



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

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. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน ๒๙ ราย ดังนี้

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

๖. นางสาว...

๖. นางสาววันทนา หินเฮอร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗. นางลิขิต จินดามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปรานี ปานเอ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางปยุตย นิมชั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๐. นางสาวธนธิป มาพุด	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 กิตติเดชชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๗. นางศิริกาญจน์ โกคะสวัสดิ์	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. นางสุรีย์รัตน์ 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. นางชวิศสินี 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 นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๗, ๗

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลบางใหญ่</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</u>		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>โรงพยาบาลบางใหญ่</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</u>		
		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล	๕๗๘๐	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	๕๗๘๐	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ ๔ ร่วมกับโรคปอดติดเชื้อ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง และภาวะหัวใจเต้นช้า : กรณีศึกษา”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดความแออัดและการรอคอยในงานผู้ป่วยนอกด้วยแนวคิด LEAN” “แนบท้ายประกาศ”				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ ๔ ร่วมกับโรคปอดติดเชื้อ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง และภาวะหัวใจเต้นช้า: กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ เดือน กันยายน ๒๕๖๖ – พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

พยาบาลผู้ป่วยนอกถือเป็นจุดให้บริการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยในชีวิต หากประเมินคัดกรองอาการตามระดับความรุนแรงของโรค รวมทั้งการใช้องค์ความรู้เพื่อคัดกรองโรคที่มีความซับซ้อน เพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต และให้การพยาบาลหลังตรวจอย่างมีประสิทธิภาพ แบบองค์รวมสอดคล้องกับแนวทางการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดโรคซ้ำเพื่อความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ด้านโรคพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัยและประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ ความรู้ด้านการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคอุบัติใหม่และการเฝ้าระวังการเกิดโรค ความรู้ทักษะความเชี่ยวชาญในการตรวจประเมิน คัดกรอง แยกโรค ตามแนวทาง (Triage Guideline) กระบวนการสาธิตและปฏิบัติตามแนวทางของโรงพยาบาลบางใหญ่ ความรู้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ด้านการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนความรู้ด้านวิชาการกำหนดรูปแบบการศึกษา การศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาทบทวนวรรณกรรมและการใช้ความรู้ทางสถิติ และความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง ความรู้และประสบการณ์ด้านการเรียบเรียงและการนำเสนอผลงาน ความรู้ ความชำนาญในด้านการบริหารทรัพยากรและทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ข้อมูลส่งต่ออาการสำคัญของผู้ป่วยยังหน่วยตรวจอื่นๆตามสิ่งที่ผู้ป่วยรักษาต่อ หากพยาบาลมีความรู้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในชีวิตและจะสามารถเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนภาวะสุขภาพของคนไทยในระดับประเทศต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษากรณีแบบเฉพาะเจาะจงใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ ๔ ร่วมกับโรคปอดติดเชื้อ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง และภาวะหัวใจเต้นช้าในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี อาการที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการคลื่นไส้ ช้ำซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยคัดกรอง ด้วยความรู้ ความชำนาญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ปลอดภัย โดยการพยาบาลผู้ป่วยนอกถือเป็นจุดให้บริการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยในชีวิต หากประเมินคัดกรองอาการตามระดับความรุนแรงของโรค รวมทั้งการใช้องค์ความรู้เพื่อคัดกรองโรคที่มีความซับซ้อน เพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยผิดพลาดที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต และให้การพยาบาลหลังตรวจอย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวมสอดคล้องกับแนวทางการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดโรคซ้ำเพื่อความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน และเป็นกรณีศึกษาที่มาจากอาการและอาการแสดงที่พบได้ไม่บ่อย เสี่ยงต่อการทำให้การวินิจฉัยไม่ถูกต้องซึ่งส่งผลกับแนวทางการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ และอาจรุนแรงถึงขั้นกระทบต่อการเสียชีวิตขณะรอตรวจได้ โดยกรณีศึกษาที่คัดเลือกเป็นผู้ป่วยโรคต้นโลหิตสูง ไตวายระยะที่ ๔ ร่วมกับภาวะปอดติดเชื้อ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง และภาวะหัวใจเต้นช้า

๒. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อรวบรวมข้อมูลประกอบการวินิจฉัยรักษาและวินิจฉัยทางการพยาบาล

๓. ทบทวนเอกสาร ตำราทางวิชาการ งานวิจัย บทความทางวิชาการ การรักษา และการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับโรคและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการใช้ระบบคัดกรองผู้ป่วย (Triage Guideline) เพื่อส่งต่อหน่วยตรวจรักษาตามอาการของผู้ป่วย

๔. ศึกษาค้นหาปัญหา ความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุนที่ทำให้เกิดปัญหา และความต้องการการรักษาและการพยาบาล อย่างครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก

๕. ประสานงานวางแผนการวินิจฉัย รักษา และการให้การพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

๖. ปฏิบัติการการพยาบาล โดยนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิผล ผู้ป่วยปลอดภัย

๗. ประเมินผล สรุปผลการศึกษา และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองตามระดับความรุนแรง และได้รับการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อความปลอดภัยในชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ

๒. เพื่อให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติในการคัดกรองและสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างท้วม อายุ ๗๗ ปี น้ำหนัก ๙๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI ๓๑.๘๓ kg/m^๒

สถานภาพ สมรส อาชีพ รับจ้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนนทบุรี สิทธิการรักษา สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ

แหล่งที่มาของข้อมูล : การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยในระบบ HOS-xp

รับไว้รักษาในโรงพยาบาล : ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๔๕ น.

รับไว้ในความดูแลแผนกผู้ป่วยนอก : ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๔๕ น. - ๑๗.๐๐ น.

รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล ๒ ชั่วโมง ๑๕ นาที

อาการสำคัญ รับการส่งต่อจากคลินิกมิเตอร์คลินิกเวชกรรม ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงขาดยา ๑ เดือน และมีไตวายระยะที่ ๔ (HT with Chronic Kidney disease stage ๔) อาการสำคัญที่ส่งต่อ ใช้สูง ไอ กล้ามเนื้อขาข้างขวาอ่อนแรง Rt leg grade ๓ (R/o CVA Rt) ก่อนมา ๑๐ ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรังระยะที่ ๔ ไปรับใบส่งตัวจากมิเตอร์คลินิกเวชกรรม(คลองถนน) ด้วยอาการ ใช้สูง เหนื่อย ขาขวาอ่อนแรง ก่อนมา ๑๐ ชั่วโมง และญาติให้ประวัติในวันที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการใช้สูง ไอ มีน้ำมูกเล็กน้อย เหนื่อย ขาขวาอ่อนแรงจึงพาไปรับการรักษาที่มิเตอร์คลินิกเวชกรรม (คลองถนน) เพื่อมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลบางใหญ่ โดยการตรวจที่คลินิกมิเตอร์ พบ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ความดันโลหิต ๑๔๙/๖๙ mmHg ชีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ ๑๕ ปี และมีโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๔ ประมาณ ๑ ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัดรับยาความดันโลหิตสูง ๑ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว : บุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว

การรับประทานอาหาร : รับประทานอาหารวันละ ๓ มื้อ ชอบอาหารที่มีรสจัด เค็ม หวาน

ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา : ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธประวัติการรับการผ่าตัด

แบบแผนการนอนหลับ: นอนวันละ ๖-๘ ชั่วโมง เข้านอนประมาณ ๒๑.๐๐น. ตื่นประมาณเวลา ๐๕.๓๐ น.

การประเมินร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ชายไทยวัยสูงอายุผิวขาวเหลือง รูปร่างท้วม น้ำหนัก ๙๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI ๓๑.๘๓ kg/m^๒ มาโดยรณรงค์รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง v/s แรกรับ อุณหภูมิ ๓๙.๑ องศาเซลเซียส ความดันโลหิต ๑๓๒/๖๗ mmHg ชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที Osat ๙๕%

การประเมินทางระบบประสาท : Glasgow Coma scale E๔V๕M๖ pupil ๒ min React to light both eye กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างมีแรงปกติ

ผิวหนัง : ผิวค่อนข้างแห้ง สีผิวขาวเหลือง ไม่ซีด

ศีรษะ : ผมสั้นสีขาวสลับดำ รูปร่างท้วม กระโหลกศีรษะรูปร่างสมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง

ตา : เปลือกตา ไม่ซีด รูม่านตาทั้ง ๒ ข้าง ขนาด ๒ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ

หู : ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีน้ำหรือสารคัดหลั่งไหลจากหู

จมูก : มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คดไม่เอียงไม่ผิดปกติ

ปาก : ไม่ซีด การพูดชัดชัดเจน แลบลิ้นไม่เขียว

ทรวงอกและปอด : รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง ขยายได้ดี ปอดมีเสียง crepitation both lungs อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที

ระบบทางเดินอาหาร : กลืนอาหารและน้ำได้ตามปกติ ไม่มีสำลัก ลักษณะท้องแบนราบ คลำไม่พบก้อน Bowel sound ๖-๑๐ ครั้งต่อนาที ไม่มี guarding ไม่มี tenderness ตับและม้ามไม่โต

แขนขา : แขนขาทั้งสองข้างมีแรงด้าน Motor power: grade V both side

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ผล	หน่วย	ค่าปกติ
Creatinine enzyme	๑.๘	mg/dl	๐.๕-๑.๕
BUN	๒๐.๙	mg/dl	๒๐-๒๓
eGFR	๓๕	ml/min/๑.๗๓m	
K	๔.๔๙	mmol/l	๓.๕-๕.๕
Na	๑๓๕.๙๐	mmol/l	๑๓๕-๑๔๕
Cl	๑๐๐.๑๐	mmol/l	๙๘-๑๐๘
CO ₂	๒๑.๒๐	mmol/l	๒๑-๒๘
Hct	๓๙	%	๓๕-๔๔
WBC COUNT	๑๐,๐๘๐	cells/cum	๔,๐๐๐-๑๐,๐๐๐
neutrophil	๘๓	%	๕๐-๗๐
lymphocyte	๑๓	%	๒๐-๔๐
Platelet count	๑๒๙,๐๐๐	ul	๑๔๐,๐๐๐- ๔๐๐,๐๐๐
Hb	๑๒.๖	g/dl	๑๑.๐-๑๑.๘๐
Covid-๑๙Ag Rapid Test	Negative		Negative
Influenza A,B Ag (Screening test)	Negative		Negative

ผลการตรวจทางรังสี

Chest X-ray : Trachea in midline, No cardiomegaly, infiltration both lungs.

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG ๑๒ lead : Normal sinus rhythm, Rate ๕๘ bpm No chamber enlargement No ST elevation

การวินิจฉัยของแพทย์ก่อนส่งไปยังหน่วยตรวจผู้ป่วยใน: pneumonia with sepsis with brady cardia พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง

ความหมาย

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) $\geq$ ๑๔๐ มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) $\geq$ ๙๐ มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP $\geq$ ๑๔๐ มม.ปรอท แต่ ระดับ DBP $<$ ๙๐ มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับ ความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP $\geq$ ๑๔๐ มม.ปรอท และ/หรือ DBP $\geq$ ๙๐ มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP $<$ ๑๓๕ มม.ปรอท และ DBP $<$ ๘๕ มม.ปรอท)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็น ปกติ (SBP $<$ ๑๔๐ มม.ปรอทและ DBP $<$ ๙๐ มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้าน สูงผิดปกติ (SBP $\geq$ ๑๓๕ มม.ปรอท และ/หรือ DBP $\geq$ ๘๕ มม.ปรอท)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

๑. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential หรือ Primary hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง พบได้มากถึงร้อยละ ๙๐-๙๕ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด มักพบในผู้สูงอายุ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง อาจเกิดจาก ๒ ปัจจัยร่วมกันคือ พันธุกรรมที่มีผลต่อการควบคุมเกลือโซเดียมในร่างกาย ร่วมกับปัจจัย ด้านวิถีชีวิต เช่น อ้วนเกินไป เครียดเกินไป รับประทานอาหารเค็มเกินไป สบายเกินไป (ขาดการออกกำลังกาย) ยา/อาหารเสริมบางชนิด เป็นต้น

๒. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิหรือชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) เกิดจาก สาเหตุเฉพาะชัดเจนที่ทำให้มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่น โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ การได้รับยาหรือ สารเคมีบางประเภท เป็นต้น ซึ่งจะพบน้อย ประมาณร้อยละ ๕-๑๐ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑๔ เมื่อทราบสาเหตุของการเกิดโรคและได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ภาวะความดันโลหิตที่ สูงขึ้นกลับสู่ภาวะปกติและสามารถรักษาให้หายได้

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระยะแรกของโรคหรือในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักไม่แสดงอาการ เฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกถึงภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้นอาการแสดงจะเริ่มปรากฏเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง โดยมักพบอาการ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ส่วนใหญ่มักเป็นหลังตื่นนอน ตอนเช้า ช่วงเวลาสายอาการจะทุเลาลง บางครั้งมีเลือดกำเดาไหล ตามัว มองไม่เห็น เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง ในบางรายที่มีค่าความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงและเป็นระยะเวลานาน โดย ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง

การรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี ๒ วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการ ดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต systolic (systolic blood pressure, SBP) ลง ๑๐ มม.ปรอท หรือ การลดความดันโลหิต diastolic (diastolic blood pressure, DBP) ลง ๕ มม.ปรอท สามารถลด โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ ๒๐ ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ ๑๕ ลดอัตราการเกิด stroke ร้อยละ ๓๕ ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ ๒๐ และ ลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ ๔๐ การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกัน การเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวาน หรือ โรคไตเรื้อรัง

การเลือกใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต ยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ ๕ กลุ่มหลัก คือ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides ได้แก่ chlorthalidone และ indapamide) การเลือกใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งจาก ๕ กลุ่มนี้ จะให้ ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ใกล้เคียงกัน แม้จะมีความแตกต่างกัน บ้าง เช่น beta-blockers อาจป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่ายาในกลุ่มอื่นๆ และ CCBs อาจ ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวได้ไม่ดีเท่ายาในกลุ่มอื่น เป็นต้น แต่ผลในการป้องกันโรคระบบหัวใจ และ หลอดเลือดโดยรวมถือว่าไม่แตกต่างกัน ดังนั้นหากจะเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูง เพียง ชนิดเดียวก็สามารถเลือกจากยาในกลุ่มใดก็ได้ ตามความเหมาะสม (คำแนะนำระดับ I, คุณภาพ หลักฐาน A) การเลือกให้ยาลดความดันโลหิตให้เหมาะสม ควรพิจารณาจากโรคร่วมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ นอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง และพิจารณาจากข้อห้ามต่าง ๆ ของการใช้ยาแต่ละชนิด

โรคไตวายเรื้อรัง

ความหมายของโรค

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นภาวะที่มีการเสื่อมการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเป็นเดือนหรือปี ซึ่งโรคส่วนใหญ่จะทำให้ไตเสื่อมลงอย่างถาวร ไม่สามารถกลับมาทำงานอย่างปกติได้ และพบบ่อยขึ้นในประชากรไทย เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในด้านทรัพยากรและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตไม่ดี และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

พยาธิสภาพของโรค

สาเหตุของไตเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน (ประมาณ ๔๐%) และความดันโลหิตสูง (ประมาณ ๒๐%) โรคอื่น ๆ ที่อาจพบได้คือ โรคนี้และการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (obstructive uropathy) โรคไตจากเก๊าท์ โรคภูมิ ต้านทางต่อเนื้อเยื่อตนเอง (Systemic lupus erythematosus) โรคไต IgA โรคถุงน้ำในไตซึ่งเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ (Autosomal dominant polycystic kidney disease) โรคไตเรื้อรังที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวด (Analgesic and NSAIDs induced nephropathy)

การแบ่งระยะของผู้ป่วยโรคไตระยะเรื้อรัง (Staging of chronic kidney disease)

ปัจจุบัน The National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives (NKF-K/DOQI) ๑ ได้แบ่งระยะของโรคไตออกเป็น ๕ ระยะ ตามระดับของ glomerular filtration rate (GFR) และหลักฐานของโรคไต (National Kidney Foundation ๒๐๐๒) (ดังตาราง)

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

อาการ

ไตคนเรามี ๒ ข้าง โดยไตแต่ละข้างจะมีหน่วยไต (nephron) ประมาณ ๑ ล้านหน่วย ซึ่งถ้าไตหรือเสียไตไป หนึ่งข้าง ไตอีกข้างหนึ่งจะทำงานทดแทนได้ และทำให้มีชีวิตได้อย่างปกติ การประเมินการทำงานของไตทำได้โดยการ ประเมินค่า glomerular filtration rate (GFR) โดยใช้ค่านี้ในการประเมินและติดตามผู้ป่วย รวมทั้งผลของการรักษา โรคไตมีจึงจัดได้ว่าเป็นภัยเงียบเพราะถึงแม้สูญเสียไตไปแล้วกว่า ๕๐% ผู้ป่วยก็ยังไม่มีอาการ โดย ผู้ป่วยมักมีอาการทางคลินิก เมื่อไตเสียการทำงานไปมากกว่า ๗๐% นั่นคือ อาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะ กลางคืน ไม่มีแรง โลหิตจาง ขาบวม หน้าบวม และความดันโลหิตสูง คันตามตัว ผมหงอก ผิวหนังแห้งและหยาบ ซึ่งถ้า เจาะเลือดจะพบว่าระดับ BUN และครีเอตินินสูงขึ้น โลหิตจางแบบ normochromic normocytic กลีโธเร็ดผิดปกติ เช่น ระดับ HCO₃ ต่ำ K⁺ เริ่มสูงกว่าปกติ Phosphate สูง และ calcium ต่ำลง

ในทางคลินิก จะถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง เมื่อมีของเสียในเลือดสูง (azotemia) นานกว่า ๓ เดือน ตรวจพบ Broad cast ในปัสสาวะ และมีภาวะ normochromic normocystic anemia ร่วมกับมีไตขนาดเล็กลงทั้ง ๒ ข้าง

ในกรณีไตวายระยะสุดท้ายคือ การทำงานของไตลดลงน้อยกว่า ๑๕% จะมีอาการมากขึ้น โดยนิยามเป็นภาวะยูเรียเมีย (uremia) เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นไม่รับรส ออกร้อนตามตัว น้ำหนักลด ซีด ขาและหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด นอนราบไม่ได้ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มือเท้าชาจากเส้นประสาท

เสื่อม สมองไม่สั่งการ ชิม ไม่รู้ตัว ชัก หรือบางทีมีอาการสับสน และผลทางห้องปฏิบัติการพบว่า BUN และ creatinine ในเลือดสูง ($BUN \geq 60 \text{ mg/dL}$, $creatinine \geq 6 \text{ mg/dL}$ หรือ $creatinine \text{ clearance}$ น้อยกว่า ๑๕ ซีซีต่อนาที) ร่วมกับโลหิตจางมากขึ้น เกลือ แร่ในเลือดผิดปกติอย่างมากเช่น ระดับโพตัสเซียมสูง ระดับ HCO_3^- ต่ำ ระดับ Phosphate สูง และระดับ calcium ต่ำลง ซึ่งในกรณีนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ไตเทียม หรือปลูกถ่ายไต

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่มีอาการชืด อ่อนเพลีย บวม นอกจากเกิดจากโรคไตเรื้อรังแล้ว อาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้ เช่น ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ภาวะต่อมใต้สมองทำงานผิดปกติ (Hypopituitarism) ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะโรคตับแข็งที่มีท้องมาน ซึ่งการวินิจฉัยแยกโรคทำได้ทางคลินิกจาก อาการและอาการแสดงของโรค รวมทั้งตรวจเลือดหาระดับ BUN creatinine และระดับฮอร์โมนไทรอยด์อื่น ๆ การทำงานของตับ รวมทั้ง x-ray หัวใจ และตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ในการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังแล้ว แพทย์ควรจะต้องหาสาเหตุของไตวาย เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการ ตรวจปัสสาวะมีความสำคัญ เช่น ในกรณีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังอาจพบ broad cast (cast ขนาดกว้างกว่า ๓ เท่าของเม็ด เลือดแดง) ในกรณีผู้ป่วย glomerulonephritis มักมีเลือดแดงในปัสสาวะเป็นลักษณะ dysmorphic RBC หรือ RBC cast และโปรตีนในปัสสาวะ ผู้ป่วยเบาหวานลงไตจะมีไข่ขาวในปัสสาวะ (albuminuria) การตรวจทางรังสีหรืออัลตราซาวด์เพื่อแยกภาวะนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ หรือ ในบางรายจำเป็นต้องได้รับการเจาะชิ้นเนื้อ ไตเพื่อการวินิจฉัยโรคโกลเมอรูลัสหรือหลอดเลือดฝอยอักเสบ

การรักษา

ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการโลหิตจางจากขาด erythropoietin (ซึ่งปกติสร้างที่ไต) ควรให้ยาฉีด erythropoietin เพื่อแก้ปัญหาโลหิตจาง และลดโอกาสการได้รับเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีแผนการปลูกถ่ายไตในอนาคต

ในผู้ป่วยที่มีไตวายระยะสุดท้าย (Uremia) โดยไตทำงานน้อยกว่า ๑๕% การรักษาก็สามารถทำได้โดยใช้เครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งทำหน้าที่ทดแทนไต และทำให้ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตและทำงานได้ดีเหมือนเดิม ในผู้ป่วยที่ร่างกายแข็งแรง ก็มีโอกาสรักษาไตได้ปัจจุบันการผ่าตัดปลูกถ่าย ไตจากญาติพี่น้อง พ่อแม่หรือผู้บริจาคที่เสียชีวิต สมองตาย ก็ได้ผลดีมาก (โอกาสรับได้มากกว่า ๙๕%) และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตดีขึ้นมาก และมีชีวิตยืนยาว

ยาลดความดันโลหิตที่มีผลชะลอการเสื่อมของไต และลดปริมาณโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (ซึ่งบ่งบอกถึง adaptive hyperfiltration และความรุนแรงของโรคไต) ได้ดีคือ ยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) และ Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) ยาทั้ง ๒ ชนิดได้ผลดีในการลดการเสื่อมของไต โดยเฉพาะเมื่อให้ยาในระยะแรกของโรคไต (ระดับซีรัม creatinine $< 3 \text{ mg/dL}$) ผลข้างเคียงของยา ACEI ที่พบบ่อยคือ อาการไอ ซึ่งการลดขนาดยาหรือหยุดยา อาการไอก็จะหายไปในเวลา ๑-๒ สัปดาห์ ผลข้างเคียงของยา ACEI และ ARBs ที่สำคัญคือ ภาวะโพตัสเซียมสูง ภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดไตตีบ ๒ ข้าง ดังนั้นใน ผู้ป่วยโรคไตเสื่อม ควรเริ่มยาในขนาดต่าง ๆ และเจาะเลือดตรวจการทำงานของไตและโพตัสเซียมทุก ๒ สัปดาห์ จนขนาด ยาที่ใช้เหมาะสม และระดับซีรัมครีเอตินินคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อยไม่เกิน ๓๐% จากก่อนให้ยา รวมทั้งไม่มีภาวะ โพตัสเซียมสูง หลังจากนั้นติดตามผลเลือดทุก ๑-๒ เดือน

ในกรณีที่ความดันโลหิตลดลง แต่ไม่ถึงระดับที่พอเหมาะคือต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ mmHg ควรให้ยาลดความดัน โลหิตชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่น diuretic, Calcium Channel Blocker หรือ beta-blocker

การจำกัดอาหารโปรตีนประมาณ ๐.๖-๐.๘ กรัม/นน.ตัว/วัน (เท่ากับเนื้อสัตว์ประมาณ ๖-๘ ช้อนโต๊ะ ต่อวัน ใน ผู้ป่วยน้ำหนัก ๕๐ kg) สามารถชะลอการเสื่อมของไต เนื่องจาก การทานโปรตีนปริมาณมาก จะมีผลให้ของเสียมากขึ้น และไตทำงานหนักจาก hyperfiltration ซึ่งเป็นสาเหตุให้ไตเสื่อมเร็ว และ ควรแนะนำให้ทานอาหารโปรตีนที่มาจาก เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อปลา หรือไข่ขาว เนื่องจากเป็นโปรตีนคุณภาพสูงกว่าโปรตีนที่ได้จากพืช

การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม จะช่วยลดความดันโลหิต และอาการบวมได้ ผู้ป่วยไม่ควรทานอาหาร ไขมันสูง เพราะในผู้ป่วยโรคไตมักมีไขมันในเลือดสูง และมีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนปกติ

ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงและได้รับการรักษาภาวะที่กระทบการทำงานของไต เช่นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ภาวะติด เชื้อ ภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งยาที่มีพิษต่อไตได้แก่ NSAIDs, COX-2 inhibitor, Aminoglycoside, Radiocontrast media, สมุนไพรบางชนิด

ในภาวะไตวายขั้นที่ ๔ (ซีรัมครีเอตินินมากกว่า ๓ mg/dl) ควรระวังภาวะ K สูง เลือดเป็นกรด ภาวะฟอสเฟต สูง แคลเซียมในเลือดต่ำ จึงควรแนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารที่มี K สูง เช่น ผลไม้โดยเฉพาะ ทุเรียนกล้วยหอม มะม่วง สุก เป็นต้น และรับประทานโซดาบด (NaHCO₃) เพื่อควบคุมภาวะเลือดเป็นกรด ยาจับฟอสเฟตในลำไส้ เช่น calcium carbonate หรือ calcium acetate นอกจากนี้ควรได้ยา active vitamin D เช่น ๑-alpha hydroxycholecalciferol หรือ calcitriol เพื่อควบคุมภาวะพาราไทรอยด์สูงชนิดทุติยภูมิ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการโลหิตจางจากขาด erythropoietin (ซึ่งปกติสร้างที่ไต) ควรให้ยาฉีด erythropoietin เพื่อแก้ปัญหาโลหิตจาง และลดโอกาสการได้รับเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีแผนการปลูกถ่ายไตในอนาคต

ในผู้ป่วยที่มีไตวายระยะสุดท้าย (Uremia) โดยไตทำงานน้อยกว่า ๑๕% การรักษาที่สามารถทำได้โดยใช้เครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งทำหน้าที่ทดแทนไต และทำให้ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตและทำงานได้ดีเหมือนเดิม ในผู้ป่วยที่ร่างกายแข็งแรง ก็มีโอกาสรักษาไตได้ปัจจุบันการผ่าตัดปลูกถ่าย ไตจากญาติพี่น้อง พ่อแม่หรือผู้บริจาคที่เสียชีวิต สมองตาย ก็ได้ผลดีมาก (โอกาสรับได้มากกว่า ๙๕%) และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตดีขึ้นมาก และมีชีวิตยืนยาว

โรคปอดติดเชื้อ (pneumonia with sepsis)

ความหมาย

ปอดติดเชื้อ (pneumonia with sepsis) หรือที่เรียกว่า “ปอดบวม” หมายถึง การอักเสบติดเชื้อของเนื้อปอดซึ่งประกอบด้วยหลอดลมฝอย (terminal และ respiratory bronchioles) ตลอดจนถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อ โดยรอบ (interstitium) การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอดใน lobar pneumonia หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด ปอดอักเสบพบบ่อยในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว สามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า ๒ ปี ผู้ที่มีอายุ ๖๕ ปี ขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ

พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ

๑.ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอด จะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัว มีเม็ดเลือด แดงไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาในแบคทีเรีย ระยะนี้กินเวลา ๒๔-๔๖ ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด

๒. ระยะเนือปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่าเม็ดเลือดแดงและไฟบริโนอยู่ ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้นทำให้เนือปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดง ในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรคระยะน้ำถ้าตัดเนือปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization) เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไฟบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัว เล็กลง ระยะน้ำกินเวลา ๓-๕ วัน

๓. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้เม็ดเลือดขาว สามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบรินเม็ดเลือดขาว และหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนือปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอด จะหายไปหรือมีพังพืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมาก แต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ ๕ วัน ผู้ใหญ่ ๒ สัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน ๖ สัปดาห์ ถ้าเกิน ๖ สัปดาห์ต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม เช่น มะเร็งปอดหรือหลอดลม เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของโรคปอดติดเชื้อ

ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อยเป็นสำคัญ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจมีไม่ครบทุกอย่าง ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และมีความสามารถในการสื่อสารได้จำกัด เช่น ในผู้สูงอายุอาจมีเพียงไข้หรือตัวอุ่นๆ และซึมลงเท่านั้น อาจมีอาการไอเพียงเล็กน้อยหรืออาจไม่มีอาการไอ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือกลืนเนื้อไม่มีแรงพอที่จะไอได้ แพทย์จะให้ความสนใจและสงสัยผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นเป็นพิเศษเนื่องจากอาการอาจแสดงไม่ชัดเจน อาการแสดงดังนี้

๑. ไข้ มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือมีไข้ตัวร้อนตลอดเวลา บางรายก่อนมีไข้ขึ้น อาจมีอาการหนาวสั่นมากซึ่งมักจะเป็นเพียงครั้งเดียวในช่วงแรก

๒. อาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการปากเขียว ตัวเขียว ส่วนในรายที่เป็นไม่มากอาจไม่มีอาการหอบเหนื่อยชัดเจน

๓. อาการไอ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆไม่มีเสมหะ แล้วต่อมาจะมีเสมหะขาวหรือ ขุ่นข้นออกเป็นสีเหลืองสีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปน

๔. อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บแปล็บเวลาหายใจเข้าหรือเวลาที่ไอแรงๆ ตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สีข้าง หรือท้อง ต่อมาจะมีอาการ หายใจหอบเร็ว

๕. ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วย

๖. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น หรือโรคหวัดนำมาก่อนแล้วจึงมี อาการไอ หายใจหอบตามมา โดยเฉพาะที่เกิดจากเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* หรือเชื้อ *Haemophilus influenza* อาจมีอาการซึม สับสน ในรายที่เป็นปอดอักเสบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้ออื่นๆ จะมีอาการของโรคติดเชื้อ นั้นๆ ร่วมด้วย เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัด อีสุกอีใส ไกกรน สดริบไทฟัส โรคฉี่หนู เป็นต้น

การรักษาโรคปอดติดเชื้อ

การรักษามี ๓ วิธี คือ

๑. โดยการใช้ยาต้านจุลชีพ

๒. การรักษาประคับประคองตาม อาการ

๓. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การให้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน ๔ ถึง ๖ ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

แพทย์ควรพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วภายใน ๑ ชั่วโมง เนื่องจากทุกๆ ๑ ชั่วโมง ของการให้ยาต้านจุลชีพ จะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงร้อยละ ๘ ดังนั้นการเลือกให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและรวดเร็วจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการรอดชีวิต ส่วนปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการรอดชีวิต คือ ความรุนแรงของเชื้อก่อโรค อายุและโรคประจำตัวของผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไป แล้วไม่สามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้ได้ แต่สามารถให้การดูแลประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤติไปได้ ดังนั้น การพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพ จึงต้องอาศัยข้อมูลทางระบาดวิทยาโดยเฉพาะถ้ามี ข้อมูลระดับประเทศหรือข้อมูลของสถานพยาบาลนั้นๆจะทำให้สามารถดัดแปลงเพื่อนำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม โดยแนวทางการรักษาจะพิจารณาตามตำแหน่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาให้การรักษา (site of care) ได้แก่ ๑.ผู้ป่วยนอกที่มีสุขภาพแข็งแรง (outpatient : healthy) ๒. ผู้ป่วยนอกที่มี ปัจจัยเสี่ยงต่อเชื้อดื้อยา (outpatient : risk factor for drug-resistant streptococcus pneumoniae) ๓. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย (inpatient, ward) ๔. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ (inpatient , intensive care unit) เนื่องจากจะสัมพันธ์กับชนิดและความรุนแรงของเชื้อก่อโรค รวมถึงพยากรณ์โรคของการติดเชื้อ โรคปอดอักเสบ

กล้ามเนื้ออ่อนแรง

กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจเป็นสัญญาณเตือนของความผิดปกติทางระบบประสาทเนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อสมองจะต้องสร้างสัญญาณ ผ่านเซลล์ประสาทในก้านสมอง ไขสันหลัง ไปยังเส้นประสาทส่วนปลายเพื่อส่งสัญญาณไปที่กล้ามเนื้อให้เกิดการทำงาน นอกจากนี้ เนื้อเยื่อกล้ามเนื้อจะต้องสามารถทำงานได้อย่างปกติ หดตัวเพื่อตอบสนอง ต่อสัญญาณจากเส้นประสาท ดังนั้น ความอ่อนแรงจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีส่วนหนึ่งของสมอง ไขสันหลัง เส้นประสาท กล้ามเนื้อ หรือการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดโรคขึ้น กล้ามเนื้ออ่อนแรงอาจจะเกิดขึ้นเฉียบพลัน หรือเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ความอ่อนแรง อาจจะมีผลต่อกล้ามเนื้อทั้งหมดของร่างกาย หรือเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ตัวอย่างเช่นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) อาจทำให้ร่างกายเกิดการอ่อนแรงครึ่งซีกซ้ายหรือขวา ขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่ได้รับบาดเจ็บของสมอง และโรคไขสันหลังอาจทำให้ขาอ่อนแรงซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง อาการขึ้นอยู่กับกล้ามเนื้อส่วนใดที่ได้รับผลกระทบ

กล้ามเนื้ออ่อนแรงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น ปริมาณเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีแนวโน้มลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นจากผู้สูงอายุอาจมีใช้งานกล้ามเนื้อลดลง ทำกิจกรรมน้อยลง และการผลิตฮอร์โมนที่กระตุ้นการพัฒนาของกล้ามเนื้อลดลง การเสื่อมสภาพจากการไม่เคลื่อนไหว อันเนื่องมาจากการการเจ็บป่วยหรือความอ่อนล้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ การสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยทั่วไป เนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น การพักฟื้นหลังผ่าตัด การพักฟื้นในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) เป็นเวลานาน โรคที่อาจเกิดได้ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรงเนื่องจากผลข้างเคียงการใช้ยา รวมไปถึงโรคหลอดเลือดตีตัน (Ischemic Stroke) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เป็นอีกโรคที่ไ้บ่อยในผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน นอกจากนี้การที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงลงยังส่งผลต่อการเดิน การทรงตัว ในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดอุบัติเหตุ การหกล้มตามมา อาจร้ายแรงอาจนำไปสู่การทุพพลภาพได้

สาเหตุที่พบได้บ่อย

- ๑.โรคหลอดเลือดสมอง (สาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีก)
- ๒.โรคไขสันหลังบาดเจ็บ
๓. โรคที่เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง (SLE,MG)
- ๔.โรคที่เกิดการกดทับเส้นประสาท เช่น กระดูกสันหลังทับเส้นประสาท (HNP)

๕.โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (MS)

๖.โรคเซลล์ประสาทเสื่อมสภาพ (ALS)

๗.โรคที่มีการกดทับไขสันหลัง เช่น มะเร็งที่ลุกลามไปยังไขสันหลัง (Epidural Cancer metastasis)

๘.อุบัติเหตุ

การรักษา

จำเป็นต้องวินิจฉัยหาสาเหตุเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง

การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

๑. กายภาพบำบัด การออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อยึดติด การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว ฝึกเดิน การฝึกการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

๒. กิจกรรมบำบัด ช่วยในเรื่องการกระตุ้นการกลืน การออกเสียง และกิจกรรมบำบัดเป็นการบำบัดเพื่อทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ ทั้งการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การแต่งกาย การอาบน้ำ เป็นต้น

๓. โภชนบำบัด ดูแลเรื่องอาหารการกิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับแคลอรีและสารอาหารที่เหมาะสม โดยเลี่ยงอาหารที่กลืนได้ลำบาก เพื่อป้องกันการสำลัก และในบางกรณีอาจต้องใส่ท่อให้อาหารเข้าไปในกระเพาะอาหารด้วย

๔. การช่วยเหลือด้านจิตวิทยาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา เพื่อให้ได้รับการดูแลด้านสภาพจิตใจ และอารมณ์ของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ความหมาย

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) คือ การที่หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะตามธรรมชาติ อาจเต้นเร็วไป หรือ ช้าไป ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของกระแสไฟฟ้าในหัวใจทำให้การสูบฉีดเลือดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง

ประเภทของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

๑.หัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation : AF) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด อาการที่พบคือหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะและเร็วผิดปกติ เกิดมาจากการกระตุ้นหัวใจที่ผิดปกติไม่เป็นระบบที่บริเวณหัวใจห้องบน ทำให้หัวใจห้องบนบีบตัวได้ไม่เต็มที่ สูบฉีดเลือดได้น้อยลง ไม่พอไปหล่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

๒. ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (Supraventricular Tachycardia : SVT) เกิดจากความผิดปกติของวงจรหัวใจห้องบน ทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ แต่เป็นจังหวะสม่ำเสมอ โดยมักเต้นอยู่ที่ ๑๕๐-๒๕๐ ครั้งต่อนาที ซึ่งการบีบตัวเร็ว ของหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงห้องหัวใจไม่ทัน

๓.ภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (Bradycardia) โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า ๕๐-๖๐ ครั้งต่อนาที สาเหตุมาจากการสร้างหรือการนำกระแสไฟฟ้าที่ผิดปกติ หรืออาจจะทั้งสองแบบ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ในร่างกายได้ไม่เพียงพอ

๔. สัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขวาง (Heart Block หรือ AV Block) เกิดจากการนำกระแสไฟฟ้าจากหัวใจห้องบนไปห้องล่างได้ช้าลง เนื่องจากถูกขัดขวางหรือปิดกั้น มักพบว่าหัวใจเต้นช้ามาก แต่เต้นอย่างสม่ำเสมอ มักพบเต้นอยู่ที่ ๓๐-๔๐ ครั้งต่อนาที

๕.ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นแผ่วระรัว (Ventricular Fibrillation) มีอาการหัวใจเต้นเร็วและไม่เป็นจังหวะ เกิดจากการกระตุ้นหรือการสั้นของใยกล้ามเนื้อหัวใจในหัวใจห้องล่าง ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้ นับเป็นภาวะอันตรายและต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินทันที

อาการและอาการแสดงหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ในกรณีที่หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยจะรู้สึกหัวใจเต้นสะดุด ใจหาย เหนื่อย บางรายอาจมีอาการสะอึกหรือไอตามการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ในรายที่หัวใจเต้นช้าผิดปกติ จะมีอาการเด่นที่สำคัญคือ อาการที่ร่างกายได้รับเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ถ้าหัวใจเต้นช้าไม่มากก็จะมีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง ถ้าเป็นมากขึ้นก็จะมีอาการเหนื่อยในขณะพัก ถ้าเต้นช้าขั้นรุนแรงจะมีอาการหน้ามืด หมดสติหรือถึงขั้นอันตรายจนเสียชีวิตจากหัวใจหยุดเต้นได้ในรายที่หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ จะมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็วและแรง เหนื่อยง่ายในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคหัวใจอ่อนกำลังอยู่เดิม อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ เกิดหัวใจล้มเหลว หมดสติหรือถึงขั้นอันตรายจนเสียชีวิตได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ(ยศวีร์ อรรถมยากร,๒๕๖๖)

๑. ผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบไฟฟ้าหัวใจเสื่อมสภาพ กระตุ้นหัวใจได้น้อยลง ทำให้หัวใจทำงานได้ช้าผิดปกติ

๒. การดื่มหรือใช้สารที่มีผลต่อหัวใจ โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก จะส่งผลกระทบต่อกระแสไฟฟ้าในหัวใจ อีกทั้งการสูบบุหรี่ ดื่มคาเฟอีน การใช้สารเสพติด ก็จะไปกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ทำให้เต้นผิดจังหวะ

๓. เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจ ล้นหัวใจ

๔. โรคที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น

๕. ยาบางชนิด ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นหัวใจ เช่น ยาแก้หวัด ยาขยายหลอดลม ยาลดน้ำหนัก เป็นต้น

๖. กล้ามเนื้อในเลือดไม่สมดุล กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่กระตุ้นและเป็นสื่อให้กระแสไฟฟ้าในหัวใจ หากมีระดับที่ไม่พอดีต่อร่างกาย จะส่งผลให้กระแสไฟฟ้าในหัวใจมีความผิดปกติ

การรักษา

การรักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ จะขึ้นอยู่กับอาการของคนไข้ แพทย์จะเลือกรูปแบบการรักษา โดยพิจารณาตามสาเหตุ อาการ ตำแหน่ง และระดับความรุนแรงของโรค เนื่องจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด คนไข้อาจไม่ต้องเข้ารับการรักษา แต่ในบางชนิดจะต้องรับการรักษาให้ทันท่วงที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งแนวทางในการรักษาสามารถทำได้ดังต่อไปนี้

๑. การรักษาด้วยยา ยารักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ จะช่วยควบคุมหัวใจของผู้ป่วยให้เต้นตามปกติ การใช้ยาจะได้ผลดีกับภาวะหัวใจเต้นบางชนิด จะช่วยลดความถี่ของภาวะนี้ และลดความรุนแรงได้ แต่จะไม่ช่วยให้หายขาด

๒. การช็อกหัวใจ (Cardioversion) หรือการใช้ไฟฟ้ากระตุกเพื่อปรับการเต้นของหัวใจ จะใช้เมื่อผู้ป่วยมีอาการหัวใจเต้นเร็วเกินไป ซึ่งมีโอกาสเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยแพทย์จะใช้แผ่นแปะบริเวณหน้าอกของผู้ป่วย แล้วส่งกระแสไฟฟ้าจากเครื่องส่งเข้าไปยังหัวใจ เพื่อปรับจังหวะการเต้นหัวใจให้เป็นปกติ

๓. การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker) เป็นการฝังเครื่องมือตรวจจับจังหวะการเต้นของหัวใจ เป็นเครื่องมือที่มีขนาดเล็กฝังไว้ใต้ผิวหนัง ได้กระตุกโหมปลาร้า จากนั้นจึงสอดสายนำไฟฟ้าไปยังหัวใจ ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุม และกระตุ้นหัวใจให้เต้นตามปกติ เมื่อตรวจพบว่าหัวใจเต้นผิดจังหวะ

๔. การฝังเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ (Implantable Cardioverter Defibrillator : ICD) วิธีนี้จะช่วยปรับอัตราการเต้นของหัวใจให้เป็นไปตามปกติ นิยมใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเรื่องหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติ โดยอุปกรณ์ชนิดนี้จะทำหน้าที่กระตุ้นหัวใจ หากหัวใจเต้นช้าเกินไป และปล่อยพลังงานไฟฟ้าหากหัวใจเต้นเร็ว เพื่อให้จังหวะการเต้นของหัวใจกลับมาเป็นปกติ

๕. การใช้สายสวนเพื่อจี้กล้ามเนื้อหัวใจที่นำไฟฟ้าผิดปกติด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency Ablation Therapy) เป็นวิธีการรักษาต่อจากการตรวจระบบนำไฟฟ้าในหัวใจ โดยแพทย์จะสอดสายสวนเข้าไปยังจุดที่คาดว่าสาเหตุของภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ แล้วปล่อยคลื่นวิทยุความถี่สูง เพื่อทำลายเนื้อเยื่อหัวใจตรงส่วนที่เป็นสาเหตุ โดยปล่อยเป็นจุดเล็กๆ ซึ่งวิธีนี้จะช่วยรักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะให้หายขาดได้โดยไม่ต้องใช้ยา และยังมีภาวะแทรกซ้อนต่ำอีกด้วย

ทฤษฎีการพยาบาล

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self care Theory)

การพยาบาลที่สำคัญ

ระยะคัดกรอง v/s แกรับ อุณหภูมิ ๓๙.๑ องศาเซลเซียส ความดันโลหิต ๑๓๒/๖๗ mmHg ชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที่ หายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที่ O_2 saturation ๙๕%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยให้ประวัติขาขวามืออ่อนแรง มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ก่อนมา ๑ วัน

O: ๑. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงมีประวัติรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรักษา ๑ เดือน

๒. ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น ๆ ได้แก่ มีภาวะอ้วน BMI ๓๑.๘๓ kg/m²

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการวินิจฉัยรักษาและการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดและระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองและสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมองในขณะก่อนตรวจ เพื่อให้สามารถให้การรักษาทันต่อการเกิดโรค

๒. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต ไม่เกิน ๑๔๐/๙๐ mmHg ในระหว่างรอตรวจ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตเพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตสูง พร้อมบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงในระหว่างก่อนตรวจ

๒. หากผู้ป่วยวัดความดันโลหิตได้มากกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg ให้ผู้ป่วยพัก และผ่อนคลายโดยจัดสภาพแวดล้อมที่สงบและวัดความดันโลหิตหลังพัก ๑๕ นาที หากวัดความดันโลหิตได้สูงกว่า ระหว่าง ๑๘๐/๑๐๐ mmHg รายงานแพทย์ทราบ

๓. ประเมินและสังเกตอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น หากพบอาการดังกล่าว ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track)

๔. สร้างความตระหนัก ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเตือน อาการและอาการแสดง ที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการเตือนและแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อมีอาการดังกล่าว

๕. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการพยาบาล และลดความกลัวหรือวิตกกังวลกับโรคที่เป็น

๖. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง
การประเมินผล: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการปากเบี้ยว หรือก้ามเนื้อขาผิดปกติ Glasgow Coma scale E&V&M๖ pupil ๒ min React to light both eye กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างมีแรงปกติ ความดันโลหิต ๑๓๐/๖๔ mmHg ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๔ ครั้ง/นาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ๑. ผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยมีอาการไข้ ตัวร้อนและมีอาการไอมาก มีเสมหะในลำคอ

O: ๑. ผู้ป่วยไข้สูง ๓๙.๑ องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ไอเป็นพักๆ

มีเสียงเสมหะในลำคอ และมีเสมหะสีเหลือง

๒. ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ที่ปอดทั้ง ๒ ข้าง

๓. ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารักษาเป็นช่วงเวลาที่ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังและเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคใช้หัวใจใหญ่ทำให้ต้องมีการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดังกล่าว
วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องและได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรค

๒. ผู้ป่วยไม่มีการแพร่กระจายเชื้อแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น
เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ตามแนวทางการกระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรค

๒. มีการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพื่อไม่ให้แพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่บุคคลอื่น
กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวังของผู้ป่วย

๒. คัดกรอง ประเมินอาการเพื่อส่งผู้ป่วยรับการรักษาตามแนวทางการคัดกรอง

๓. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและทีมแพทย์หน่วยโรคติดเชื้อตามแผนการรักษาเพื่อวินิจฉัยโรคตามแนวทางการควบคุมป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจและการส่งตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ

๔. แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจ ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาในระหว่างรอตรวจ การเว้นระยะห่าง การล้างมือทุกครั้งสัมผัสผู้ป่วย การปิดปากเมื่อไอหรือจาม เป็นต้น

๕. ให้การพยาบาลด้วย technique universal precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ใส่ผ้าปิดปาก-จมูก (surgical mask) และถุงมือสะอาด (cleaned glove)

๖. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทางเดินหายใจ ผลการตรวจเลือด และผลภาพถ่ายรังสีปอดเมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาวางแผนการรักษาร่วมกัน

การประเมินผล

- ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรค โดยผลการตรวจดังนี้ ผลการตรวจเลือด WBC COUNT ๑๐,๐๘๐ cells/cum neutrophil ๘๓ % lymphocyte ๑๓% Platelet count ๑๒๙,๐๐๐ ul Covid-๑๙Ag Rapid Test Negative Influenza A,B Ag (Screening test) Negative Chest X-ray : infiltration both lungs. แพทย์ให้การวินิจฉัย pneumonia with sepsis และเริ่มให้การรักษาตามแผนการรักษา
- มีการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและไม่มีการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่บุคคลอื่น

ระยะก่อนตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากการติดเชื้อและมีพยาธิสภาพที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ๑. ผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยบอกหายใจเหนื่อย

O: ๑. ผู้ป่วย ไข้สูง ๓๙.๑ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ไอเป็นพักๆ มีเสียงเสมหะในลำคอ และมีเสมหะสีเหลือง

๒. ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ที่ปอดทั้ง ๒ ข้าง

๓. ผลภาพถ่ายทางรังสีปอดพบ infiltration

๔. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๕ เปอร์เซ็นต์

๕. ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงออกไม่สุขสบาย และมีอาการเหนื่อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อให้เกิดการรักษาได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินคัดกรองตามแนวทางคัดกรองโรคติดเชื้อของหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางใหญ่และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

๒. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วเต้น ไข้สูง ไข้ต่ำ ไข้กลับ ไข้ซ้ำ ไข้ต่อเนื่อง หนาวสั่นในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง

๓. อัตราการหายใจไม่เกิน ๒๐ ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึกไม่มีอาการหายใจลำบากหรือกระสับกระส่าย

๔. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดไม่น้อยกว่า ๙๕ เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินคัดกรองการติดเชื้อโดยใช้แบบประเมินแนวทางคัดกรองโรคติดเชื้อของหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางใหญ่ เพื่อสามารถให้การรักษาส่งผู้ป่วยได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

๒. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก ๒ ชั่วโมง อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อเมือกผิวหนังมี ลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัว ที่เป็นสัญญาณของภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันที่และรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ

๓. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน

๔. สอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) โดยการจัดทำให้อนุสรีระสูง ๓๐ องศา มีอวบน้ำตัก หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ให้เต็มปอด นับ ๑-๑๐ กลั้นลมหายใจ ๒-๓ วินาที แล้วจึง หายใจออกทางปากช้าๆ โดยห่อปากเล็กน้อย ซึ่งระยะเวลาหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจ เข้า ทำสลับกัน ๕- ๑๐ ครั้ง และสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้า ออกลึกๆ ช้าๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกทางปาก

๕. ฟังเสียงปอดเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการทำงานของปอด

๖. ดูแลให้ละอองไอน้ำและความชื้นผ่านทางท่อหายใจ ในกรณีผู้ป่วยมีเสมหะเหนียว ไอออก ได้ยาก เพื่อให้ทางเดินหายใจชุ่มชื้นและช่วยขับเสมหะออกมาได้

๗. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ ออกซิเจน

๘. ให้ข้อมูลและแนวทางการรักษา พยาบาลให้ผู้ป่วยทราบเพื่อลดความวิตกกังวล

๙. รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หรือ หายใจลำบาก เป็นต้น เพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

การประเมินผล

๑. จากการใช้แนวทางคัดกรองโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลบางใหญ่ พบ ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ของการติดเชื้อ ๒ ข้อ คือ ใช้สูง ๓๙.๑ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ ๒๒-๒๔ ครั้งต่อนาที ส่งผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉินไม่ได้ จึงดูแลต่อที่งานผู้ป่วยนอก

๒. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O_2 saturation ทุก ๑ ชั่วโมง พบผู้ป่วยไม่มีอาการปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อเมือกหนังไม่มี ลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวดี ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ การเคลื่อนไหวบกพร่อง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลีย และกล้ามเนื้อขาช้ำขาอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยให้ประวัติเหนื่อยอ่อนเพลีย ขาข้างขาอ่อนแรง

O: จากการสังเกต พบผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ยืนด้วยตนเองลำบาก ต้องมีญาติพยุงนั่งรถเข็น วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือผู้ป่วยในการในการทำกิจกรรมขณะรอตรวจ

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและประเมินอาการเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ขณะรอตรวจและไม่เกิดอุบัติเหตุหรือการพลัดตกหกล้ม กิจกรรมการพยาบาล

๑. คัดกรองและประเมินอาการ ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยประเมินอาการทางระบบประสาท เพื่อคัดกรองผู้ป่วยและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่เป็น

๒. ให้คำแนะนำญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้าย ลุกเดิน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือการพลัดตกหกล้ม

๓. ให้การพยาบาล คัดกรองและประเมินอาการ ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

๔. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง ตามความต้องการการรักษาที่ประเมิน

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและประเมินอาการเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง โดยการประเมินระบบประสาทปกติ Glasgow Coma scale E๔V๕M๖ กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างมีแรงปกติ moter power grade V

๒. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรม หรือต้องขยับร่างกายและไม่เกิดอุบัติเหตุหรือการพลัดตก หกล้ม

ระยะขณะตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไอไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยบอกว่าไอมีเสมหะมากในลำคอ ไอออกเองได้น้อย มีเสียงเสมหะในลำคอ และลักษณะ เสมหะสี เหลืองข้น

O: ๑. ผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย มีไข้สูง ๓๙.๑ องศาเซลเซียส

๒. จากการตรวจร่างกายฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ผลภาพถ่ายทางรังสีปอดพบ infiltration ที่ปอด ทั้งสองข้าง

๓. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๕ เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ สามารถไอเอาเสมหะออกเองอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมิน

๑. ไม่พบอาการที่บ่งบอกถึงภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็ว ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง

๒. อัตราการหายใจไม่เกิน ๑๖-๒๐ ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีอาการหายใจลำบาก

๓. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า ๙๕ เปอร์เซ็นต์

๔. ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ สามารถไอเอาเสมหะออกเองอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ อัตราการหายใจ เขียวปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัว และประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก ๑ ชั่วโมง และติดตาม การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่และรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ

๒. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยให้นอนศีรษะสูง ๓๐ องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ เต็มที่กะบังลมหย่อนตัว และเพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้นและสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ(deep breathing exercise)

๓. ดูแลสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูก และหายใจออกทางปาก ทำจำนวน ๓ ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้กลั้นหายใจไว้นาน ๓ วินาที ให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ ประมาณ ๓ ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะ

๔. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลมและช่วยทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physical therapy) ด้วยการเคาะปอด เพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก และให้จิบน้ำอุ่นเพื่อช่วยละลายเสมหะ

๕. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางสัญญาณชีพที่เลวลง เช่น หายใจเร็ว อัตราการหายใจมากกว่า ๒๐ ครั้งต่อนาที หายใจเข้าลึกกว่าหายใจ

ออก ความเข้มข้นออกซิเจนน้อยกว่า ๙๕ เปอร์เซ็นต์ ซีพจรเบาเร็ว อาการทางด้านร่างกาย โดยสังเกตได้ จาก ผิวหนังซีด หน้าซีด ริมฝีปากเขียวซีด เล็บมือเล็บเท้าเขียวคล้ำ ปวดมึนศีรษะหรืออาการทาง พฤติกรรม เช่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด ตอบสนองช้า เฉื่อยชา สับสน เป็นต้น

๖. ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ของร่างกาย

การประเมินผล

๑. ไม่พบอาการที่บ่งบอกถึงภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็ว ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง

๒. อัตราการหายใจไม่เกิน ๑๖-๒๐ ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีการหายใจลำบาก

๓. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๙๖ เปอร์เซ็นต์

๔. ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ สามารถไอเอาเสมหะออกเองอย่างมีประสิทธิภาพ ไข้ลดลงเหลือ ๓๘.๕ องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ๑. ผู้ป่วยบอกว่าไม่สุขสบาย ปวดเมื่อยตามตัว

O: ๒. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกาย ๓๙.๑ องศาเซลเซียส สีหน้าอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อุณหภูมิร่างกายลดลง ผ่อนคลายและพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมิน

๑. อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๓๖.๕-๓๗.๕ องศาเซลเซียส

๒. ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ไม่มีอาการกระสับกระส่าย และสามารถพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. เช็ดตัวลดไข้ เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกายและทำให้ผู้ป่วยสุขสบายจากอุณหภูมิร่างกายที่ลดลง

๒. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำ หลังจากเช็ดตัวลดไข้ ๓๐ นาที เพื่อประเมินประสิทธิผล

๓. ดูแลกระตุ้นให้ดื่มน้ำเพื่อเป็นการลดอุณหภูมิร่างกายตามแนวทางการจำกัดน้ำของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๔

๔. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น สีของผิวหนัง อาการหนาวสั่น อาการปวดเมื่อยตามตัว อาการซึม ชักเกร็ง กระสับกระส่าย อาการแพ้ หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

๕. ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษาเมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า ๓๘.๕ องศาเซลเซียส

๖. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ เช่น ดูแลปิดไฟ ไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย เป็นต้น และเพื่อเป็นการลดไข้พลังงาน

การประเมินผล

๑. อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๓๗.๓ องศาเซลเซียส

๒. ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ไม่มีอาการกระสับกระส่าย และสามารถพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการไอเสมหะ มีเสมหะในลำคอ
ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยบอกว่าไอบ่อย เสมหะสีเหลืองเหนียว มีเสียงเสมหะในลำคอ

O: ๑. จากการสังเกตพบผู้ป่วยไอมีเสมหะออกมาเล็กน้อย สีหน้าอ่อนเพลีย
ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ที่ปอดทั้ง ๒ ข้างและมีเสมหะในลำคอ

เกณฑ์การประเมิน

๑. อาการไอลดลง ไม่มีเสมหะในลำคอ และสามารถไอขับเสมหะออกมาได้เอง

๒. ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ๓๐ องศาเพื่อให้ปอดขยายอย่างเต็มที่ แนะนำและสาธิต
การไออย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมฝึกให้ผู้ป่วยทำตาม

๒. ติดตามอาการไอ ความถี่ของการไอเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การพยาบาล
ได้อย่างเหมาะสม

๓. แนะนำให้จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อให้คอชุ่มชื้น เสมหะอ่อนตัวลงและขับเสมหะออกมาได้ง่าย

๔. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินภาวะเสมหะและการทำงานของปอด

๕. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมรอบเตียง ของผู้ป่วยให้สะอาดเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการไอให้ผู้ป่วย
พักผ่อนได้

๖. สังเกตสัญญาณชีพ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และอาการเขียวตามปลายมือ ปลายเท้า หาก
พบความผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อการรักษา

การประเมินผล

๑. อาการไอลดลง ไม่มีเสมหะในลำคอ และสามารถไอขับเสมหะออกมาได้เอง

๒. ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ออกซิเจนในเลือด ๙๖%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะที่บุคคลมีปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจใน
หนึ่งนาที ไม่เพียงพอกับความต้องการการเผาผลาญของร่างกาย เนื่องจากมีภาวะหัวใจเต้นช้า ไม่สม่ำเสมอ

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยมีอาการไอ เหนื่อยอ่อนเพลีย

O: ๑. ผู้ป่วยมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ ๔ อัตราการเต้นของหัวใจ บางช่วง น้อยกว่า
๖๐ ครั้ง/นาที

๒. พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เช่น Atrial fibrillation

๓. เอกซเรย์ปอดพบน้ำในปอด (Pulmonary infiltration)

เกณฑ์การประเมิน

๑. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๙๐/๖๐ – ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท (Pulse pressure ๓๐ – ๔๐ มม.
ปรอท)

๒ อัตราการเต้นของหัวใจ ๖๐ – ๑๐๐ ครั้ง/นาที

๓. คลื่นหัวใจปกติ (Normal ECG)

๔. ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก พักผ่อนได้ระดับความรู้สึกตัวปกติ หรือไม่ลดลงจากเดิม

ปัสสาวะออกอย่างน้อย ๓๐ มล./ชม. หรือ > ๐.๕ มล./กก.ชม.

การพยาบาล

๑. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างน้อยทุก ๑ ชั่วโมง o saturation และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติสัญญาณชีพ
๒. ดูแลให้นอนพักเพื่อลดความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
๓. ดูแลให้ออกซิเจน และปริมาณน้ำเข้า – ออก ตามแผนการรักษา
๔. จำกัดน้ำดื่มและสารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา
๕. จำกัดระดับการทำกิจกรรมตามสภาพของผู้ป่วยโดยประเมินความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ และลดการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อหัวใจ

การประเมินผล (Outcomes/Evaluations)

๑. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๑๓๗/๙๐ มม.ปรอท (Pulse pressure ๓๐ – ๔๐ มม.ปรอท)
 ๒. อัตราการเต้นของหัวใจ ๕๘ – ๘๐ ครั้ง/นาที
 ๓. คลื่นหัวใจปกติ มีบางช่วงพบ Atrialm fibrillation
 ๔. ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก พักผ่อนได้ระดับความรู้สึกตัวปกติ หรือไม่ลดลงจากเดิม
 ๕. ปัสสาวะออกอย่างน้อย ๑๕๐ cc ใน ชม.
- ทั้งนี้แพทย์เห็นสมควรส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมสาเหตุการเต้นของหัวใจผิดปกติต่อไป

ระยะหลังตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

- S: ๑. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าวิตกกังวลโดยสอบถามเกี่ยวกับอาการบ่อยครั้ง
๒. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
- O: ผู้ป่วยพักผ่อนได้น้อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวลลง
๒. ผู้ป่วยนอนหลับได้
๓. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการพูดคุย เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกด้วย ความตั้งใจให้การพยาบาลที่นุ่มนวลและมีท่าที่เป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี
๒. สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ใหว่ พระ ฟังเพลง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ
๓. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ
๔. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค แผนการรักษา และความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติม

๕.แนะนำและสอนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ญาติสามารถทำได้ เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การเช็ดตัวผู้ป่วย การหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยรับประทานที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของ แพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รู้สึกอุ่นใจ มั่นใจ ในการดูแลมากขึ้น

๖.ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องโรค และแนวทางการ รักษา เพื่อให้คลายความวิตกกังวลลง

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวลลง
๒. ผู้ป่วยนอนหลับได้
๓. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาและ ให้ความร่วมมือในการรักษา

ระยะหลังตรวจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๑ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง
ข้อมูลสนับสนุน (Subjective/Objective data)

S: ผู้ป่วยและญาติพูดคุยถึงความรู้สึกที่กลัว วิตกกังวล การพยากรณ์โรค การรักษา และ ผลกระทบที่เกิดขึ้น

O: ผู้ป่วยมีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มม.ปรอท ความดันโลหิต ไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มม.ปรอท ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ปวดคอ ปวดหลัง วิตกกังวล การตัดสินใจไม่ดี ซึมเศร้า โกรธง่าย หงุดหงิด เบื่อซึม ท้อแท้ ๒. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สามารถดูแลตนเองและจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง
๒. ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและสามารถปรับตัวได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำตัวเองก่อนให้การพยาบาล พูดยาชัดเจน อ่อนโยน รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วย รับทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อลดความวิตกกังวล

๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยและระบายความในใจ ปลอดภัยกับผู้ป่วยและรับฟังด้วยท่าทาง ที่สงบ ไม่แสดงอาการรำคาญหรืออาการรีบร้อนในการทำงานอื่น ๆ ให้ความรู้ผู้ป่วยซักถามปัญหาหรือ ข้อสงสัยต่าง ๆ และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ

๓. ช่วยประสานให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถาม พุดคุยกับแพทย์ เกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามที่ต้องการ

๔. แนะนำให้ผู้ป่วยได้คิดและหาวิธีแก้ไขปัญหที่เหมาะสมด้วยตนเอง

๕. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเครียดว่า ความเครียดเป็นสภาวะที่จิตใจและร่างกาย เปลี่ยนแปลงไป เป็นผลจากการที่บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่ กัดดัน หรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ สามารถจัดการกับความเครียดได้ด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ ทำกิจกรรมที่อยากทำเพื่อผ่อนคลาย เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ออกกำลังกายตามที่ตนเองถนัด พักผ่อนให้เพียงพอ หรือการทำสมาธิ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๒ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ระบุ เช่น ทำความสะอาดร่างกาย/ อาบน้ำและแต่งตัว/รับประทานอาหาร เนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลีย รู้สึกขาไม่มีแรง

ข้อมูลสนับสนุน(Subjective/ Objective data)

S: ผู้ป่วยบอกมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ขาขารู้สึกไม่มีแรง และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

O: จากการสังเกตสีหน้าผู้ป่วยแสดงความอ่อนเพลีย และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

เกณฑ์การประเมิน

๑.ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือในการดูแลตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในส่วนที่บกพร่องได้

๒. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ข้อมูลแนวทางในการส่งเสริมช่วยเหลือดูแลความพร้อมในการดูแลตนเอง

การพยาบาล

๑.ประเมินระดับของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

๒. ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฟูสภาพ และการเคลื่อนไหว

๓.ให้การพยาบาลโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ

๔.ให้ข้อมูลแนวทางในการส่งเสริมช่วยเหลือดูแลความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินผล

๑.ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือในการดูแลตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในส่วนที่บกพร่องได้

๒. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ข้อมูลแนวทางในการส่งเสริมช่วยเหลือดูแลความพร้อมในการดูแลตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๓ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน(Subjective/ Objective data)

S : ๑. ผู้ป่วยและญาติซักถามวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านและวิธีป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ

๒. ผู้ป่วยและญาติบอกว่ายังไม่ค่อยมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันโรคปอด อักเสบได้อย่าง ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ได้อย่าง ถูกต้อง

๓. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน

๒. วางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยการให้ รับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย สม่ำเสมอและพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องโรคปอดอักเสบ ด้วยความ ตั้งใจและให้ข้อมูลที่ละเอียดๆเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ

๔. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ โดยการหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ผู้ที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ฝุ่นละออง ควั่นไฟ งดสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ ให้อยู่ใน สถานที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก หมั่นดูแลรักษาความสะอาดของปากฟันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ให้ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร แนะนำได้รับการฉีดวัคซีน ป้องกันปอดอักเสบและวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี รวมทั้งส่งเสริมให้บริหารปอดให้ แข็งแรง โดยฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ ออกกำลังกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ระวังการสำลักอาหาร และให้หมั่นสังเกตอาการ ผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ลักษณะสีของเล็บมือเล็บเท้า มึนงง สับสน ชีพจรเต้นเร็ว เป็นต้น รวมทั้งแนะนำการจัดการปัญหาและแหล่งบริการใกล้บ้านเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันโรคปอด อักเสบได้อย่างถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้อง

๓. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๗ ปี น้ำหนัก ๙๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI ๓๑.๘๓ kg/m^๒ รับการส่งต่อจากคลินิกโรคไตโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงขาดยา ๑ เดือน และมีไตวายระยะที่ ๔ (HT with Chronic Kidney disease stage ๔) อาการสำคัญที่ส่งต่อ ไข้สูง ไอ กล้ามเนื้อขาข้างขวาอ่อนแรง Rt leg grade ๓ (R/o CVA Rt) ก่อนมา ๑๐ ชั่วโมง ขณะรับผู้ป่วยพยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ได้ตรวจประเมิน คัดกรองโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ พยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการประสานสหสาขาวิชาชีพและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการประเมินทางระบบประสาท ไม่พบกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง การคัดกรองระบบทางเดินหายใจตามแนวทางประเมินการติดเชื้อสามารถแยกโรคจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และไข้หวัดใหญ่ ทำให้แพทย์วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคปอดติดเชื้อ ทั้งนี้พบภาวะหัวใจเต้นช้าเป็นระยะ พยาบาลได้ให้การพยาบาลดูแลจน ผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยพ้นความเสี่ยงอาการเลวลงขณะเคลื่อนย้าย แพทย์ จึงได้ส่งผู้ป่วยรักษาในตึกผู้ป่วยในเพื่อ ให้การรักษาพร้อมหาสาเหตุที่ทำให้หัวใจเต้นช้าและอาการอื่นๆ โดยการรักษาที่ได้รับ ได้แก่การให้สารน้ำและยาฆ่าเชื้อทางเส้นเลือดดำ Ceftriazone ๒ gm OD X ๗ วัน และยาปรับประเภที่เป็นยาตามแผนการรักษา Azythomyzine (๒๕๐)) ๒ เม็ด ๑ เวลาหลังอาหารเช้าx ๕ วัน NAC ๑ เม็ด ๓ เวลาหลังอาหาร Cetirizine (๑๐) ๑ เม็ด ๑ เวลาหลังอาหารเช้า และยาเดิม Simvas๑ เม็ด ๑ เวลา ก่อนนอน Amlodipine (๕) ๑ เม็ด ๑ เวลาหลังอาหารเช้า Lorsartan (๕๐) ๑ เม็ด ๑ เวลาหลังอาหารเช้า ผู้ป่วยหายเป็นปกติแพทย์จึงได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย Essential hypertension with CKD with Pneumonia with Hypothyroid และให้รับยากลับไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้านได้แก่ Simvas๑ เม็ด ๑ เวลา ก่อนนอน Amlodipine (๕) ๑ เม็ด ๑ เวลาหลังอาหารเช้า Lorsartan (๕๐) ๑ เม็ด ๑ เวลาหลังอาหารเช้า รวมรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลา ๖ วัน และนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ๑ เดือน ทั้งนี้จากการประเมินติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยมาตรวจตามนัด รับประทานยาต่อเนื่องและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการรักษาได้ สัญญาณชีพวันที่ตรวจตามนัด ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต ๑๓๐ / ๘๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที น้ำหนัก ๙๐ กิโลกรัม BMI ๓๑.๑๔ kg/m^๒

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ

๑. ผู้ป่วย โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงขาดยา ๑ เดือน และมีไตวายระยะที่ ๔ (HT with Chronic Kidney disease stage ๔) ที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญที่ส่งต่อ ใช้สูง ไอ กล้ามเนื้อขาข้างขวาอ่อนแรง Rt leg grade ๓ (R/o CVA Rt) ที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางใหญ่ ได้รับตรวจประเมิน คัดกรอง วินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและปลอดภัย จำนวน ๑ ราย

๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม และติดตามประเมินผลโดยการใช้ภาคีเครือข่ายอย่างมีส่วนร่วม จำนวน ๑ ครอบครัว ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลบางใหญ่

ผลสำเร็จของงาน เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วย โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงขาดยา ๑ เดือน และมีไตวายระยะที่ ๔ (HT with Chronic Kidney disease stage ๔) ที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญที่ส่งต่อ ใช้สูง ไอ กล้ามเนื้อขาข้างขวาอ่อนแรง Rt leg grade ๓ (R/o CVA Rt) ได้รับตรวจประเมิน คัดกรอง วินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและปลอดภัย

๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม และเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การตรวจตามนัดและการรับยาที่ต่อเนื่อง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถถ่ายทอดสู่ครอบครัวและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยได้

๓. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์เกิดการถอดบทเรียนในแนวปฏิบัติที่ใช้ในปัจจุบันซึ่งได้พบว่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในแต่ละรายอาจไม่ตรงตามทฤษฎี แต่จำเป็นต้องมีการศึกษาจากกรณีศึกษาเพื่อทำให้เกิดความรู้ความชำนาญในวิชาชีพที่ปฏิบัติ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. สามารถนำผลการศึกษาไปทบทวน รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจประเมินคัดกรองผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางใหญ่ ได้แก่ แบบคัดกรองผู้ป่วยนอก แบบประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยที่มารับบริการและเกิดความเชื่อมั่นในการรับบริการ เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาล

๒. สามารถนำรูปแบบการศึกษามาพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยแยกโรคได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพและข้อกำหนดตามพยาธิสภาพของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในชีวิตและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน

๓. สามารถนำรูปแบบและกระบวนการศึกษามาใช้พัฒนาการประสานงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน หน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ เป็นต้น ในการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันผู้ป่วยขาดนัดและไม่รับการรักษา เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดการรักษาต่อเนื่อง

๔. สามารถนำผลการศึกษามาใช้ในการออกแบบสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น แผ่นพับ วิดีโอ เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการสำคัญที่พึงปฏิบัติ พึงระวังในการส่งเสริมสุขภาพและการสังเกตอาการที่จำเป็นต้องมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

๕. สามารถนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลในการสอบทานการคัดกรอง การรักษาตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อหาสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจกลับเป็นซ้ำของการให้บริการในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และหน่วยตรวจอื่นในโรงพยาบาลบางใหญ่

๖. สามารถนำข้อมูลความซับซ้อนของอาการและการแสดงของโรคมาใช้เป็นแนวทางกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้มีทักษะ และองค์ความรู้ในการประเมินคัดกรอง โดยกำหนดเป็นแผนตามความเร่งด่วนเหมาะสมอย่างน้อย ปีละ ๒ ครั้ง

๗. สามารถนำผลการศึกษามาใช้วิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพจากโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อออกแบบกิจกรรมให้ผู้ป่วยและประชาชนได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่สุขภาพดี

๘. สามารถนำรูปแบบการศึกษา มาใช้ในการเป็นแนวทางการเรียนการสอน นักศึกษาแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ความเข้าใจแนวทางคัดกรอง วินิจฉัย รักษา และให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. กระบวนการประเมิน คัดกรอง เพื่อแยกโรคในหน่วยตรวจ เป็นด่านแรกที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลสนับสนุนเพื่อประกอบการตัดสินใจ ตลอดจนถึงใช้ทักษะและองค์ความรู้ในการวินิจฉัย โดยไม่สามารถตัดสินใจแยกโรคจากการบอกเล่าหรือข้อมูลที่ได้รับเพียงอย่างเดียว

๒. กระบวนการรอตรวจ ระหว่างตรวจ จำเป็นต้องปฏิบัติการด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่มีโรคเฝ้าระวังและโรคติดต่อแพร่กระจาย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น

๓. ในการวินิจฉัยระหว่างรอตรวจกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซับซ้อนจำเป็นต้องประสานบุคลากรทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้รับผลตรวจทันตามเวลาที่เร่งด่วนเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยได้รวดเร็วและถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางที่กำหนด

๔. ในการวินิจฉัยแยกโรค ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไม่ชัดเจน คลุมเครือ ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนดในแบบคัดกรอง ทำให้พยาบาล ณ จุดคัดกรอง จำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบด้านวิชาการ และทักษะการประเมินที่เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการที่สำคัญ อยู่ที่การประเมิน Triage ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคลุมเครือ ไม่ตรงไปตรงมากับทฤษฎีอาการแสดงของโรค พยาบาลผู้ประเมินต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ ในการตัดสินใจที่จะส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจที่หน่วยตรวจห้องฉุกเฉิน หรือหน่วยตรวจทั่วไป ซึ่งกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุ วิเคราะห์และวินิจฉัยโรคให้รวดเร็ว หากดำเนินการวินิจฉัยได้ล่าช้าอาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางเลวลง ในขณะที่รอตรวจขั้นตอนต่างๆ ในการตรวจรักษาพยาบาลต้อง มีความรู้ความชำนาญด้านการรักษาพยาบาล ต้องมีทักษะ ความเชี่ยวชาญในด้านการบริหารจัดการที่ลื่นไหลตามการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ ด้วยความรวดเร็ว รอบคอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย รวมถึงการพยาบาลที่ต่อเนื่องเมื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่หน่วยผู้ป่วยใน พยาบาลจะต้องใช้ทักษะความรู้ ความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งต่ออาการที่สำคัญ สิ่งที่ต้องระวัง สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจที่ไม่สม่ำเสมอที่ช้ากว่าปกติ จนกระทั่งแพทย์สามารถค้นหาสาเหตุและวินิจฉัยได้ว่าอาการหัวใจเต้นช้าเกิดจากภาวะไทรอยด์ต่ำ ตลอดจนพยาบาลต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญ โดยการให้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเห็นความสำคัญในการมาตรวจตามนัด การเห็นผลดีผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลเหตุผลในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เช่น การกินใบกระท่อมช่วย ป้องกันโรคเบาหวาน การหยุดทานยาเนื่องจากไม่มีอาการและไม่มาตรวจตามนัด เป็นต้น นอกจากนี้จำนวนบุคลากรในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมีจำนวนน้อย

เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละวัน ซึ่งส่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรที่เกิดความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงานและอาจกระทบต่อคุณภาพการให้บริการในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การขับเคลื่อนนโยบายในการทบทวนอัตรากำลังบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะสามารถวางแผนและแก้ไขอัตรากำลังในจุดที่ขาดแคลน เพื่อให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัยในชีวิต

๒. ควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติในการประเมิน คัดกรอง และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง สม่ำเสมอ เพื่อให้ทันต่อวิชาการใหม่ที่เป็นที่ยอมรับเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน

๓. ควรมีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม สม่ำเสมอ เพื่อให้บุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการและได้เรียนรู้จากกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อนเพื่อให้เกิดความรู้ความเชี่ยวชาญ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการดำเนินการเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สัดส่วน ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

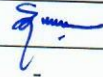
(นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 25 ส.ค. 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

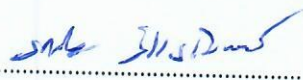
(ลงชื่อ).....

(นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) 25๕๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสรภัญ สงเสริมพงษ์)

ตำแหน่ง รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) 25 S.ค. 25๕๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา
ที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่ง
ระดับได้

✓

(นายรุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๒๙ ม.ค. ๒๕๖๗

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดความแออัดและการรอคอยในงานผู้ป่วยนอกด้วยแนวคิด LEAN

๒. หลักการและเหตุผล

งานบริการผู้ป่วยนอก เป็นด่านหน้าในการรับผู้ป่วย ประชาชน ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล ในระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทย ทั้งนี้ประชาชนหรือผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ส่วนใหญ่นอกจากเป็นผู้ที่มีความไม่สุขสบายด้วยปัญหาด้านสุขภาพแล้ว อาจต้องเผชิญความไม่สุขสบายจากการที่ต้องรอคอยเพื่อรับบริการในหน่วยตรวจตามที่ได้นัดหมายไว้หรือตามความรุนแรงของโรคที่เป็น โดยหากเวลาที่ใช้ในกระบวนการรอคอยการตรวจนานเท่าไร ย่อมส่งผลกระทบต่อความแออัดของจำนวนประชาชนที่รอในหน่วยรับบริการ ที่สำคัญยังส่งผลกระทบต่ออาการ และอาการแสดงที่อาจรุนแรงขึ้นของผู้ป่วย ความไม่สุขสบาย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ความสูญเสียด้านเวลาจากการรอคอย และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นหากต้องใช้เวลาที่คาบเกี่ยวมื้ออาหาร ค่าเดินทางของผู้รับบริการ เป็นต้น ตลอดจนภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรทางการแพทย์ หากระยะเวลาการตรวจหรือการรอตรวจไม่สิ้นสุดในเวลาตามที่คาดไว้ เกิดความเครียดการทำงาน ทั้งนี้โรงพยาบาลบางใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๐๔ เตียง ประชากรในพื้นที่ ทั้งอำเภอ ๑๖๖,๖๐๖ คน ในเขตรับผิดชอบโดยตรง ๑ ตำบล ๑๔ หมู่บ้านจำนวนประชากร ๑๒๖,๐๕๖ คน และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับผิดชอบรพ.สต.จำนวน ๑๓ แห่ง โดยรพ.บางใหญ่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญได้แก่ แพทย์ จำนวน ๒๖ คน พยาบาล ๑๔๔ คน โดยมีพยาบาลในงานผู้ป่วยนอกจำนวน ๑๓ คน ต่อจำนวนห้องตรวจผู้ป่วยนอก ๑๕ ห้อง ที่เปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการและ ห้องตรวจ๑-๒ ห้อง ที่เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ ข้อมูลสถิติผู้รับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางใหญ่โดยเฉลี่ยมีจำนวนผู้มารับบริการจำนวน ๔๐๐-๕๐๐ คนต่อวัน ทั้งนี้พบว่าจากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการดังกล่าว มีจำนวนผู้รับบริการที่มีข้อร้องเรียนที่เกิดจากการรับบริการ ปี๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ ประเด็นที่เกิดจากระบบการให้บริการจำนวน ๑๐,๑๕,๑๗,๑๗ ฉบับ ตามลำดับ ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ ๘๐,๘๒,๘๓ และ ๘๘ ตามลำดับ

ทั้งนี้หากมีการทบทวนสาเหตุของปัญหาข้อร้องเรียนดังกล่าวโดยการนำแล้วนำแนวคิด LEAN มาใช้ในการขับเคลื่อนแก้ไขปรับปรุง เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการในงานผู้ป่วยนอกจะทำให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับประโยชน์สามารถลดความแออัด ลดระยะการรอคอยและ ข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นจากการรับบริการในงานผู้ป่วยนอกลดลง และจะทำให้ประชาชนผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการรับบริการเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประเทศชาติและประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการ ลดความแออัด และระยะการรอคอย ในงานผู้ป่วยนอก
๒. เพื่อลดข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับบริการ และให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

๓. บทวิเคราะห์ /แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการทบทวนสาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นของข้อร้องเรียนพบว่าข้อร้องเรียนที่เกิดจากระบบบริการ ส่วนใหญ่คือไม่พึงพอใจในการให้บริการล่าช้าและทำให้ผู้รับบริการต้องใช้เวลาในการรอตรวจนาน ดังนั้นหากสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการรับบริการในงานผู้ป่วยนอกจะสามารถลดความแออัด และระยะการรอคอย ในงานผู้ป่วยนอก และลดข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับบริการ และทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ซึ่งถือเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนผู้มารับบริการและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการ

ให้บริการงานผู้ป่วยนอกได้อย่างเป็นรูปธรรมและทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กรในภาพรวมของโรงพยาบาลเพื่อเป็นหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจในการใช้บริการต่อไป

แนวความคิด

แนวคิดแบบลีน (Lean Thinking) เป็นแนวคิดของนายไทอิชิ โอโนะ (Taiichi Ohno) ที่นำมาใช้ใน Toyota Production System หลักการลดความสูญเปล่า (Waste) ๘ ประการ เรียกย่อ ๆ เป็นภาษาอังกฤษได้ว่า “DOWNTIME” หรือที่นิยมเรียกเป็นภาษาไทยที่คล้องจอง คือ “ย้ายบ่อย คอยนาน สดื่อกับงาน งานผิดพลาด เดี๋ยว เหมื่อย หัน ขั้นตอนไร้ค่า ใช้คนไม่ตรงกับงาน”

ความสูญเปล่าต่าง ๆ ในอุตสาหกรรมมีมากมายหลายรูปแบบ ปัจจุบันมีการจัดแบ่งเป็นชนิดต่าง ๆ ทั้งหมด ๘ ประการดังนี้

๑. ความขาดตกบกพร่อง (Defects)

ความขาดตกบกพร่อง หรือผิดพลาดที่นับเป็นความสูญเปล่าอย่างหนึ่งก็เพราะว่า เมื่อความขาดตกบกพร่องเกิดขึ้นจะกระทบกับ เวลา เงิน ทรัพยากร รวมไปถึงความพึงพอใจของลูกค้า เพราะต้องแก้งานใหม่ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับ “คุณภาพ” ของสินค้าหรือบริการ

๒. การเคลื่อนย้าย (Transportation)

การเคลื่อนย้ายที่เป็นความสูญเปล่า คือการเคลื่อนย้ายของวัสดุหรือเครื่องจักร รวมถึงการเคลื่อนย้ายของแรงงานคนที่ไม่คุ้มค่า โดยมากเกิดจากการออกแบบผังโรงงานหรือออฟฟิศได้ไม่ดีพอ เมื่อการเคลื่อนย้ายที่เป็นความสูญเปล่าเกิดขึ้นอาจนำมาซึ่งความสูญเปล่าอื่น ๆ ด้วย เช่น การรอคอย ความสูญเปล่าแบบนี้สามารถทำให้น้อยลงได้ด้วยการออกแบบผังโรงงาน หรือออฟฟิศใหม่ หรือออกแบบกระบวนการใหม่ ตัวอย่างของการเคลื่อนย้ายที่เป็นความสูญเปล่าเช่น พื้นที่เก็บสินค้าที่อยู่ลึกเกินไป ทำให้สินค้าเข้าใช้เวลาานกว่าจะไปถึงโกดัง และเมื่อนำสินค้าออกขายก็ต้องเสียเวลาในการขนของออกเนื่องจากระยะทางที่ไกลขึ้น เป็นต้น

๓. กระบวนการส่วนเกิน (Excess Processing)

ความสูญเปล่านี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานโดยตรง การออกแบบที่ไม่ดีพออาจมีสาเหตุมาจากการบริหารจัดการ การแบ่งหน้าที่การทำงาน หรือการสื่อสารกันระหว่างบุคคลที่ไม่ดีพอ นอกจากเรื่องคนแล้วมีเรื่องของกระบวนการออกแบบอุปกรณ์ เครื่องมือหรือเครื่องจักรด้วยที่เป็นตัวกำหนดกระบวนการต่าง ๆ อีกทีหนึ่ง (เพราะคนต้องทำตามวิธีใช้งานของเครื่องจักร) ตัวอย่างกระบวนการส่วนเกิน เช่น การอนุมัติการใช้งบประมาณในโครงการต่าง ๆ

๔. สินค้าคงคลัง (Inventory)

สินค้าคงคลังก็นับเป็นความสูญเปล่าอย่างหนึ่ง เพราะต้องมีการเก็บรักษาและดูแล โดยเฉพาะวัตถุดิบและสินค้าพร้อมขาย ปัจจัยที่นำมาซึ่งสินค้าคงคลังเกินกว่าที่ควรจะเป็นสามารถมองได้เป็นสองมุมมอง ดังนี้ ๑) ขาดการคำนึงถึงปริมาณการจัดซื้อทำให้จัดซื้อวัตถุดิบที่มากเกินไป รวมไปถึงการประมาณการและการวางแผนที่ผิดพลาดของยอดสั่งซื้อสินค้า ๒) การเชื่อมโยงที่ไม่สมบูรณ์ของกระบวนการระหว่างการผลิตและแผนการจัดซื้อ

๕. การผลิตที่มากเกินไป (Overproduction)

การผลิตสินค้าหรือประกอบสินค้าที่มากกว่าความต้องการของกระบวนการถัดไป รวมไปถึงการผลิตสินค้าที่มากกว่าความต้องการของตลาด สิ่งเหล่านี้เรียกว่านับเป็นความสูญเปล่าเช่นกัน เพราะสินค้าเหล่านั้นยังไม่สามารถสร้างคุณค่าต่อองค์กรได้เนื่องจากลูกค้ายังไม่ต้องการซื้อ สิ่งนี้เองที่เชื่อมโยงไปถึงการผลิตในปัจจุบันที่จะสั่งผลิตเมื่อลูกค้าสั่งสินค้าแล้วเท่านั้น

๖. การรอคอย (Waiting)

การรอคอยรวมถึงการรอคอยของคน หรือการรอคอยของเครื่องจักรที่ยังไม่ได้ปฏิบัติงาน (Idle Time) การรอคอยเหล่านี้ไม่ได้ทำให้เกิดคุณค่าต่อองค์กรจึงนับเป็นความสูญเปล่า ทำให้งานที่จำเป็นต้องทำจริงถูกเลื่อนไปอยู่ในช่วงการทำงานล่วงเวลา โดยพูดได้ว่า “การรอคอย” ถือเป็นความสูญเปล่าที่ตรงข้ามกับ “การผลิตมากเกินไป” ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการออกแบบกระบวนการทำงานที่ไม่ดี

๗. การเคลื่อนไหว (Motion)

การเคลื่อนไหวนี้ไม่รวมถึงวัตถุตั้งแต่เน้นเฉพาะพนักงานและเครื่องมือเป็นหลัก เช่น การเดิน การเอื้อม การหันหน้าไปมา การยกขึ้นยกลงของเครื่องมือ เป็นต้น การเคลื่อนไหวใดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ (คือได้ผลลัพธ์เท่าเดิม) นับเป็นความสูญเปล่าทั้งสิ้น สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการออกแบบกระบวนการที่ไม่ดี ตัวอย่างเช่น การออกแบบระยะห่างระหว่างโต๊ะของชิ้นงานที่พนักงานต้องนำชิ้นงานมาประกอบกัน ระยะที่ห่างกันจนต้องเดินไปอีกโต๊ะหนึ่งจะเป็นความสูญเปล่า เพราะถ้าออกแบบโต๊ะสองตัวให้ติดกันจะลดระยะเดินของพนักงานไปได้

๘. ใช้ทรัพยากรบุคคลไม่เต็มประสิทธิภาพ (Non-Utilized Talent)

ความสูญเปล่าชนิดนี้ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในโครงการต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อการจัดการโครงการนั้น ๆ ไม่สามารถทำให้ใช้ประสิทธิภาพของพนักงานทุกคนในโครงการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การมอบหมายงานให้กับพนักงานอย่างไม่เหมาะสม การมอบหมายให้ นาย ข ทำงานด้านการซิงเครื่องตี้มทั้ง ๆ ที่ยังอบรมไม่ครบหลักสูตร ในขณะที่ นาย ง. อบรมครบแล้วกลับได้งานทำ ความสะอาดภาชนะ เป็นต้น

ข้อเสนอ

จากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบการให้บริการผู้จัดทำเห็นสมควรนำแนวคิดแบบลีน (Lean Thinking) มาปรับใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อลดความแออัดและการรอคอยในงานผู้ปวยนอกซึ่งจะสามารถแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนดังกล่าวให้ลดลง และจะสามารถเพิ่มประสิทธิผลการให้บริการของงานผู้ปวยนอกตลอดจนงานในภาพรวมขององค์กรให้เกิดการพัฒนา โดยประโยชน์สูงสุดจะเกิดขึ้นกับประชาชนผู้รับบริการและประเทศชาติต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ขั้นเตรียมการ

๑. วางแผนกำหนดขอบเขต แนวทาง เป้าหมาย และระยะเวลาในการดำเนินการพัฒนา
๒. ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้รับทราบเพื่อความร่วมมือในการดำเนินงาน

๒. ขั้นดำเนินการ

๑. สำรวจสภาพปัญหาเพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงที่เกิดจากระบบการให้บริการผู้ปวยนอก โดยรวบรวมสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้รับบริการและบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้แนวคิด LEAN มาใช้กำหนดจุดที่จำเป็นต้องรวบรวมปัญหา โดยการสังเกต รวบรวมข้อมูลตามกระบวนการรวบรวมปัญหา
๒. นำปัญหาที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อให้เห็นสาเหตุที่แท้จริงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ
๓. วางแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหาดำเนินการตามข้อเท็จจริงของปัญหาที่พบโดยใช้แนวคิด LEAN เป็นกระบวนการในการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาและการพัฒนา
๔. นำแผนการแก้ไขที่ได้มาปรับใช้ในจุดต่างๆที่เป็นปัญหาร่วมกันกำหนดระยะเวลาประเมินผลเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
๕. ประเมินผลการแก้ไขปัญหามาเป็นระยะเพื่อสรุป

๓. ชั้นประเมินผล

ประเมินผลจากสถิติข้อร้องเรียนจากการรับบริการและความพึงพอใจในการรับบริการตามเวลาที่กำหนด

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การพัฒนาระบบการให้บริการส่วนใหญ่ เป็นการดำเนินการที่อาจแตกต่างไปจากการปฏิบัติงานแบบเดิมที่เป็นอยู่ซึ่งอาจกระทบต่อบุคลากรที่อาจไม่เข้าใจและอาจไม่เห็นความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ดังนั้นการสื่อสารเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกันจะสามารถลดปัญหาข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นดังกล่าวได้

๒. การขาดความรู้ความเข้าใจแนวคิด LEAN อาจทำให้การดำเนินการไม่เกิดประสิทธิผลตามที่คาดหวังไว้ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ในหลักเกณฑ์ แนวทางการดำเนินงานจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินการดังกล่าว การพัฒนาศักยภาพอาจรวมถึงการศึกษาดูงานในหน่วยบริการที่ขับเคลื่อนสำเร็จด้วยแนวคิดดังกล่าว การอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนจากผู้ที่ทำสำเร็จ เป็นต้น

๓. นโยบายการบริหารองค์กรที่ชัดเจน จะสามารถลดข้อปัญหาจากการไม่ให้ความร่วมมือและการไม่ปฏิบัติตามได้

กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางใหญ่และผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งประชาชนผู้มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางใหญ่

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน ๒๕๖๗

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. สามารถ ลดความแออัด และระยะการรอคอย ในงานผู้ป่วยนอก

๒. สามารถลดข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นจากการรับบริการ และทำให้ประชาชนผู้รับบริการพึงพอใจ โดยมีระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ ๙๕

๓. เกิดการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้โรงพยาบาลบางใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่ประชาชนเชื่อมั่นในการใช้บริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ข้อร้องเรียนจากการรับบริการลดลงอย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ของข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นในปีที่ผ่านมา

๒. ระยะเวลารอคอยในการตรวจหลังพัฒนาลดลงจากระยะเวลารอคอยในการตรวจก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญ

๓. ระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ ๙๕

(ลงชื่อ).....

(นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ขอประเมิน
วันที่ 25 ส.ค. 2566