



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓
ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ
ชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี จำนวน ๒๙ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพัชรนันท์ เยาวนิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวอสิยา วรรณอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓.	นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๔.	นางวิยะดา เจริญกิตติวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๖. นางสาว...

๖. นางสาววันทนา หินเฮอร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗. นางลิขิต จินตามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปราณี ปานเณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางปณณช ฉิมชั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๐. นางสาวธนาธิป มาพูน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๑. นางดอกไม้ บุตรดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๒. นางสาวอรพรรณ เห่งนาเลน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๓. นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๑๔. นางศิริรัตน์ พรจรัสสมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

๑๕. นางสาวศศิวิมล อยู่ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๖. นางอำภา กิตติเดชาชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๗. นางศิริกาญจน์ โภคะสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๘. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลวิสัญญี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๑๙. นางสาวนิศารัตน์ ธรรมวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒๐. นางพิมพ์ลภัส บัวครั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๑. นางสาวสุรีย์รัตน์ สดาร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๒. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒๓. นางธิดารัตน์ บุญประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๒๔. นางสาว...

๒๔. นางจิตาภา รอดโพธิ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๒๕. นางจิราพร ศิลาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๖. นางชวิศลินี สุทธิวัฒน์ธนากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒๗. นางสาวลักษณ ถาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒๘. นางสาวลักษมีพร หอมคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๙. นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๖/ ๗

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๗	นางลลิตา จินตามาศย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล	๕๗๖๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	๕๗๖๓	เลื่อน ระดับ ๑๐๐ % จ.ค.
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด”				
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลบางใหญ่” “แนบท้ายประกาศ”				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ทางวิชาการ

๓.๑.๑ ความหมาย โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและมีภาวะอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และในผนังถุงลมหรือเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitial) การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด ทำให้มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ หรือหายใจลำบาก เป็นต้น ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกเพศทุกวัย พบมากในผู้สูงอายุ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๕ ปี ผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒) โรคปอดอักเสบ อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา สาเหตุของโรคจะมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุและสภาพแวดล้อม โดยร่างกายจะได้รับเชื้อผ่านทางระบบทางเดินหายใจ ในผู้สูงอายุที่มีภูมิต้านทานต่ำถ้าอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันทั่วทั้งที่การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรงซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

๓.๑.๒ อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอก มีเสมหะ หอบเหนื่อย อาจมีอาการซึม สับสน ในรายที่รุนแรงผู้ป่วยจะหอบเหนื่อยมากและเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง ซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้

๓.๑.๓ การรักษาโรคปอดอักเสบ : การรักษา มี ๓ วิธี คือ ๑) โดยการใช้ยาต้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะ ๒) การรักษาประคับประคองตามอาการ ๓) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. การให้ยาต้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน ๔ ถึง ๖ ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ แพทย์ควรพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วภายใน ๑ ชั่วโมง นอกจากยาต้านจุลชีพตามชนิดของเชื้อแล้ว ผู้ป่วยอาจให้ยาอื่นๆ เช่น ยาขยายหลอดลม ยาแก้ไอ ยาลดไข้และยาบรรเทาปวด เป็นต้น

๒. การรักษาด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) และภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) แต่เมื่อให้ออกซิเจนแล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการหอบเหนื่อย ความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) ยังคงต่ำกว่า ๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) สูงกว่า ๕๐ มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะช่วยรักษาการตีบแคบของหลอดลมและช่วยกำจัดเสมหะออกได้ดีขึ้น

๓. การรักษาประคับประคองตามอาการ ได้แก่ ๑) ดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ๒) ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ คือ วันละ ๑,๕๐๐-๒,๐๐๐ มิลลิลิตร หรือประมาณ ๘-๑๐ แก้วเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบจะมีการสูญเสียน้ำจากการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจเร็วหรือมีไข้สูง นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุมักมีเสมหะมาก หากได้รับสารน้ำ ไม่เพียงพอเสมหะจะเหนียว และไอขับออกลำบาก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของผู้ป่วย ๓) ดูแล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ

๔. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติในเรื่องการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยสอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ระวังเรื่องการสำลักอาหาร ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากกลไกการกลืนทำงานช้าลง รวมทั้งดูแลรักษาความสะอาดปากฟันเพื่อช่วยลดการสะสมของเชื้อโรคในช่องปากและฟันและป้องกันการติดเชื้อจากการสำลักได้

๓.๑.๔ ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบ

๑. ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome) ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ภาวะไตวาย (renal failure) ภาวะช็อกจากโรคติดเชื้อ (septic shock) ซึ่งจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ

๒. ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ hospital-acquired pneumonia (HAP) ventilator associated pneumonia (VAP) sinusitis และ urinary tract infection และอาจเกิดปอดแฟบ (atelectasis) เป็นต้น

๓. เชื้ออาจแพร่เข้าสู่กระแสเลือด กลายเป็นโลหิตเป็นพิษ (septicemia/bacteremia)

๔. อาจเกิดปอดแฟบ (atelectasis) หรือภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion)

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure)

ภาวะหายใจล้มเหลว หรือระบบหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หมายถึง ภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้มีระดับออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (hypoxemia, $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) หรือมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดมาก (hypercapnia, $\text{PaCO}_2 > 50$ and $\text{pH} < 7.35$) หรือทั้งสองแบบรวมกันได้ ภาวะหายใจล้มเหลวมี ๒ ลักษณะคือ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) โดยภาวะนี้อาจเกิดแบบฉับพลัน (acute; มักเกิดในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน) และการหายใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic respiratory failure) มักเกิดในระยะเวลาเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือนหรือเป็นปี) (วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ. ๒๕๖๐) ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ทำให้ร่างกายไม่สามารถชดเชยซึ่งการทำหน้าที่อย่างสมดุล นำไปสู่การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วยความรวดเร็ว ทันสถานการณ์ และใกล้ชิด เพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเพิ่ม มากขึ้นได้

อาการทางคลินิก : อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่

๑. อาการที่เกิดจากโรคที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว เช่น ไข้ ไอ เหนื่อย จากโรคอักเสบปอดบวม ฯลฯ

๒. อาการที่เกิดจากการขาดออกซิเจน (Hypoxemia)

๓. อาการที่เกิดจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia)

การรักษา (treatment)

หลักทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะหายใจล้มเหลวประกอบด้วย ๑) แก้ไขภาวะ hypoxemia และ Hypercapnia ๒) แก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดถ้าภาวะที่เลือดเป็นกรดนั้นก่อให้เกิดอันตราย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓) รักษา cardiac output ให้อยู่ในระดับปกติหรือเพิ่ม cardiac output ถ้าต่ำ ๔) รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ ๕) ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา ๖) กรณีที่การเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วยความรวดเร็ว ทันสถานการณ์ การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น การรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ โดยจะต้องปฏิบัติพร้อมกับการรักษาสาเหตุของโรคอย่างเหมาะสม และทันเวลา

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย ซึ่งเชื้อดังกล่าว ได้แก่ จุลชีพต่างๆ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา โดยการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสเลือดแล้ว ร่างกายของเราจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรคซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วบริเวณของร่างกาย หากมีความรุนแรงมากอาจพัฒนาไปสู่ภาวะช็อกและทำให้การทำงานของอวัยวะภายในต่างๆ ล้มเหลว มีอันตรายถึงชีวิตได้

๓.๑.๕ การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นการให้การพยาบาลเชิงรุก ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจอย่างครอบคลุม สามารถแบ่งการพยาบาลเป็นระยะได้ ๔ ระยะ ดังนี้

๑. การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ได้แก่

๑.๑ การดูแลระบบทางเดินหายใจ

ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการ และอาการแสดงของการหายใจ อัตราการหายใจ โดยการบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว

๑.๒ การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต ดูแลให้สารน้ำ Crystalloid เช่น NSS และ Lactate ringer ให้เพียงพอต่อการรักษาประเมินผิวหนังลายเป็นจ้ำเขียว ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต ประเมิน capillary refill ติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออกในร่างกาย โดยให้ปริมาณปัสสาวะให้ออกมากกว่า ๐.๕ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง

๒. การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตได้แก่

๒.๑ การดูแลป้องกันการติดเชื้อ

- ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ การล้างมือให้สะอาดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ล้างลดการติดเชื้อในปาก ล้างคอ ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
- ติดตามอาการของการติดเชื้อวัณโรคภูมิร่างกาย ติดตามผลการเก็บส่งตรวจ
- ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ ๓๘ องศาเซลเซียส

๒.๒ การดูแลเกี่ยวกับภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร และโภชนาการ

- ดูแลให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะสูญเสียน้ำ และโซเดียมจากไข้เหงื่อออกมาก จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเป้าหมาย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. การดูแลระยะต่อเนื่อง

๓.๑ การดูแลด้านจิตสังคม

- จัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น ลดเสียงรบกวนให้น้อยที่สุด จัดหาปฏิทิน นาฬิกาที่สามารถมองเห็นได้

- พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวล แสดงความเห็นอกเห็นใจ

- ให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้อยู่ร่วมกันตามลำพัง เพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจ

ระดับประคองจิตใจ

๓.๒ การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสุขภาพ

- ประเมินสภาวะผู้ป่วย และความก้าวหน้าของโรค

- จัดทำให้เสมหะออกง่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก ๑-๒ ชั่วโมง

- สอนให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี

- แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน โดยเฉพาะ

ในรายที่มีไข้สูง

- ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นทีละน้อย แล้วเริ่มเพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อยๆ

- ในรายที่ต้องจำกัดกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย และฝึกทำกิจกรรมเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองต่อครอบครัว

๔. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

๔.๑ ประเมินข้อมูลความรู้ ประสพการณ์ในอดีตของผู้ป่วย และปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือรวมทั้งประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา

๔.๒ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการเกิดของโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการ และอาการแสดง การรักษา และการดูแลตนเอง

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ

๓.๒.๑ ด้านการประเมินผู้ป่วย

๑. การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน (function health pattern) ของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน ประกอบด้วย แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย แบบแผนที่ ๔ แบบแผนการทำการกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญหาและการรับรู้แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด และแบบแผนที่ ๑๑ ค่านิยมและความเชื่อเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล

๒. กรอบแนวคิดในการประเมิน (assessment framework) ของ FANCAS โดย June C. Abbey (Holloway, ๑๙๙๙) ประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤต จัดลำดับความสำคัญของปัญหาคุกคามชีวิตอย่างรวดเร็ว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ครอบคลุม ประกอบด้วย การประเมิน ดังนี้ ๑) ด้านความสมดุลของน้ำ (fluid balance) ๒) ด้านการหายใจ (aeration) ๓) ด้านโภชนาการ (nutrition) ๔) ด้านการติดต่อสื่อสาร (community) ๕) ด้านการทำกิจกรรม (activity) ๖) ด้านการกระตุ้น (stimulation) เพื่อวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

๓.๒.๒ การพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๑) การใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ในการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมองค์ รวมทั้ง ๔ ด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ โดยบูรณาการกับข้อมูลสนับสนุนและข้อมูลประเมินภาวะและ/หรือแบบแผนสุขภาพ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๒) แนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวิชาชีพการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) โดยใช้องค์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการให้เหตุผลที่เหมาะสม ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีผลกับภาวะสุขภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย ได้แก่ actual nursing diagnosis, risk nursing diagnosis, possible nursing diagnosis, wellness nursing diagnosis และ sign & symptom nursing diagnosis ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและ collaboration nursing diagnosis เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการแก้ไขโดยทีมสุขภาพหลายฝ่ายร่วมกัน

๓.๓ ประสิทธิภาพที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านอัตราค่าจ้างให้เพียงพอ เหมาะสมกับปริมาณผู้ป่วย จัดหาวัสดุเครื่องมือการทางการแพทย์ให้มีเพียงพอในการใช้ การแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและการปฏิบัติการหัตถการพิเศษต่างๆ การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ เช่นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในท้องแยกโรค เช่นผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยโควิด ซึ่งมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติการในหอผู้ป่วยในจำนวน ๓๓ ปี

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ : โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ ๘-๑๐ ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอด พบได้บ่อยในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ระดับความรุนแรงและการมีภาวะแทรกซ้อนจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อโรคที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ อายุ และสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งการติดเชื้ออาจรุนแรง และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี สถานการณ์โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ในประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๕ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ๒๓๖,๗๔๒ ราย อัตราป่วย ๓๕๗.๗๗ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๒๑๘ ราย อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสรีรวิทยาของระบบการหายใจและระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้อายุถึงร้อยละ ๕๐ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ ๓๐ - ๔๐ ดังนั้นจึงถือว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๕) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจึงเป็นสาเหตุในการสนใจที่จะศึกษาโรคนี้

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหา สำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากการดำเนินของโรคที่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตที่ค่อนข้างสูง หากไม่ได้รับการประเมินและติดตามการดำเนินโรครวมถึงการให้การรักษาอย่างทันที่ที่สามารถเพิ่มระดับความรุนแรงเป็น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

septic shock จนทำให้การทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลว (Multiple organ system dysfunction) และเสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ๑ ใน ๔ ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (Rhodes et al., ๒๐๑๗) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ ๓๔.๖๕ (กองบริหารการสาธารณสุข, ๒๕๖๒) ดังนั้นการค้นหาการระยะแรกที่จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้มากขึ้น

โรงพยาบาลบางใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๑๐๔ เตียง มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและซับซ้อนได้ จากการเก็บข้อมูลรายโรค พบว่าจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นและเสียชีวิตมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ เท่ากับ ๑๐๓,๙๓,๑๐๒ และ ๒๙๑ คน จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ๕๒, ๔๓, ๔๐ และ ๕๘ คน จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ เท่ากับ ๑๔๑,๑๖๗,๒๖๐,๒๙๑ คน จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ๔๐, ๔๑,๕๑ และ ๕๕ คน ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ, bed ridden จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการให้การรักษาอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

๔.๒ เป้าหมาย

๑. เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมี ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน

๒. ป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของหน่วยงานผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤต

๓. เป็นแนวทางการศึกษาเพื่อเพิ่มพูนทักษะ และเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล บุคลากรในหน่วยงานและผู้สนใจ

๔.๓ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ศึกษาปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและมีผลกระทบต่ออัตราการตายสูงจากภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต

๒. การคัดเลือกผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต โดยการติดตามศึกษาข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๓. ศึกษารวบรวมข้อมูล องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องจากตำราวิชาการ แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง งานวิจัย และจากเว็บไซต์ต่างๆ

๔. รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล
๕ ขั้นตอน ประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

๕.๑ ปรับแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๕.๒ สรุปปัญหาและผลลัพธ์ทางการปฏิบัติการพยาบาล

๕.๓ ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

๖. ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล

๗. จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

๔.๔ ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๙ ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ๑๐ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลบางใหญ่ รับประทานยาสม่ำเสมอ แกร็บ ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย มีอาการซึม E๒V๔M๕ Pupil ๒ mm. react to right both eye อุณหภูมิ ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๒๕ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๑/๖๑ มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทางปลายนิ้ว (O๒saturation: SpO๒) ๖๘ % on O๒ mask with bag ๑๐ LPM SpO๒ ๙๐% ระดับน้ำตาลในเลือด ๑๒๑ mg% ผล chest X-ray พบ Infiltration RLL. ฟังเสียงปอดพบ Crepitation RLL แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (E-T tube) No. ๗ mark ๑๘ แพทย์ วินิจฉัย R/O Aspirate Pneumonia แพทย์ให้นอนพักรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วย On ET tube ตั้งsetting เป็น PCV mode ได้ ได้รับการรักษาด้วย Ceftriazone ๒ gm IV drip OD, Clindamycin ๖๐๐ mg IV drip ทุก ๘ ชั่วโมง, Azithomycin (๒๕๐mg) ๒x๑ ac (NG feed) ๕day, simvastatin(๒๐mg) ๑ hs, NSS ๑๐๐๐ml IV drip ๔๐-๖๐ ml/hr ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยพบปัญหาดังนี้

๑. ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว

๒. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

๓. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสมหะอุดกั้นในทางเดิน

๔. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associate Pneumonia/Pneumothorax/Atelectasis)

๕. เสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวได้น้อย เช่น เกิดแผลกดทับ

๖. ผู้ป่วยวิตกกังวลจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

๗. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อช่วยหายใจ เช่น Respiratory distress

๘. อาจเกิดภาวะ Aspirate pneumonia จำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

๙. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ได้รับการแก้ไข แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ๙ วัน และนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางใหญ่ ในวันที่ ๒๙ เดือน กันยายน ๒๕๖๖ ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานที่บ้าน ๑) Augmentin (๑gm) ๑ tab bid.pc /๑๔ tablets ๒) fumucil ๒ ซอง x ๓pc /๖๐ ๓) Simvasatatin (๒๐mg) ๑ po hs ๔) Amlodipine (๕mg) ๑ po OD เข้า คำแนะนำก่อนกลับบ้าน แพทย์และทีมพยาบาลได้วางแผนการจำหน่าย โดยเน้นย้ำความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์แนวทาง การดูแลของพยาบาล ผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เพื่อป้องกันการเกิด Aspire pneumonia ซ้ำ เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองว่าสามารถทำได้ แนะนำเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยสอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและตรงต่อเวลา การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาหากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ไอมีเสมหะ และเหนื่อยหอบมาก ควรรีบมาพบแพทย์ไม่ต้องรอถึงวันนัด

๔.๕ สรุปสาระสำคัญ: บทบาทของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสำคัญยิ่ง ในการประเมินอาการและคัดกรองเพื่อจัดระดับความรุนแรงได้ความถูกต้อง รวดเร็ว วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต และประเมินผลตามระดับความรุนแรง ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ได้รับการตรวจรักษาและการพยาบาลอย่างเหมาะสม จนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน ๑ เดือน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน ๑ เรื่อง จากการรักษา พยาบาลพบว่าผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ Pneumothorax Ventilator-associate Pneumonia, Atelectasis ,Respiratory distress เป็นต้น

๕.๒ เชิงคุณภาพ บทบาทของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสำคัญยิ่ง ในการประเมินอาการและคัดกรองเพื่อจัดระดับความถูกต้อง รวดเร็ว วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต ได้รับการรักษาได้รับยาอย่างรวดเร็ว และประเมินผลตามระดับความรุนแรง ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ได้รับการตรวจรักษาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ ไม่ส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลอื่น และไม่เสียชีวิต เป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรวมถึงญาติ/ผู้ดูแลเข้าใจสถานะของโรค รับทราบข้อมูล ตลอดจนการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อผู้ป่วย กลับบ้าน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑ เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน

๖.๒ เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของหน่วยงานผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤต

๖.๓ เป็นแนวทางการศึกษาเพื่อเพิ่มพูนทักษะ และเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล บุคลากรในหน่วยงานและผู้สนใจ

ผลกระทบ พยาบาลมีความรู้ ความสามารถ วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลแก้ไขภาวะวิกฤติ ได้รับการรักษา ได้รับยาอย่างรวดเร็ว ให้การพยาบาลอย่างชำนาญตลอดการรักษาตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้านได้ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อหอผู้ป่วยและโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจอยู่ในภาวะวิกฤติไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับพยาบาลผู้ดูแลได้พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะในการสังเกตการติดตามสัญญาณชีพและการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้คนไข้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๗.๒ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะใส่ท่อช่วยหายใจและพยายามจะดึงท่อช่วยหายใจออกพยาบาลจึงต้องอธิบายถึงความสำคัญและผลดีของการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อลดความวิตกกังวลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดให้ญาติเข้าเยี่ยมเยียนและให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อคลายความวิตกกังวล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ทีมการพยาบาลมีบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจึงมีแนวทางการบริหารจัดการโดยให้พยาบาลที่จบการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตหรือพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า ๒ ปีช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นพี่เลี้ยงกำกับติดตามการทำงานอย่างใกล้ชิด จากการพยาบาลผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แสดงถึงความสามารถการประเมินอาการถูกต้อง รวดเร็ว วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต จนอาการดีขึ้น และสามารถกลับบ้านได้ ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับพยาบาลได้เตรียมอุปกรณ์กระดาะและปากกาเพื่อให้คนไข้ใช้เขียนสื่อสารกับพยาบาลและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ

๙.๒ ผู้ป่วยที่จะดึงท่อช่วยหายใจพยาบาลจะต้องสื่อสารพูดคุยกับญาติและผู้ป่วยเรื่องการผูกมัดคนไข้เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจและจัดหาผ้าผูกมัดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกมัด

๙.๓ มีระบบการนิเทศพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยและใช้ระบบพี่เลี้ยงเพื่อดูแลและแนะนำการปฏิบัติการพยาบาล

๙.๔ ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

<http://ssjnonthaburi.moph.go.th> เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| ๑) นางลิขิต จินตามาศย์ | สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ % |
| ๒) | สัดส่วนของผลงาน..... |
| ๓) | สัดส่วนของผลงาน..... |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางลิขิต จินตามาศย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๕ / ๕ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางลลิตา จินตามาศย์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางสาวปรารภนา เชื้อสำราญรัตน์)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางใหญ่
 (วันที่)/..... 2566
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
 (นายสรภัญ สงเสริมพงษ์)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่
 (วันที่)/..... 25 S.ค. 2566
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

(นายรุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
 ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลบางใหญ่

๒. หลักการและเหตุผล

แผลกดทับ (Pressure injury) เป็นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่ และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง แผลกดทับมักจะพบบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีเครื่องมือแพทย์กดทับ ลักษณะผิวหนังอาจมีหรือไม่มีรอยฉีกขาด ด้วยสถานะของผิวหนังในทางการเจริญเติบโตยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ผิวหนังจะมีลักษณะบาง ซึ่งการเจริญของผิวหนังชั้นนอกในชั้นสตราตัม คอร์เนียม (stratum corneum) ยังพัฒนาไม่เต็มที่ และมีสารไฟบริน (fibrin) น้อย ทำให้การยึดเหนี่ยวระหว่างผิวหนังชั้นนอกและชั้นในไม่ดี เกิดการลอกหลุดได้ง่าย และผิวหนังชั้นในที่ประกอบด้วยคอลลาเจน (collagen) และเส้นใยยืดหยุ่นน้อย ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ในการป้องกันการสูญเสียน้ำจากร่างกายและป้องกันอันตรายจากภายนอก การจำแนกระดับของแผลกดทับแบ่งเป็น

ระดับ ๑ ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (Non-blanchable erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูก การกดและเห็นรอยแดงจางหายไปอาจจะไม่เห็นในผู้ป่วยสีผิวเข้มบริเวณนี้อาจมีความเจ็บปวด แฉกขึ้น หรือนุ่ม อุณหภูมิอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง

ระดับ ๒ มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial - thickness skin loss) ถึงชั้นหนังแท้ (Dermis) ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาด อาจเห็นเหลืองบริเวณตุ่มน้ำที่แตกออก หรือเห็นแผลตื้นที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (Slough) หรือรอยถลอก

ระดับ ๓ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full - thickness skin loss) อาจเห็นถึงชั้นไขมันแต่ไม่เห็นถึงกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงใต้ขอบแผล

ระดับ ๔ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full - thickness skin loss) ซึ่งมองเห็นกระดูก เอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตาย หรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วนและส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผลความลึกของแผลถึงชั้นกล้ามเนื้อ หรือเนื้อเยื่อข้างเคียง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดกระดูกอักเสบ สามารถมองเห็นกระดูกและเอ็นหรือใช้การคลำได้แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ (Unstageable wounds) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full - thickness skin loss) ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งซึ่งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้

งานโรงพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางใหญ่ ให้บริการรักษาผู้ป่วยวิกฤติทุกกลุ่มโรค และมีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและนอนนาน การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจึงเป็นหัวข้อสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จากสถิติการเกิดแผลกดทับในงานโรงพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางใหญ่ พบอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ ๑-๔ ใน ปี๒๕๖๔-๒๕๖๖ ดังนี้ ๑๕.๒๘ ๑๗.๐๗ ๑๘.๒๘ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน ตามลำดับ ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดมีแนวโน้มสูงขึ้น

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิด ที่จะการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัย ความคุ้มค่าคุ้มทุน และได้มาตรฐานเป็นการพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น โดยมุ่งหวังผลลัพธ์คือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แผลกดทับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้ร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับบาดแผล และอาจเกิดการติดเชื้อจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ และยังส่งผลต่อการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น ความล้มเหลวในการป้องกันแผลกดทับนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมาย และอาจแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (Bennett et al., ๒๐๑๒) การดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับจึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลในหอผู้ป่วย

- วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบางใหญ่และวางแผนในการทำ QR code ในการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วยนำไปใช้ได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๒. เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางใหญ่

- กลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

๒. พยาบาลในหอผู้ป่วยหรือพยาบาลในโรงพยาบาลใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

- ขั้นตอนการดำเนินการ

๑ ขั้นเตรียมการ

๑. ศึกษาเอกสารงานวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๒. ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากแผลกดทับ จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

๓. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยมาวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๓.๑ ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อนำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไขในการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล

๓.๒ นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๒ ขั้นดำเนินการ

ดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม (คู่ขวัญ มาลีวงษ์. ๒๕๖๔) ดังนี้

๑. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดย

๑.๑ ใช้แบบประเมินของบราเดน ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย

๑.๒ ประเมินความเสี่ยงตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกวันในเวรตึก โดยประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ซึ่งความถี่ในการประเมิน แบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ ระดับค่าคะแนนบราเดนสเกล (Braden's scale) > ๑๘ ประเมินทุกเวรตึก หากผู้ป่วยมี ระดับค่าคะแนน บราเดนสเกล $\leq$ ๑๘ ควรประเมินทุกเวรและบันทึกในฟอร์มปรอท และถ้าเกิดแผลกดทับ รายงาน

ในโปรแกรมความเสี่ยง และเก็บข้อมูลในทะเบียนที่จัดขึ้น และทบทวนเหตุการณ์เดือนละ ๑ ครั้งในที่ประชุมหน่วยงาน

๑.๓ ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยาตั้งแต่แรกรับ

๒. การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน

๒.๑ ใส่ที่นอนลมให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงทุกคน และตรวจสอบการทำงานอยู่เสมอทุกเวอร์ หรือใช้

ผ้านุ่มหนา ๒ - ๓ ชั้นหรือใช้ถุงมือใส่น้ำ รองบริเวณปุ่มกระดูก ห้ามใช้อุปกรณ์ที่เป็นรูปโดนัทหรือห่วงยาง เนื่องจากส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และเกิดความอับชื้นในการเกิดแผลกดทับสูง (≤ 10) ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยกว่า ๑ - ๒ ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนั่งเป็นเวลานาน ดูแลกษัยร่างกายอย่างน้อยทุก ๑๕ - ๓๐ นาที ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ควรอยู่ในท่านั่งบนเตียงไม่เกินครั้งละ ๑ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๒.๒ พลิกตะแคงตัวทุก ๑ - ๒ ชั่วโมง ในรายที่นอนอยู่บนเตียง แต่ในผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยง

๒.๓ ใช้หมอนรองได้น่องให้สันเท้าลอยจากพื้นเตียงเพื่อป้องกันแรงกด

๒.๔ ลดแรงกดจาก Tube/Catheter โดยใช้ผ้านุ่ม/สำลี เพื่อลดการสัมผัสต่อผิวหนังโดยตรง

๒.๕ การยึดท่อช่วยหายใจและสายยางให้อาหารทางจมูกด้วยพลาสติกที่มีความเหนียวที่เหมาะสมบริเวณเหนือริมฝีปากไม่ตึงตึง

๒.๖ นอนตะแคงกึ่งหงาย ๓๐ องศา ไปด้านหลังโดยใช้หมอนรองยกส่วนปลายเท้าขึ้นใช้หมอนรองที่ปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลของผู้ป่วย ในการจัดท่านอนกึ่งตะแคงหงายควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและระหว่างตาตุ่มทั้ง ๒ ข้างเพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่

๒.๗ การลดแรงเฉือน ได้แก่ นอนศีรษะสูงไม่เกิน ๓๐ องศา เพื่อป้องกันการลื่นไถลและแรงกดทับ แต่ถ้าจำเป็นต้องนอนยกศีรษะสูงไม่ควรจัดทำศีรษะสูงเกิน ๖๐ องศา นานเกิน ๓๐ นาที

๒.๘ การใช้อุปกรณ์ลดแรงไถลขณะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้ Pad slide หรือผ้าช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยกผู้ป่วยโดยใช้คนยกมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ คน

๓. การดูแลภาวะโภชนาการ

๓.๑ การติดตามประเมินระดับอัลบูมิน (Serum albumin), ระดับฮีมาโตคริต (Hct), ระดับปัสสาวะ (BUN) และครีเอตินิน (Creatinine) ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ติดตามประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินบราเดนสเกล และติดตามประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกสัปดาห์

๓.๒ ประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้าออกทุกวัน

๓.๓ รายงานแพทย์เมื่อระดับ Serum albumin ≤ 3.5 mg/dl

๓.๔ รายที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงานดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานปริมาณมากกว่า ๒๕ kcal/kg/day

๓.๕ กรณีที่ผู้ป่วยบวม และ albumin ≤ 3.5 mg/dl ดูแลให้ได้รับอาหารโปรตีนสูงโดยให้ ๑.๐ - ๑.๒ กรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัมต่อวัน และควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูงเป็นโปรตีนจากสัตว์ ไขมันต่ำถ้าไม่ขัดต่อพยาธิสภาพของโรค ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

๓.๖ ดูแลให้ได้รับอาหารเสริม เช่น โอวัลดิน ฯลฯ เท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

๓.๗ กรณีผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้น้อยหรือไม่ได้ อาจต้องพิจารณาให้อาหารทางสายยางหรืออาหารเสริม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

๔. การดูแลสภาพผิวหนัง

๔.๑ เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาและหลีกเลี่ยงการใช้ความร้อน เนื่องจากจะทำให้ผิวหนังแห้งเกิดการระคายเคือง การทำความสะอาดร่างกายเป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไปควรทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม

๔.๒ ใช้สบู่ที่มีค่า pH ใกล้เคียงผิวหนัง (๔.๕ – ๕.๕) ทุกครั้งหรือใช้สารทำความสะอาดที่ไม่ต้องล้างออก

๔.๓ ทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์บำรุงผิวหลังเช็ดตัวทุกครั้ง เพื่อป้องกันผิวหนังจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มการทาโลชั่น โดยทา ๓ – ๔ ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา ๒ – ๓ ครั้ง/วัน และถ้าเป็นขี้ผึ้งทา ๑ – ๒ ครั้ง/วัน เหตุที่ทาโลชั่นบ่อยกว่าเนื่องจากโลชั่นมีส่วนประกอบของน้ำมากที่สุดทำให้ระเหยเร็ว

๔.๔ การจัดการกับความเปียกชื้นในกรณีที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้โดยใช้แผ่นรองขับและประเมินความเปียกชื้นทุกครั้งที่เกิดจากตัว สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ให้สอบถามความต้องการขับถ่ายทุกครั้งที่เกิดจากตัว ใช้วาสลีนทาบริเวณผิวหนังและกันทุกครั้งที่ทำความสะอาด และเปลี่ยนแผ่นรองขับ

๕ การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

๕.๑ การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับความหมายของแผลกดทับ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ ความรุนแรงของแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๕.๒ ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติของผู้ป่วยสูงอายุใน ๑ – ๓ วันแรก หลังรับไว้ในโรงพยาบาล เรื่องการพลิกตะแคงตัว โดยใช้รูปภาพหรือนวัตกรรม

- เวลา ๐๒.๐๐ น. หรือ ๑๔.๐๐ น. จัดท่านอนตะแคงขวา เวลา ๐๔.๐๐ น. หรือ ๑๖.๐๐ น. จัดท่านอนตะแคงซ้าย เวลา ๐๖.๐๐ น. หรือ ๑๘.๐๐ น. จัดท่านอนหงาย

- เวลา ๐๘.๐๐ หรือ ๒๐.๐๐ น. จัดท่านอนตะแคงขวา เวลา ๑๐.๐๐ น. หรือ ๒๒.๐๐ น. จัดท่านอน ตะแคงซ้าย และเวลา ๑๒.๐๐ น. หรือ ๒๔.๐๐ น. จัดท่านอนหงายตามภาพอยู่รอบนอกรูปนาฬิกา พลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมงติดไว้บริเวณหัวเตียงผู้ป่วย

๖. การจัดสิ่งแวดล้อม

๖.๑ จัดเสื้อผ้าและผ้าปูเตียงให้เรียบร้อย

๖.๒ การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความชุ่มชื้นในอากาศที่เหมาะสม ไม่ควรให้ความชื้นอากาศน้อยหรือไม่ควรเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยให้สัมผัสความหนาวเย็น กรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารได้ควรสอบถามหากผู้ป่วยรู้สึกหนาวเย็นควรเพิ่มผ้าห่มให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความอบอุ่น

๖.๓ ควรจัดให้มีการระบายอากาศที่ดีอุณหภูมิไม่ร้อนเกินไป ไม่อับชื้นทุกครั้งที่มีการขับถ่าย ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือ และซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม

๖.๔ นำรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไปใช้ในหน่วยงาน

๖.๕. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้ดีขึ้น รวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

๓. ขั้นประเมินผล

๓.๑ ประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๓.๒ ประเมินผลความพึงพอใจรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- ระยะเวลาดำเนินการ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖ - เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับระดับ ๑-๔

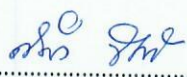
๔.๒ ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ แผลติดเชื้อรุนแรง และอาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ ๒-๔ $< 10 / 1000$ วันนอน

๕.๒ การใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับครบ ๑๐๐ %

๕.๓ การหายแผลกดทับระดับ ๑ และ ๒ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕

(ลงชื่อ) 

(นางลิขิต จินตามาศย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๕ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน