๕๐ (ข้อมูลจาก HI โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก , ๒๕๖๖)

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากสถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาทันเวลาที่กำหนด มีจำนวนน้อยลงเรื่อยๆ และถึงแม้ว่าแนวโน้มของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจะลดลง และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะน้อยกว่าร้อยละ ๗ (นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ Service Excellence กำหนดตัวชี้วัด อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ ๗) แต่ผลการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการ มีมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ ๓๑ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงาน

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข(๒๕๖๕) หากไม่มีมาตรการการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยพิการ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว ที่ต้องรับภาระในการดูแล หรือผู้ป่วยสูญเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นได้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ระบบบริการช่องทางด่วน Stroke Fast Track ของโรงพยาบาล ว่ามีสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาอย่างไร เพื่อจะนำไปสู่การวิเคราะห์ (Analysis) และสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยการศึกษาวิเคราะห์เชิงระบบ (System Analysis) ได้ใช้ทฤษฎี ๗S Model (McKinsey) ซึ่งประกอบด้วย ๑)โครงสร้างองค์กร(Structure) ๒)กลยุทธ์(Stratgy) ๓)บุคลากร(Staff) ๔)รูปแบบ(Style) ๕)ระบบ(System) ๖)ทักษะ(Skill) และ ๗)ค่านิยมร่วม(Shared value) และได้วิเคราะห์ (Analysis) วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วสังเคราะห์ (Synthesis) ได้ข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี โดยจำแนกในแต่ละด้าน ดังนี้

#### ด้านบริหารจัดการ

๑) กำหนดเป็นนโยบายสำคัญของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(วาระอำเภอ)โดยให้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งท้องถิ่น ท้องที่ เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ทั้งระดับ คปสอ. และ ใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ(พชอ.) เพื่อความเชื่อมโยงและบูรณาการในการทำงาน ทั้งระบบบริการในโรงพยาบาล ระบบกลไกสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (พชอ.) โดย สาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. ในการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้ง อสม. อสค.และผู้ดูแลผู้ป่วย (กรณีการ ี อังกูร และ จุก สุวรรณโณ (๒๕๖๐) ,คิล เทพบุตร , (๒๕๖๓), สกล สินธุพรหม(๒๕๖๓), ปิยะนุชภิญโญ และคณะ(๒๕๕๘) )

๒) การพัฒนาระบบการประสานงาน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งต่อไป

ให้มีการเชื่อมต่อ จากโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต.ไปสู่อำเภอ ทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ครอบคลุมทุกระยะของโรค และ การดูแลระยะยาวต่อเนื่อง โดยการบูรณาการ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภาคประชาสังคม ปรชาชนชาวบ้าน ท้องถิ่น(อปท./สท./สอต./)ท้องที่(ผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แพทย์ประจำตำบล) ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. รวมทั้ง ผู้ดูแลผู้ป่วย อสค. และ อสม. (นิตยา บัวสายและคณะ (๒๕๖๐),สกล สินธุพรหม(๒๕๖๓),จันทราพรมน้อย และคณะ (๒๕๖๕) )

๓) การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนภาคประชาสังคม ปรชาชนชาวบ้าน ท้องถิ่น(อปท./สท./สอต./) ท้องที่(ผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แพทย์ประจำตำบล) ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. รวมทั้ง ผู้ดูแลผู้ป่วย อสค. และ อสม.เพื่อจัดทำแผนสร้างสุขภาพ สร้างความตระหนักโรคหลอดเลือดสมอง และ การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับ กลไก พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ(พชอ.) สำนักงานกองทุนส่งเสริมการวิจัย(สสส.)และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ(สมัชชาสุขภาพ/ธรรมนูญสุขภาพ) กับภาคีเครือข่ายภาคประชาชน อสค. ผู้ดูแล และ อสม. เช่น โครงการลดหวานมันเค็ม โครงการสื่อสารสร้างสุขภาพ เป็นต้น

#### ด้านเจ้าหน้าที่

๔) จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเจ้าหน้าที่ บุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับระบบระบบบริการ Stroke fast track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต.(กรณีการ ี อังกูร และ จุก สุวรรณโณ (๒๕๖๐) ; จารุณี สุธีร์(๒๕๖๔))

๕) จัดทำแผนการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล และการประชุมวิชาการ กับหน่วยงานบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย ตามแนวทางที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง (กรณีการ ี อังกูร และ จุก สุวรรณโณ (๒๕๖๐) , จารุณี สุธีร์(๒๕๖๔))

๖) พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับ อสม. / อสค. หรือ ผู้ดูแลผู้ป่วย/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการป้องกันและการดูแลตนเอง โดยใช้ตามแนวทางการวิจัยของกรณีการ ี อังกูรและจุกสุวรรณโณ(๒๕๖๐) วีรวัฒน์ จิตจุง(๒๕๖๑) และ คิล เทพบุตร ( ๒๕๖๓ ) มาประยุกต์ใช้ และทดลองใช้ ควบคู่กับการทำการวิจัย เพื่อพัฒนาต่อยอด ให้เหมาะสมในบริบทตามสภาพปัญหาของพื้นที่

### ด้านเจ้าหน้าที่ (ต่อ)

๗) พัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบดิจิทัลหรือ ระบบออนไลน์ ใช้ในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะใช้การแจ้งเตือนการดูแลผู้ป่วย หรือกลุ่มเสี่ยงในภาวะฉุกเฉิน ให้สามารถมีระบบการรับส่งผู้ป่วยได้ทันเวลา เข้ารับการรักษามีคุณภาพต่อไป โดยเริ่มใช้ระบบง่ายๆ เช่น ระบบไลน์ ไอโฟนแชท แอปสมาร์ท อสม. และศึกษาระบบแอป ที่ทางงานวิจัยของ จันทรา พรหมน้อย และคณะ (๒๕๖๕) ได้ศึกษาริวิจัยไว้

#### ด้าน อสม.

๘) จัดทำแผนและจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร การประสานงาน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับ อสม. ตามแนวทางที่ได้มีการพัฒนาโปรแกรม(ข้อ๖) ในการดูแลผู้ป่วยการประยุกต์ใช้ งานวิจัยของ(ปิยะนุชภิญโญ และคณะ(๒๕๕๘),จันทราพรหมน้อย และคณะ (๒๕๖๕),คิล เทพบุตร (๒๕๖๓),นิตยา บัวสายและคณะ , (๒๕๖๐) )

#### ด้าน ผู้ดูแล/อสค.

๙) จัดทำแผนและจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการประสานงานการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับ ผู้ดูแล/อสค.ตามแนวทางที่ได้มีการพัฒนาโปรแกรม(ข้อ๖)ในการประยุกต์ใช้ งานวิจัยของ(สายสุนีย์ เจริญศิลป์ (๒๕๖๔) , ปิยะนุชภิญโญ และคณะ(๒๕๕๘),จันทรา พรหมน้อย และคณะ (๒๕๖๕),คิล เทพบุตร(๒๕๖๓),สกล สิ้นธุพรหม(๒๕๖๓)

#### ด้านกลุ่มผู้ป่วย

๑๐) จัดทำแผนและจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการประสานงานการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับ กลุ่มผู้ป่วยตามแนวทางที่ได้มีการพัฒนาโปรแกรม(ข้อ๖) ในการประยุกต์ใช้ งานวิจัยของ(สายสุนีย์ เจริญศิลป์(๒๕๖๔) , วีรวัฒน์ จิตจุง(๒๕๖๑), ปิยะนุชภิญโญ และคณะ(๒๕๕๘) , พรชัย จุลเมตต์ และคณะ(๒๕๖๑),จันทรา พรหมน้อย และคณะ (๒๕๖๕) , คิล เทพบุตร(๒๕๖๓),สกล สิ้นธุพรหม(๒๕๖๓) และสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้

๑) ควรมีการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการ Stroke Fast Track อย่างต่อเนื่องและกำหนดค่าเป้าหมายที่ท้าทายในแต่ละขั้นตอนการบริการ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๒) ควรศึกษาการใช้โปรแกรมความรู้และพัฒนาทักษะการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุก ๖ เดือน เพื่อให้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยคงอยู่ ยั่งยืน

๓) การประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องใช้ทักษะการประเมินที่มีความซับซ้อน อาจต้องเพิ่มสถานการณ์ในกิจกรรมมากขึ้น เพื่อฝึกประสบการณ์การประเมินที่มีความหลากหลายในแต่ละสถานการณ์

๔) ควรมีการวิเคราะห์คุณภาพการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สอดคล้องกับระบบบริการ Stroke Fast Track โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน กับบริการที่ได้รับจริง และการสนับสนุนความร่วมมือจากผู้นำชุมชน และการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการ Stroke Fast Track

๕) ควรใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการจัดการรายกรณี ในการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

๖) ศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่นๆในการพัฒนาระบบบริการ Stroke Fast Track เช่น วันนอนโรงพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต เป็นต้น

๗) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล่าช้า ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) ทราบสภาพปัญหาาระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี
- ๒) ได้แนวทางการแก้ปัญหาาระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก

#### จังหวัดอุบลราชธานี

- ๓) มีข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

##### ๕.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงปริมาณ

๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าถึง ระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก ภายใน ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที มากกว่าร้อยละ ๕๐ (ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗)

๒) อัตราการพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเข้าถึงระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก น้อยกว่าร้อยละ ๓๘.๓๔ (ร้อยละค่าเฉลี่ย อัตราพิการ ปี พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๖)

๓) อัตราการพิการติดเตียงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเข้าถึงระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก น้อยกว่าร้อยละ ๘.๒๙ (ร้อยละค่าเฉลี่ย อัตราพิการติดเตียง ปี พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๖)

๔) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเข้าถึงระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก น้อยกว่าร้อยละ ๗ (ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๖๗)

##### ๕.๒ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑) มีแนวทางการแก้ปัญหาาระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก

๒) มีข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก

๓) ข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก

นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มากกว่าร้อยละ ๕๐

(ลงชื่อ).....

(นางสนธยา พุ่มจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตรา  
การไหลสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

### กรณีศึกษา

#### ๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรค

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) คือโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วยถุงลม ปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลงเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ซึ่งจัดเป็นภาวะร้ายแรง และผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เด็กเล็ก ๕ ปี อย่างไรก็ตามถ้าตรวจพบในระยะแรกเริ่มจะ สามารถรักษาให้หายได้ซึ่งอาการแสดงและความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันไป และบางครั้งอาจ พบปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆด้วย ปอด (lung) เป็นอวัยวะในระบบทางเดินหายใจที่อยู่ภายในทรวงอกทั้ง ๒ ข้าง ซึ่งมีลักษณะเป็น เนื้อหยุ่นๆสีออกชมพูมีหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซจากอากาศที่เราหายใจเข้าไป คือ ในช่วงหายใจเข้า ปอดจะทำหน้าที่นำก๊าซออกซิเจนเข้าไปเลี้ยงร่างกาย และในขณะเดียวกันปอดจะขับก๊าซ คาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งเป็นสิ่งที่ร่างกายไม่ต้องการออกมากับลมหายใจ ปกติเนื้อปอดจะเป็นอวัยวะที่ปราศจากเชื้อโรค เมื่อมีเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมอื่นเข้าไปถึงเนื้อปอดจะส่งผลให้เนื้อปอดมีการอักเสบและมีการบวมเกิดขึ้น ในคนที่มีสุขภาพดีร่างกายจะมีระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ดีที่จะช่วย ขจัดเชื้อโรคและของเสียในทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนในคนที่มีระบบภูมิคุ้มกันลดลง หากปอดติดเชื้อก็จะเกิดปอดอักเสบได้ง่ายขึ้นและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ สาเหตุโรคปอดอักเสบ ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อโดยเฉพาะจากเชื้อแบคทีเรียมีเพียงส่วนน้อยเกิดจากสารเคมี ซึ่งการติดเชื้อที่สำคัญ มีดังนี้

๑. เชื้อแบคทีเรีย เป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุของปอดอักเสบที่พบได้บ่อยที่สุดในคนทุกวัยได้แก่ เชื้อปอดอักเสบที่มีชื่อว่า สเตรปโตค็อกคัสนิวโมเนียอี (Streptococcus pneumoniae) หรือมีชื่อ อีกร้อยกว่า นิวโมค็อกคัส (Pneumococcus) ซึ่งเป็นเชื้อที่ทำให้เกิดปอดอักเสบเฉียบพลันและรุนแรง

๒. แบคทีเรียชนิดอื่นๆ เช่น Staphylococcus aureus ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดปอดติดเชื้อชนิด ร้ายแรงพบได้บ่อยในผู้ที่ฉีดยาเสพติดด้วยเข็มที่ไม่ผ่านกรรมวิธีฆ่าเชื้อและอาจเป็นภาวะแทรกซ้อน ของโรคใช้หัวฉีดใหญ่ เชื้อ Klebsiella pneumoniae ซึ่งทำให้เป็นปอดติดเชื้อชนิดร้ายแรง ในผู้ป่วยที่ ต้มแอลกอฮอล์จัด เชื้อ Legionella ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปตามระบบอากาศเช่นโรงพยาบาล ห้องพักโรงแรม เชื้อ Haemophilus influenzae ซึ่งเป็นสาเหตุของปอดอักเสบในทารกและผู้ป่วย หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓. เชื้อไมโคพลาสมา นิวโมเนียอี(Mycoplasma pneumoniae) ซึ่งเป็นเชื้อคล้ายแบคทีเรียแต่ไม่มีผนังเซลล์ จัดว่าอยู่ก้ำกึ่งระหว่างเชื้อไวรัสกับแบคทีเรียมักทำให้เกิดปอดอักเสบที่มีอาการไม่ชัดเจน ทำให้มีอาการไข้ ไอ ปวดเมื่อยคล้ายโรคไขหวัดใหญ่หรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โดยไม่มีอาการหอบรุนแรง การตรวจฟังปอดในระยะแรกก็ไม่พบเสียงผิดปกติ มักพบได้ในวัยรุ่นและ วัยหนุ่มสาวถ้าพบในวัยกลางคนและผู้สูงอายุอาจมีอาการรุนแรงและบางครั้งอาจพบมีการระบาดได้

๔. เชื้อไวรัสที่พบบ่อยได้แก่ไวรัสไข้หวัดใหญ่(Influenza virus) ส่วนไวรัสค็อกแซกกี (Coxsackie virus)และไวรัสซาร์ส (SARS coronavirus)พบไม่บ่อย

๕. เชื้อราที่สำคัญ ได้แก่นิวโมซิสติส จิโรเวซิไอ(Pneumocystis jirovecii pneumonia-PCP) เป็น สาเหตุของปอดอักเสบในผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากเชื้อราอื่นๆ เช่น แอสเปอร์จิลลัส (Aspergillus) คริปโตค็อกโคซิส(Cryptococcosis) ฮิสโตพลาสมา แคปซูลูม(Histoplasma capsulatum) ซึ่งจะพบในผู้ที่ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำเป็นต้น

### อาการโรคปอดอักเสบ

- ไอมีเสมหะ
- เจ็บหน้าอกขณะหายใจหรือไอ
- หายใจเร็ว หายใจหอบ หายใจลำบาก
- มีไข้ เหงื่อออก หนาวสั่น
- คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสีย
- อ่อนเพลีย
- ผู้สูงอายุอาจมีอาการซึม ความรู้สึกสับสน อ่อนหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ
- เด็กเล็กอาจมีอาการท้องอืด อาเจียน ซึม ไม่ดูคนหรือร้องน้ำ

การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ แพทย์วินิจฉัยโรคปอดอักเสบได้โดยการซักประวัติ สอบถามอาการโดยเฉพาะอาการไอแบบมีเสมหะ มีไข้ และหายใจหอบในกรณีที่สงสัยว่าเกิดจากการติดเชื้อ ร่วมกับการตรวจร่างกาย เช่น ฟังเสียงปอด และเอกซเรย์ปอด นอกจากนี้ ยังมี การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่

- ตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือด เพื่อดูว่ามีการติดเชื้อหรือไม่แต่ยังไม่สามารถแยกชนิดของเชื้อโรคได้อย่างชัดเจน

- ตรวจวัดออกซิเจนในเลือด เพื่อดูประสิทธิภาพของปอดในการลำเลียงออกซิเจนเข้าสู่กระแสเลือดว่าลดลงหรือไม่

- ตรวจและเพาะเชื้อจากเสมหะและเลือด เพื่อหาชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค

การรักษาโรคปอดอักเสบ การรักษาโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ เป็นการรักษาการติดเชื้อร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยทางเลือกในการรักษาประกอบด้วย

- การให้ยาปฏิชีวนะ ใช้ในกรณีของการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยแพทย์จะเลือกใช้ยาปฏิชีวนะตามเชื้อที่คิดว่าเป็นสาเหตุของโรคจากข้อมูลทางคลินิกและทางระบาดวิทยา อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลายอาจทำให้เชื้อบางชนิด เช่น *Streptococcus pneumoniae* มีการดื้อยาเพิ่มมากขึ้น

- การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส และเชื้ออื่นๆ ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ยาลดไข้ ยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ออกซิเจน และทำกายภาพบำบัดทรวงอก เป็นต้น

- การรักษาภาวะแทรกซ้อน เป็นกรณีที่พบได้ในกลุ่มเสี่ยง โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อแบคทีเรียแพร่กระจายจากปอดเข้าสู่กระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะอื่นๆ ติดเชื้อตามไปด้วย บางรายอาจพบฝีในปอด หรือเกิดภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดที่จำเป็นต้องเจาะหรือดูดออก ในรายที่อาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตและจำเป็นต้องใส่ท่อเข้าหลอดลมร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ

การป้องกันโรคปอดอักเสบ มีดังนี้ พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้สัตว์หรือสัมผัสกับผู้ป่วยเป็นไข้หวัดหรือเริ่มมีอาการไข้หวัด ล้างมือสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควบหมวดหมู่ออกกำลังเป็นประจำ และการฉีดวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ

#### ๓.๒ การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับโรค แบ่งเป็น ๓ ระยะ

๑. ระยะแรกรับหรือระยะวิกฤติ

๒. ระยะต่อเนื่อง

๓. ระยะจำหน่ายกลับบ้าน

โดยใช้กระบวนการพยาบาลดังต่อไปนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๒.๑แนวคิดเกี่ยวกับแบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS โดย Dr.June C. Abbey (Holloway, ๑๙๗๙) ประกอบด้วย ๖ ด้าน ที่กล่าวถึงการประเมิน Assessment Frame เพราะเป็นกระบวนการประเมินผู้ป่วยระยะเร่งด่วนและเร็วที่สุด ตามลำดับ ดังนี้

๑. Pre arrival เป็นการประเมิน ภาพรวมของผู้ป่วยมองเห็น ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การประเมินในระยะนี้มีความสำคัญมากเพื่อ เตรียมอุปกรณ์ที่จะให้การพยาบาลกับความ ต้องการ ของผู้ป่วยแต่ละคน

๒. Admission Quick Check ประเมินเร่งด่วนเพื่อดูหน้าที่ของการหายใจและหัวใจว่า มีการหายใจและการกำซาบออกซิเจนเข้าสู่อวัยวะที่สำคัญของร่างกาย -ประเมินABCD

๓. Comprehensive Admission Assessment เป็นการประเมินเชิงลึกถึงประวัติการ รักษาในอดีต ประวัติทางสังคม และการตรวจร่างกาย ทุกระบบ ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้สอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยได้ทันที

๔. Ongoing Assessment เป็นการประเมินต่อเนื่องตามความ ต้องการที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาเฉพาะตัวของผู้ป่วย การรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพทั้ง ๖ ด้าน

F = Fluid & Electrolyte ประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำและลักษณะทางคลินิกที่บอกความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

A = Aeration ประเมินการหายใจ การทำงานของหัวใจ ออกซิเจนในร่างกาย

N = Nutrition ประเมินความเพียงพอของสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ

C = Communication ประเมินความสามารถในการสื่อสาร ความต้องการสื่อสาร

A = Activity ประเมินการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

S = Stimulation ประเมินการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเช่น แสง เสียง ความเจ็บปวด

๓.๒.๒.การประเมินภาวะสุขภาพโดยแบบแผนสุขภาพของ Marjorie Gordon (๑๙๙๔) ประกอบด้วย

๑) แผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

๒) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร

๓) แบบแผนการขับถ่าย

๔) แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย

๕) แบบแผนการนอนหลับ

๖) แบบแผนสติปัญญาการรับรู้

๗) แบบแผนการรับรู้ตนเอง และอัตโมทัศน์

๘) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๙) แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์

๑๐) แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด

๑๑) แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

๓.๒.๓แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลระยะต่อเนื่อง คือการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือการดูแลสุขภาพบุคคลครอบคลุมทุกมิติ โดยการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจเลือกการรักษาแบบออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง แทนการใส่ท่อช่วยหายใจ

๓.๒.๔แนวคิดเกี่ยวกับระยะจำหน่ายกลับบ้าน ได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยทฤษฎีของโอเร็มมีพื้นฐานมาจากแนวคิดพื้นฐานสามประการ คือ

๑.การดูแลตนเอง: แก่นของทฤษฎีของโอเร็มตั้งอยู่บนแนวคิดของการดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลใด ๆ เริ่มต้นและดำเนินการด้วยตนเองเพื่อรักษาและเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ซึ่งครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลและการจัดการอาหารเรื้อรัง ไปจนถึงการแสวงหาการรักษาพยาบาลอย่างทัน่วงที่เมื่อจำเป็น

๒. ความพร้อมในการดูแลตนเอง: โอเร็มระบุว่าบุคคลอาจเผชิญกับสถานการณ์ที่พวกเขาไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ความบกพร่องเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ หรือ

การขาดความรู้และทรัพยากร เมื่อผู้คนไม่สามารถจัดการความต้องการในการดูแลตนเองด้วยตนเองได้ พวกเขาจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากผู้อื่น

๓. ระบบการพยาบาล: ตามแนวคิดของโอเร็ม ระบบการพยาบาลจะเข้ามามีบทบาทเมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากภายนอกในการจัดการสุขภาพและสุขภาวะ ในบริบทนี้ การพยาบาลครอบคลุมถึงบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากพยาบาล ตลอดจนการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแลอื่น ๆ

๓.๒.๕ การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-method

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

#### ๔.๑ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันอันเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตได้สูง การให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูสภาพและการเตรียมจำหน่ายที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย จะส่งเสริมการหายและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้ และจากสถิติกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้จัดทำหนังสือ “สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๓” เผยแพร่ผ่าน

ทาง [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/๒๕๖๓\\_o.pdf](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/๒๕๖๓_o.pdf) จนถึง พ.ศ.๒๕๖๖ พบว่าโรคปอดอักเสบอยู่ใน ๑๐ อันดับโรคแรกที่เป็นสาเหตุการตายของคนไทย ผู้จัดทำได้เล็งเห็นถึงความรุนแรงของโรคซึ่งในปัจจุบันการใส่ท่อช่วยหายใจพบมากขึ้นจากความรุนแรงของโรคต่างๆ เพื่อเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยตลอดด้านการแพทย์มีการพัฒนาทั้งด้านอุปกรณ์ เครื่องมือในการช่วยชีวิต ซึ่งโรคปอดอักเสบก็เป็นหนึ่งในโรคที่ต้องรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจหากผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว ในผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการรักษาด้วยวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้จัดทำได้มองเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ทุกคนที่ไม่ต้องการจะเจ็บป่วยจากภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเรื่องที่น่ากลัวและเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วย จากสถานการณ์โควิด ๑๙ ที่ผ่านมามีได้ใช้การรักษาผู้ป่วยโควิด ๑๙ ที่มีภาวะปอดอักเสบด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูงแล้วพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการรักษาที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงนำแนวคิดนี้มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง

โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง (F๒) อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ๗๖ กม. ใช้เวลาเดินทาง ๑ ชม. และอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลเดชอุดมซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ๓๐ กม.ใช้เวลาเดินทาง ๓๐ น. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เพื่อช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลแม่ข่ายและป้องกันภาวะเตียงไม่พอสำหรับโรงพยาบาลแม่ข่าย การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง ถือว่าเป็นการช่วยลดภาระดังกล่าวข้างต้นได้อีกทั้งยังเป็นการให้พยาบาลโดยใช้หลักการทฤษฎีของโอเร็ม คือทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory) โดยใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวมเข้ามาร่วมด้วยคือให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสภาพการดูแลตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ ๒ ระยะด้วยกัน คือ ระยะที่ ๑ เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเอง และระยะที่ ๒ ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ผู้ป่วยจะได้ตัดสินใจด้วยตนเองว่าที่ตัดสินใจไปผลลัพธ์เป็นอย่างไร พอใจหรือไม่ สำหรับกรณีศึกษาที่เลือกการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

**๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)**

**๔.๒ วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

**๔.๓ เป้าหมาย**

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูงไม่ต้องรักษาด้วยวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจในรายที่ไม่ต้องการ เป็นการลดภาวะการแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

**๔.๔ ขอบเขตการศึกษา**

ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ให้การพยาบาลทั้ง ๓ ระยะ คือ

๑.ระยะแรกรับหรือระยะวิกฤติ ๒. ระยะต่อเนื่อง และ ๓. ระยะจำหน่ายกลับบ้าน

โดยทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และ ๒ ระหว่างวันที่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

**๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน**

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษานักศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๔.๕.๑ เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จำนวน ๒ ราย เนื่องจากเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ มีขั้นตอนการดำเนินโรค การรักษาในกลุ่มเดียวกัน แต่การรักษาและผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน

**๔.๕.๒ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย**

๔.๕.๓ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง การพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย โรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง จากเอกสาร ตำรา วิชาการ งานวิจัยต่างๆ

๔.๕.๔ ดำเนินการศึกษานักศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลดังนี้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาล แก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

**๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)**

**๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน(ต่อ)**

๔.๕.๕ วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

๔.๕.๖ สรุปผลการศึกษา

๔.๕.๗ เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

๔.๕.๘ เผยแพร่ผลงาน

**๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูงเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแล้วพบว่าบรรเทาอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้

การศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเมื่อผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในเวลาที่เหมาะสมจะทำให้ความรุนแรงของโรคน้อยลง หากแต่การรักษาเมื่อมีอาการรุนแรงแล้วอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็น case Palliative เพิ่มมากขึ้นจากหลักการพยาบาลแบบองค์รวมคือการใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงเกิดแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูงขึ้นมา แนวคิดเพื่อนำไปปรับปรุงงานและพัฒนางาน มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ คือ

๑. กายวิภาคและสรีระวิทยา
๒. การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย
๓. การแปรผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๔. การวินิจฉัยทางการพยาบาล
๕. การพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว
๖. กระบวนการพยาบาล C๓ THER
๗. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
๘. แนวทางการประสานงานกับแพทย์เฉพาะทางและการสื่อสารข้อมูลที่นำไปใช้ในดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

กรณีศึกษาครั้งที่ ๑ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๔๙ ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๕.๓๗ น. ด้วยอาการไข้ ไอ หายใจหอบ ก่อนมา ๑ วัน โรคประจำตัวโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)รักษามา ๑๐ ปี อาการแรกเริ่ม V/S T ๓๗.๔ C,P ๑๑๗ ครั้ง/นาที,RR ๓๖ ครั้ง/นาที, BP๑๑๐/๖๘ mm.Hg O๒ Saturation RA ๖๔-๙๖ %การตรวจร่างกายที่ผิดปกติ Lung : Decrease breath sound both lungs การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ CBC : Neutrophils ๘๒ % ผลเอกซเรย์ปอด CXR :Reticular Infiltration both lungs แพทย์มีแผนการรักษาให้นอนโรงพยาบาล ให้ on NCHF Flow ๔๐ LPM FiO๒ ๐.๔ Kepp O๒ Sat > ๙๕ %RR < ๒๘ ครั้ง /min พ่น Berodual ๒:๒ NB q ๑๕min \*๓ dose then q ๔ hr.ให้ Dexamethazone ๘ mg iv stat then ๔ mg iv q ๔ hr cef -๓ ๒ gm iv od ยาอื่นมี Roxithromycin ๑๕๐ mg ๑\*๒ PO ac ,Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr ,GG ๒\*๓ PO pc ,Cpm ๑\*๓ PO pc ,Budesonine ๒ puff BID เมื่อหอบลดลงให้ Off NCHF On O๒ canula ๓ LPM

Kepp O๒ Sat > ๙๕ % ผู้ป่วยไม่หอบหายใจเองได้ แพทย์จึงให้กลับบ้านวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น. สาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณีศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยตัวออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูงแล้วผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย ผู้จัดทำได้อาศัยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเลือกและตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเองแล้วผลการรักษาตอบสนองในทางที่ดีคือผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยและมีภาวะสุขภาพที่ปกติ

กรณีศึกษาครั้งที่ ๒ ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๗ ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๖.๒๗ น. ด้วยอาการ ไอ หายใจหอบ ก่อนมา ๔ ชั่วโมง มีโรคประจำตัวเป็นโรคมะเร็งตับ ระยะที่ ๔ รักษาแบบประคับประคอง (CA Liver state ๔ Palliative care) รักษามา ๑ ปี อาการแรกเริ่ม V/S T ๓๙.๓ C,P ๑๔๔ ครั้ง/นาที,RR ๓๐ครั้ง/นาที, BP๑๑๐/๖๘ mm.Hg O๒ Saturation RA ๗๔ % การตรวจร่างกายที่ผิดปกติ Lung : Secretion sound both lungs ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ CBC : WBC ๑๘๙๔๐ Cells/mm๓ Neutrophils ๙๐ % Creatinine : BUN ๒๔.๑ mg/dl แพทย์มีแผนการรักษาให้นอนโรงพยาบาล ให้ on NCHF Flow ๕๐ LPM FiO๒ ๐.๔ O๒ Sat > ๙๕ % RR < ๒๘ ครั้ง /min on ๐.๙% nss ๑๐๐๐ ml iv load then ๑๐๐ cc/hr DTX premeal +hs keep ๘๐-๒๐๐ mg% Berodual ๒:๒ NB q ๑๕min \*๓ dose then q ๔ hr. ,Fortum ๒ gm iv q ๘ hr ,Clindamycin ๖๐๐ mg iv q ๘ hr , GG ๒\*๓ PO pc ,Lorazepam ๑ mg ๑\*๑ PO hs ,Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr ,NPO เว้นยา ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องปวดท้องจากโรคประจำตัวแพทย์จึงให้ Mo ๓ mg iv prn for pain q ๖ hr เมื่อผู้ป่วยหอบลดลงแพทย์มีแผนการรักษาให้ Off NCHF on O๒ Mask c Bag ๑๐ LPM ,Kepp O๒ Sat > ๙๕ %เนื่องจากผู้ป่วยกินได้น้อยจากภาวะการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวแพทย์จึงให้ off on ๐.๙% nss ๑๐๐๐ ml

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

ให้ on ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ ml iv ๖๐ cc/hr แทนและให้เจาะ DTX เข้า -เย็น keep ๘๐-๒๐๐ mg% เมื่อผู้ป่วยไม่หอบหายใจเองได้ แพทย์จึงให้กลับบ้านวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น.สาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณีศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งตับระยะที่ ๔ รักษาแบบประคับประคอง (CA Liver state ๔ Palliative care) ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยด้วยออกซิเจนชนิดอัตรากาโรไหลสูงแล้วผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยคือไม่หอบหายใจได้เอง ผู้จัดทำได้อาศัยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเลือกและตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเองแล้วผลการรักษาตอบสนองในทางที่ดีคือผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยและมีภาวะสุขภาพที่ปกติตามสภาวะของผู้ป่วย

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายที่๑	ผู้ป่วยรายที่๒
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	๔๙ ปี	๗๓ ปี
สถานภาพ	คู่	คู่
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่๑	ผู้ป่วยรายที่๒
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๕.๓๗ น.	๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๖.๒๗ น.
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น. ( รวม ๓ วัน )	๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น. ( รวม ๗ วัน )

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่๑	ผู้ป่วยรายที่๒
การวินิจฉัย	First Diagnosis : Pneumonia C COPD C AE C Respiratory Failure Last Diagnosis : Pneumonia C COPD C AE C Respiratory Failure	First Diagnosis : Pneumonia C ( CA Liver state ๔ Palliative care) C Respiratory Failure Last Diagnosis : Pneumonia C ( CA Liver state ๔ Palliative care) C Respiratory
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ไอ หายใจหอบ ก่อนมา ๑ วัน	ไอ หายใจหอบ ก่อนมา ๔ ชั่วโมง



ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)		
๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)		
ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้(ต่อ)		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่๑	ผู้ป่วยรายที่๒
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	๑วันก่อนมา ใช้ ไอ หายใจหอบ มีน้ำมูกใส	๔ ชั่วโมงก่อนมา ไอ หายใจหอบ มีเสียงเสมหะเหนียวติดที่ลำคอเวลาหายใจไม่มีไข้ ไม่มีน้ำมูก
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	บิดาเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	ปฏิกูเสธ
โรคประจำตัว	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)รักษามา ๑๐ ปี	โรคมะเร็งตับระยะที่๔รักษาแบบประคับประคอง (CA Liver state ๔ Palliative care) รักษา มา ๑ ปี
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร	ประวัติการแพ้ยา/อาหาร	ประวัติการแพ้ยา/อาหาร
อาการแรกเริ่มที่ผู้ป่วยนอก	V/S T ๓๗.๔ °C,P ๑๑๗ครั้ง/นาที,RR ๓๖ครั้ง/นาที, BP๑๑๐/๖๘ mm.Hg O๒ Saturation RA ๖๔-๙๖ %	V/S T ๓๙.๓ °C,P ๑๔๔ครั้ง/นาที,RR ๓๐ครั้ง/นาที, BP๑๑๐/๖๘ mm.Hg O๒ Saturation RA ๗๔ %
การตรวจร่างกายที่ผิดปกติ	Lung : Decrease breat sound both lungs	Lung : Secretion sound both lungs
การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ	CBC : Neutrophils ๘๒ %	CBC : WBC ๑๘๙๔๐ Cells/mm๓ Neutrophils ๙๐ % Creatinine : BUN ๒๔.๑ mg/dl
ผลเอกซเรย์ปอด	CXR :Reticular Infiltration both lungs	CXR :Infiltration both lungs
แผนการรักษา	๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ -Admit - CBC , BUN ,Creatinine ,Electrolyte , CXR -on NCHF Flow ๔๐ LPM Fi๐๒ ๐.๔ Kepp O๒ Sat > ๙๕ %	๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ -Admit - CBC , BUN ,Creatinine ,Electrolyte , CXR -on NCHF Flow ๕๐ LPM Fi๐๒ ๐.๔ Kepp O๒ Sat > ๙๕ %

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)		
๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)		
ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้(ต่อ)		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ ๑	ผู้ป่วยรายที่ ๒
แผนการรักษา(ต่อ)	RR < ๒๘ ครั้ง /min -Berodual ๒:๒ NB q ๑๕min *๓ dose then q ๔ hr. -Dexamethazone ๘ mg iv stat then ๔ mg iv q ๔ hr -cef -๓ ๒ gm iv od -Roxithromycin ๑๕๐ mg ๑*๒ PO ac -Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr -GG ๒*๓ PO pc -Cpm ๑*๓ PO pc -Budesonine ๒ puff BID <b>๑๑-๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๖</b> -Off NCHF -On O๒ canula ๓ LPM Kepp O๒ Sat > ๙๕ % - Berodual ๒:๒ NB then q ๔ hr. - Dexamethazone ๔ mg iv q ๘ hr -Off Budesonine ๒ puff BID -Seretide (๕๐/๒๕๐) ๑ puff BID -cef -๓ ๒ gm iv od -Roxithromycin ๑๕๐ mg ๑*๒ PO ac	RR < ๒๘ ครั้ง /min -on ๐.๙%nss ๑๐๐๐ ml iv load then ๑๐๐ cc/hr -DTX premeal +hs keep ๘๐-๒๐๐ mg% -Berodual ๒:๒ NB q ๑๕min *๓ dose then q ๔ hr. -Fortum ๒ gm iv q ๘ hr -Clindamycin ๖๐๐ mg iv q ๘ hr -GG ๒*๓ PO pc -Lorazepam ๑ mg ๑*๑ PO hs -Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr -NPO เวียนยา , Record I/O <b>๒๐-๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖</b> -on ๐.๙%nss ๑๐๐๐ ml iv ๖๐ cc/hr - Berodual ๒:๒ NB then q ๖ hr. -on NCHF Flow ๕๐ LPM Fio๒ ๐.๔ Kepp O๒ Sat > ๙๕ % -Mo ๓ mg iv prn for pain q ๖ hr -DTX premeal +hs keep ๘๐-๒๐๐ mg%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)		
๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)		
ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้(ต่อ)		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่๑	ผู้ป่วยรายที่๒
แผนการรักษา(ต่อ)	-Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr -GG ๒*๓ PO pc - Cpm ๑*๓ PO pc <b>๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๖</b> -D/C ได้ -F/U ๑wk ตรวจ CBC , BUN ,Creatinine ,Electrolyte Home Med - Seretide (๕๐/๒๕๐) ๑ puff BID -cef -๓ ๒ gm iv od จนครบ ๗ วัน -Roxithromycin ๑๕๐ mg ๑*๒ PO ac ๒๐ tab -Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr ๑๐ tab -GG ๒*๓ PO pc ๓๐ tab - Cpm ๑*๓ PO pc - Budesonine ๒ puff BID ๒ อื่น	-Fortum ๒ gm iv q ๘ hr -Clindamycin ๖๐๐ mg iv q ๘ hr -GG ๒*๓ PO pc -Lorazepam ๑ mg ๑*๑ PO hs-Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr -Soft diet <b>๒๒ -๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖</b> -on ๐.๙% nss ๑๐๐๐ ml iv ๖๐ cc/hr - Berodual ๒:๒ NB then q ๖ hr. -on NCHF Flow ๕๐ LPM FiO๒ ๐.๔ Kepp O๒ Sat > ๙๕ % -Mo ๔ mg iv prn for pain q ๔ hr -Fortum ๒ gm iv q ๘ hr -Clindamycin ๖๐๐ mg iv q ๘ hr -GG ๒*๓ PO pc -Lorazepam ๑ mg ๑*๑ PO hs -Flumicil ๑*๓ PO pc -Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr -BD ๑:๑ ๒๕๐ ml * ๔ feed <b>๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖</b> -Off NCHF

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)		
๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)		
๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)		
ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้(ต่อ)		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่๑	ผู้ป่วยรายที่๒
แผนการรักษา(ต่อ)		-on O๒ Mask c Bag ๑๐ LPM Kepp O๒ Sat > ๙๕ % -on ๐.๙%nss ๑๐๐๐ ml iv ๖๐ cc/hr - Berodual ๒:๒ NB then q ๖ hr. -DTX เข้า -เย็น keep ๘๐-๒๐๐ mg% -Mo ๔ mg iv prn for pain q ๔ hr -Fortum ๒ gm iv q ๘ hr -Clindamycin ๖๐๐ mg iv q ๘ hr -GG ๒*๓ PO pc-Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr -Lorazepam ๑ mg ๑*๑ PO hs -Flumicil ๑*๓ PO pc -Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr -BD ๑:๑ ๒๕๐ ml * ๔ feed <b>๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖</b> -off on ๐.๙%nss ๑๐๐๐ ml ให้ on ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ ml iv ๖๐ cc/hr - Berodual ๒:๒ NB then q ๖ hr. -DTX เข้า -เย็น keep ๘๐-๒๐๐ mg%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ ของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่๑	ผู้ป่วยรายที่๒
แผนการรักษา(ต่อ)		-Mo ๔ mg iv prn for pain q ๔ hr -Fortum ๒ gm iv q ๘ hr -Clindamycin ๖๐๐ mg iv q ๘ hr -GG ๒*๓ PO pc -Lorazepam ๑ mg ๑*๑ PO hs -Flumicil ๑*๓ PO pc -Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr -BD ๑:๑ ๒๕๐ ml * ๔ feed ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖ --D/C ได้ -F/U ๒ wk ตรวจ CBC , BUN ,Creatinine ,Electrolyte,LFT HM -Tramol ๕๐ mg ๑*๓ PO pc ๒๐ tab -Lorazepam ๑ mg ๑*๑ PO hs ๒๐ tab -Flumicil ๑*๓ PO pc ๑๐ ของ -Paracetamol ๕๐๐ MG ๑ tab PO prn q ๔ -๖ hr ๒๐ tab -Augmentin ๖๒๕ mg ๑*๓ PO pc ๒๐tab -Bromhexcine ๕ mg ๑*๓ PO pc -Mo ๔ mg iv ก่อนจำหน่ายกลับ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

ตารางที่ ๓ การศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่๑	ผู้ป่วยรายที่๒	วิเคราะห์
แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๔๙ ปี โรคประจำตัวคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รักษา ๑๐ ปี	ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๓ ปี โรคเมเร็งตับระยะที่๔รักษาแบบประคับประคอง (CA Liver state ๔ Palliative care) รักษา ๑ ปี	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวทั้ง ๒ รายแต่เป็นคนละโรคซึ่ง โรคมีความรุนแรงต่างกัน และมีอายุที่แตกต่างกันเป็นปัจจัยที่ทำให้ใช้ระยะเวลาที่รักษาแตกต่างกัน
พยาธิสภาพของอาการและการแสดง	ไข้ ไอ หายใจหอบ ก่อนมา ๑ วัน Lung : Decrease breat sound both lungs CXR :Reticular Infiltration both lungs V/S แกร็บ T ๓๗.๔ °C,P ๑๑๗ครั้ง/นาที,RR ๓๖ครั้ง/นาที, BP๑๑๐/๖๘ mm.Hg O๒ Saturation RA ๖๔-๙๖ %	ไอ หายใจหอบ ก่อนมา ๔ ชั่วโมง Lung : Secretion sound both lungs CXR :Infiltration both lungs V/S แกร็บ T ๓๙.๓ °C,P ๑๔๔ครั้ง/นาที,RR ๓๐ครั้ง/นาที, BP๑๑๐/๖๘ mm.Hg O๒ Saturation RA ๗๔ %	ผู้ป่วยมารักษาด้วยอาการเหมือนกันแต่ระยะเวลาแตกต่างกันในผู้ป่วยรายที่ ๑ แกร็บไม่มีไข้ส่วนรายที่ ๒ มีไข้สูง
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	การพยาบาลระยะวิกฤต ฉุกเฉิน ๑.การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากปอดติดเชื้อ การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง ๒.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหายใจหอบเนื่องจากมีภาวะปอดอุด	การพยาบาลระยะวิกฤต ฉุกเฉิน ๑.การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากปอดติดเชื้อ การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง ๒.เหนื่อยอ่อนเพลียเนื่องจากกินได้น้อยจากพยาธิสภาพของ	การพยาบาลระยะวิกฤต ฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอดทั้ง ๒ ราย ผู้ป่วยรายที่๑ RR ๓๖ครั้ง/นาที, O๒ Saturation RA ๖๔-๙๖ % ผู้ป่วยรายที่๒ มีไข้ T๓๙.๓ C, P ๑๔๔ครั้ง/นาที

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

ตารางที่ ๓ การศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒(ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยรายที่๑	ผู้ป่วยรายที่๒	วิเคราะห์
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล(ต่อ)</p>	<p>การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง(ต่อ)                      กั้นเรื้อรัง                      การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน                      ๓.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากภาวะการเจ็บป่วย</p>	<p>การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง                      โรคมะเร็งตับ                      ๓.ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งตับ                      การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน                      ๔.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากภาวะการเจ็บป่วย</p>	<p>ครั้ง/นาที,RR ๓๐ครั้ง/นาที, O๒Saturation RA ๗๔ %                      การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง                      ผู้ป่วยรายที่๑ไม่มีโรคประจำตัวคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง                      ผู้ป่วยรายที่๒มีประจำตัวคือโรคมะเร็งตับระยะที่๔รักษาแบบ                      ประคับประคองซึ่งผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีโอกาสหายใจหอบได้ตลอดเวลาเมื่อมีสิ่งมากระตุ้นหรือมีภาวะติดเชื้ในร่างกาย                      การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยและญาติทั้ง ๒ รายมีความวิตกกังวลเรื่องภาวะการเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ ๑ มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( COPD ) นอนโรงพยาบาล ๓ วัน ผู้ป่วยรายที่ ๒ มีประวัติเป็นโรคมะเร็งตับระยะที่ ๔ รักษาแบบประคับประคอง ( CA Liver state & Palliative care) นอนโรงพยาบาล ๗ วัน ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย เข้ารับการรักษาด้วยมิใช่ ไอมีเสมหะ หายใจหอบ และได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากปอดติดเชื้ จนกระทั่งอาการดีขึ้นทั้ง ๒ ราย ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

ดังนั้นการรักษาด้วย High-flow nasal canula ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันสามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่และป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะชำนาญ และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะแทรกซ้อน

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	ปี พ.ศ.๒๕๖๔	ปี พ.ศ. ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
๑.จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทั้งหมดที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม	๗๖ ราย	๙๕ ราย	๑๑๖ ราย
๒.อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม	๖๘.๗๒	๕๙.๖๑	๕๗.๒๘
๓.จำนวนผู้ป่วยที่รักษาโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง (ราย)	NA	๒ ราย	๒๒ ราย
๔.จำนวนร้อยละผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล	๐.๗๑	๐.๙๓	๐.๗๘



**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

**๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)**

**๕.๒ เชิงคุณภาพ**

๕.๒.๑. พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้เหมาะสมตามโรคที่เป็น

๕.๒.๒ ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

๕.๒.๓. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีความเข้าใจต่อโรคและสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว

๕.๒.๔. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถ้ากลับเป็นอีกครั้ง

**๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ**

๑. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง

๒. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย

๓. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ

๔. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง

**๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ**

จากการศึกษาผู้ป่วย ๒ รายนี้สำหรับความยุ่งยากใน ๒ รายนี้คือผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนในเลือดที่อยู่ในระดับน้อยมากซึ่งการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูงไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายใจได้เองอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาและการให้ยาประกอบกันจึงต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความกังวลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ด้วยโรคประจำตัวของผู้ป่วยทั้งสองมีโอกาสส่งเสริมให้ปอดติดเชื้ออย่างรุนแรงได้ ผู้จัดทำจึงได้คอยให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้มีอาการดีขึ้นตามลำดับ

**๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ**

๑.ด้านผู้ป่วย การเข้าถึงระบบบริการล่าช้า ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานทำให้เกิดความล่าช้า การเรียกใช้รถ ๑๒๖๙ ของผู้รับบริการยังน้อยส่วนมากใช้รถส่วนตัวซึ่งไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้น

๒.ระบบการขอคำปรึกษาไม่ทราบช่องทางด่วน ปรึกษาล่าช้า ใช้เวลานาน เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

**๙. ข้อเสนอแนะ**

๑.ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง(High-flow nasal cannula) เพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่และป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

๒.ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พยาบาลผ่านการอบรมการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง(High-flow nasal cannula)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

การประชุมวิชาการ เรื่อง ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BAN1 จัดโดย สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖ ณ.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) ไม่มี

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติผลงานนี้ร้อยละ ๑๐๐ %

๑.) นางวิชญาพร แสงศิริณัฐ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

๒).....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....

๓).....-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นางวิชญาพร แสงศิริณัฐ)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๑ / ๑๑ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวิชญาพร แสงหิรัญ	
-	
-	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางราตรี เสียงเสนาะ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

(วันที่) ๑๑ / ๑๑ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายธีระวัฒน์ สิงห์ราช)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

(วันที่) ๑๑ / ๑๑ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
**(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลัง เสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล

**๒.หลักการและเหตุผล**

โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง เปิดบริการ ๓๐ เตียง มีแพทย์ทั่วไป ๔ คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง รับผิดชอบประชากร ๒๙,๒๒๓ คน ๕ ตำบล ๕๒ หมู่บ้าน (ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ปี พ.ศ. ๒๖๖๔) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ปี พ.ศ.๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕, ๒๕๖๖ จำนวน ๒,๙๓๓, ๓,๕๖๐, ๑,๖๑๖, ๒,๑๑๘ ราย ตามลำดับและมีผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยวัน ๑๕-๒๔ ราย จากสถิติดังกล่าวในบางครั้งผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องนอนโรงพยาบาลแต่ไม่ได้นอนเนื่องจากเตียงเต็ม หรือผู้ป่วยที่ควรนอนโรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยไม่ประสงค์ที่จะนอนโรงพยาบาล จึงเป็นที่มาของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีได้มีนโยบายนี้เกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ช่วงเดือนตุลาคม โดยนโยบายนี้จัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มรายรับและลดรายจ่ายเนื่องจากรายได้หลักของโรงพยาบาลมาจากการนอนผู้ป่วย คนไข้นอนอยู่บ้านแต่คนไข้ต้องผ่านการ admit ในโรงพยาบาลโดย สปสช.กำหนดให้กลุ่มโรคที่สามารถทำได้มีดังนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อ ผู้ป่วยแผลกดทับ ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งแบบวันเดียวกลับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และผู้ป่วยโควิด-๑๙

อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนการให้บริการ ทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-based Medical Services) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในบ้าน หรือ การดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital care at home) เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (IPD) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล รักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับการดูแลรักษา

**วัตถุประสงค์**

๑. เป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษา ให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

๒. ลดอัตราการครองเตียง ลดความแออัด

**เป้าหมาย**

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษา มีสภาวะสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นในรายที่ไม่ประสงค์จะนอนโรงพยาบาล

๒. เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยตามหลักการพยาบาลแบบองค์รวมใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

๑. บทวิเคราะห์ จากการปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้นมา ส่งผลให้มีการจัดทำพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ โดยสาระสำคัญที่ประชาชนจะได้รับ คือ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้อย่างเป็นธรรม ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง อาทิ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน/ ติดเตียง ผู้พิการ เป็นต้น ประกอบกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ส่งผลให้เตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ กรมการแพทย์จึงมีนโยบายสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal-based Medical Services) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) การดำเนินการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน หรือ การดูแลเสมือนโรงพยาบาลที่บ้าน (Hospital care at home) เป็นการให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (IPD) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ รวมถึงได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา กรมการแพทย์ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดทำ “แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)” โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลและหน่วยบริการทุกระดับสามารถ นำไปปรับใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษา มีสภาวะสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นสมดังปณิธานของกรมการแพทย์ “ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต” จึงเกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลนี้ขึ้นมา

๒. แนวความคิด ใช้แนวความคิดนี้โดย สปสช. กำหนดให้กลุ่มโรคที่สามารถทำได้มีดังนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อ ผู้ป่วยแผลกดทับ ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งแบบวันเดียวกลับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และผู้ป่วยโควิด-๑๙

๓. ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยใช้บ้านแต่ละหลังเสมือนเป็นเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล

๔. ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นคือไม่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ที่จะใช้กับผู้ป่วย

๕. แนวทางการแก้ไข คือ การสร้างรูปแบบการบริการที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พิกาศัยระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน กำหนดเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน แนวทางปฏิบัติในการให้บริการ home ward องค์ประกอบของทีมดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการ

#### ๑. รูปแบบการให้บริการ

๑. Step down: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital care in hospital) ก่อนแล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (hospital care at home) โดยโรงพยาบาล เดิมดูแล

๒. Refer Back: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ ๑ ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลที่ ๒ ดูแลแล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้

๓. Step up/ Start at home: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาล (OPD, ER) แล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่บ้านได้หรือแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิไปตรวจผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง

## ๒. การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล

๑. ทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และสหสาขาวิชาชีพ
  ๒. อุปกรณ์พื้นฐานที่ต้องให้ผู้ป่วยมี ระหว่างทำการรักษา เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต โปรทวัดไซ้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (glucometer) และอุปกรณ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละโรค
  ๓. ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานการรักษาแต่ละโรค
  ๔. สถานพยาบาลจัดให้มีระบบการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการเอ็กซเรย์พื้นฐาน โดยจัดช่องทางบริการพิเศษ
  ๕. สถานพยาบาลมีวิธีการติดตามอาการ และประเมินอาการตามมาตรฐานผู้ป่วยในอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อวัน
  ๖. สถานพยาบาลจัดให้มีช่องทางสื่อสารระหว่างสถานพยาบาลและผู้ป่วยได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
  ๗. สถานพยาบาลจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการแยกลงได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
  ๘. สถานพยาบาลมีการบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานผู้ป่วยใน เช่น แบบฟอร์มชั่งประวัติ ตรวจร่างกายโดยแพทย์ แบบฟอร์มติดตามสัญญาณชีพ คำสั่งการรักษา การบันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น
- ### ๓. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัยระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน
๑. ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาด้วยการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านจากแพทย์ อย่างครบถ้วน และให้คำยินยอมก่อนรับบริการ
  ๒. ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ต้องมีความปลอดภัย
  ๓. ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ควรอยู่ห่างจากสถานพยาบาลไม่เกิน ๒๐ กิโลเมตร และเดินทางมาโรงพยาบาลได้สะดวก
  ๔. ที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน สามารถเข้าถึงช่องทางสื่อสารทางโทรศัพท์ หรืออินเทอร์เน็ตได้
  ๕. ได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย ตามแนวทางที่ราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนด

## เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน

### ๑. สภาวะ (Conditions) ของผู้ป่วย

- เป็นผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่ และไม่มีความเสี่ยงที่เกิดอาการแย่ลง
- เป็นผู้ป่วยที่ยังคงต้องการการดูแลแบบผู้ป่วยใน มีทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพให้การดูแล (Professional care)

๒. มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่าง แพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว โดยได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านอย่างครบถ้วน

### ๓. ได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย

#### ขั้นตอนดำเนินการ

๑. ความสมัครใจของผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์เจ้าของไข้ทำหน้าที่ประเมินว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ การดูแลแบบ Home ward ได้ มีการสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแบบ Home ward แล้ว และผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมที่จะรับการดูแลในรูปแบบดังกล่าว ซึ่งทีมแพทย์อาจมีการพิจารณากำหนด ข้อตกลงรูปแบบบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (Home ward consent form) เพื่อความเข้าใจที่ชัดเจน ก่อนการเริ่มดำเนินการ และลดโอกาสของการร้องเรียนจากการเข้าใจไม่ตรงกัน

๒. ประเมินความพร้อมและศักยภาพของครอบครัวในการดูแลความเจ็บป่วยที่บ้าน ทีมแพทย์ที่ให้การดูแลในโรงพยาบาลควรได้ประเมินความพร้อมและศักยภาพของครอบครัวร่วมกับทีมแพทย์ที่จะให้ การดูแลที่บ้าน ก่อนตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยสู่ระบบ Home ward ซึ่งหมายรวมถึงความพร้อมทางด้าน จิตใจ การจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะติดเชื้อ และความสะดวกในการติดต่อและติดตามอาการ ระหว่างนอนพักรักษาที่บ้าน ทีมสามารถใช้เครื่องมือประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Zarit caregiver burden scale) และแนวทางการประเมินผู้ดูแล (C.A.R.E.G.I.V.E.R mnemonic) ช่วยในการประเมิน ความพร้อมของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยมานานแล้ว เช่นกรณีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ๕

๓. ประเมินลักษณะบ้านเพื่อจัดบริบทที่เหมาะสมในการดูแล ทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำหน้าที่ ประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อประเมินลักษณะสถานที่ และเตรียมพร้อมอุปกรณ์ในการดูแลตามความเหมาะสม และยืดหยุ่น โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ทีมสามารถใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านตาม INHOMESS checklist เพื่อช่วยในการประเมิน

#### แนวทางปฏิบัติในการให้บริการ home ward

๑. การติดตามผู้ป่วยในความรับผิดชอบรายวัน โดยควรมีแบบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับผู้ป่วย (self monitor form) และสำหรับทีมบุคลากร (Home ward clinical assessment form)

๒. ประเมินความเจ็บป่วยทางคลินิกตามเหมาะสมและให้การดูแลรักษาตามสภาวะของผู้ป่วยโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

๓. ประเมิน psychosocial wellbeing ของผู้ป่วยและครอบครัว และการปรับตัวต่อการดูแลรักษาความเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ ที่บ้าน

๔. ประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และเสริมความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รวมถึงการป้องกันการเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสร้างเสริมสุขภาพ

#### ๕. บันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบัน

### องค์ประกอบของทีมดูแลต่อเนื่อง

๑. Core team ซึ่งรับหน้าที่ดูแลหลัก ติดตามประเมินตลอดระยะการดูแลผู้ป่วย ในทีมจำเป็นต้องมีแพทย์ที่สามารถให้การดูแลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างรักษาตัวที่บ้านได้ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่มีความสนใจพร้อมร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และทีมบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ อันได้แก่ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข การเยี่ยมติดตามจากแพทย์และทีมสามารถทำได้หลายรูปแบบ หมายรวม ตั้งแต่การติดตามไปที่บ้านผู้ป่วยโดยตรง การโทรศัพท์ติดตามอาการหรือการใช้วิดีโอสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต

๒. Extended team ซึ่งหมายถึง หน่วยสนับสนุนอื่น ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน พิจารณาตามความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผลลัพธ์การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด ตัวอย่างเช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ทั้งนี้การประสานงานเพื่อขอความร่วมมือดังกล่าวสามารถพิจารณาทำได้ตั้งแต่ผู้ป่วยยังนอนพัก รักษาตัว อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วงการวางแผนการจำหน่าย และส่งต่อผู้ป่วยสู่ระบบ Home ward หรือหาก เป็นกรณีผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง/ติดบ้าน การสร้างช่องทางประสานงานระหว่างทีมสุขภาพนอกและในโรงพยาบาล จะสามารถช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยและญาติได้รับความพึงพอใจ
๒. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและติดเชื้อเพิ่ม
๓. ผู้ป่วยไม่เป็นโรคซ้ำหลังการรักษาครบตามแผนการรักษา

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. การปฏิบัติตามแนวทาง/คู่มือมากกว่าร้อยละ ๘๐
๒. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงจากเดิมร้อยละ ๒๐
๓. ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลดลงร้อยละ ๑๐
๔. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ ๐ หรือลดลงร้อยละ ๒๐
๕. คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)



ผู้เสนอแนวความคิด

(นางวิชญาพร แสงหิรัญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๗



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีภาวะไตวายเรื้อรัง:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2ราย

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มีความรู้ความชำนาญในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีภาวะไตวายเรื้อรัง โดยการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินปัญหาผู้ป่วยเบาหวานจนครบ 5 ขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาลในระยะก่อนตรวจ การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลในระยะตรวจ และการประเมินผลการพยาบาลในระยะหลังตรวจ ค้นหาปัญหาการควบคุมน้ำตาลไม่ได้และการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินปัญหาปรับการใช้แผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยทั้ง2ราย จนส่งผลให้ควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว ชะลอความเสื่อมของไตวายเรื้อรังได้ นำปัญหาทางการพยาบาลสู่การแก้ไขจนหมดไปด้วยกระบวนการพยาบาล อีกทั้งยังมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง4ด้านประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านการดูแลรักษา ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและ ด้านจิตใจ อารมณ์สังคมโดยการรวบรวมข้อมูลจาก11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีภาวะไตวายเรื้อรังที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาวะในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่2ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้มีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วยซึ่งเป็นการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ภายใต้ข้อจำกัด เงื่อนไขปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้การดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางร่างกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาโดยมีเป้าหมาย คือ1)ควบคุม น้ำตาลในเลือดได้ปกติ( $HbA1C \leq 7\%$ )2)ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว 3)ชะลอความเสื่อมของไตได้เพิ่มขึ้น 4) มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีภาวะไตวายเรื้อรังโดยใช้กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน11แบบแผนเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพที่ผ่านการทดสอบทดลองใช้ในผู้ป่วยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับที่มีประสิทธิภาพสร้างการมีส่วนร่วมของทีม จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีภาวะไตวายเรื้อรังมีความเป็นปัจเจกบุคคล มีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม จึงมีความจำเป็นต้องให้การพยาบาลเป็นรายกรณีไปในแต่ละราย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน11แบบแผนและกระบวนการพยาบาล5ขั้นตอนเป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้เพื่อนำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล อย่างครอบคลุมทุกมิติทั้งในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจรวมถึงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเชื่อมโยงประสานกันกับครอบครัวชุมชนได้อย่างไร้รอยต่อ ครอบคลุมทุกมิติของการปฏิบัติการพยาบาลในระยะยาวต่อไป

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

น้ำตาลสะสมในเลือดได้ต่ำกว่าเกณฑ์ พบว่ามีจุดอ่อนจากการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคจากการเยี่ยมบ้านพบว่าในขณะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงยังรับประทานข้าวเหนียวและผลไม้รสหวาน ต้ม ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลังต่างๆ ไม่ออกกำลังกายคิดว่าการออกกำลังกายคือการทำงาน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีผู้ดูแลเป็นหลักอีกส่วนหนึ่งของปัญหาพบว่าขาดการเยี่ยมติดตามประเมินปัญหาผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้ครบทุกขั้นตอน โดยที่พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องให้การพยาบาลด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายมีการติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้านครบกับผู้ป่วยเบาหวานมีความเป็นปัจเจกบุคคล มีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม พยาบาลจึงต้องมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละรายปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเองและนำความรู้สู่การปฏิบัติสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้ได้มาตรฐานในบริบทของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ที่ส่งให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังได้ตามเกณฑ์เป้าหมายในระยะยาวต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

**วิธีการศึกษา** เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหา ความต้องการการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล มาเป็นแนวทางในการ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย กรณีศึกษาเป็นแบบพรรณนาในช่วง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566

2. ทบทวนเอกสาร มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ งานวิจัย ตำรา เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

3. รวบรวมข้อมูลประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหา ความต้องการการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล มาเป็นแนวทางในการ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

4. นำกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 ราย มาวิเคราะห์และเปรียบเทียบในประเด็น แบบแผนสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ การรักษา ปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่างของกรณีศึกษา สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

5. นำกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยข้อมูลการวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการพยาบาล

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

6. การปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่างของกรณีศึกษา สรุปและอภิปรายผล การศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ข้อมูลทั่วไป:เพศชายอายุ 66ปี สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4ไม่ได้ทำงานสิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพ (ผู้สูงอายุ) ในเขต การวินิจฉัยโรค: DM type2 with Hypertension with Hyperlipidemia with CKD3

อาการสำคัญ: มาตรวจตามนัดเบาหวานอาการทั่วไปปกติดี

ประวัติการเจ็บป่วย: เป็นโรคเบาหวานเมื่อ พ.ศ.2551 รวมเป็นเวลา 15 ปี วันนี้มาตรวจตามนัดเบาหวานอาการทั่วไปปกติดี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงได้โรคไตเรื้อรังระยะที่3

อาการแรกรับ : วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยอาการปกติมาตรวจตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 81 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/63 มม.ปรอท น้ำหนัก 49กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.88 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: Hb.12.1 g/dL, Hct 35.0 %,WBC 6,430 cell/UL., Platelet 251,000 cell/U,Neutrophils55%, Lymphocytes 30%, Monocyte 5%, Eosinophiles 10%, FBS 394 mg%, BUN 36.4 mg/dL, Cr.2.60., eGFR 24.8 (stage4) NA 131.5, K. 4.14 , CL.93.2. , CO2 33.8 ได้รับ RI 4 u Iv, Admit ward เพื่อปรับระดับน้ำตาลและพบสหวิชาชีพ จากวันที่ 21-25 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 รวม 4 วัน

การประเมินสภาพร่างกาย:

GA : not pale , no Jaundice

Skin : normal

HEENT : normal

Heart : normal

Lungs : normal. Soft not tender ; equal both side.

Abdomen : Soft , not tender.

Extremities : normal, no neuro-vascular deficit. .

Genitalia : normal

Neurological exam: normal

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 24-0-18 SC.
2. Hydralazine 25 mg 1x3๑ pc.
3. Aspirin 81 mg 1x1๑pc.
4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๑hs.
5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1๑pc.
6. folic Acid 5 mg 1x1๑pc.

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc.

8.vitamin B Complex 1x2๐pc.

9.Lorazepam 0.5 mg 1x1๐hs.

นัดติดตามอาการ ในวันที่ 3 มีนาคม 2566 ได้โทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้านในการดูแลตนเองอีกทั้งยังแนะนำให้มาตรวจตามนัด

วันที่ 3 มีนาคม 2566 มาตรวจตามนัดติดตามอาการหลังจากนอนโรงพยาบาล

อาการแรกรับ : มาตรวจตามนัดติดตามอาการหลังจากนอนโรงพยาบาล อาการทั่วไปปกติ

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/55 มม.ปรอท น้ำหนัก 49กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.88

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : FBS =422 mg% ได้ RI 10 u.sc. ฉีด Mixtard 24 u sc.เจาะDTX ซ้ำเมื่อครบ 1ชั่วโมง = 70 mg/dl จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการอีกครั้ง วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2566

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

1.Mixtard ฉีด 24-0-12 SC.

2. Hydralazine 25 mg 1x3 ๐ pc.

3. Aspirin 81 mg 1x1๐ pc.

4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.

5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1๐pc.

6. folic Acid 5 mg 1x1๐pc.

7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc.

8.vitamin B Complex 1x2๐pc.

9.Lorazepam 0.5 mg 1x1๐hs.

จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการอีกครั้ง วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2566

วันที่ 21 มีนาคม 2566 มาตรวจตามนัดติดตามอาการ

อาการแรกรับ:มีอาการปากแห้ง คอแห้งเวลากลางคืน ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น ไม่มีอาการเหนื่อยเพลีย ใจสั่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/63 มม.ปรอท น้ำหนัก 48 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.47

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : FBS =579 mg% ได้ RI 10 u.sc. ฉีด Mixtard 24 u sc. เจาะDTX ซ้ำเมื่อครบ 1ชั่วโมง = 220 mg/dl จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการอีกครั้ง วันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2566

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

1.Mixtard ฉีด 24-0-18 SC.

2. Hydralazine 25 mg 1x3๐ pc.

3. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.

4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.

5. Calcium Carbonate 1250 mg 1x1๐pc.

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

6. folic Acid 5 mg 1x1๐pc.
- 7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc.
- 8.vitamin B Complex 1x2๐pc.
- 9.Lorazepam 0.5 mg 1x1๐hs

#### วันที่ 4 เมษายน 2566 มาตรวจตามนัดติดตามอาการ

อาการแรกรับ: ไม่มีอาการปากคอแห้งเวลากลางคืนไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น ไม่มีอาการเหนื่อยเพลีย ใจสั่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/60 มม.ปรอท น้ำหนัก 48 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.47 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : FBS =369 mg% จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการอีกครั้ง วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2566

#### ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 24-0-18 SC.
2. Hydralazine 25 mg 1x3๐pc.
3. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1๐pc.
6. folic Acid 5 mg 1x1๐pc.
- 7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc.
- 8.vitamin B Complex 1x2๐pc.
- 9.Lorazepam 0.5 mg 1x1๐hs.

#### วันที่ 13 มิถุนายน 2566 มาตรวจตามนัดติดตามอาการ

อาการแรกรับ: มีอาการปากคอแห้งเวลากลางคืนไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น ไม่มีอาการเหนื่อยเพลีย ใจสั่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/58 มม.ปรอท น้ำหนัก 48 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.47 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : FBS =387 mg% ได้ RI 10 u ,IV เจาะDTX เข้าเมื่อครบ 1ชั่วโมง = 68 mg/dl ได้รับน้ำหวาน 1แก้วและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (NSS1000 ml iv drip 60 cc/hr ) Admit ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: Hb.12.1 g/dl, Hct 36.0 %,WBC 4,850 cell/UL., Platelet 204,000 cell/U, Neutrophils56%, Lymphocytes 26%, Monocyte 5%, Eosinophiles 13%, FBS 387 mg%, BUN 32.9 mg/dl, Cr.2.60., eGFR 24.8 (stage4) NA 129.3, K. 3.67 , CL.93.1. , CO2 24.4,UA,WBC 1-2,RBC,3-5 Admit ward เพื่อปรับระดับน้ำตาลและพบสหวิชาชีพ วันที่ 13-15 มิถุนายน 2566 รวม 2 วัน นัดติดตามอาการวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2566

#### ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 24-0-18 SC.
2. Hydralazine 25 mg 1x3๐ pc.

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

3. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1๐pc.
6. folic Acid 5 mg 1x1๐pc.
- 7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc.
- 8.vitamin B Complex 1x2๐pc.
- 9.Lorazepam 0.5 mg 1x1๐hs.

#### วันที่ 4 กรกฎาคม 2566 มาตรวจตามนัดติดตามอาการ

อาการแรกเริ่ม: มาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายกลับบ้านไม่มีอาการเหนื่อยเพลียอาการทั่วไปปกติดี  
 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/73 มม.ปรอท น้ำหนัก 49 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.87 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : FBS =419mg% ได้ RI 10 u ,IV เจาะDTX ซ้ำเมื่อครบ 1 ชั่วโมง =79 mg/dl.ให้รับประทานอาหารเจาะDTXซ้ำอีกเมื่อครบ 1 ชั่วโมง DTX=85 mg/dl ฉีด Mixtard 24 u sc.จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ.2566

#### ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 24-0-20 SC.
2. Hydralazine 25 mg 1x3๐ pc.
3. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1๐pc.
6. folic Acid 5 mg 1x1๐pc.
- 7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc.
- 8.vitamin B Complex 1x2๐pc.
- 9.Lorazepam 0.5 mg 1x1๐hs.

#### วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 มาตรวจตามนัดติดตามอาการ

อาการแรกเริ่ม: มาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายกลับบ้านไม่มีอาการเหนื่อยเพลียอาการทั่วไปปกติดี  
 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 93 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/87 มม.ปรอท น้ำหนัก 49 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.87  
 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : FBS =419 mg% ได้ RI 10 u ,IV เจาะDTX ซ้ำเมื่อครบ 1 ชั่วโมง = 79 mg/dl หลังรับประทานอาหารเจาะDTXซ้ำ = 85mg/Dl ฉีด Mixtard 24 u sc. จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ.2566

#### ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 28-0-20 SC.
2. Hydralazine 25 mg 1x3๐ pc.

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

3. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1๐pc.
6. folic Acid 5 mg 1x1๐pc.
- 7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc.
- 8.vitamin B Complex 1x2๐pc.
- 9.Lorazepam 0.5 mg 1x1๐hs.

#### วันที่ 12 กันยายน 2566 มาตรวจหลังนัดติดตามอาการ

อาการแรกรับ: มาตรวจหลังนัดเดิมวันที่ 5 กันยายน 2566 อาการปกติดี ให้ประวัติว่าขาดยามา 5-6 วัน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 มม.ปรอท น้ำหนัก 49 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.87 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : FBS =600 mg% ได้ RI 10 u ,IV, RI 8 u ,IM เจาะDTX ซ้ำเมื่อครบ 1ชั่วโมง = 291 mg/dl ฉีด Mixtard 30 u sc. จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2566

#### ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 30-0-24 SC.
2. Hydralazine 25 mg 1x3๐ pc.
3. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1๐pc.
6. folic Acid 5 mg 1x1๐pc.
- 7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc.
- 8.vitamin B Complex 1x2๐pc.
- 9.Lorazepam 0.5 mg 1x1๐hs.

#### วันที่ 10 ตุลาคม 2566 มาตรวจตามนัดติดตามอาการ

อาการแรกรับ: มาตรวจตามนัด อาการปกติดีมาตรวจตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/74 มม.ปรอท น้ำหนัก 49 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.87

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : CBC: Hb.11.5 g/dl, Hct 35.0 %,WBC 7,380 cell/UL., Platelet 220,000 cell/U,Neutrophils75%, Lymphocytes 18%, Monocyte 4%, Eosinophiles 3%,BUN 33.1 mg/dl, Cr.2.80., eGFR 22.6 (stage4) NA 134.6, K. 4.02 , CL.91.3. , CO2 24.2,UA,Cholesterol 254,Triglyceride 405, HDL-C 36, LDL-C 137 WBC 1-2,RBC,3-5 FBS =564 mg%,A1c=14.0, ได้ RI 10 u ,IV, RI C10 u ,IM เจาะDTX ซ้ำเมื่อครบ 1ชั่วโมง = 167 mg/dl ฉีด Mixtard 30 u sc. จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2566

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 20-0-20 SC.
2. Hydralazine 25 mg 1x3 pc.
3. Aspirin 81 mg 1x1pc.
4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1hs.
5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1pc.
6. folic Acid 5 mg 1x1pc.
- 7.Amlodipine 10 mg 1x1pc.
- 8.vitamin B Complex 1x2pc.
- 9.Lorazepam 0.5 mg 1x1hs.

วันที่ 24 ตุลาคม 2566 มาตรวจตามนัดติดตามอาการ

อาการแรกรับ: มาตรวจตามนัด อาการปกติดีมาตรวจตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/84 มม.ปรอท น้ำหนัก 49 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 19.87

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : FBS =467 mg% ได้ RI 10 u ,IV เจาะDTX เข้าเมื่อครบ 1ชั่วโมง =213 mg/dl จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2566

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 24-0-24 SC.
2. Hydralazine 25 mg 1x3 pc.
3. Aspirin 81 mg 1x1pc.
4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1hs.
5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1pc.
6. folic Acid 5 mg 1x1pc.
- 7.Amlodipine 10 mg 1x1pc.
- 8.vitamin B Complex 1x2pc.
- 9.Lorazepam 0.5 mg 1x1hs.

วันที่ 31 ตุลาคม 2566 มาตรวจตามนัดติดตามอาการ

อาการแรกรับ: มาตรวจตามนัด อาการปกติดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/75 มม.ปรอท น้ำหนัก 49 กก.ส่วนสูง 157 ซม.BMI = 19.87 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Cholesterol 169,Triglyceride 107, HDL-C 60, LDL-C 88, FBS =278 mg% จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 26-0-26 SC.
2. Hydralazine 25 mg 1x3 pc.



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

3. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Calcium Carbonate 1250mg 1x1๐pc.
6. folic Acid 5 mg 1x1๐pc.
- 7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc.
- 8.vitamin B Complex 1x2๐pc.
- 9.Lorazepam 0.5 mg 1x1๐hs.

ผู้ป่วยรายที่ 2 ข้อมูลทั่วไป:เพศชายอายุ 71 ปี สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ทำงาน สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพ (ผู้สูงอายุ) การวินิจฉัยโรค: เป็น DM type2 with Hypertension with Hyperlipidemia with CKD 3 with Hyperplasia of prostate with Myoclonus.

อาการสำคัญ:มาตรวจตามนัดอาการปกติดี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:เป็นโรคเบาหวานครั้งแรกพ.ศ.2548รวมเป็นมา18ปีรับยาต่อเนื่องวันนี้มาตรวจตามนัดอาการปกติดี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังระยะที่3โรคไขมันในเลือดสูงต่อมลูกหมากโต และมีโรคกล้ามเนื้อกระตุก(Myoclonus)รับยาประจำที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี วันที่ 18 ตุลาคม 2565 มาตรวจตามนัด

อาการแรกรับ: มาตรวจตามนัดผู้ป่วยอาการปกติดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/60 มม.ปรอท น้ำหนัก 44กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 17.85 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS 358 mg%, ใต้ RI 8 u ,IV เจาะDTX ข้าเมื่อครบ1ชั่วโมง =190 mg/dl OFF NPH จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2565

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.INSULATARD HM PENFILL 5X3 12-0-10 SC. OFF, เปลี่ยนเป็น Mixtard 10-0-6 u, sc.
2. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
3. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
4. Doxazosin 4 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Clonazepam 0. 5 mg 2x1๐hs.
- 6.Enalapril 5 mg 0.5 tab x1๐pc.
- 7.omeprazole 20 mg 1x1๐ac.
- 8.SENOKOT 2tab ๑ hs.
9. Analgesic Balm นวดบริเวณที่ปวด

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 มาตรฐานตามนัด

อาการแรกรับ: มาตรฐานตามนัดอาการปกติดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/60 มม.ปรอท น้ำหนัก 45 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 17.85 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS =92 mg%, ผู้ป่วยอาการปกติดีมาตรฐานตามนัด จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 10 มกราคม พ.ศ.2566

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

1. Mixtard 10-0-6 u,sc.
2. Aspirin 81 mg 1x1pc.
3. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1ohs.
4. Doxazosin 4 mg 0.5 tab 1x1ohs.
5. Clonazepam 0.5 mg 2x1ohs.
6. Enalapril 5 mg 0.5 tab x1pc.
7. omeprazole 20 mg 1x1ac.

วันที่ 10 มกราคม 2566 มาตรฐานตามนัด

อาการแรกรับ: อาการปกติดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/62 มม.ปรอท น้ำหนัก 44 กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 17.85 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:eGFR 46.5 (stage3a) Cholesterol 160, Triglyceride 125, HDL-C 57, LDL-C 78 WBC 1-2,RBC,3-5 FBS =111 mg%,A1c=11.3 ผู้ป่วยอาการปกติดีมาตรฐานตามนัด จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2566 ยาที่ได้รับกลับบ้าน

1. Mixtard 10-0-6 u, sc.
2. Aspirin 81 mg 1x1pc.
3. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1ohs.
4. Doxazosin 4 mg 0.5 tab 1x1ohs.
5. Clonazepam 0.5 mg 2x1ohs.
6. Enalapril 5 mg 0.5 tab 1x1pc.
7. omeprazole 20 mg 1x1ac.
8. Analgesic 1x3pc
9. Tramal 50 mg 1x3pc.

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2566มาตรฐานตามนัด

อาการแรกรับ: วันที่ 21 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยอาการปกติดีมาตรฐานตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/64 มม.ปรอท น้ำหนัก 45กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 18.25 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS 254 mg%, นัดติดตามอาการ ในวันที่ 18 เมษายน 2566

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 10-0-6 SC.
2. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
3. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
4. Doxazosin 4 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Clonazepam 0. 5 mg 2x1hs.
- 6.Enalapril 5 mg 0.5 tab x1๐pc.
- 7.omeprazole 20 mg 1x1๐ac.

วันที่ 18 เมษายน 2566 มาตรวจตามนัด

อาการแรกรับ: ผู้ป่วยมีอาการชาปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง เป็นมา15 วัน วันนี้มาตรวจตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/78 มม.ปรอท น้ำหนัก 44กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 17.05 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS 72 mg%, นัดติดตามอาการ ในวันที่ 26 มิถุนายน 2566

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

- 1.Mixtard ฉีด 10-0-4 SC.
2. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
3. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
4. Doxazosin 4 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Clonazepam 0. 5 mg 2x1๐hs.
- 6.Enalapril 5 mg 0.5 tab x1๐pc.
- 7.omeprazole 20 mg 1x1๐ac.
- 8.vit B complex 1x2๐pc.

วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 มาตรวจก่อนนัด

อาการแรกรับ: มาตรวจก่อนตามนัด 2 ชั่วโมงก่อนมาเดินไปเหยียบต่อไม่มีแผลฉีกขาดที่นิ้วหัวแม่เท้า ข้างขวา มีเลือดออก มีอาการเหนื่อยเพลียคล้ายจะเป็นลม ไม่มีใจสั่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/68 มม.ปรอท น้ำหนัก 45กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 18.25 การรักษาที่ได้รับก่อนกลับบ้าน

- 1) para 500 1 tab prn q 4-6๑hr. 2) Dicloxacillin 250 1x4๑ ac.

วันที่ 26 มิถุนายน 2566 มาตรวจตามนัด

อาการแรกรับ: วันที่ 26 มิถุนายน 2566 มาตรวจตามนัดอาการปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/60 มม.ปรอท น้ำหนัก 44กก.ส่วนสูง 157 ซม. BMI = 17.05 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS 62 mg% ให้ดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว และรับประทานอาหาร เจาะDTX ซ้ำ = 247 mg/dl แพทย์ปรับยาฉีดจากเดิม MixTard ฉีด 10-0-4 SC.

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

เป็น mix Tard ฉีด 4-0-4 SC. นัดติดตามอาการ ในวันที่ 29 สิงหาคม 2566

ยาที่ได้รับกลับบ้าน

1. Mixtard ฉีด 4-0-4 SC.
2. Aspirin 81 mg 1x1๐pc.
3. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
4. Doxazosin 4 mg 0.5 tab 1x1๐hs.
5. Clonazepam 0.5 mg 2x1๐hs.
6. Enalapril 5 mg 0.5 tab x1๐pc.
7. omeprazole 20 mg 1x๑1ac. เจาะ DTX ไข้เมื่อครบ 1 ชั่วโมง = 216 mg/dl

พยาธิสภาพของโรค : โรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง Hyperglycemia โดยมีอยู่สองสาเหตุที่ก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง คือ ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) และการลดระดับของการผลิตอินซูลินในร่างกาย ซึ่งสองปัจจัยนี้ทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ฮอร์โมนอินซูลินสร้างจากตับอ่อน เพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในโรคเบาหวานผู้ป่วยจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ โดยมีกลไกการเกิดโรคดังนี้

#### 1. เกิดจากกลูโคสเข้าสู่เลือดมากขึ้น

1.1 รับประทานอาหารมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคสมอง ที่มีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง หรือของศูนย์ควบคุมความอยากอาหารในสมอง ทำให้อยากทานอาหารมากขึ้น

1.2 กระเพาะอาหารและลำไส้ดูดซึมน้ำตาลมากขึ้น หรือไตดูดกลับน้ำตาลเข้ากระแสเลือดมากขึ้น

1.3 ร่างกายสร้างน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ เซลล์ตับมีการสร้างน้ำตาลเพิ่มขึ้น (gluconeogenesis) หรือเซลล์ไขมันสลายไขมันมาเป็นน้ำตาลมากขึ้น (lipolysis) มักพบภาวะเหล่านี้ในคนที่น้ำหนักตัวเกิน หรือเซลล์ตับอ่อนสร้างฮอร์โมนกลูคากอนเพิ่มขึ้น ฮอร์โมน glucagon เป็นฮอร์โมนที่ช่วยเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด หรือร่างกายสลายสารโปรตีน/ไขมันในร่างกายเพิ่ม เช่น กรณีผู้ป่วยได้รับยาสเตียรอยด์ เป็นต้น

1.4 จากการฉีดหรือได้รับกลูโคสเข้าทางหลอดเลือด

2. เกิดจากกลูโคสเคลื่อนจากเลือดเข้าเซลล์ลดลง : ภาวะเซลล์ของร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินเท่าที่ควร ทำให้กลูโคสจากเลือดเข้าเซลล์ลดลง (insulin resistance) มักพบในคนที่อายุมากกว่า 30 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย ดังแสดงตามรูปภาพการเกิดเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง<sup>12,15-16</sup>



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

##### สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังไม่มีเหตุผลที่แน่ชัดมีหลายๆ ปัจจัยที่สามารถเพิ่มความเสี่ยง ได้แก่

- 1.โรคอ้วน การเป็นโรคอ้วนหรือมีน้ำหนักตัวเกิน ทำให้มีความเสี่ยงสูง
- 2.มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติแต่ยังไม่ถึงระดับที่จำเป็นต้องทำการวินิจฉัยสำหรับ
- 3.พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ในปริมาณมากสามารถเพิ่มความเสี่ยง การบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูง อาหารและเครื่องดื่มที่มีกากใยน้อย
- 4.การไม่เคลื่อนไหวออกแรง เมื่อไขมันในร่างกายทำปฏิกิริยากับอินซูลินและฮอร์โมนอื่นๆ

ในการส่งผลต่อการเจริญเติบโตของโรคเบาหวาน กล้ามเนื้อก็เช่นกัน โดยมวลกล้ามเนื้อสามารถเพิ่มขึ้นได้จากการออกกำลังกายและการฝึกกล้ามเนื้อนั้น มีบทบาทในการป้องกันร่างกายจากภาวะดื้อต่ออินซูลินและโรคเบาหวานชนิดที่ 2

5. พฤติกรรมการนอน พฤติกรรมการนอนที่ถูกรบกวนได้ส่งผลกระทบต่อสมดุของอินซูลินในร่างกายและระดับน้ำตาลในเลือดโดยการทำงานที่มากขึ้นของตับอ่อน

6. กลุ่มอาการที่รังไข่มีถุงน้ำหลายใบ (PCOS) จากการประมาณการ ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการที่รังไข่มีถุงน้ำหลายใบ (PCOS) เป็นภาวะผิดปกติที่ฮอร์โมนไม่สมดุล และมีความเสี่ยงสูงถึง 7 เท่าในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 <sup>12,15-16</sup>

##### อาการและอาการแสดง

- 1.กระหายน้ำบ่อย
- 2.ปัสสาวะบ่อยและมาก
- 3.น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ<sup>12</sup>

##### การประเมินความเสี่ยงและการคัดกรองโรคเบาหวาน

1.การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานจากปัจจัยเสี่ยง (Thai Diabetes Risk Score ) ถ้าพบมีความเสี่ยง 8 คะแนนขึ้นไปให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เช่น มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อ้วนหรือมีพ่อแม่ หรือน้องเป็นเบาหวาน เป็นโรคความดันโลหิตสูงและกำลังรับประทานยาลดความดันโลหิต มีระดับไขมันในเลือดมากกว่าปกติ(ระดับไตรกลีเซอไรด์ $\geq$ 250 มก./ดล,เอช ดี แอล  $\leq$ 35 มก.ดล ) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวเกิน 4 กิโลกรัม เคยได้รับการตรวจพบเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้หญิงกลุ่มถุงน้ำหลายใบ มีความผิดปกติเกี่ยวข้องกับภาวะการดื้อต่ออินซูลิน เช่นโรคอ้วนรุนแรง(BMI $\geq$ 25 ตร.ม. และ/หรือเส้นรอบเอว $\geq$ 90 ซม.ในผู้ชายเส้นรอบเอวมากกว่า $\geq$ 80ซ.ม.ในผู้หญิงหรือเส้นรอบเอวมากกว่าส่วนสูงหารด้วยสอง) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเอดส์/HIV <sup>12,16</sup>

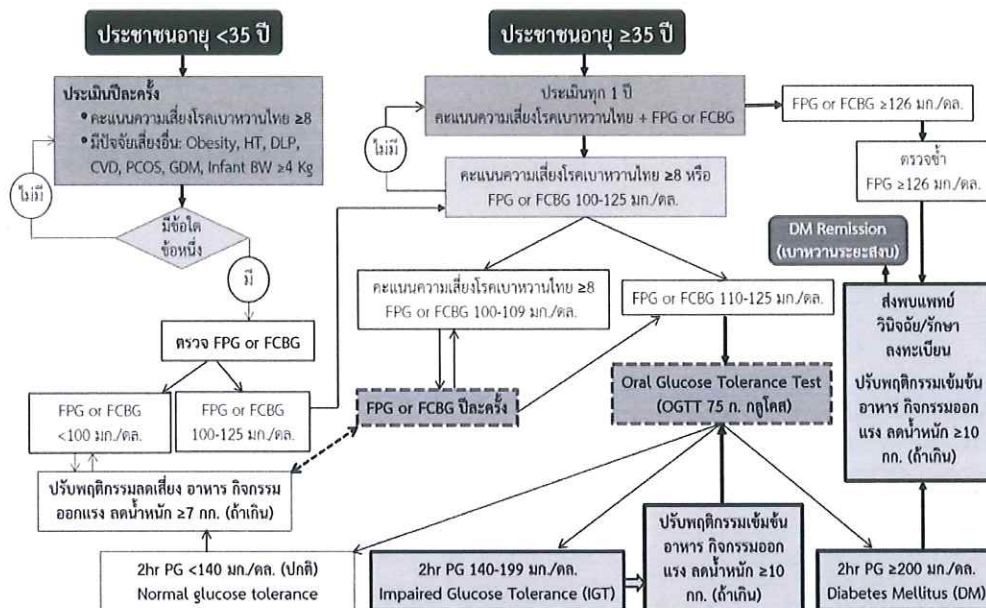
### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

การประเมินความเสี่ยงและการคัดกรองโรคเบาหวาน(ต่อ)

แผนภูมิที่ 1 แสดง Thai Diabetes Risk Score

เนื่องจากเบาหวานชนิดที่ 2 พบในคนอายุน้อยได้บ่อยขึ้น ประเมินโดยใช้ Thai Diabetes Risk Score ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง (แผนภูมิที่ 1)



#### การวินิจฉัย

1. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารถ้าระดับFPG (หรือFCBG)  $\geq 126$  mg/dl ถือได้ว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเป็นโรคเบาหวานให้ตรวจยืนยันด้วยFPG อีกครั้งอีกครั้งหนึ่งในวันหรือสัปดาห์ถัดมาถ้าพบว่า FPG  $\geq 126$  mg/dl ให้เข้าสู่กระบวนการรักษาโรคเบาหวาน<sup>12</sup>

2. การทดสอบ OGTT เป็นการตรวจความทนต่อกลูโคส ควรแนะนำให้รับประทานอาหารเช้า/แบ่งอย่างน้อย 150 กรัมต่อวัน อย่างน้อย 3 วัน ก่อนการทดสอบ เพื่อไม่ให้เกิดผลบลวกลง ถ้าระดับพลาสมา กลูโคส 2 ชั่วโมงหลังการทดสอบ 200 มก.ดล. ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งใน 1 สัปดาห์ถัดไป ผลทดสอบถ้ายังคง 200 มก.ดล. ให้เข้าสู่กระบวนการรักษาโรคเบาหวาน

3. การตรวจระดับ A1C สะดวก สามารถตรวจเวลาใดก็ได้ ใช้วินิจฉัยเมื่อตรวจพบ  $\geq 6.5\%$ <sup>12,19</sup>

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สรุปการวินิจฉัยจากตารางที่ 2 <sup>12</sup>

ตารางที่ 2. การแปลผลระดับพลาสมาไกลูโคสและ A1C เพื่อการวินิจฉัย

สถานะ	ปกติ	ภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes)		โรคเบาหวาน
		impaired fasting glucose (IFG)	impaired glucose tolerance (IGT)	
พลาสมาไกลูโคสขณะอดอาหารตอนเช้า (FPG)	<100 มก./ดล.	100-125 มก./ดล.	-	≥126 มก./ดล.
พลาสมาไกลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม 2 h-PG (OGTT)	<140 มก./ดล.	-	140-199 มก./ดล.	≥200 มก./ดล.
พลาสมาไกลูโคสที่เวลาใดๆ ในผู้ที่มีอาการชัดเจน	-	-	-	≥200 มก./ดล.
ฮีโมโกลบินเอวันซี (A1C)	<5.7 %	5.7-6.4 %		≥6.5 %

#### การประเมินทางคลินิกและการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

1.การตรวจทั่วไป การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ การตรวจตาและจอประสาทตา การตรวจเสียงฟู่ที่หลอดเลือดคอโรติด (Carotid bruit) การตรวจผิวหนัง การคลำชีพจรที่ข้อเท้าและส่วนปลายที่เท้า ประสาทรับความรู้สึกที่เท้า ตาปลา แผลที่เท้า

2.การตรวจหาภาวะหรือโรคแทรกซ้อนที่จอตา (diabetic retinopathy) ไต (diabetic nephropathy) ปลายประสาท (diabetic neuropathy) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการตรวจสุขภาพช่องปาก เหงือกและฟัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย การเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำเพื่อวัดระดับ

FPG,A1C,Cholesterol,triglyceride,HDL,LDL-C ,cr,eGFR,ตรวจปัสสาวะ(urinalysis ) หากตรวจไม่พบสารโปรตีนให้ตรวจหา albuminuria ในกรณีที่มีอาการบ่งชี้ของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้สูงอายุควรตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และ/หรือตรวจเอ็กซเรย์ปอด การส่งต่อพบแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตั้งแต่แรกวินิจฉัย ให้พิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อทำการประเมินและพิจารณาแนวทางการรักษาภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น<sup>12,18-19</sup>

#### การรักษา

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวานคือ

- 1.รักษาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
- 2.ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
- 3.ป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ

5.สำหรับเด็กและวัยรุ่นให้มีการเจริญเติบโตสมวัยและเป็นปกติ

เป้าหมายของการรักษา กรณีอายุน้อยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พิจารณาควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) น้อยกว่า 6.5% ส่วนผู้สูงอายุและมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่พิจารณาควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 7-8 % (HbA1C)

ตารางแสดงเป้าหมายในการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่

การควบคุม เบาหวาน	เป้าหมาย	
	ควบคุมเข้มงวด	ควบคุมทั่วไป
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร	>70-110 มก./ดล.	80-130 มก./ดล.
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง	<140 มก./ดล.	-
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหาร*	-	<180 มก./ดล.
A1C (% of total hemoglobin)	<6.5%	<7.0%

\* พิจารณาระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเป็นเป้าหมาย หาก A1C สูงเกินเป้าหมาย แต่ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเป็นตามเป้าหมายแล้ว

#### การใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

- 1.การใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 เริ่มต้นด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตก่อนการให้ยาหรือพร้อมกับการเริ่มยา
- 2.เริ่มต้นให้การรักษารักษาขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือดและ A1C
- 3.อาการหรือความรุนแรงของโรค(อาการแสดงของโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อน )
- 4.โรคร่วมของผู้ป่วย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง หมายถึง eGFR<60 มล./นาที่และ/หรืออัลบูมินในปัสสาวะ $\geq$ 300 มก.ก.ครีอะตินิน ควรติดตามและปรับขนาดยาทุก 1-4 สัปดาห์จนได้เป้าหมาย<sup>12</sup>

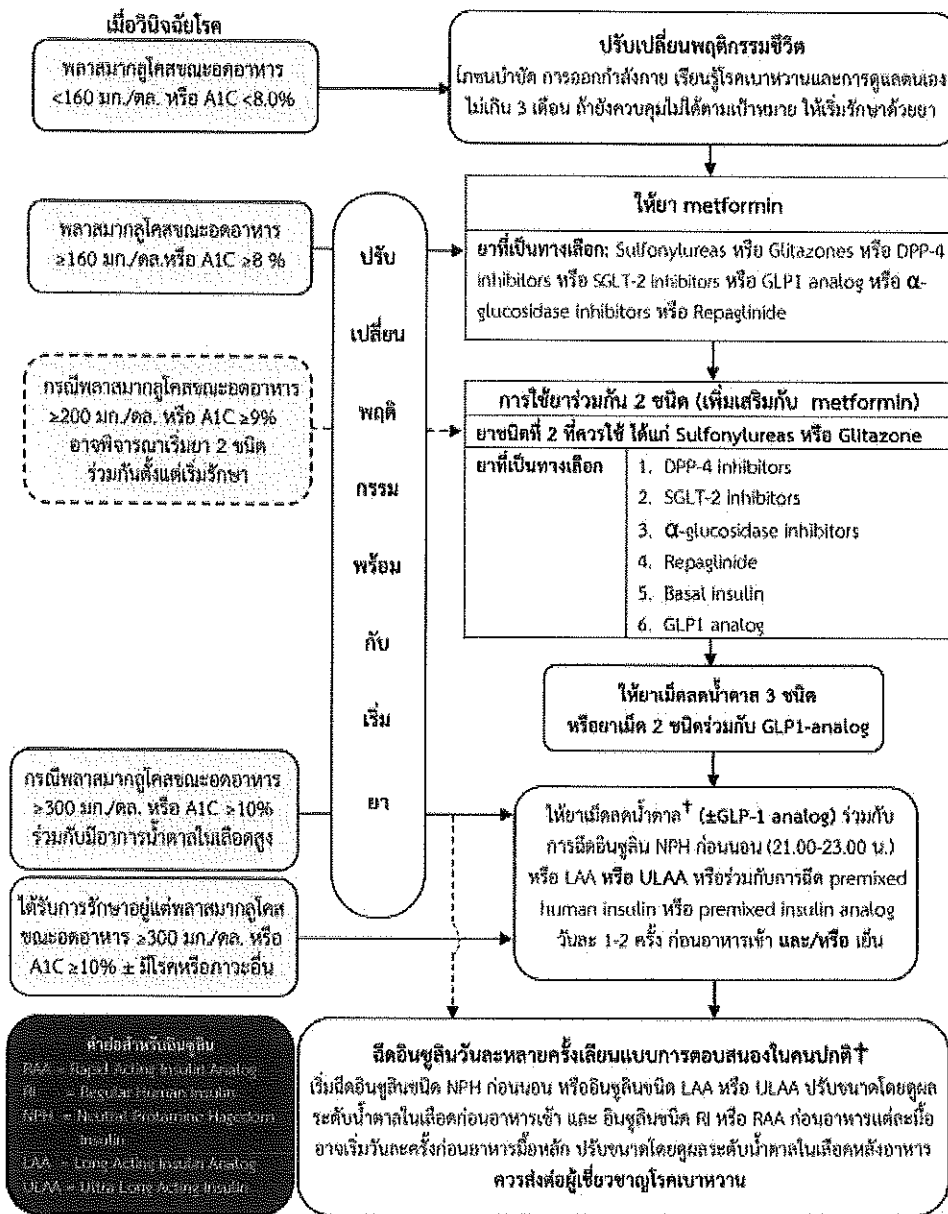


3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

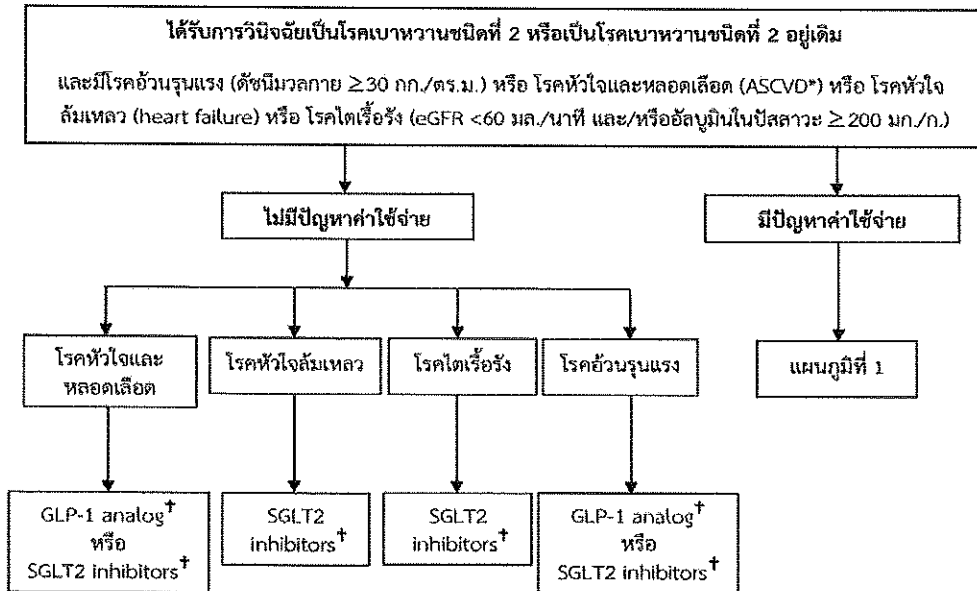
การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่2(ต่อ)

แผนภูมิที่1แสดงการรักษาเบาหวานชนิดที่2 <sup>12</sup>( อาจพิจารณาให้Metformin ร่วมด้วย)



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ) การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ) <sup>12</sup>



แผนภูมิที่ 2. ขั้นตอนการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคอ้วนรุนแรง หรือ โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคหัวใจล้มเหลว หรือ โรคไตเรื้อรัง และไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย († อาจพิจารณาใช้เป็นยาเดี่ยวหรือใช้ร่วมกับ metformin) \*ASCVD = atherosclerotic cardiovascular diseases (myocardial infarction, stroke, peripheral arterial disease, any revascularization)

#### การเริ่มยาฉีดในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยารับประทานไม่ได้ผล

การเริ่ม basal insulin ขนาดยา basal insulin เริ่มต้น พิจารณาจากระดับ HbA1C ถ้า

HbA1C  $< 8\%$  เริ่ม total daily dose (TDD) 0.1-0.2 unit/kg

HbA1C  $> 8\%$  เริ่ม total daily dose (TDD) 0.2-0.3 unit/kg

และพิจารณาปรับขนาดยาทุก 2-3 วัน

การปรับขนาดยา basal insulin มี 2 วิธี

1. Fix dose เป็นการเพิ่มขนาดยาค้างละ 2 unit

2. Adjustable regimen โดย

$> 180$  mg/dl เพิ่มขนาดยา 4 unit

140 -180 mg/dl เพิ่มขนาดยา 2 unit <sup>19</sup>

110 -139 mg/dl เพิ่มขนาดยา 1 unit

3. ถ้าน้ำตาลต่ำ

$< 70$  mg/dl ลดขนาดยา 10-20 %

$< 40$  mg/dl ลดขนาดยา 20-40 %

๓. แบบแสดงสรุปการเสนองาน ( ต่อ )

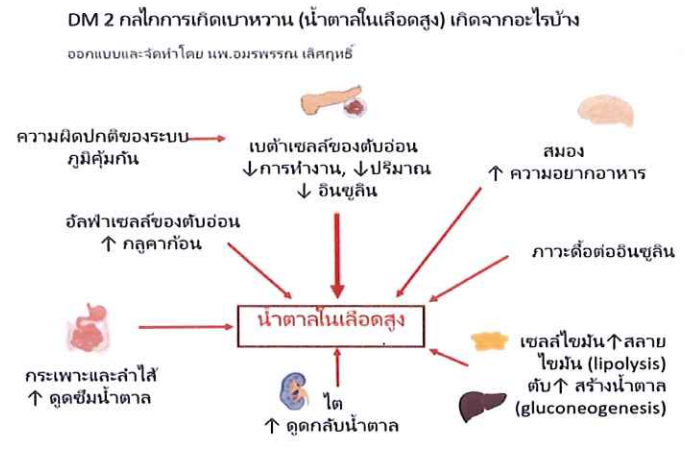
4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. อาการแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
  - 2.ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตา จอประสาทตาเสื่อม ตาบอดเบาหวานขึ้นตา ไตวายเรื้อรังเบาหวานเป็นสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ร้อยละ 20.0 - 40.0 มีโอกาสเกิดภาวะโรคไตเรื้อรังและเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท
- ประสาทส่วนปลายเสื่อม ความผิดปกติของเส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง ปัญหาที่เ้าจากเบาหวาน รวมทั้งโรคที่มีกพบร่วมกับเบาหวาน เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน อาจทำให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์,อัมพาตหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน : ขาปลายมือ-เท้า, ภาวะเส้นเลือดตีบแข็งเร็วขึ้น ทำให้เกิดปัญหากับอวัยวะที่เส้นเลือดนั้นไปหล่อเลี้ยง เช่น เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอุดตันก็จะทำให้เกิดอัมพาต เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจอุดตัน

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันภาวะน้ำตาลสูง หมายถึง ภาวะน้ำตาลสูงฉุกเฉินเกิดจากร่างกายมีอินซูลินเพิ่มสูงขึ้น (Counter- gulatory hormones) ได้แก่ glucagon, catecholamine, cortisol, growth hormones เป็นผลให้กระบวนการของการสร้างน้ำตาลจากตับและไต(gluconeogenesis)เพิ่มขึ้นร่วมกับการสลายกลัยโคเจน (glycogenolysis)รวมถึงเซลล์ต่างๆไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานทำให้น้ำตาลในเลือดสูง มีอาการกระหายน้ำปัสสาวะบ่อย สูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกทางปัสสาวะ ส่งผลให้น้ำหนักลดเหนื่อยอ่อนเพลีย เสียสมดุลเกลือแร่หลายชนิด คือโซเดียม โปแตสเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม มี osmolality สูงขึ้นลดการไหลเวียนโลหิตไปหล่อเลี้ยงที่ไต ความดันโลหิตต่ำ ช็อคและเสียชีวิตได้ การวินิจฉัยหาสาเหตุ ให้รักษาและดูแลใกล้ชิด สามารถทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตได้ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะน้ำตาลสูงฉุกเฉิน ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดขาดอินซูลิน เช่น ขาดยาเบาหวาน หรือไม่ทราบว่าเป็นเบาหวานมาก่อนและมีปัจจัยที่เพิ่มฮอร์โมนต้านอินซูลิน ได้แก่ มีการติดเชื้อ เกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตับอ่อนอักเสบอาจสัมพันธ์กับรับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตมาก ได้รับยาเบาหวานกลุ่ม SGLT2-1 ภาวะน้ำตาลสูงแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ 1) น้ำตาลในเลือดสูงชนิด diabetic ketoacidosis (DKA) และน้ำตาลในเลือดสูงชนิด hyperglycemic hyperosmolar stat หรือ hyperosmolar hyperglycemic stat (HHS) ทั้งDKA,และ HHS อาจเกิดร่วมกันได้



3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

การวินิจฉัยและการจำแนกภาวะน้ำตาลในเลือดสูงฉุกเฉิน <sup>12</sup>

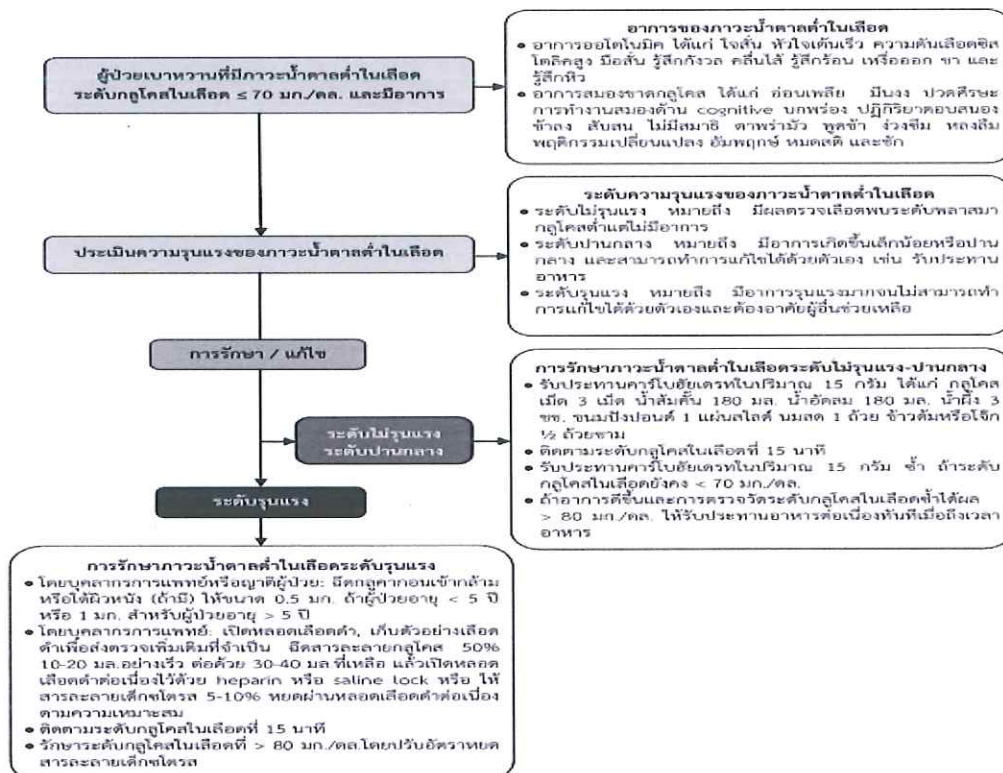
ความแตกต่าง	Mild DKA	Moderate DKA	Severe DKA	HHS
ภาวะขาดอินซูลิน	+++	+++	+++	+
อาการของน้ำตาลในเลือดสูง	+	++	+++	++++
อาการหอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน	+	++	+++	-
Kussmaul breathing, acetone odor	+	++	+++	-
ความเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติ	Alert	Alert/drowsy	Stupor/coma	Stupor/coma
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)	≥ 250	≥ 250	≥ 250	≥ 600
สารคีโตนในเลือด/ปัสสาวะ				
Blood beta-hydroxybutyrate (mmol/L)	≥ 3 mmol/L	≥ 3 mmol/L	≥ 3 mmol/L	< 3 mmol/L
สารคีโตนในปัสสาวะ	+	++	+++	-/+
ภาวะเป็นกรด				
pH	7.25-7.29	7.0-7.24	≤ 7.0-7.1	≥ 7.25-7.3
HCO <sub>3</sub> (mEq/L)	15-18	10-15	≤ 5-10	≥ 15-18
Anion gap (mEq/L)	≥ 10	≥ 12	≥ 12	≥ 12
Serum osmolality (mOsm/kg)	Variable	Variable	Variable	≥ 320
การเสียสมดุลเกลือแร่	+	++	+++	+++

คำนวณ Effective serum osmolality (mOsm/kg) = 2 x measured serum Na (mEq/L) + glucose (mg/dl)/18

การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดผู้ป่วยเบาหวานอาศัยเกณฑ์ 3 ข้อดังนี้

- 1)ระดับพลาสมากลูโคสที่ ≤ 70 มก/ดล.
- 2)มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด
- 3)อาการหายไปเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

แผนภูมิแสดงการประเมินและการรักษาภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึง โรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) เริ่มแรกตรวจพบได้โดยตรวจอัลบูมินในปัสสาวะ(albuminuria) ระดับอัลบูมินในปัสสาวะที่ถือว่าผิดปกติคือค่าตั้งแต่ 30 มก.ต่อวัน หรือ urinary albumin to creatinine ratio (UACR) 30มก.ต่อกรัมครีอะตินีน การตรวจปัสสาวะโดยใช้ dipstick จะให้ผลบวกต่อเมื่อค่าอัลบูมิน ในปัสสาวะมากกว่า 300 มก.ต่อวัน หรือ UACR 300มก.ต่อกรัมครีอะตินีน ดังนั้น การตรวจปัสสาวะด้วย dipstick จึงไม่ไวพอสำหรับการวินิจฉัยโรคไตจากเบาหวานระยะเริ่มแรก

			ปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria)		
			A1	A2	A3
		UACR	UACR	UACR	UACR
		eGFR	0-29 mg/gC	30-299 mg/gC	≥300 mg/gC
อัตราการกรองของไต (มล./นาที /1.73 ตร.ม.) eGFR categories (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	G1	≥90	Treatment A	Treatment B	Treatment C
	G2	60-89		or	or
	G3a	45-59	Treatment A	Treatment C	Refer
	G3b	30-44			
	G4	15-29	Refer	Refer	Refer
	G5	< 15	Refer	Refer	Refer

Treatment A: ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

รายละเอียดของการแบ่งระยะโรคไตและการรักษาตามความรุนแรงของโรคไตจากเบาหวาน แบ่งตามปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะและอัตราการกรองของไต <sup>12</sup>

#### วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลโดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายดังนี้

- คัดกรองและส่งปรึกษาหรือส่งต่อ (screening and consultation or referral) เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังได้ในระยะแรกของโรคและส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยให้อายุรแพทย์โรคไตได้อย่างเหมาะสม
- ชะลอการเสื่อมของไต (slowing the progression of kidney disease) เพื่อป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต
- ประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง (evaluation and treating complications) เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
- ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular risk reduction) เพื่อป้องกันการเกิดและลดการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- เตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทดแทนไตในระยะเวลาที่เหมาะสม (preparation for renal replacement therapy)

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

พยาธิสภาพการเกิดโรคไตจากเบาหวานโดยหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหน่วยไตมีความผิดปกติ ทำให้พบมีโปรตีนในปัสสาวะ และเกิดโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)<sup>15-16</sup>



#### การติดตามระดับการทำงานของไต

ขอแนะนำสำหรับความถี่ในการตรวจซึ่งแบ่งตามระยะของโรคไตเรื้อรังดังนี้

1. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 12 เดือนหรือทุก 6 เดือน
2. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ควรติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน หรือควรติดตามทุก 4 เดือน
3. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 4 เดือน หรือควรติดตามทุก 3 เดือน
4. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 1-3 เดือนตามอาการ
5. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a-5 ควรติดตามระดับครีเอตินินและโพแทสเซียมในเลือดภายใน 2-4 สัปดาห์

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง :  
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายโดยการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนในการประเมินภาวะสุขภาพ พบปัญหา  
ทางการพยาบาล รายที่ 1,2 เหมือนกัน คือ

1. เสี่ยงต่อการทรุดลงขณะรอตรวจจากภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำโดยไม่มีอาการเตือน
2. เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มขณะรอตรวจและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
3. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหลังตรวจและจำหน่ายกลับบ้าน
4. มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
5. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำซ้ำ

พบปัญหาทางการพยาบาลที่ต่างกันคือ ในรายที่ 2 มีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม
2. วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ยาวนานไม่หายขาดขาดโอกาสหารายได้และ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

ส่วนของ/11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าทั้งสองรายมีปัญหาสุขภาพที่เหมือนกันดังนี้

1. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร เช่น กินอาหารอีสาน รับประทานข้าวเหนียวประจำ
2. ออกกำลังกายน้อย การจัดการสุขภาพ เช่น ปัญหาทางสายตาจากเป็นผู้สูงอายุ ส่งผลให้อ่านสลากยาได้ไม่ชัดเจนและรับประทานยาไม่ถูกต้อง

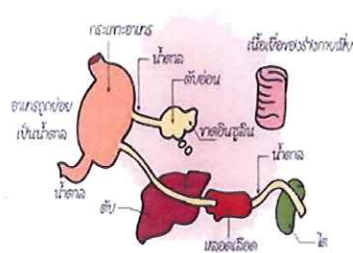
ปัญหาที่แตกต่างกัน พบในรายที่2 ได้แก่ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ เช่นกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่ายในครอบครัวเนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด เช่นมีปัญหนอนหลับยากต้องใช้นอนหลับบ่อยครั้ง ไม่ต้องการเป็นภาระคนอื่น ผู้ป่วยเครียดจากบุตรชายคนเล็กตกงาน ทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันตามปัญหาและสาเหตุ ผู้ศึกษาได้ผู้ศึกษาและได้ให้การพยาบาลตามกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน/11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพ ปฏิบัติตามมาตรฐานการ พยาบาลผู้ป่วยนอก ประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน นัดติดตามการรักษา ที่คลินิกเบาหวานผู้ป่วยรายที่1 มาได้รับการรักษา จำนวน 13 ครั้ง ผู้ป่วยรายที่2 มาได้รับการรักษา จำนวน 10 ครั้งพบว่า : ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ทั้ง 2 ราย ส่วนการตรวจน้ำตาลสะสมในเลือดหลังได้รับการดูแลแนะนำการปฏิบัติตัว รอตรวจในรอบต่อไป สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้คงเดิมทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรายที่1(eGFR 31.84 (stage3b) รายที่2 (eGFR 46.17 stage3a) ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองรายยังพบปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่องต่อไป รายละเอียดและวิเคราะห์เปรียบเทียบตามตาราง ดังนี้

## 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

## ตารางที่ 1

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
1.สาเหตุ	สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัดจากผังเครือญาติ 3 รุ่นไม่มีญาติพี่น้องเป็นเบาหวานมีผู้ป่วยคนเดียวเป็นเบาหวาน เมื่อ 11/05/2551รวม 15 ปี	สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัดจากผังเครือญาติ 3 รุ่นไม่มีญาติพี่น้องเป็นเบาหวานผู้ป่วยคนเดียวเป็นเบาหวาน เมื่อ 11/05/2548 รวม 18 ปี	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่พบสาเหตุที่แน่ชัดเนื่องจากในผังเครือญาติ 3 รุ่นเป็นไม่พบไม่มีญาติพี่น้องเป็นเบาหวาน ซึ่งเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุที่พบได้บ่อยในคนไทยร้อยละ 95 มีอายุ 30 ปีขึ้นไป <sup>12</sup> เกิดจากสาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน หรือเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่ผิดปกติของอินซูลินโดยกำเนิดมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับความบกพร่องในการสร้างอินซูลินที่เหมาะสมมีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักตัวมาก การขาดการออกกำลังกาย และวัยที่เพิ่มขึ้นเซลล์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงมีการสร้างอินซูลิน แต่ทำงานไม่เป็นปกติเนื่องจากมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้เซลล์ที่สร้างอินซูลินค่อยๆถูกทำลายไป บางคนเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนโดยไม่รู้ตัว <sup>12-16</sup>
2.อายุ	65	7	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้นเนื่องจากพบมากขึ้นจากอายุ 30 ปีขึ้นไป <sup>12-13</sup>
3.เพศ	ชาย	ชาย	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเพศชายซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ชายไทยมีสัดส่วนการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่าเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ 7.9 และ 9.8 ตามลำดับ <sup>14</sup>





## 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)ตารางที่ 1(ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
4.โรคร่วม (comorbidities)	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรังระยะ 4(eGFR31.84 (stage3b)	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรังระยะ3a (eGFR 46.17stage3a) ต่อมลูกหมากโตและ โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Myoclonus)รับยา ประจำที่ โรงพยาบาลสรรพ สิทธิประสงค์	พบว่ามีโรคร่วมที่เหมือนกันคือ1)ความดันโลหิต สูง 2)ไขมันในเลือดสูงแต่สิ่งที่ต่างกันคือมีค่าการ ทำงานของไตผู้ป่วยรายที่1มี eGFR 31.84(stage3b) ,รายชื่อ2 eGFR 46.17(stage3a) :ซึ่งพบว่าการทำงานของไต ลดลงผู้ป่วยทั้ง2รายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิด โรคหัวใจมากขึ้นทั้งจากหลอดเลือดแข็งตัวจาก โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงการ ทำงานของไตลดลงระยะ3a ขึ้นไป <sup>12,13,16</sup>
5.การ วินิจฉัยโรค ตำแหน่ง และพยาธิ สภาพ	โรคเบาหวานชนิด ที่2 หมายถึงคือ ภาวะที่ร่างกายไม่ สามารถตอบสนอง ต่ออินซูลิน (Insulin) ได้อย่าง มีประสิทธิภาพ จึง ส่งผลให้ระดับ น้ำตาลในเลือดสูง กว่าปกติ ป่วยรายชื่อ1 A1C =14.0	โรคเบาหวานชนิดที่ 2หมายถึงคือภาวะที่ ร่างกายไม่สามารถ ตอบสนองต่อ อินซูลิน (Insulin) ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ จึง ส่งผลให้ระดับ น้ำตาลในเลือดสูง กว่าปกติ A1C =11.3	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายวินิจฉัยโรคเหมือนกัน โรคเบาหวานชนิดที่2หมายถึง ภาวะเซลล์ของ ร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน เท่าที่ควร ทำให้กลูโคสจากเลือดเข้าเซลล์ลดลง ซึ่งอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่นำน้ำตาลในเลือดเข้าสู่ เซลล์ต่างๆเพื่อเผาผลาญเป็นพลังงานจึงส่งผลให้ น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ <sup>12-16</sup> ทั้ง 2รายมีน้ำตาล ในเลือดสูง รายที่1A1C=14.0รายชื่อ2 A1C=11.3 ผู้ป่วยจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับ ปกติ โดยมีกลไกการเกิดโรคดังนี้ ๑. เกิดจากกลูโคสเข้าสู่เลือดมากขึ้น ๑.๑) รับประทานอาหารมากขึ้น ๑.๒)กระเพาะ อาหารและลำไส้ดูดซึมน้ำตาลมากขึ้น หรือไตดูด กลับน้ำตาลเข้ากระแสเลือดมากขึ้น๑.๓) ร่างกาย สร้างน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ เซลล์ตับมีการ สร้างน้ำตาลเพิ่มขึ้น (gluconeogenesis) หรือ เซลล์ไขมันสลายไขมันมาเป็นน้ำตาลมากขึ้น (lipolysis)

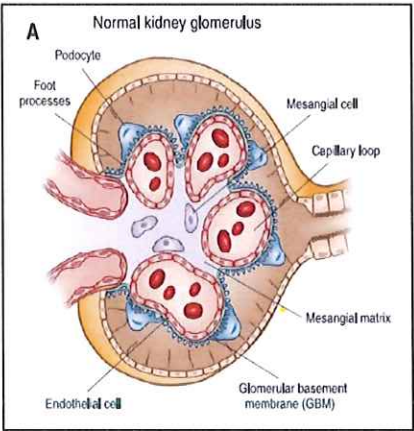


3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)ตารางที่ 1(ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
<p>5.การวินิจฉัยโรค ตำแหน่ง และพยาธิสภาพ(ต่อ)</p>	<p>การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตภาวะเบาหวานลงไต โดยหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหน่วยไตมีความผิดปกติ ทำให้พบมีโปรตีนในปัสสาวะ และเกิดโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)</p>	<p>การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตภาวะเบาหวานลงไต โดยหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหน่วยไตมีความผิดปกติ ทำให้พบมีโปรตีนในปัสสาวะ และเกิดโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)</p>	<p>มักพบในคนที่มีน้ำหนักตัวเกิน หรือเซลล์ตับอ่อนสร้างฮอร์โมนกลูคากอนก่อนเพิ่มขึ้น ฮอร์โมน glucagon เป็นฮอร์โมนที่ช่วยเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด หรือร่างกายสลายสารโปรตีน/ไขมันในร่างกายเพิ่ม เช่น กรณีผู้ป่วยได้รับยาแอสเตียรอยด์ ๑.๔) จากการฉีดหรือได้รับกลูโคสเข้าทางหลอดเลือด</p> <p>๒. ภาวะเซลล์ของร่างกายไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินเท่าที่ควร ทำให้กลูโคสจากเลือดเข้าเซลล์ลดลง (insulin resistance) โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ <sup>๑๔</sup></p> <p>ผลเสียของน้ำตาลในเลือด (สูง) ต่อผนังหลอดเลือด<sup>๑๒-๑๖</sup>หลอดเลือด(vascular endothelial cell) ดังแสดงตามรูปภาพดังนี้</p>  <p>ผ่านหลายกลไก มีอนุพันธ์อิสระ เพิ่มขึ้น น้ำตาลที่สูงเกินในเลือด ไปรวมกับโมเลกุลโปรตีน เกิดเป็นสารโมเลกุลใหญ่สะสมบนผนังหลอดเลือด เรียกสารผิดปกติทำให้หลอดเลือดผิดปกติเกิดการสะสมของสารพิษที่เกิดจากขบวนการดังกล่าว ทำให้เพิ่มการอักเสบของผนังหลอดเลือดหลอดเลือดหดตัวมากขึ้น มีเกล็ดเลือดมาจับกลุ่มกันผิดปกติ</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)ตารางที่ 1(ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
5.การ วินิจฉัยโรค ตำแหน่งและ พยาธิ สภาพ (ต่อ)			<p>สร้างพังผืด(Fibrosis) เพิ่มขึ้นที่ผนังหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้ผนังหลอดเลือดเกิดการตีบตันมากขึ้น ร่างกายพยายามสร้างหลอดเลือดใหม่ทดแทน แต่หลอดเลือดใหม่จะเป็นหลอดเลือดที่ผิดปกติเปราะและแตกง่ายมากขึ้น เมื่อกระบวนการเหล่านี้ไปเกิดกับหลอดเลือดที่เลี้ยงอวัยวะไต ก็จะทำให้เกิดโรคแทรกจากภาวะโรคเบาหวาน</p> <p style="text-align: center;"><b>รูปภาพแสดง ไตปกติ</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>ภาพแสดงเบาหวานลงไต</b></p> <p>โดยหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหน่วยไตมีความผิดปกติ ทำให้พบมีโปรตีนในปัสสาวะ และเกิดโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)<sup>15-16</sup></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="932 1644 1139 1778"> <p><b>ไตเมอวูลัสและเซลล์เยื่อที่ทำงานหนัก</b></p> <p>น้ำไหลในเลือดที่เข้ามาผ่านกระบวนการที่ไตน้อยไต จำนวนมากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดที่ไตมากขึ้น</p> </div> <div data-bbox="1155 1644 1347 1778"> <p><b>ท่อไตเกิดการหดตัวจากการทำงานของหนักมากขึ้น</b></p> <p>ท่อไตเกิดเลือดคั่งเป็นปกติ และโปรตีนที่รั่วออกมาจึงจำนวนมาก ทำให้เกิดการหนาตัวของเยื่อในที่สุด</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="932 1800 1091 1912"> <p><b>หลอดเลือดฝอยในไตหนาตัว</b></p> <p>ภาวะที่น้ำตาลสูงเป็นเวลานานทำให้หลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดเล็กเกิดการอักเสบและถูกทำลาย ทำให้เกิดการอุดตันและเลือดคั่ง</p> </div> <div data-bbox="1107 1800 1347 1912">  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="932 1935 1091 2024"> <p><b>เกิดพังผืดในเนื้อไต</b></p> <p>หลังจากสารต่างๆ ไนโตรเจนในไตทำลายและอีกผลจากการนำตาลสูงและทำงานหนักมากขึ้นเป็นเวลานาน จึงเกิดพังผืดในเนื้อไตขึ้น</p> </div> <div data-bbox="1107 1935 1347 2024">  </div> </div>

## 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)ตารางที่ 1(ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษา รายชื่อ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
6.การรักษา	1.Mixtard ฉีด26-0-26 SC. 2. Hydralazine 25 mg 1x3๐ pc. 3.Aspirin81mg 1x1๐pc. 4. simvastatin 20 mg 0.5 tab 1x1๐hs. 5.Calcium Carbonate ๑250mg 1x1๐pc. 6. folic Acid 5 mg 1x1๐pc. 7.Amlodipine 10 mg 1x1๐pc. 8.vitamin Complex 1x2๐ pc. 9.Lorazepam0.5 mg 1x1๐hs	1.Mixtard ฉีด 10-0-6 SC. 2. Aspirin 81 mg 1x1pc. 3. imvastatin20mg 0.5 tab 1x1๐hs. 4.Doxazosin4mg0.5 tab 1x1๐hs. 5.Clonazepam0.5 mg 2x1๐hs. 6.Enalapril 5 mg 0.5 tab x1๐pc. 7.omeprazole20mg 1x1๐ac. (เคยได้รับNPH 12-0-10SC.)มีปัญหา น้ำตาลต่ำจึง เปลี่ยนเป็น Mixtard	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาโรคเบาหวานที่เหมือนกันใช้อินซูลินชนิดฉีดเป็นหลักแตกต่างกันเฉพาะขนาดของ dose ที่ใช้ ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้นในช่วงน้ำตาลสูง (short acting insulin หรือ Regular human insulin, RI) รวมถึงใช้ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง (intermediate acting insulin, NPH )และ Premix insulin วันละ 1-2 เวลา พิจารณาจากลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละราย <sup>12-13</sup> จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายที่1เกิดภาวะ Hypoglycemia บ่อยครั้งทั้งนี้เนื่องจากความต้องการของอินซูลินลดลงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่3ขึ้นไปแม้จะหลังของอินซูลินลดลงและการดื้ออินซูลินแต่กลับมีภาวะเสี่ยงการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากการจัดอินซูลินลดลงที่ตับและไตนอกจากนี้การมีภาวะ ทุโภชนาการร่วมด้วยในการทำงานของกลูคาگونทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ <sup>12,13</sup> ซึ่งเป้าหมายในการควบคุมเบาหวานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรคในผู้ป่วยทั้ง 2 รายคืออาจลดเป้าหมายการควบคุมA1C>7.0% (ผู้ป่วยรายที่1,A1C =14.0,eGFR =31.84(stage3b) ผู้ป่วยรายที่2 A1C=11.3,eGFR = 46.5 (stage3a)

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลระยะก่อนตรวจ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล
<p>1.เสี่ยงต่อการเกิดทรุดลงขณะรอตรวจจากภาวะHypo – Hyperglycemiaโดยไม่มีสัญญาณเตือน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน:S:ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้ง คอแห้ง เวลากลางคืน O=FBS=229 - 600mg/dl จำนวน 10 ครั้ง (จากจำนวนทั้งหมด13ครั้ง)</p> <p>A1C =14.0,FBS=68-79 mg/dl ได้รับRI 10 u IV=8 ครั้ง (จากจำนวนทั้งหมด10ครั้ง)</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการเกิดทรุดลงขณะรอตรวจจากภาวะHypo – Hyperglycemiaโดยไม่มีสัญญาณเตือน</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจภาวะน้ำตาลสูง-น้ำตาลต่ำผลกระทบตามมาต่อตนเอง ครอบครัว</li> <li>2) มีการการตั้งเป้าหมายควบคุมน้ำตาล FBS 80-130 mg/dl,A1C= ≤8%ร่วมกัน</li> <li>3)ไม่เกิดภาวะ Hypo-hyperglycemiaซ้ำภายใน 6 เดือน</li> </ol> <p>ผลการประเมิน: ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว: FBS=229 - 600mg/dl , FBS=68-79 จำนวน 10 ครั้ง</p>	<p>1.เสี่ยงต่อการเกิดทรุดลงขณะรอตรวจจากภาวะHypo – Hyperglycemiaโดยไม่มีสัญญาณเตือน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุนS:ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้ง เหนื่อยเพลียปัสสาวะบ่อย O=FBS=254-358 mg/dl จำนวน 4 ครั้ง (จากจำนวนทั้งหมด10ครั้ง)</p> <p>A1C=11.3,FBS=62 mg/dl หลังฉีด Mix Tard 10-0-4 SC. จำนวน๑ ครั้ง(จากจำนวนทั้งหมด๑๐ครั้ง) ปรับmixTard 4-0-4 SC.</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการทรุดลงขณะรอตรวจจากภาวะHypo – Hyperglycemiaโดยไม่มีสัญญาณเตือน : เกณฑ์การประเมินผล:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจภาวะน้ำตาลสูงผลกระทบตามมาต่อตนเอง ครอบครัว</li> <li>2.มีการตั้งเป้าหมายควบคุมน้ำตาล FBS 80-130 mg/dl,A1C= ≤8%ร่วมกัน</li> <li>3.ไม่เกิดซ้ำภายใน 6 เดือน</li> </ol> <p>ผลการประเมิน: ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว: FBS=254-358 mg/dlจำนวน 4 ครั้ง, FBS=62 mg/dlจำนวน 1 ครั้ง</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การให้การพยาบาลตาม Protocol DM การดูแลผู้ป่วยอาการไม่คงที่จากภาวะ Hypo – Hyperglycemia ประเมินอาการดูแลใกล้ชิด FBS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 mg% ร่วมกับอาการวิงเวียน -FBSมากกว่าหรือเท่ากับ 300 mg% ร่วมกับอาการวิงเวียนจัดรถให้นั่ง/รถนอนส่งแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน</li> <li>2.กรณีรู้สึกตัวดี FBS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 mg% ร่วมกับอาการวิงเวียนดูแลให้น้ำหวานดื่ม จัดให้เข้าตรวจก่อนประเมินV/Sทุก 15 นาที</li> <li>3.ประเมินภาวะ เสี่ยงต่อการเกิดทรุดลงขณะรอตรวจจากภาวะHypo – Hyperglycemiaโดยไม่มีสัญญาณเตือน</li> <li>4.แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักการปฏิบัติตัวและสังเกตอาการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ภาวะHypo – Hyperglycemiaโดยไม่มีสัญญาณเตือนซ้ำ</li> <li>5.ดูแลแนะนำญาติให้ผู้ป่วยได้รับยาเบาหวานตามแผนการรักษาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด</li> <li>6.ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินปัญหาต่อเนื่อง</li> <li>7.เสริมแรงใจในการดูแลตนเอง (Motivation Interviewing , MI ) การตั้งเป้าหมายควบคุมน้ำตาล FBS 80-130 mg/dl,A1C= ≤8%ร่วมกันให้ครอบครัวมีส่วนร่วม<sup>12-13</sup></li> </ol>

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลระยะก่อนตรวจ(ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล
ไม่มี	<p>2.เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเคยมีประวัติการกระตุกของกล้ามเนื้อ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S:เคยเป็นกล้ามเนื้อกระตุกเวลาเดินไปมาแบบไม่รู้ตัวครั้งยังกินยาประจำจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี</p> <p>O=การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม(morse ) =25 คะแนนระดับปานกลาง</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องจากเคยมีประวัติการกระตุกของกล้ามเนื้อ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <p>1.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดพลัดตกหกล้มก่อนตรวจที่โรงพยาบาลและที่บ้าน</p> <p>2.ผู้ดูแลเข้าใจการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านป้องกันการพลัดตกหกล้มได้</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดพลัดตกหกล้มก่อนตรวจรวมถึงขณะไปดูแลที่บ้าน</p> <p>ผลการประเมิน:</p> <p>1.ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกหกล้มก่อนตรวจในขณะมารับบริการที่โรงพยาบาล</p> <p>2.ผู้ดูแลเข้าใจการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านป้องกันการพลัดตกหกล้มได้</p> <p>ถูกต้องผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกหกล้มที่บ้าน</p>	<p>1.ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (morse )และป้องกันการพลัดตกหกล้ม</p> <p>2. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลอย่างใกล้ชิด</p> <p>3. เฝ้าระวังและช่วยเหลือในการทำกิจกรรมขณะรอตรวจใส่ราวกันเตียงเปลนอน ก่อนส่งไปยังหน่วยบริการอื่นๆ</p> <p>4. ให้คำแนะนำการป้องกันความเสี่ยงการเกิดพลัดตกหกล้มที่บ้าน,การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม ปลอดภัย</p> <p>5.ประสานงานกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ</p> <p>4.ดูแลแนะนำญาติให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด</p> <p>5.ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินปัญหาต่อเนื่อง</p> <p>6.เสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (Motivation Interviewing , MI )ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล</p>

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลระยะตรวจ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล
<p>2.มีภาวะ Hyperglycemia</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน: S:ผู้ป่วย บอกว่าปากแห้ง คอแห้งเวลา กลางคืน</p> <p>O:FBS=419 -467 mg/dl A1C =14.0</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการ เกิดภาวะ Hyperglycemia</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <p>1.ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจภาวะ น้ำตาลสูงผลกระทบตามมา ต่อตนเอง ครอบครัว</p> <p>2.มีการตั้งเป้าหมายควบคุม น้ำตาล FBS 80-130 mg/dl,A1C= ≤8%ร่วมกัน</p> <p>3.ไม่เกิดภาวะ Hyperglycemia ซ้ำภายใน 6 เดือน</p> <p>ผลการประเมิน:</p> <p>1. FBS 79 -278,A1C=14.0</p> <p>2.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นและ เข้าใจการตั้งเป้าหมาย ควบคุมน้ำตาล และA1C เพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะตามมาจากการควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้จนเกิด ภาวะ Hyperglycemia</p>	<p>3.มีภาวะ Hyperglycemia</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน : S:ผู้ป่วย บอกว่าปากแห้ง เหนื่อยเพลีย ปัสสาวะบ่อย</p> <p>O: FBS=254-358 mg/dl A1C =11.3</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการ เกิดภาวะ Hyperglycemia</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <p>1.ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจภาวะ น้ำตาลสูงผลกระทบตามมา ต่อตนเอง ครอบครัว</p> <p>2.มีการตั้งเป้าหมายควบคุม น้ำตาล FBS 80-130 mg/dl,A1C= ≤8%ร่วมกัน</p> <p>3.ไม่เกิดภาวะ Hyperglycemia ซ้ำภายใน 6 เดือน</p> <p>ผลการประเมิน:</p> <p>1. FBS 80-216,A1C=11.3</p> <p>2.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นและ เข้าใจการตั้งเป้าหมายควบคุม น้ำตาล และA1Cเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะ ตามมาจากการควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้จนเกิดภาวะ Hyperglycemia</p>	<p>1.การให้การพยาบาลตาม Protocol DM การใช้การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด</p> <p>2.ประเมินภาวะ Hyperglycemia จาก อาการผู้ป่วยและผลการตรวจค่าน้ำตาล ในเลือด</p> <p>3.แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักการปฏิบัติ ตัวและสังเกตอาการเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะ Hyperglycemiaซ้ำ</p> <p>4.ดูแลแนะนำญาติให้ผู้ป่วยได้รับยา เบาหวานตามแผนการรักษาต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัด</p> <p>5.ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินปัญหาต่อเนื่อง</p> <p>6.เสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (Motivation Interviewing , MI ) การตั้งเป้าหมายควบคุมน้ำตาล FBS 80-130 mg/dl,A1C= ≤8%ร่วมกัน และประโยชน์ที่จะได้รับในการลดการ เกิดภาวะแทรกซ้อนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม กรณีเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรคไตเรื้อรัง<sup>7-13</sup></p>

## 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

## 5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลระยะตรวจ(ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล
<p>3.มีภาวะ Hypoglycemia</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S:ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อยเพลีย ครับ กินได้น้อย FBS=68-79 mg/dl</p> <p>หลังได้รับRI 10 u IV=8 ครั้ง (จากจำนวนทั้งหมด10ครั้ง )</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <p>1.ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจภาวะน้ำตาลต่ำผลกระทบตามมาต่อตนเอง ต่อครอบครัว</p> <p>2.มีการตั้งเป้าหมายควบคุมน้ำตาล FBS 80-130 mg/dl,A1C= ≤8%ร่วมกันในครอบครัว</p> <p>3.ไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia</p> <p>ซ้ำภายใน 6 เดือน</p> <p>ผลการประเมิน:1.FBS 79 - 278</p> <p>2.ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจการผลกระทบที่จะเกิดขึ้น</p> <p>3.ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจการตั้งเป้าหมายควบคุมน้ำตาล และA1C4.เกิดภาวะ Hypoglycemia น้อยลงจากเดิมเดือนละ 1 ครั้งลดลงเป็น 2-3เดือน/1 ครั้ง</p>	<p>4.มีภาวะ Hypoglycemia</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S:ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อย วิงเวียนศรีษะ</p> <p>FBS=62 mg/dl</p> <p>หลังได้รับยาฉีด Mix Tard ฉีด 10-0-4 SC. จำนวน1 ครั้ง (จากจำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง)</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล:</p> <p>1.ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจภาวะน้ำตาลต่ำผลกระทบตามมาต่อตนเอง ต่อครอบครัว</p> <p>2.มีการตั้งเป้าหมายควบคุมน้ำตาล FBS 80-130 mg/dl,A1C= ≤8%ร่วมกันในครอบครัว</p> <p>3.ไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia</p> <p>ซ้ำภายใน 6 เดือน</p> <p>ผลการประเมิน: FBS 80-216</p> <p>2.ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจการผลกระทบที่จะเกิดขึ้น</p> <p>3.ผู้ป่วยผู้ดูแลเข้าใจการตั้งเป้าหมายควบคุมน้ำตาล และA1C</p> <p>4.เกิดภาวะ Hypoglycemia จำนวน 1 ครั้งลดลงจากเดิม</p>	<p>1.การให้การพยาบาลตาม Protocol DM ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรงให้รับประทานคาร์โบไฮเดรต 30 กรัม เช่น น้ำส้ม น้ำอัดลม 180 ซีซี น้ำหวาน 2 ช้อนชาหรือขนมปัง 1 แผ่น ข้าวต้ม 1/2ถ้วย<sup>15</sup></p> <p>2.ติดตามค่าน้ำตาลอีก1 ชั่วโมงจากอาการผู้ป่วยและผลการตรวจค่าน้ำตาลในเลือด</p> <p>3.แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักการปฏิบัติตัวและสังเกตอาการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemiaซ้ำ</p> <p>4.ดูแลแนะนำให้ญาติให้ผู้ป่วยได้รับยาเบาหวานตามแผนการรักษาต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัด</p> <p>5.ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินปัญหาต่อเนื่อง</p> <p>6.เสริมแรงจิตใจในการดูแลตนเอง (Motivation Interviewing , MI ) การตั้งเป้าหมายควบคุมน้ำตาล FBS 80-130 mg/dl,A1C= ≤8%ร่วมกัน<sup>6</sup>และประโยชน์ที่จะได้รับในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกรณีเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง<sup>7-13</sup></p>



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลระยะตรวจ(ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล
<p>4.มีภาวะแทรกซ้อนทางไต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S:มีขาบวมบางครั้ง</p> <p>O=โรคไตเรื้อรังระยะ3b (eGFR 31.84 (stage3b)</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารลด หวาน มันเค็ม ลดการใช้เครื่องปรุงรสในอาหาร รสเค็มเช่นเกลือ น้ำปลา ปลาร้า กะปิ ผงชูรส รสดีและน้ำตาล</p> <p>2.มีโปรตีนรั่วมากับปัสสาวะลดน้อยลง&lt;20 และชะลอความเสื่อมของไตได้</p> <p>ผลการประเมิน</p> <p>1. ลดการใช้เครื่องปรุงรสในอาหาร รสเค็มเช่นเกลือ น้ำปลา ปลาร้า กะปิ ผงชูรส รสดีและน้ำตาลได้มากขึ้น</p> <p>2.ชะลอความเสื่อมของไตได้คงเดิม</p>	<p>5.มีภาวะแทรกซ้อนทางไต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S:ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อย มีคลื่นไส้ ขาบวมนานๆครั้ง</p> <p>O=เบาหวานโรคไตเรื้อรังระยะ t3(eGFR 46.17 stage3a)</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารลด หวาน มันเค็ม ลดการใช้เครื่องปรุงรสในอาหาร รสเค็มเช่นเกลือ น้ำปลา ปลาร้า กะปิ ผงชูรส รสดีและน้ำตาล</p> <p>2.มีโปรตีนรั่วมากับปัสสาวะลดน้อยลง&lt;20 และชะลอความเสื่อมของไตได้</p> <p>ผลการประเมิน</p> <p>1. ลดการใช้เครื่องปรุงรสในอาหาร รสเค็มเช่นเกลือ น้ำปลา ปลาร้า กะปิ ผงชูรส รสดีและน้ำตาลได้มากขึ้น</p> <p>2.ชะลอความเสื่อมของไตได้คงเดิม</p>	<p>1.อธิบายถึงกลไกการเกิดโปรตีนรั่วในปัสสาวะซึ่งเป็นผลจาก มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพื่อให้เกิดความตระหนักและร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร</p> <p>2.แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย A1C<math>\geq</math> 8% <sup>16</sup></p> <p>3.นำผู้ป่วยและภรรยา มาศึกษา จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ทำCAPD ที่บ้านและที่นอนโรงพยาบาลเพื่อให้เห็นตัวอย่างจะได้เกิดความตระหนัก</p> <p>4.ส่งตรวจ เลือดหาค่า BUN,Cr , Micro albuminuria ทางห้องปฏิบัติการทุก 3 เดือน</p> <p>5.ส่งให้คำปรึกษา RRT ชะลอไตเสื่อม</p> <p>6.แนะนำให้จำกัดเกลือ งดเค็ม เนื้อสัตว์ เพิ่มการรับประทานไข่ขาววันละ1ฟอง</p> <p>7.ประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิก DPAC เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนักโภชนาการเพื่อควบคุมอาหารสูตรจำกัดปริมาณโซเดียมที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต</p> <p>8.ติดตามโดยการเยี่ยมบ้านประเมินผลการปฏิบัติตัวให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาค้นหาแหล่งประโยชน์ จากครอบครัว ชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป<sup>15-16</sup></p>

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลระยะหลังตรวจ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล
<p>5. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : ผลตรวจเลือด CHO 169,TG 107,LDL-C 88ผลการประเมินCVD Risk:&lt;30% มีความเสี่ยงสูง1.8 เท่าของคนไทยเพศเดียวกัน</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรคและตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>2.ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรคและตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>3.ตั้งเป้าหมายการควบคุมไขมัน LDL&lt;100 TG&lt;150,CHO&lt;200</p> <p>ผลการประเมิน</p> <p>1.ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเช่นชอบดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง อาหารผัดทอด</p> <p>2.ผู้ป่วยรับรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>3.ตั้งเป้าหมายการควบคุมไขมันLDL&lt;100, TG&lt;150,CH&lt;200</p>	<p>6.เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองข้อมูลสนับสนุน:O:ผลตรวจเลือด : CHO 160,TG 125 :LDL-C 78 : ผลการประเมินCVD Risk:&lt;30% มีความเสี่ยงสูง1.5 เท่าของคนไทยเพศเดียวกัน</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรคและตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>2.ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรคและตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>3.ตั้งเป้าหมายการควบคุมไขมัน LDL&lt;100 TG&lt;150,CHO&lt;200</p> <p>ผลการประเมิน</p> <p>1.ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่นชอบรับประทานของหวานใส่กะทิสด</p> <p>2.ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยน</p> <p>3.ตั้งเป้าหมายการควบคุมไขมัน LDL&lt;100, TG&lt;150,CH&lt;200</p>	<p>1. จัดโปรแกรมให้ความรู้และให้คำปรึกษารายบุคคลเรื่อง Lifestyle Modification</p> <p>2.ให้ความรู้และคำปรึกษา Lifestyle Modification รายบุคคลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเคร่งครัดในการลดน้ำหนักตัว โดยเฉพาะการเน้นDASH diet, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน,โรคไต การใช้ยาที่ถูกต้องตรงเวลา ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง<sup>16</sup></p> <p>2. ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด</p> <p>3. ประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิก DPAC เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนักโภชนาการเพื่อควบคุมอาหารสูตรจำกัดปริมาณโซเดียมที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต</p> <p>4. ติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน ประเมินผลการปฏิบัติตัว</p> <p>5. ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาค้นหาแหล่งประโยชน์ จากครอบครัว ชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป</p>

## 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

## 5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลระยะหลังตรวจ(ต่อ)

กรณีศึกษา รายชื่อ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การพยาบาล
ไม่มี	<p>7.มีความวิตกกังวลใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ยาวนานไม่หายขาดขาดโอกาสหายได้และ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน :</p> <p>S:ผู้ป่วยบอกว่ากังวลใจมากเรื่องโรคและรายได้ในครอบครัว</p> <p>O :ได้รับเบี้ยเลี้ยงคนพิการ 800 บาทต่อ/เดือน</p> <p>A :สีหน้าแววตาเหม่อลอย</p> <p>P:เป็นเบาหวานมานาน 18 ปี ไม่หายขาด</p> <p>ไม่มีรายได้ ลูกชายคนเล็กตกงานมา 3 เดือน</p> <p>วัตถุประสงค์:เพื่อลดการเกิดความวิตกกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ยาวนานไม่หายขาดขาดโอกาสหายได้และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลใจมีแหล่งระบายความเครียดที่ปรึกษาที่ไว้วางใจได้ในครอบครัว</p> <p>2.ผู้ป่วยได้พบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามภาวะวิตกกังวลต่อเนื่อง</p> <p>3.ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ ให้คำปรึกษา ค้นหาแหล่งประโยชน์ จากครอบครัว ชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป</p> <p>ผลการประเมิน</p> <p>1.ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลใจได้ไปวัดทำบุญที่วัดตามความเชื่อความศรัทธามีแหล่งระบายความเครียดที่ปรึกษาที่ไว้วางใจได้ในครอบครัวคือภรรยา</p> <p>2.ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมติดตามที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพและได้รับคำแนะนำ ให้คำปรึกษา จากครอบครัว ชุมชน เพื่อช่วยเหลือมีสีหน้าสดชื่นขึ้น</p>	<p>1.สร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วย โดยการแนะนำตนเอง</p> <p>2.ให้ข้อมูลความรู้ในการชะลอไตเสื่อม และการปฏิบัติตัวการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมและลดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>3.ประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกต พฤติกรรม สีหน้าท่าทาง การเคลื่อนไหว</p> <p>4.ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามภาวะวิตกกังวลต่อเนื่อง</p> <p>5.ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามภาวะวิตกกังวลต่อเนื่อง</p> <p>6.ติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน</p> <p>ประเมินผลการปฏิบัติตัว</p> <p>7.ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ค้นหาแหล่งประโยชน์ จากครอบครัว ชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป</p>

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ) ผลการศึกษา (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา: พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเพศชายโรคร่วมที่เหมือนกันคือโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคไตเรื้อรังระยะ 3 โรคร่วมที่ต่างกันคือผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคต่อมลูกหมากโตและโรคกล้ามเนื้อกระดูกสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานไม่ทราบแน่ชัด เนื่องจากในฝั่งเครือญาติ 3 รุ่นของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน แต่พบมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>12</sup> สอดคล้องกับเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากขึ้นจากอายุ 30 ปีขึ้นไป<sup>12</sup> ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเพศชายซึ่งเพศชายมีส่วนการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่าเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ 7.9, 9.8<sup>13</sup> ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน<sup>17</sup> พบปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วย รายที่ 1, 2 เหมือนกัน คือ 1) เสี่ยงต่อการทรุดลงขณะรอดตรวจจากภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำโดยไม่มีอาการเตือน 2) เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับขณะรอดตรวจและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหลังตรวจและจำหน่ายกลับบ้าน 4) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 5) เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง 6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำซ้ำ พบปัญหาทางการพยาบาลที่ต่างกันคือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) วิตกกังวลนอนไม่หลับ เครียดในเรื่องของลูกชายตกงานและภาวะโรคเรื้อรังไม่หายขาดเสียโอกาสในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวในส่วนของประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่าทั้งสองรายมีปัญหาสุขภาพที่เหมือนกัน ได้แก่ 1) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร เช่น กินอาหารอีสาน รับประทานข้าวเหนียวประจำ ออกกำลังกาย น้อย ส่วนปัญหาสุขภาพที่ต่างกันพบในผู้ป่วยรายที่ 2 ได้แก่ การปรับตัว และเผชิญกับความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหาการตกงานของบุตรชาย พยาบาลได้ให้คำแนะนำให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันของผู้ป่วยผู้ดูแลรวมถึงการสะท้อนปัญหาที่กระทบต่อตนเองและครอบครัวเพื่อให้เกิดความตระหนักจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมบ้านประสานงานกับสหวิชาชีพแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีผลน้ำตาลดีขึ้น เกิดภาวะน้ำตาลสูงน้ำตาลต่ำน้อยลง ชะลอความเสื่อมของไตได้คงที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ<sup>18</sup> ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง พบว่าการให้คำแนะนำและเยี่ยมติดตามที่บ้านมีสหวิชาชีพหลายภาคส่วนร่วมแก้ไขปัญหาส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลสอดคล้องกับการให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>7-9</sup> พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องให้การพยาบาลด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปผู้ป่วยเบาหวานมีความเป็นปัจเจกบุคคล มีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคม พยาบาลจึงต้องมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละรายเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังได้ตามเกณฑ์เป้าหมายในระยะยาวต่อไป

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 6.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

##### 1.การนำไปใช้/ผลกระทบ

จากการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ2ราย:มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังที่ผ่านการทดสอบทดลองใช้ สำหรับให้บริการในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีและกระทบต่อแนวทางการจัดบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (service plan ) พ.ศ.2567 ระบุผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 สถิติข้อมูลเพิ่มขึ้น พ.ศ. 2564-2567 ร้อยละ 25.33,28.32,21.02 การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันผู้ป่วยเบาหวานน้อยกว่าร้อยละ2มีแนวโน้มลดลง สถิติข้อมูล ร้อยละ 2.77, 4.45,1.35 อีกทั้งยังพบว่า ลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตให้น้อยลงร้อยละ 11.41<sup>3</sup>

##### 2.ประโยชน์ต่อผู้ป่วย/ครอบครัว/ผลกระทบ

2.1ได้รับบริการตามแนวการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง ที่ผ่านการทดสอบ ทดลองใช้ สำหรับให้บริการในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการแนวทางการจัดบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (service plan ) พ.ศ.2567 ระบุผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ40 การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันผู้ป่วยเบาหวานน้อยกว่าร้อยละ2 ลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตให้น้อยลง<sup>12</sup>

2.2 ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองขณะที่โรงพยาบาลทั้งในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ รวมถึงขณะจำหน่ายกลับบ้านและดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

2.3 ได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยงขณะดูแลทั้งในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ รวมถึงขณะจำหน่ายกลับบ้านและดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

2.4 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นลดและชะลอความเสี่ยงของไตได้

2.5ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทุ่งศรีอุดมและในจังหวัดอุบลราชธานี

2.6ได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวที่บ้านในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและวิธีการขอความช่วยเหลือฉุกเฉินในการขอเข้ารับบริการ

2.7ได้ใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สะดวกรวดเร็วเชื่อมประสานกับสหวิชาชีพที่ดูแลแบบไร้รอยต่อ

##### 3.ประโยชน์ต่อองค์กร/ผลกระทบ

3.1มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง ที่ผ่านการทดสอบทดลองใช้ให้บริการในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เกิดผลสัมฤทธิ์บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นลดและชะลอความเสี่ยงของไตได้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

3.2มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง ในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม และในเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงานนำเสนอระดับเขตสุขภาพที่ 10 วันที่ 11พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ในการประชุมวิชาการการนำเสนอความก้าวหน้า

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 6.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ(ต่อ)

วิชาชีพพยาบาล(“ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการในยุคนานิ”)สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์เป็นวงกว้างออกไป

#### 4.ประโยชน์ต่อวิชาชีพ/ผลกระทบ

4.1.มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังที่ผ่านการทดสอบ ทดลองใช้เพื่อพัฒนาให้เกิดเป็น best practice ในระยะยาวต่อไป

4.2.เกิดการพัฒนาคความรู้ด้านการพยาบาลโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงานเรียนรู้เป็นวงกว้างออกไป

#### 5.นำสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการจัดบริการ/ผลกระทบ

5.1มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังใช้บริการเป็นเครื่องมือปฏิบัติในคลินิกดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน เป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดคุณภาพการบริการในการดูแลเพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และในเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน

5.2 มีการจัดทำคู่มือในการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ใหม่และนักศึกษาที่มาฝึกงานในโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมโดยอ้างอิงจากแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง

5.3 จัดทำเป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังให้ญาติและผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านส่งผลให้มีความมั่นใจในการดูแลที่บ้านได้เพิ่มมากขึ้น

5.4 เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ รวมถึงระยะจำหน่ายกลับบ้านและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

5.5 มีเครือข่ายบริการสุขภาพต่างๆเพิ่มมากขึ้นร่วมดูแลแบบมีส่วนร่วมคืนข้อมูลปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

5.6 เกิดการประสานงานในเครือข่ายในการการดูแล การส่งต่อข้อมูล การเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติเกิดคุณภาพการบริการเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน

5.7เกิดผลสัมฤทธิ์บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้นครอบคลุมเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอทุ่งศรีอุดมผลการควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงตามเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 7 สถิติข้อมูลพ.ศ.2566-67 ร้อยละ 28.32,21.02<sup>3</sup> การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง ร้อยละ 11.41ผ่านการรับรองคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic Plus) ระดับดี

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรัง: กรณีศึกษาทั้ง2รายเป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังและมีโรคร่วม โรคแทรกซ้อนจากเป็นเบาหวาน เป็นกลุ่มเปราะบาง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบต่างกันมาร่วมกันดูแลรักษาให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้านทุกมิติในสภาวะเปราะบางทางสุขภาพแบบบูรณาการให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด กอรปกับผู้ป่วยเบาหวานมีความเป็นปัจเจกบุคคล มีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม พยาบาลจึงต้องมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละรายให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและนำความรู้สู่การปฏิบัติสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล5ขั้นตอนและ11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย มีโรคร่วมที่เหมือนกัน คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคแทรกซ้อน ไตเรื้อรังระยะ3 โรคร่วมที่ต่างกันคือผู้ป่วยรายที่2มีโรคต่อมลูกหมากโตและโรคกล้ามเนื้อกระตุก สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่2ทั้ง2 รายไม่

ทราบแน่ชัดเนื่องจากในผังเครือญาติ3รุ่นของผู้ป่วยทั้ง2รายไม่มีญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน พบปัจจัยเสี่ยงจากโรคเบาหวานชนิดที่2เป็นผู้สูงอายุมากขึ้น<sup>12</sup> สอดคล้องกับเบาหวานชนิดที่2พบมากขึ้นจากอายุ 30ปีขึ้นไป<sup>12</sup>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเพศชายซึ่งผู้ชายไทยมีส่วนเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่าเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ7.9 และ 9.8 <sup>13</sup> ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน<sup>17</sup> พบปัญหาทางการพยาบาลเหมือนกัน คือ 1) เสี่ยงต่อการทรุดลงขณะรอดตรวจจากภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำโดยไม่มีอาการเตือน 2) เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มขณะรอดตรวจและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 3) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหลังตรวจและจำหน่ายกลับบ้าน4)มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 5)เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง 6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำซ้ำ พบปัญหาที่ต่างกันคือ1)เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม2) วิตกกังวลนอนไม่หลับ เครียดในเรื่องของลูกชายตกงานและภาวะโรคเรื้อรังไม่หายขาดเสียโอกาสในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว การประเมินภาวะสุขภาพ11แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบปัญหาสุขภาพที่เหมือนกัน ได้แก่1) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร เช่น กินอาหารอีสาน รับประทานข้าวเหนียวประจำการออกกำลังกายน้อย ปัญหาที่ต่างกันพบในผู้ป่วยรายที่2 ได้แก่ การปรับตัว และเผชิญกับความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหาการตกงานของบุตรชาย พยาบาลจึงได้ให้คำแนะนำให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันของผู้ป่วยผู้ดูแลรวมถึงการสะท้อนปัญหาที่กระทบต่อตนเองและครอบครัวเพื่อให้เกิดความตระหนักจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ โดยใช้กระบวนการพยาบาล5ขั้นตอน ในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมบ้านประสานงานกับสหวิชาชีพแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งผู้ป่วยทั้ง2รายมีผลระดับน้ำตาลดีขึ้นเกิดภาวะน้ำตาลสูงน้ำตาลต่ำน้อยลง ชะลอความเสื่อมของไตได้คงที่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยทุกด้าน สามารถกลับบ้านอย่างปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลรักษา ใกล้เคียงและเทียบเท่ามาตรฐานสากลเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อยอดต่อไป

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ในด้านการเข้าถึงการจัดคลินิกบริการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังเป็นกลุ่มเป้าหมายพิเศษ/ที่ย่างยากซับซ้อนกลุ่มเปราะบางอาศัยอยู่เพียงลำพังไม่มีผู้ดูแลเป็นหลักขาดโอกาสที่จะเข้าถึงบริการในการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนรวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพใน 11 แบบแผนของกอร์ดอนรวมถึงการเรียนรู้ตามมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้ครอบคลุมทุกมิติซึ่งมีความละเอียด ซึ่งต้องมีการสอบสวนกิจกรรมที่ปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง มีกำหนดระยะเวลาในการประเมินและจำนวนครั้งให้ครบหากไม่มีผู้ดูแลหลักการคืนข้อมูลต่างๆในการดูแลในโรงพยาบาลและที่บ้านอาจจะไม่ครอบคลุมในบางปัญหา
2. ขาดแคลนงบประมาณในการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น เครื่องตรวจระดับน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดความเค็ม (salt meter) ทำให้ขาดโอกาสเข้าถึงการรับบริการที่มีคุณภาพที่รวดเร็วต้องประสานเครือข่ายในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัคร แกนนำชุมชนร่วมดูแล
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังเป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเป็นระยะโรครุมเร้าทั้งโรคเรื้อรังเดิมและความไม่สุขสบายจากภาวะน้ำตาลสูงภาวะน้ำตาลต่ำ การควบคุมอาหาร ต้องเป็นภาระของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องมีระยะของพฤติกรรม “ผลออกไป” มากขึ้นต้องใช้เวลายาวนานและต้องติดตามเสริมแรงจูงใจทุกเดือนเป็นการเพิ่มภาระงานของงานประจำในติดตามเสริมแรงจูงใจทุกเดือน
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังเป็นกลุ่มเป้าหมายพิเศษ/ที่ย่างยากซับซ้อนกลุ่มเปราะบางมีความละเอียดครอบคลุมการให้บริการของสหวิชาชีพ ต้องมีการคิดนอกกรอบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการทดสอบทดลองหลายครั้ง เพื่อให้ได้เป็นผลผลิตที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายกรณี พื้นที่ในการส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลรักษาเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
5. งบประมาณในการตรวจน้ำตาลสะสมมีจำกัดผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจปีละ 1-2 ครั้ง ทำให้ขาดโอกาสเข้าถึงการรับบริการที่มีคุณภาพ

#### 9. ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรพยาบาลควรส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้การดูแลโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังและการจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ครอบคลุมโรคร่วมที่พบบ่อยในบริบทพื้นที่เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของพยาบาลรวมถึงญาติและผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมมากขึ้น
2. องค์กรพยาบาลควรประสานทีมสหวิชาชีพและสนับสนุนให้มีการจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังมีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านเพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลในทิศทางเดียวกัน
3. เครือข่ายบริการสุขภาพในระดับเขตสุขภาพที่ 10 ควรสนับสนุนการจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติตัวที่บ้านสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะไตวายเรื้อรังนำไปใช้ที่บ้านให้เกิดความมั่นใจและเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

#### 10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ผู้ศึกษาได้นำไปเผยแพร่ผลงานในการประชุมวิชาการการนำเสนอความก้าวหน้าวิชาชีพพยาบาล (“ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการในยุคนานาชาติ”) เครือข่ายวิชาชีพพยาบาลวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- 1) นางราตรี โสมรักษ์ สัดส่วนของผลงาน 100%
  - 2) ..... สัดส่วนของผลงาน.....
- ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... *นางราตรี โสมรักษ์* .....

(นางราตรี โสมรักษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 12/มกราคม./2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางราตรี โสมรักษ์	<i>นางราตรี โสมรักษ์</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... *นางราตรี เสียงเสนาะ* .....

(นางราตรี เสียงเสนาะ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) 12/มกราคม./2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... *นายธีระวัฒน์ สิงห์ราช* .....

(นายธีระวัฒน์ สิงห์ราช)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

(วันที่) 12/มกราคม./2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
**(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตหนึ่งในห้าของการเสียชีวิตทั้งหมด ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวาน เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความชุกร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 และมีผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่กว่า 300,000 รายต่อปี ปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดย เรียกภาวะนี้ว่า diabetes remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน จากหลักฐานทางวิชาการ ในปัจจุบันพบว่า การลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัวจะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวาน ระยะสงบได้ ซึ่งการลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับและตับอ่อนส่งผลให้การดีอินซูลิน ของตับลดลงและฟื้นคืนการทำงาน ของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ โดยหากลดน้ำหนักได้มากจะมีโอกาส เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้มากขึ้น

อำเภอทุ่งศรีอุดมมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ปี 2566 จำนวน 2,041 คน โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในปี 2564- 2566 เท่ากับ 523.94 , 475.65 และ 790.91 คนต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากการตรวจ HbA1c พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุม HbA1c < 7 % ได้ร้อยละ 28.76 ส่วนที่เหลือคือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุม HbA1c < 7 % คิดเป็น ร้อยละ 82.24 ผู้ป่วยที่คุมไม่ได้ส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

จากสถานการณ์ดังกล่าวโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมได้ให้ความสำคัญถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะอ้วนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้กลับมาอยู่ในเบาหวานระยะสงบได้โดยการไม่ใช้ยา เพื่อลดความรุนแรงของโรคโดย ได้จัดทำโครงการเบาหวาน เบาใจ เขาใช้ยา เพื่อปรับโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพในการรักษาเบาหวานขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและจัดบริการให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

**3.1. บทวิเคราะห์:**

การดำเนินงานของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบในโรงพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จะเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทางของจังหวัดคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่เกิน 5 ปี และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)

\* แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากกลุ่มนี้ก็มีโอกาส เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้เช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย หลังจากนั้นเข้าสู่การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานและให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จัดประชุมขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ ขึ้นทะเบียนผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการซึ่งมีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 49 ราย นับรับอุปกรณ์ในการจดบันทึกข้อมูลและตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว มี

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

การติดตามตามอาการและการดำเนินกิจกรรมของผู้เข้าร่วมผ่านทางไลน์กลุ่มและนัดเข้ามาตรวจตามระยะเวลาของผู้ป่วยแต่ละรายและมีการนัดประชุมกลุ่มทุก 1 เดือนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตัวเอง หลังการดำเนินงานครบ 2 เดือนพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการที่ยังคงปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องเหลืออยู่ทั้งหมด 20 รายมีผู้ที่ออกจากโครงการ 29 รายซึ่งคิดเป็น 59.1% ของผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจากการสอบถามจากการวิเคราะห์รายละเอียดของผู้ที่ออกจากโครงการพบว่า 90% เกิดจากการที่ไม่ได้อยู่ในไลน์กลุ่มเพราะไม่มีเครื่องมือในการสื่อสารทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมบางกิจกรรมที่ต้องดูหรือทำกิจกรรมผ่านช่องทางไลน์ เช่น คลิปกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมส่งรูปถ่ายอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อเพื่อประเมินการจัดอาหาร การนับคาร์บที่ถูกต้อง เป็นต้น

ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะการพัฒนาในรูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยวางแผนนำเสนอแนวคิดกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

#### 3.2. แนวความคิด:

3.2.1. กรอบแนวคิด 7s ของแมคเคนซี (The McKinsey 7s framework) (เตกสิน ศรีวัฒนาบุญกิจ, 2560) แนวคิดนี้ได้รับการเผยแพร่เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1980 โดย Robert Waterman , Tom Peter and Julien Phillips แนวคิดนี้ต้องการนำเสนอว่าประสิทธิภาพขององค์กรธุรกิจเกิดจากความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ 7 ประการ ของธุรกิจว่ามีลักษณะและมีสภาพอย่างไร จึงเป็นที่มาของศัพท์คำหนึ่งว่า Mckansey's 7 S แบบจำลอง 7-S นี้เป็นกรอบการพิจารณาและการวางแผนเพื่อกำหนดกลยุทธ์ในองค์กรโดยการประสานองค์ประกอบทั้ง 7 ตัว ให้สอดคล้องประสานกัน ตัวแปรแต่ละตัวมีความสำคัญต่อการบริหารองค์การเริ่มตั้งแต่การกำหนดกลยุทธ์องค์การเกี่ยวข้องกับการพิจารณาโครงสร้างองค์การ เป้าหมายขององค์การ ระบบการดำเนินงาน ทักษะที่ใช้ในการทำงาน บุคลากร รูปแบบพฤติกรรมของพนักงานและเป้าหมายที่ต้องการ

แนวคิดของแมคเคนซี (McKinsey 7's Framework) ได้ถูกนำมาใช้ในการบริหารเป็นหลักสากลประกอบไปด้วย

1. Structure (โครงสร้างองค์กร) หมายถึง ลักษณะโครงสร้างขององค์การที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ รวมถึงขนาดการควบคุม การรวมอำนาจ และ การกระจายอำนาจของผู้บริหาร การแบ่งโครงสร้างงานตามหน้าที่ ตามผลิตภัณฑ์ ตามลูกค้า ตามภูมิภาคได้อย่างเหมาะสม โครงสร้างองค์กรมีความยืดหยุ่นมากน้อยเพียงไร ถ้าไม่ยืดหยุ่นหรือมีความยืดหยุ่นน้อย โอกาสความสำเร็จก็มีน้อย

2. Strategy (กลยุทธ์) หมายถึง การวางแผนเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การพิจารณา จุดแข็ง จุดอ่อนของกิจการ โดยพิจารณาว่าองค์กรมีการกำหนดกลยุทธ์ที่ชัดเจนหรือไม่ และกลยุทธ์นั้นกระจายออกไปใน sector ต่างๆ หรือไม่ เอา strategy กระจายออกมาเป็น BSC เลย

3. Staff (การจัดการบุคคลเข้าทำงาน) หมายถึง การคัดเลือกบุคลากรที่มีความสามารถ การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง พนักงานมีคุณภาพใหม่ มาโดยระบบเส้นสายหรือไม่

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

4. (Managerial) style (รูปแบบ) หมายถึง การจัดการที่มีรูปแบบวิธีที่เหมาะสมกับลักษณะองค์การ เช่น การสั่งการ การควบคุม การจูงใจ สะท้อนถึงวัฒนธรรมองค์การ สไตล์การบริหารเป็นอย่างไร ถ้ามีพิธีการไม่สำเร็จ เช่น คุณชุมพล ณ ลำเลียง มีสโลแกนว่า Come with solution , don't come with problem

5. System (ระบบ) หมายถึง กระบวนการและลำดับขั้นการปฏิบัติงานทุกอย่าง ที่เป็นระบบที่ต่อเนื่อง สอดคล้องประสานกันทุกระดับ การวางระบบงาน

6. Shared value (ค่านิยมร่วม) หมายถึง ค่านิยมร่วมกันระหว่างคนในองค์การ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความเชื่อร่วมกันในหน่วยงาน

7. Skill (ทักษะ) หมายถึง ความโดดเด่น ความเชี่ยวชาญในการผลิต การขาย การให้บริการ พนักงานมีทักษะในการทำงานหรือไม่ (อะไรความแตกต่างระหว่าง knowledge (รู้เฉยๆ) กับ skill (รู้แล้วทำให้คนอื่นเชื่อด้วย) และนำมาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานได้ด้วย)

### 3.2.2. มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั้งหมด 9 มาตรฐาน

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา

1.1 การตรวจคัดกรอง

1.2 การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง

1.3 การปฏิบัติการพยาบาล

1.4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล

3.3. ข้อเสนอ: เพื่อแก้ไขปัญหาจากการที่ผู้เข้าร่วมโครงการออกจากโครงการก่อนที่จะสิ้นสุดการนำเนื้องานกิจกรรมโดยการใช้กรอบแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7's Framework) เพื่อปรับโครงสร้างการดำเนินงานให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้นโดยยึดมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั้งหมด 9 มาตรฐานเป็นหลักในการให้บริการผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถดำเนินกิจกรรมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนกระทั่งถึงขั้นตอนการวัดและประเมินผลเกิดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องมีสุขภาพะโรคที่ลดลงการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.4. ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น: การเปลี่ยนแปลงระบบในช่วงแรกอาจพบปัญหาอุปสรรค ความไม่เคยชินของผู้ปฏิบัติงานเช่น อสม.พยาบาลผู้ดูแลระบบประสานงาน ต้องมีการประชุมสรุปงานทุกสัปดาห์ไปก่อน แล้วรวบรวมปัญหา ช่วยกันชี้แนะในภาพของทีมงานรวมทั้งข้อจำกัดทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารของผู้เข้าร่วมโครงการแต่ราย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

3.5. แนวทางแก้ไข

3.5.1. ลดขั้นตอนการติดตามให้สั้นลง กระชับ มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.5.2. นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาปรับใช้ในกลุ่มอสม. ที่ดูแลผู้เข้าร่วมโครงการที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร

3.5.3. จัดตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามระบบการดำเนินงานตามความเหมาะสมของสายวิชาชีพ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1. อัตราผู้เข้าร่วมโครงการที่ออกจากโครงการก่อนสิ้นสุดการดำเนินงานลดลง

4.2. อัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

4.3. ผู้ที่เข้าร่วมโครงการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

4.4. อัตราการหยุดใช้ยาของผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1. อัตราผู้ที่ออกจากโครงการ <40

5.2. อัตราความพึงพอใจ >80

5.3. อัตราค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) น้อยกว่า 6.5% ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ใช้ยาใดๆ ของผู้เข้าร่วมโครงการ >60

ลงชื่อ.....

*นางราตรี โสมรักษ์*

(นางราตรี โสมรักษ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 12 มกราคม 2567

ผู้ขอประเมิน

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน ( ต่อ )

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI : กรณีศึกษา ๒ ราย
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
  - ๓.๑ ความรู้ทั่วไปของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูง ( STEMI )
  - ๓.๒ ความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูง ( STEMI )
  - ๓.๓ การคัดกรองโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูงโดยใช้หลัก ESI Triage (Emergency Severity index)
  - ๓.๔ ความรู้เรื่องภาวะคุกคามชีวิตของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูง ( STEMI )
  - ๓.๕ ความรู้เรื่องการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูง ( STEMI )
  - ๓.๖ ความรู้เรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือด ( Streptokinase )
  - ๓.๗ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูง
  - ๓.๘ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูง ก่อนการส่งต่อและขณะส่งต่อ
  - ๓.๙ กรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS
  - ๓.๑๐ ความรู้เรื่องกระบวนการทางการพยาบาล ๕ ข้อ

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์หรือตีบรุนแรง ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน กลไกการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมันที่เกาะในหลอดเลือดและสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือดส่วนนั้นส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอกหรือหน้ามืดเป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิตอยู่ที่ ร้อยละ ๕-๑๐ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ( WHO ) ในปี ๒๕๖๓ พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับของโรค ประมาณ ๑๗.๙ ล้านคน

จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ ๒๐,๕๕๖ ๒๑,๓๐๙ และ ๒๑,๘๗๐ ราย ตามลำดับ ( กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๔ )

จำนวนอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคน ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ ๓๑.๓๖ ๓๒.๕๗ และ ๓๓.๕๔ ตามลำดับ ( กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๔ )

จำนวนอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดจังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ ๒๑.๙๔ ๒๑.๓๐ และ ๓๑.๘๙ ตามลำดับ ( กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๔ )

การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน วัตถุประสงค์คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตัน หายอุดตันเร็วที่สุด โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดมเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง มีระยะทางห่างจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย ๗๕ กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาในการนำส่งผู้ป่วย ๑ ชั่วโมง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม พบผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มารักษาปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๖ ราย ให้ยาละลายลิ่มเลือด SK ๔ ราย และพบเสียชีวิต ๑ ราย อัตรา

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

การเสียชีวิตเป็น ๑๖.๖๖ ถึงแม้จะมีจำนวนผู้ป่วยน้อยแต่เป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง มีอัตราการเสียชีวิตสูงและเป็นโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยให้ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต การบริหารการให้ยา Streptokinase ( SK ) การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่ยังโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งนำกระบวนการทางพยาบาล มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์การศึกษา

๑. เพื่อศึกษาการเกิดพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI
๒. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI กรณีศึกษา ๒ ราย

### วิธีการดำเนินการศึกษา

๑. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วย ๒ ราย ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ในช่วงเวลา ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖
๒. ดำเนินการทบทวนเวชระเบียน ค้นคว้าเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเฉียบพลัน
๓. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ
๔. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประเมินสุขภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ประเมินผลการพยาบาลและแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง
๕. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

### พยาธิสภาพของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

๑. เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง ( Atherosclerosis ) ของหลอดเลือดแดง Coronary
๒. มีการฉีกขาด หรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือดที่เสื่อมสภาพ ( plaque rupture, disruption )
๓. เกร็ดเลือดจะเกาะกลุ่มบริเวณที่ฉีกขาดหรือปริแตก ( Platelet aggregation )
๔. กระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด ( Thrombus formation ) บริเวณดังกล่าว อย่างรวดเร็ว
๕. หากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน ( artial occlusion ) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดบางส่วน จะเกิดอาการเจ็บอกไม่คงที่ ( Unstable angina )
๖. ถ้าหากลิ่มเลือดอุดตันสมบูรณ์ ( Complete occlusion ) จะส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลัน ( Acute myocadial infarction )

### อาการ

๑. เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรหนัก ๆ มาทับ
๒. รู้สึกอึดอัดที่หน้าอกหรือลิ้นปี่
๓. เจ็บมากขึ้นเวลาออกแรง
๔. อาการเจ็บนานเกิน ๒๐ นาที

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )**

การวินิจฉัยโรค

๑. จากการซักประวัติอาการเจ็บหน้าอก
๒. EKG พบ ST segment ยกสูง

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )**

๓. cardiac enzymes

ปัจจัยเสี่ยงหลัก

๑. ไขมันในเลือดสูง ( Dyslipidemia )
๒. ความดันโลหิตสูง ( Hypertension )
๓. เบาหวาน ( DM )
๔. อ้วน
๕. สูบบุหรี่

กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑ ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕๔ ปี มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม โดยรถยนต์ส่วนตัว เวลา ๑๐.๑๐ น. วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ๖๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาลเวลา ๐๙.๑๐ น. มีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอก ไม่มีอาการเจ็บร้าวไปกรามและไหล่ซ้าย มีอาการเหงื่อซึม ตัวเย็น ขณะกำลังเลี้ยงวัวอยู่กลางทุ่งนา แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อาการเจ็บกลางหน้าอกมากเหมือนมีของหนักมาทับ ร่วมกับมีเหงื่อซึม ตัวเย็น ไม่มีอาการปวดร้าวไปที่กรามและไหล่ซ้าย Pain score ๘/๑๐ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศา ซีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๔-๒๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat ๙๓ % DTX ๑๑๐ mg% E<sub>cV&M</sub> ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว สูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวนต่อวัน เป็นเวลาประมาณ ๓๐ ปี ดื่มสุราสัปดาห์ละ ๒-๓ ครั้ง เป็นเวลาประมาณ ๓๐ ปี ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้อาหาร ให้ O<sub>2</sub> canular ๓ LPM หลังให้ O<sub>2</sub> sat ๙๗ - ๙๘% ทำ EKG ๑๒ lead พบ ST elevation V<sub>๒</sub>-V<sub>๕</sub> เวลา ๑๐.๑๕ น. แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Trop-T CBC Electrolyte Bun Cr ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Trop-T > ๒๐๐๐ ng/L แพทย์เวรให้ยา ASA ๓๐๐ mg ๑ tab เคี้ยวก่อนกลืน เวลา ๗.๕ mg ๔ tab oral เวลา ๑๐.๓๕ ให้ยา Plavix ๗๕ mg ๔ tab oral เวลา ๑๐.๓๗ น. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ cc vein drip rate ๘๐ cc/hr แพทย์เวรได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สั่งการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ Streptokinase ( SK ) ๑.๕ mu + NSS ๑๐๐ cc vein drip in ๑ Hr เริ่มให้ยาเวลา SK เวลา ๑๐.๔๕ ด้วยเครื่อง Infusion pump และให้การพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก ๕ นาที และ EKG เมื่อให้ยาครบ โดยผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา SK เมื่อครบการให้ยา ๑ ชั่วโมง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศา ซีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๔/๗๐ มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat ๙๗ % Pain score ๓/๑๐ และ EKG มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ( ST Elevate ลดลง ) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา ๑๒.๐๐ น.โดยมีการประสานการส่งต่อช่องทางด่วนเพื่อสวนหัวใจเตรียมรถและอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสูงในการส่งต่อผู้ป่วย สัญญาณชีพก่อนส่งต่อผู้ป่วย อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศา ซีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๖ มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat ๙๗ % Pain score ๓/๑๐ ขณะนำส่งผู้ป่วย ให้การปฏิบัติพยาบาล ฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้ป่วย และญาติเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อาการ ทำทางเหน็อยอ่อนเพลีย และมีสีหน้าวิตกกังวล ยังมีอาการ



## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

เจ็บหน้าอกเป็นพัก ๆ ไม่มีปวดร้าวไปที่ไหน สัญญาณชีพระหว่างนำส่ง ชีพจร ๘๐ - ๙๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ - ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ - ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat ๙๗- ๙๘ % Pain score ๒ -๓/๑๐ นำส่งผู้ป่วยถึง CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา ๑๓.๑๐ น. นำส่งข้อมูลแผนการดูแลรักษาให้กับทีมที่เกี่ยวข้องติดตามอาการต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการทำให้ Primary Percutaneous Cardiac Intervention with Drug Eluting stent left anterior descending artery รวมพักรักษาตัว ๓ วัน อาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้รับยา ASA ๘๑ mg ๑x๑ oral pc Enalapril ๕ mg ๑x๑ oral pc

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

Clopidogrel ๗๕ mg ๑x๑ oral pc Isosorbide dinitrate S/L ๕ mg ๑ tab prn เวลาเจ็บแน่นหน้าอก Omeprazole ๒๐ mg ๑x๑ oral ac และนัดติดตามอาการ ๑ เดือน และได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต.ในเขตเพื่อติดตามเยี่ยมอาการและส่งกลับข้อมูลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แนะนำงดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพของโรค และมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น

กรณีศึกษาครั้งที่ ๒ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๖๗ ปี มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม โดยรถยนต์ส่วนตัว เวลา ๒๒.๓๐ น. วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ๓๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาลเวลา ๒๒.๐๐ น. มีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอก มีอาการเจ็บร้าวไปกรามและไหล่ซ้าย มีอาการเหงื่อซึมตัวเย็น มีอาการขณะนอนอยู่ แรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บกลางหน้าอกมากเหมือนมีของหนักมาทับ ปวดร้าวไปที่กรามและไหล่ซ้าย ร่วมกับมีเหงื่อซึมตัวเย็น Pain score ๙/๑๐ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ ๓๕.๘ องศา ชีพจร ๖๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๗/๗๑ มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat ๙๖ % DTX ๑๗๑ mg% E<sub>c</sub>V&M<sub>b</sub> ผู้ป่วยโรคประจำตัวคือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รับประทานที่โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้อาหาร ทำ EKG ๑๒ lead พบ ST elevation lead II, III AVF เวลา ๒๒.๓๗ น. แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Trop-T CBC Elecroyte Bun Cr ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Trop-T = ๓๗๒ ng/l แพทย์เวรให้ยา ASA ๓๐๐ mg ๑ tab เคี้ยวก่อนกลืน Plavix ๗๕ mg ๔ tab oral เวลา ๒๒.๔๕ ให้ยา Plavix ๗๕ mg ๔ tab oral เวลา ๒๒.๔๗ น. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ cc vein drip rate ๘๐ cc/hr แพทย์เวรได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สั่งการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ Streptokinase ( SK ) ๑.๕ mu + Nss ๑๐๐ cc vein drip in ๑ Hr เริ่มให้ยาเวลา SK เวลา ๒๓.๑๕ น. ด้วยเครื่อง Infusion pump และให้การพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก ๕ นาที และ EKG เมื่อให้ยาครบ ระหว่างให้ยา SK นาทีที่ ๑๕ เวลา ๒๓.๓๐ น.ผู้ป่วยภาวะ Hypotension ความดันโลหิต ๘๐/๕๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๖๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat ๙๓% แพทย์ให้ลด rate SK ลงครึ่งหนึ่ง และ load ๐.๙% NSS ๕๐๐ cc vein และให้ O<sub>2</sub> canular ๓ LPM O<sub>2</sub> sat ๙๗-๙๘% หลังให้ IV ครบ เวลา ๒๓.๕๐ วัดความดันโลหิตได้ ๑๐๐/๖๖ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที แพทย์จึงให้ drip SK rate เดิม และ drip ๐.๙% nss rate ๘๐ cc/hr ต่อ ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการ drip SK ทั้งหมด ๑ ชั่วโมง ๒๐ นาที วัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศา ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๒/๖๐ มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat ๙๗ % Pain score ๒/๑๐ และ EKG มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ( ST Elevate ลดลง ) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา ๐๐.๕๐ น.โดยมีการประสานการส่งต่อช่องทางด่วนเพื่อสวนหัวใจ เตรียมรถและอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสูงในการส่งต่อผู้ป่วย สัญญาณชีพก่อนส่งต่อผู้ป่วย อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศา ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดัน

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )**

โลหิต ๑๑๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat ๙๗ % Pain score ๒/๑๐ ขณะนำส่งผู้ป่วย ให้การปฏิบัติพยาบาล ฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำทางเหนียวอ่อนเพลีย และมีสีหน้าวิตกกังวล ยังมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นพัก ๆ ไม่มีปวดร้าวไปที่ไหน สัญญาณชีพระหว่างนำส่ง ชีพจร ๖๐ - ๗๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ - ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ - ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat ๙๗- ๙๘ % Pain score ๒ - ๓/๑๐ นำส่งผู้ป่วยถึง CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา ๐๑.๕๐ น. นำส่งข้อมูลแผนการดูแลรักษากับทีมที่เกี่ยวข้อง ติดตามอาการต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการทำ Primary Percutaneous Cardiac Intervention รวมพักรักษาตัว ๕ วัน อาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้รับยา ASA ๘๑ mg ๑x๑ oral pc Enalapril ๕ mg ๑x๑ oral pc Clopidogrel ๗๕ mg ๑x๑ oral pc Isosorbide dinitrate S/L ๕ mg ๑ tab prn เวลาเจ็บแน่นหน้าอก Omeprazole ๒๐ mg ๑x๑ oral ac และนัดติดตามอาการ ๑ เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ทำให้ยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคนี้ซ้ำ การส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแก่ครอบครัวและญาติ และได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต.ในเขตเพื่อติดตามเยี่ยมอาการและส่งกลับข้อมูลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพของโรค และมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

ตารางที่ ๑ แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา ๒ ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
เพศ / สถานะภาพ	ชาย / คู่	หญิง / คู่
อายุ	๕๔ ปี	๖๗ ปี
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	ผู้สูงอายุ
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ ๖	ประถมศึกษาปีที่ ๖
โรคประจำตัว	ปฏีสเธ	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง
ประวัติครอบครัว	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติการผ่าตัด	ผ่าตัดไส้ติ่ง ปี ๒๕๕๖	ไม่มี
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติการใช้สารเสพติด	สูบบุหรี่ วันละ ๑๐ มวนติดต่อกัน ๓๐ ปี	ไม่มี
ประวัติการดื่มสุรา/กาแฟ	ดื่มสุราสัปดาห์ ๒ - ๓ ครั้งติดต่อกัน ๓๐ ปี	ไม่มี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บแน่นกลางหน้าอก เหงื่อซึม ตัวเย็น ก่อนมา ร.พ. ๖๐ นาที	เจ็บแน่นกลางหน้าอก เจ็บร้าวไปที่กรามซ้ายและไหล่ซ้าย เหงื่อซึม ตัวเย็น ก่อนมา ร.พ. ๓๐ นาที
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	๖๐ นาที ก่อนมา ร.พ. ขณะกำลังเลี้ยงวัวอยู่ทุ่งนา ผู้ป่วยรู้สึกมีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอกเหมือนมีของหนักมาทับ ปวดมากพักไม่หาย เหงื่อซึม ตัวเย็น จึงให้ญาตินำส่ง ร.พ.	๓๐ นาที ก่อนมา ร.พ. ขณะกำลังนอนอยู่ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอก เจ็บร้าวไปที่กรามและไหล่ซ้าย เจ็บมากขึ้น พักไม่หาย มีเหงื่อซึม ตัวเย็น จึงให้ญาตินำส่ง ร.พ.

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )**

ตารางที่ ๑ แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา ๒ ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
อาการแรกเริ่ม	แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถ้ามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอกมาก เหงื่อซึม ตัวเย็น pain score ๘/๑๐ E๔V๕M๖ T = ๓๖.๕ P = ๘๐ RR = ๒๔ BP = ๑๑๐/๗๐ O๒ sat = ๙๓%	แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถ้ามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอกมาก ร้าวไปที่กรามซ้ายและไหล่ซ้าย เหงื่อซึม ตัวเย็น pain score ๙/๑๐ E๔V๕M๖ T = ๓๕.๘ P = ๖๐ RR = ๒๐ BP = ๑๓๗/๗๑ O๒ sat = ๙๖%
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	EKG : ST Elevate V๒ -V๕ Acute Myocardia Infarction at anterior wall	EKG : ST Elevate II,III,AVF Acute Myocardia Infarction at inferior wall
การตรวจร่างกาย	Good conscious HR regular no murmur Lung clear Abd solf not tender No edema	Good conscious HR regular no murmur Lung clear Abd solf not tender No edema
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Troponin T > ๒๐๐๐ DTX = ๑๑๐ BUN = ๑๕.๑ CR = ๐.๗ GFR = ๑๐๖.๙๙ K = ๓.๙๙ NA = ๑๓๓.๐ Hct = ๔๐ WBC = ๙,๕๐๐ Plt.Cout = ๒๙๙,๐๐๐ N = ๗๐ Lym = ๒๓	Troponin T = ๓๗๒ DTX = ๑๗๑ BUN = ๑๖.๐ CR = ๐.๘ GFR = ๗๖.๐๐ K = ๓.๕๕ NA = ๑๓๓.๓ Hct = ๓๓ WBC = ๕,๑๙๐ Plt.Cout = ๒๙๔,๐๐๐ N = ๔๖ Lym = ๔๔

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

ตารางที่ ๑ แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา ๒ ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
การรักษาที่ได้รับ	ASA ๓๐๐ mg ๑ tab Plavix ๗๕ mg ๔ tab ๐.๙% NSS ๑๐๐๐cc vein drip ๘๐ cc/hr Streptokinase ๑.๕ mu + ๐.๙% NSS ๑๐๐ cc drip in ๑ Hr	ASA ๓๐๐ mg ๑ tab Plavix ๗๕ mg ๔ tab ๐.๙% NSS ๑๐๐๐cc vein drip ๘๐ cc/hr Streptokinase ๑.๕ mu + ๐.๙% NSS ๑๐๐ cc drip in ๑ Hr
การวินิจฉัยเบื้องต้น	Acute Myocardia Infarction	Acute Myocardia Infarction
Door to EKG	๕ นาที	๗ นาที
On set to Diagnosis time	๒๕ นาที	๑๗ นาที
On set to SK	๓๕ นาที	๔๕ นาที
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	ภาวะ Hypotension
Refer by pass	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
PCI	PCI with DES at LAD	PCI
สถานะการจำหน่าย	Admit CCU ๓ วัน รับประทานต่อเนื่อง	Admit CCU ๕ วัน รับประทานต่อเนื่อง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

ตารางที่ ๒ การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตด้วย FANCAS เปรียบเทียบ กรณีศึกษา ๒ ราย

FANCAS	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	บทวิเคราะห์
F = Fluid balance	ก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รับประทานอาหารและ ขับถ่ายได้เองตามปกติ ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ปกติ DTX = ๑๑๐ BUN = ๑๕.๑/ CR = ๐.๗ GFR = ๑๐๖.๙๙ K = ๓.๙๙ NA = ๑๓๓.๐ Hct = ๔๐ WBC = ๙,๕๐๐ Plt.Cout = ๒๙๙,๐๐๐ N = ๗๐ Lym = ๒๓	ก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รับประทานอาหารและ ขับถ่ายได้เองตามปกติ ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ปกติ DTX = ๑๗๑ BUN = ๑๖.๐/ CR = ๐.๘ GFR = ๗๖.๐๐ K = ๓.๕๕ NA = ๑๓๓.๓ Hct = ๓๓ WBC = ๕,๑๙๐ Plt.Cout = ๒๙๔,๐๐๐ N = ๔๖ Lym = ๔๔	ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายไม่พบ ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย
A = Aeration	ผู้ป่วยหายใจได้เอง มีอาการหายใจเร็ว หายใจ ๒๔- ๒๖ ครั้ง/นาที O๒ sat RA ๙๓% ต้องให้ O๒ canular ๓lpm	ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่มีอาการหายใจหอบ เหนื่อย หายใจ ๒๒ครั้ง/ นาที O๒ sat RA ๙๖-๙๗%	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ มีภาวะพร่องออกซิเจน ได้รับ o๒ canular
N = Nutrition	ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ตามปกติ ไม่มีภาวะปาก เปื่อย พุดไม่ซัด ลิ้นร้ว	ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ได้ตามปกติ ไม่มีภาวะปาก เปื่อย พุดไม่ซัด ลิ้นร้ว	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ไม่มีภาวะเสี่ยงทุพ โภชนาการ ไม่มีภาวะ เสี่ยงต่อการสำลัก
C=Communication	ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ปกติ	ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ปกติ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ไม่มีภาวะพร่อง ทางการสื่อสาร
A = Activity	ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง Motor pw gr.๕ all แต่ ผู้ป่วยจะเหนื่อยเวลาออก แรง	ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง Motor pw gr.๕ all แต่ ผู้ป่วยจะเหนื่อยเวลาออก แรง	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ไม่พบภาวะพร่องใน การดูแลตนเอง
S = Stimulation	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำ บอกได้ E๔V๕M๖	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำ บอกได้ E๔V๕M๖	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ไม่มีภาวะสับสน หรือซึม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาล  
ผู้ป่วยที่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา ๒ ราย

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒
<p>๑.เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเสี่ยงต่ออันตรายจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่ม</p> <p>๒. ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก P/S ๘-๙ คะแนน ร่วมกับมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อลดอัตราการเจ็บหน้าอกและให้ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพียงพอ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ลดอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>ST elevate ลดลง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. Absolute bed rest จัดท่าศีรษะสูง ๓๐-๖๐ องศา</p> <p>๒. On canula ๓-๕ l/m</p> <p>๓. Monitor EKG เตรียมเครื่อง Defibrillation. เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม</p> <p>๔. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ASA ๓๐๐ mg ๑tab Clopidogrel ๔ tab Streptokinase ๑.๕mU+nss IV drip ใน ๑ ชั่วโมง ประเมิน บันทึก เฝ้าระวัง</p> <p>๕. ประเมินติดตามอาการเจ็บหน้าอก P/S , V/S , O๒ sat ทุก ๑๕ นาที</p> <p>๖. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ</p> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยบอกเจ็บหน้าอกลดลง P/S ๓/๑๐ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศา ชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๔/๗๐ มิลลิเมตรปรอท O๒ sat ๙๗ %</p> <p>EKG ST segment ลดลง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. Absolute bed rest จัดท่าศีรษะสูง ๓๐-๖๐ องศา</p> <p>๒. On canula ๓-๕ l/m</p> <p>๓. Monitor EKG เตรียมเครื่อง Defibrillation. เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม</p> <p>๔. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ASA ๓๐๐ mg ๑ tab Clopidogrel ๔ tab Streptokinase ๑.๕mU+nss IV drip ใน ๑ ชั่วโมง ประเมิน บันทึก เฝ้าระวัง</p> <p>๕. ประเมินติดตามอาการเจ็บหน้าอก P/S , V/S , O๒ sat ทุก ๑๕ นาที</p> <p>๖. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ</p> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยบอกเจ็บหน้าอกลดลง P/S ๒/๑๐ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศา ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๒/๖๐ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>EKG ST segment ลดลง</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาล  
ผู้ป่วยที่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือด  
กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>๓. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase วัตถุประสงค์ เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</li> <li>ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น เลือดออกง่าย, ชัก, แขนขาอ่อนแรง, BP ต่ำ</li> <li>ระดับความรู้สึกตัวปกติ</li> </ol>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินอาการ V/S N/S ทุก ๕ นาที</li> <li>ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษาและประเมินภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุมทั้งก่อนให้, ระหว่างให้, และหลังให้</li> <li>Monitor EKG และตรวจ EKG ๑๒ lead ทุก ๑๕ นาที</li> <li>เฝ้าระวังติดตามภาวะเลือดออก (bleeding) ส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร, เลือดออกโรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ, เลือดออกทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น</li> <li>ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล</li> </ol> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้ และหลังให้ยา ประเมินผล ผู้ป่วยบอกเจ็บหน้าอกลดลง P/S ๓/๑๐ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศา ซีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๔/๗๐ มิลลิเมตรปรอท O<sub>๒</sub> sat ๙๗ %</p> <p>EKG ST segment ลดลง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินอาการ V/S N/S ทุก ๕ นาที</li> <li>ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษาและประเมินภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุมทั้งก่อนให้, ระหว่างให้, และหลังให้</li> <li>Monitor EKG และตรวจ EKG ๑๒ lead ทุก ๑๕ นาที</li> <li>เฝ้าระวังติดตามภาวะเลือดออก (bleeding) ส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร, เลือดออกโรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ, เลือดออกทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น</li> <li>ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล</li> </ol> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้ และหลังให้ยา ประเมินผล ผู้ป่วยบอกเจ็บหน้าอกลดลง P/S ๒/๑๐ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศา ซีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๒/๖๐ มิลลิเมตรปรอท</p> <p>EKG ST segment ลดลง</p>



ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาล  
ผู้ป่วยที่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือด  
กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
<p>๔. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลสอบถามอาการบ่อยครั้ง</p> <p>วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล, เข้าใจภาวะโรค แผนการรักษา และปฏิบัติตนถูกต้อง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางที่เป็นมิตร เพื่อความเป็นกันเอง</p> <p>๒. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะความเจ็บป่วย แนวทางวิธีการ และผลการรักษา</p> <p>๓. อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า</p> <p>๔. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ในขณะที่ให้การพยาบาล</p> <p>๕. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัย ระบายความรู้สึก</p> <p>๖. ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใน กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลของการพยาบาล</p> <p>การประเมินผล : ญาติสีหน้าลดความกังวลลงบ้าง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับและเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการรักษา</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางที่เป็นมิตร เพื่อความเป็นกันเอง</p> <p>๒. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะความเจ็บป่วย แนวทางวิธีการ และผลการรักษา</p> <p>๓. อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า</p> <p>๔. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ในขณะที่ให้การพยาบาล</p> <p>๕. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัย ระบายความรู้สึก</p> <p>๖. ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใน กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลของการพยาบาล</p> <p>การประเมินผล : ญาติสีหน้าลดความกังวลลงบ้าง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับและเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการรักษา</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาล  
ผู้ป่วยที่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับยาละลายลิ่มเลือด  
กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
๕. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ	กิจกรรมการพยาบาล ๑. ก่อนส่งต่อ เตรียมทีมพยาบาลส่งต่อ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ขณะส่งต่อ, ประสานข้อมูลประวัติและการรักษาที่ได้กับ รพ. ปลายทาง ๒. ขณะส่งต่อ พยาบาลทีมส่งต่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประเมิน ให้การดูแลแก้ไข มีการบันทึก V/S และประเมิน Monitor EKF ทุก ๑๕ นาที ๓. ส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามระบบ Fast track การประเมิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ สัญญาณชีพระหว่างนำส่ง ชีพจร ๘๐ - ๙๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ - ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ - ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท O๒ sat ๙๗- ๙๘ % Pain score ๒ -๓/๑๐	กิจกรรมการพยาบาล ๑. ก่อนส่งต่อ เตรียมทีมพยาบาลส่งต่อ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ขณะส่งต่อ, ประสานข้อมูลประวัติและการรักษาที่ได้กับ รพ. ปลายทาง ๒. ขณะส่งต่อ พยาบาลทีมส่งต่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประเมิน ให้การดูแลแก้ไข มีการบันทึก V/S และประเมิน Monitor EKG ทุก ๑๕ นาที ๓. ส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามระบบ Fast track การประเมิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ ชีพจร ๖๐ - ๗๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ - ๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ - ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท O๒ sat ๙๗- ๙๘ % Pain score ๒ -๓/๑๐

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )**

**เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย**

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๕๔ ปี No U/D มาด้วยเจ็บแน่นกลางหน้าอก เหงื่อซึม ตัวเย็น ก่อนมาร.พ. ๖๐ นาที มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ PS ๘/๑๐ ตรวจ EKG พบ STE V๒ – V๕ Lab Trop-T &gt; ๒๐๐๐ng/L O๒ sat ๙๓% ต้องให้ O๒ canular ๓ lpm การรักษาได้รับยา clopidogrel ๔ tab ASA ๓๐๐ mg ๑ tab และได้ Streptokinase ๑.๕ mU ผสม NSS ๑๐๐ ml drip ใน ๑ ชั่วโมง ระหว่างให้ยาพบภาวะ hypotension ให้ยาและหลังให้ยา ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาละลายลิ่มเลือด มีความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือด หลังให้ยา EKG ST elevation ลดลง PS ๓/๑๐ ประสานการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบ Fast track เข้า CCU รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างส่งต่ออาการผู้ป่วยคงที่ และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ติดตามการรักษา ผู้ป่วยได้รับการทำ PCI with DES at LAD Admit CCU ๓ วันอาการทุเลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๖๗ ปี U/D DM HT Hyperlipidemia ไม่ขาดยา มาด้วยเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปที่กรามและไหล่ ซ้าย เหงื่อซึม ตัวเย็น ก่อนมา ๓๐ นาที PS ๙/๑๐ ตรวจ EKG พบ STE II,III, aVF, Lab Trop-T = ๓๗๒ ng/l การรักษาได้รับยา clopidogrel ๔ tab ASA ๓๐๐ mg ๑ tab และได้ Streptokinase ๑.๕ mU ผสม NSS ๑๐๐ ml drip ใน ๑ ชั่วโมง ระหว่างให้ยาพบภาวะ hypotension จากการได้ยาละลายลิ่มเลือด ได้รับการแก้ไขปัญหาภาวะ hypotension จนมีความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือด หลังให้ยา EKG ST elevation ลดลง PS ๒/๑๐ ประสานการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบ Fast track เข้า CCU รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างส่งต่ออาการผู้ป่วยคงที่ และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ติดตามการรักษา ผู้ป่วยได้รับการทำ PCI Admit CCU ๕ วันอาการทุเลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p>

**สรุป**

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะคุกคามชีวิตมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการประเมิน คัดกรองรวมทั้งการค้นหาภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การรักษาอย่างถูกต้อง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ มีทักษะในเรื่องการบริหารยาเสี่ยงสูง การเฝ้าระวังและการแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลงที่นำสู่ภาวะคุกคามชีวิต นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการดูแลรักษา จนกระทั่งส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตได้

**เป้าหมายของงาน**

เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูงที่มีภาวะคุกคามชีวิต และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่การเข้าถึง การคัดกรองการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูงที่มีภาวะคุกคามชีวิต โดยรายที่ ๑ มีภาวะ พร่องออกซิเจน ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด รายที่ ๒ มีภาวะ hypotension ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสียชีวิตได้ จากปัจจัยความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อน การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะคุกคามชีวิต มีความสำคัญอย่างยิ่ง ตั้งแต่การประเมิน การคัดกรอง ตลอดจนการค้นหาภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การรักษาอย่างถูกต้อง มีการเฝ้าระวัง สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ จนกระทั่งส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การดูแลแก่ญาติ เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ทำให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายไปอยู่ที่บ้าน

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูงที่มีภาวะคุกคามชีวิต
๒. พัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูงที่มีภาวะคุกคามชีวิตเพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลในรูปแบบที่แตกต่าง
๓. นำ Pitfall ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยมาพัฒนาคุณภาพการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเรื่องการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ
๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในชั้นตอน การประเมินผู้ป่วยให้รวดเร็ว ถูกต้อง เพราะการวินิจฉัยและการให้การรักษอย่างทันเวลาจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายได้
๕. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการให้ยาละลายลิ่มเลือด(SK) การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง(HAD) รวมทั้งการทบทวน Guideline CPR ทุกปี
๖. การวางแผนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดโรคซ้ำ
๗. พัฒนาการส่งต่อข้อมูลที่ครอบคลุมในการดูแลต่อเนื่องและการติดตามอาการ
๘. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบ Seamless เชื่อมโยงระดับเครือข่ายสู่ชุมชน

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูงที่มีภาวะคุกคามชีวิต มีความคล้ายคลึงของอาการนำคือ เจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อซึมมีอาการรุนแรงที่คุกคามชีวิตระหว่างรักษา โดยรายที่ ๑ มีภาวะ พร่องออกซิเจน ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้รับการรักษาเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ยา anti-platelet anti-coagulant ยาละลายลิ่มเลือด รายที่ ๒ มีภาวะ hypotension ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใส่บอลลูนและขดลวด เพื่อค้ำยัน จะเห็นได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้ายกสูงที่มีภาวะคุกคามชีวิต เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติและมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับการดูแล และเฝ้าระวัง

**ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ( ต่อ )**

อย่างใกล้ชิดตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถ และช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติได้อย่างทันท่วงที่ พยาบาลห้องฉุกเฉินต้องมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อน การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพัฒนาทักษะการอ่านและการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน และการพยาบาลขณะส่งต่อให้ได้มาตรฐาน

**๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ**

๘.๑ ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน การลงข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในระบบ Fast track ต้องใช้ความรวดเร็วส่งผลให้การบันทึกข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน อีกทั้งผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการส่งต่อเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทำให้การติดตามข้อมูล และการสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ใช้เวลานาน

๘.๒ ด้านผู้ป่วย ระบบบริการ การเข้าถึงบริการล่าช้า ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลใช้เวลานาน การใช้บริการ ๑๖๖๙ ของผู้รับบริการยังน้อยส่วนใหญ่ใช้รถส่วนตัว

**๙. ข้อเสนอแนะ**

๑. เสนอให้มีการทบทวนมาตรฐานมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดชนิดคลื่นไฟฟ้าายุกสูงที่มีภาวะคุกคามชีวิต ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

๒. เสนอให้มีการออกให้บริการเชิงรุกร่วมกับทีมบริการสุขภาพในชุมชน โดยจัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

๓. พัฒนาโครงการ Member club สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM, HT, DLP ให้สามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้นและ จัดทำให้ความรู้ต่อเนื่องยั่งยืน

๔. มีการวางแผนพัฒนาบุคลากรอบรมการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

๕. การประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ EMS ผ่านหมายเลข ๑๖๖๙

๖. ทบทวนแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอและมีคู่มือการคัดกรองผู้ป่วย

**๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)**

นำเสนอผลงานในโครงการประชุมวิชาการ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” รุ่นที่ ๒ ประเภท Oral presentation ในวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

**๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)**

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| ๑) นายกฤษดา ศรีภา | สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐% |
| ๒) .....          | สัดส่วนของผลงาน..... |
| ๓) .....          | สัดส่วนของผลงาน..... |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กฤษดา ศรีภา

(นายกฤษดา ศรีภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายกฤษดา ศรีภา	กฤษดา ศรีภา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ( ER Crowding ) โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

### ๒. หลักการและเหตุผล

ความแออัดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ( Emergency Department Overcrowding ) หมายถึง ภาวะที่ห้องฉุกเฉินมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากจนเกินกำลังของบุคลากรในห้องฉุกเฉิน ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยในช่วงเวลานั้น ๆ

ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตั้งแต่การดูแลรักษานอกโรงพยาบาล การคัดแยก ( Triage ) การรักษา การประสานงานส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินพ้นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน คือลดอัตราการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ และการทำงานของอวัยวะสำคัญ จากข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการห้องฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย ๖๐ ราย/วัน ๗๕ ราย/วัน และ ๘๔ ราย/วัน ทั้งนี้พบผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ( Level ๑ - Level ๒ ) ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้ป่วย Level ๑ มีจำนวน ๒.๕๒ ราย ๓.๗๙ ราย และ ๔.๕๓ ตามลำดับ ผู้ป่วย Level ๒ จำนวน ๙.๕ ราย ๑๐.๑๗ ราย และ ๑๓.๖๓ รายตามลำดับ และจากข้อมูลรายงานตัวชีวิต ECS คุณภาพของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม พบว่าอัตราของผู้ป่วย triage level ๑ - level ๒ ที่รับไว้ในโรงพยาบาล อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชั่วโมง ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๕๖ , ๕๖.๓๗ และ ๕๕.๖๘ ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่ต้องมากกว่า ร้อยละ ๖๐ แสดงให้เห็นถึงความแออัด และระยะเวลารอคอยที่นานภายในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน อีกทั้งในการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการและ ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ร้อยละ ๘๐ โดยคิดเป็นร้อยละ ๗๑.๙๗ ๗๑.๑๔ และ ๗๒.๕๖ ตามลำดับ

ดังนั้นผู้นำเสนอผลงานจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาและหาแนวทางในการลดความแออัดในห้องฉุกเฉินเพื่อตอบสนองต่อการรักษาคุณภาพในการให้บริการและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางในการลดระยะเวลาการรอคอยในห้องฉุกเฉิน
๒. เพื่อการรับนโยบายห้องฉุกเฉินคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข
๓. เพื่อให้ผู้รับบริการและบุคลากรของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความพึงพอใจ

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การจัดบริการในห้องฉุกเฉินต้องให้ความสำคัญกับการจัดการกับระยะเวลาการรอคอย ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเป็นสำคัญ นอกจากนี้ระยะรอคอยในห้องฉุกเฉินยังนับได้ว่าเป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพ ของการบริหารจัดการระบบการให้บริการ

จากการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความแออัดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม โดยการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแออัดในห้องฉุกเฉิน แบ่งเป็น ๔ ด้าน คือ

๑. ด้านผู้มารับบริการ มีผู้ป่วยที่มารับบริการจากนอกเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล โดยไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลในอำเภอที่ตนมีสิทธิการรักษา ผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ใช้เปลนอนที่ตรวจแล้วแต่ยังรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะส่งต่อมายังห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แม้คัดกรองแล้วไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือส่งต่อผู้ป่วยมายังห้องฉุกเฉินเนื่องจากหมดเวลาให้บริการ
๒. ด้านผู้ให้บริการ ไม่มีแพทย์ประจำที่ห้องฉุกเฉิน ทำให้ต้องใช้เวลาในการปรึกษาแพทย์และให้การรักษา

๓. ด้านกระบวนการภายในห้องฉุกเฉินเป็นขั้นตอนการตรวจรักษาเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต มีความยุ่งยากซับซ้อน มีภาวะของโรคที่ยากต่อการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าระยะเวลารอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉลี่ยประมาณ ๓๐-๔๕ นาที รวมถึงการ X-ray ที่ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ ๕ -๑๐ นาที ก็จะยิ่งส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการรอคอยในห้องฉุกเฉิน
๔. ด้านการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน ซึ่งมีทั้งรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า การรับไว้ในโรงพยาบาล แพทย์ต้องเขียน order admit แล้วโรงพยาบาลห้องฉุกเฉินต้องทำหัตถการก่อนส่งเข้าหอผู้ป่วยใน ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลแม่ข่าย ต้องมีการปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายและหากมีแนวทางการรักษาเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการรอคอยในห้องฉุกเฉิน

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความแออัดในห้องฉุกเฉิน จะเห็นว่าเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข โดยใช้แนวคิด Lean Process มาใช้ในการวางแผนงานในการลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน เพื่อช่วยลดขั้นตอนในกระบวนการแต่ละด้าน โดยการเรียงตามปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความแออัด รวมทั้งนำแนวทาง Emergency Care System ( ECS ) มาใช้ โดยมีแนวทางดังนี้

๑. ด้านผู้มารับบริการ
  - ๑.๑ ทบทวนและปรับปรุงเกณฑ์ผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินร่วมกัน
  - ๑.๒ ประชาสัมพันธ์การใช้บริการห้องฉุกเฉินผ่านหน่วยงานรัฐและเอกชน รวมถึงสื่อโซเชียล
๒. ด้านผู้ให้บริการ
  - ๒.๑ ตั้งคณะกรรมการพัฒนาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ Emergency Care System ( ECS ) ตามเกณฑ์คุณภาพ
  - ๒.๒ โรงพยาบาลกำหนดนโยบาย ระยะเวลาการรอคอยในห้องฉุกเฉิน
  - ๒.๓ พัฒนาศักยภาพของแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วย
๓. ด้านกระบวนการภายในห้องฉุกเฉิน
  - ๓.๑ มีเกณฑ์การปรึกษาแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วย
  - ๓.๒ มีเกณฑ์ในการ Admit ผู้ป่วย
  - ๓.๓ ลดขั้นตอนการรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการลง และสามารถส่งผู้ป่วยเข้าไปรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่หอผู้ป่วยในได้
  - ๓.๔ มีแนวทางลดขั้นตอนการรอ X-ray
  - ๓.๕ มีแนวทางการลดเวลาผู้ป่วยที่อยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไม่ให้เกิน ๒ ชั่วโมง
๔. ด้านการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน
  - ๔.๑ ทบทวนแนวทางและระบบการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย
  - ๔.๒ ทบทวนแนวทางการ Admit ผู้ป่วยกับหอผู้ป่วยในเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย

#### ๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน
๒. ผู้ใช้บริการและบุคลากรของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความพึงพอใจ



## ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราผู้ป่วย Triage Level ๑ - Triage Level ๒ ที่รับไว้ในโรงพยาบาล อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชั่วโมง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๒. อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและบุคลากรของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) ..... กฤษดา ศรีภา .....

(นายกฤษดา ศรีภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗ .....

ผู้ขอประเมิน