



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๘
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน ๘ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพรรณิ อุ่นเอม	ผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี จ.นนทบุรี
๒.	นางสาวเบญจา อิ่มในสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางใหญ่
๓.	นางสาวพนิดา อยู่ซัวล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๔.	นายธนาวุฒิ สิงห์เหม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๕.	นางอรนุช บุญศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๖.	นางสาวจิตติมา บุญล้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๗. นาง...

๗. นางสาวสินีนาถ รัตนภักดิ์พาณิชย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ด้านการพยาบาล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
ภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ
รูปแบบบริการ

๘. นายเผด็จ ชมชื่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ด้านบริการทางวิชาการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
ภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไข
ที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่
อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)



(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

ตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวพรรณิ อุ่นเอม	<u>จังหวัดนนทบุรี</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</u> <u>ไทรน้อย</u> <u>สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐</u> <u>พรรษา นวมินทราชินี จ.นนทบุรี</u> <u>กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว</u> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล	๕๙๕๒	<u>จังหวัดนนทบุรี</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</u> <u>ไทรน้อย</u> <u>สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐</u> <u>พรรษา นวมินทราชินี จ.นนทบุรี</u> <u>กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว</u> ผู้อำนวยการสถานีอนามัย (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๖๐๗๓	เลื่อน ระดับ ๑๐๐ %
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต : กรณีศึกษา”				
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี จ.นนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี”				
	รายละเอียดคำโครงการผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

Handwritten signature

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ มีภาวะแทรกซ้อนทางไต : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มีนาคม ๒๕๖๘ – กรกฎาคม ๒๕๖๘ (๕ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ

สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations) และประเทศไทย โดยถือว่าเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมในบริบทของ ประเทศไทย กรมกิจการผู้สูงอายุได้กำหนดว่า ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ถือเป็นผู้สูงอายุตามกฎหมาย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๕) การจำแนกผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้ประยุกต์เกณฑ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล แอลดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมี ๒๐ คะแนน เต็ม แบ่งผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ ๑ ช่วยเหลือตัวเองได้ (กลุ่มติดสังคม) มีคะแนน ๑๒ คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนน ADL ๕ – ๑๑ คะแนน กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่พึ่งตนเอง ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ(กลุ่มติดเตียง) มีคะแนน ADL ๐ – ๔ คะแนน ซึ่งการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุนั้น มีองค์ประกอบสำคัญประกอบด้วย โภชนาการในผู้สูงอายุ การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ สุขภาพใน ช่องปากผู้สูงอายุ การดูแลด้านสมองเพื่อป้องกันสมองเสื่อม สุขภาพของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

๓.๒ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลิน หรือ นำอินซูลินไปใช้ไม่ได้ มีผลทำให้เกิด ความภาวะผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบต่างๆ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มของโรคเรื้อรังที่เกิดจาก ความผิดปกติในการผลิตหรือการใช้งานอินซูลิน(insulin) ฮอร์โมนที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้ระดับ น้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ โรคเบาหวานแบ่ง ๓ ประเภท ได้แก่ ๑) เบาหวานชนิดที่ ๑ (Type ๑ Diabetes) เกิดจากการที่ระบบภูมิคุ้มกัน ของร่างกายทำลายเซลล์เบต้าในตับอ่อนซึ่งทำหน้าที่ผลิตอินซูลิน พบได้ประมาณ ๕-๑๐% ของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งหมด และมักเกิดในวัยเด็กหรือวัยรุ่น ๒) เบาหวานชนิดที่ ๒ (Type ๒ Diabetes) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด ร่างกายยังผลิตอินซูลินได้แต่เซลล์ในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้น้อย(ภาวะดื้อต่ออินซูลิน) พบได้มากใน ผู้ใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย หรือ มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน ๓) เบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes) เป็นภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติชั่วคราว มักเกิดในช่วงไตรมาสที่สองหรือสาม และมักหายไปหลังคลอด แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ ๒ ในอนาคต อาการของผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อย ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย (Polyuria) เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือด ที่สูงเกินไปจะทำให้ไตพยายามขับน้ำตาลออกจากร่างกายผ่านทางปัสสาวะ จึงทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยขึ้น กระหายน้ำมากผิดปกติ (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายสูญเสียน้ำจากการปัสสาวะมาก ทำให้รู้สึกกระหายน้ำ

ตลอดเวลา หิวบ่อย(Polyphagia) ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหิวแม้เพิ่งรับประทานอาหารไป น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ แม้ว่าจะรับประทานอาหารปกติ หรือเพิ่มมากขึ้น แต่ร่างกายยังขาดพลังงาน จึงสลายไขมันและกล้ามเนื้อมาใช้แทนอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลเพื่อสร้างพลังงานได้ตามปกติ แผลหายช้า ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต และภูมิคุ้มกัน ทำให้แผลหายช้ากว่าปกติ ติดเชื้อง่าย โดยเฉพาะที่ผิวหนังและระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการชาหรือรู้สึกเสียวตามปลายมือปลายเท้า (Peripheral neuropathy) เป็นอาการที่พบบ่อยจากภาวะแทรกซ้อนในเบาหวานระยะยาว (American Diabetes Association, ๒๐๒๒)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นเวลานานสามารถทำลายหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและตีบตัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง โรคไตจากไตมีหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือด แต่เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป ไตต้องทำงานหนักขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดอาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟอกไตหรือปลูกถ่ายไต โรคตาเกิดจากน้ำตาลในเลือดที่สูงสามารถทำลายหลอดเลือดเล็กๆ ในจอประสาทตา ทำให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นหรือตาบอดได้ และโรคปลายประสาท จากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงยังส่งผลกระทบต่อเส้นประสาท ทำให้เกิดอาการชา เจ็บแปลบ หรือแสบร้อนตามมือ และเท้า (ปลายประสาทอักเสบ) นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การควบคุมการเต้นของหัวใจ การย่อยอาหาร และการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ และอาจเกิดแผลเรื้อรัง และการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีปัญหาเรื่องการไหลเวียนโลหิตที่ไม่ดี และความสามารถในการต่อสู้กับการติดเชื้อลดลง ทำให้แผลหายช้า และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่รุนแรงได้

๓.๓ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) คือ ภาวะที่ระดับความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูงกว่าค่าปกติอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไป ความดันโลหิตที่ถือว่าสูง คือค่าความดันซิสโตลิก (systolic) มากกว่า ๑๓๐ mmHg และ/หรือ ค่าความดันไดแอสโตลิก(diastolic) มากกว่า ๘๐ mmHg (Whelton et al., ๒๐๑๘) องค์การอนามัยโลก(WHO) และกระทรวงสาธารณสุขไทย กำหนดให้ ความดันโลหิตปกติมีน้อยกว่า ๑๒๐/๘๐ mmHg สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้กำหนดให้ โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตตัวบน ≥ 140 mmHg ความดันโลหิตตัวล่าง ≥ 90 mmHg โดยอ้างอิงจากการวัดที่สถานพยาบาล (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒) แบ่งโรคความดันเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับที่ ๑ ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๑๔๐-๑๕๙/๙๐-๙๙ mmHg ระดับที่ ๒ ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๑๖๐-๑๗๙/๑๐๐-๑๐๙ mmHg และ ระดับที่ ๓ ค่าความดันโลหิตมากกว่า ๑๘๐/๑๑๐ mmHg ขึ้นไป สาเหตุของความดันโลหิตสูง (Hypertension) สามารถแบ่งได้เป็น ๒ ประเภทหลัก ได้แก่ ๑) ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Primary or Essential Hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคเกลือโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และภาวะเครียด น้ำหนักเกิน/โรคอ้วน ๒) ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) เกิดจากโรคหรือภาวะบางอย่าง เช่น โรคไตเรื้อรัง เนื้องอกต่อมหมวกไต โรคหลอดเลือดแดงตีบ ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด สเตียรอยด์ เป็นต้น ในระยะแรก

ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแต่อาจพบความดันโลหิตสูงเป็นครั้งคราวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของหลอดเลือดในหัวใจ ไต สมอง และตาอย่างช้าๆ ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้น ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างทำงานหนักมากขึ้นต้องบีบตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตได้ โดยมากผู้ป่วยจะไม่มีอาการในระยะแรก แต่เมื่อความดันสูงมากอาจมีอาการเช่น ปวดศีรษะ มึนงง เวียนหัว หรือมีเลือดออกทางจมูกได้หากไม่ได้รับการรักษา ความดันโลหิตสูงอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แนวทางการรักษาได้แก่ การปรับพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก หรือ การใช้ยา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดัน ยาด้านเบต้า เป็นต้น

๓.๔ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต ซึ่งอาจอาศัย ๑) หลักฐานที่บ่งบอกทางอ้อม(marker) หรือจากการตรวจชิ้นเนื้อไตโดยตรง หรือ ๒) การประเมินอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ที่น้อยกว่า ๖๐ mL/min/๑.๗๓ ม^๒ มาเป็นเวลานานกว่า ๓ เดือน (กรมการแพทย์, ๒๕๖๓) โรคไตเรื้อรัง แบ่งออกเป็น ๕ ระยะ โดยแบ่งตามระดับอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) (ธานี, ๒๕๖๒) ระยะที่ ๑ เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อมค่า eGFR ปกติ อยู่ที่ประมาณ ๙๐ mL/min/๑.๗๓ ม^๒ หรือมากกว่า ระยะที่ ๒ ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อย ค่า eGFR ลดลงเล็กน้อย อยู่ที่ประมาณ ๖๐ - ๘๙ mL/min/๑.๗๓ ม^๒ ระยะที่ ๓ ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อยถึงรุนแรงค่า eGFR ลดลงปานกลางซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ ๓๐ - ๕๙ mL/min/๑.๗๓ ม^๒ ระยะที่ ๔ ไตเสื่อมลดลงอย่างรุนแรง ค่าการทำงานของไต (eGFR) ลดลงมาก ซึ่งจะอยู่ที่ ๑๕ - ๒๙ mL/min/๑.๗๓ ม^๒ ระยะที่ ๕ ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ค่าการทำงานของไต (eGFR) น้อยกว่า ๑๕ mL/min/๑.๗๓ ม^๒ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๐)

อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จะมีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) หรือ กลางวันปัสสาวะออกน้อยลง เป็นต้น อาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนเป็นอาการในระยะแรกๆ ที่สังเกตเห็นได้ แต่ในระยะที่เป็นมากแล้วปัสสาวะจะลดลง และส่งเสริมให้เกิดอาการบวมมากขึ้น ปัสสาวะมีเลือดปน อาการปัสสาวะเป็นฟอง (foamy urine) ซึ่งอาจบ่งบอกถึงภาวะ proteinuria หากตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะทุกครั้งที่ทำการตรวจนานเกิน ๓ เดือน แสดงว่ามีโรคไตเรื้อรัง ชอนเร้นอยู่ การบวมของใบหน้า เท้า และท้อง และ ช่วงที่นิ่งหรือยืนนานๆ ขาและเท้าทั้ง ๒ ข้าง จะบวมชัดเจนมากขึ้น อาจมีอาการซีด หรือโลหิตจาง (anemia of chronic kidney disease) การรักษาโรคไตเรื้อรังเป็นการรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดไตวายเรื้อรัง การชะลอการเกิดความก้าวหน้าของโรคไตวายเรื้อรัง การรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease) ประกอบด้วย การขจัดของเสียด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(hemodialysis) การปลูกถ่ายไต (renal transplantation) และการขจัดของเสียที่เยื่อช่องท้อง (peritoneal dialysis)

๓.๕ การดูแลแบบองค์รวม และแนวคิดเรื่องการเยี่ยมบ้าน

การดูแลแบบองค์รวม(Holistic Care) เป็นการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมองว่าทุกองค์ประกอบของชีวิตมีความเชื่อมโยงกัน และส่งผลซึ่งกันและกัน การดูแลแบบองค์รวมไม่ได้จำกัดแค่การรักษาโรคทางกาย แต่ยังให้

ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต ความรู้สึก ความเชื่อ และบริบทของผู้ป่วย องค์ประกอบของการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical) เรื่องสุขภาพกาย เช่น การให้ยา การรักษา การดูแลด้านโภชนาการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านจิตใจ และอารมณ์ (Emotional & Psychological) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือภาวะทางอารมณ์อื่นๆ ด้านสังคม (Social) เป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อน และชุมชน ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) เป็นการเข้าใจและให้เกียรติต่อความเชื่อทางศาสนา ค่านิยม และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย และ ด้านวัฒนธรรม (Cultural) เป็นการเคารพต่อค่านิยม วัฒนธรรม และความเชื่อเฉพาะของแต่ละบุคคล (American Holistic Nurses Association, ๒๐๒๐) การดูแลแบบองค์รวมมักใช้ในงานพยาบาล เวชศาสตร์ครอบครัว และการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งพยาบาล หรือ ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจ และเห็นคุณค่าของผู้ป่วยในทุกมิติ

การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home Visit) เป็นหนึ่งในกระบวนการของการพยาบาลชุมชน หรือ บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสุขภาพ ให้คำปรึกษา ติดตามการรักษา และสนับสนุนผู้ป่วย และครอบครัวในบริบทของบ้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการพึ่งตนเองของผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมจริง ให้การพยาบาลหรือบริการสุขภาพที่บ้าน ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยมีขั้นตอนในการ ๑) การวางแผน (Planning) ๒) การปฏิบัติการเยี่ยม (Implementation) ๓) การบันทึกและรายงาน (Documentation) ๔) การประเมินผล (Evaluation) การเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญ ทั้งในด้านจิตใจ สังคม และการดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง การเยี่ยมเยียนสามารถช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า และเพิ่มกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และได้รับความรักความห่วงใยจากครอบครัว และสังคม การศึกษาผู้ป่วยในครั้งนี้ใช้หลักการเยี่ยมบ้านแบบ *In-Home Services (InHOMES)* หรือ *In-home care visits* เป็นแนวทางการให้บริการสุขภาพหรือการดูแลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการถึงที่บ้าน โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะท้าย แนวทางนี้ช่วยให้สามารถประเมินสภาพแวดล้อมจริงของผู้ป่วย ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการประเมินแบบ InHOMES ใช้เป็นแนวทางในการประเมินสภาพแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระหว่างการเยี่ยมบ้านประกอบด้วย I – *Impairments*: การประเมินความบกพร่องด้านร่างกายหรือจิตใจ, N – *Nutrition*: ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหาร, H – *Home environment*: สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ความปลอดภัย ความเหมาะสม, O – *Other people*: บุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว ผู้ดูแล, M – *Medications*: การใช้ยา ความเข้าใจในการใช้ยา ความถูกต้อง, E – *Examination*: การตรวจร่างกายพื้นฐาน, S – *Spiritual health or Services*: สุขภาพจิต วิญญาณ หรือบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

๓.๖ ทฤษฎีทางการพยาบาลของโดโรเธีย โอเรม (Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory - SCDNT) เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่เน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีแนวคิดหลักของทฤษฎีประกอบด้วยทฤษฎีย่อย ดังนี้ ๑) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care Theory) กล่าวถึงกิจกรรมที่บุคคลสามารถทำเพื่อตนเองในการรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูร่างกาย ๒) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit Theory) ระบุว่าเมื่อบุคคลไม่

สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอ พยาบาลจำเป็นต้องเข้ามาช่วยเหลือ ซึ่งเป็นจุดที่เกิดการพยาบาล ๓) ทฤษฎีระบบพยาบาล (Nursing Systems Theory) อธิบายบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น ๓ ระบบ ระบบช่วยเหลือทั้งหมด (Wholly Compensatory) ระบบช่วยเหลือบางส่วน (Partly Compensatory) ระบบสนับสนุน-ให้ความรู้ (Supportive-Educative) พยาบาลจะประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างหรือชดเชย การดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

๓.๗ ความชำนาญ และประสบการณ์

ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน และดูแลผู้รับบริการทุกกลุ่มวัย ทั้งในกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ และกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีให้ความสำคัญเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล โดยคำนึงถึงความไม่สมดุล ระหว่างความต้องการการดูแล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และทฤษฎีระบบการพยาบาล ใช้ประสบการณ์ในการทำงานในชุมชนผสมผสานแนวคิดเรื่องการเยี่ยมบ้าน และหลักการเยี่ยมบ้านแบบ *InHOMES* เป็นแนวทาง ในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวมิติทาง กาย จิต สังคม ของผู้ป่วย ญาติ หรือผู้รับบริการ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้รับบริการมีข้อจำกัดในด้านต่างๆ โดยดำเนินการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน

บทบาทของพยาบาลในการเยี่ยมบ้านมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหรือครอบครัวในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลได้สะดวก บทบาทหลักของพยาบาลในการเยี่ยมบ้านสามารถสรุปได้ดังนี้ ๑) การประเมินสุขภาพ พยาบาลจะทำการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อระบุปัญหาสุขภาพและความต้องการในการดูแล ๒) การให้การพยาบาลและติดตามอาการ รวมถึงการทำผลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การให้สุขศึกษาและคำแนะนำ พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ๔) การประสานงาน และส่งต่อหากพบปัญหาที่เกินขอบเขตความสามารถในการดูแล พยาบาลจะทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นๆ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์ฟื้นฟู หรือหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ๕) การเสริมพลังและสนับสนุนครอบครัว พยาบาลช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพ การดูแลตนเอง และการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน

๔. สรุปสาระ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยจากการสำรวจพบมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๐ (สำนักสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๗) และยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๗ พบกลุ่มติดบ้านเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒.๒ เป็น ๒.๕ เพศหญิง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๒ เป็น ๓.๕ กลุ่มติดเตียงเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๐.๘ เป็น ๐.๙ เพศหญิง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑.๐ เป็น ๑.๒ (กรมอนามัย, ๒๕๖๘)ซึ่งประเมินจากคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ และความเจ็บป่วย จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุส่งผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ (ศกุนตลา อนุเรือง, ๒๕๖๐) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (Dependent Elderly Care) เป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่งในสังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือมีภาวะพึ่งพิง (Dependency) อันเนื่องมาจากโรคเรื้อรัง ภาวะ

สมองเสื่อม หรือความพิการ การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการประเมินภาวะพึ่งพิงอย่างรอบด้าน และจัดบริการที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่มีความซับซ้อนและยากต่อการจัดการในแง่ของ ระบบการดูแล ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล (Boyd et al., ๒๐๐๗)

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ฯลฯ เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ แนวโน้มของประชากรไทยที่มีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา โรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการรับผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเวลานาน ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงเป็นแนวทางการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา (พิสิษฐ์ และคณะ, ๒๕๖๑) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง บางรายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ในบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้ดูแลต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ ตลอดจนสามารถควบคุมโรคได้ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี จ.นนทบุรี เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลสุขภาพประชากรทุกกลุ่ม ปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ ได้แก่ ปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ความเจ็บป่วย ร้อยละ ๕๙.๓ ของผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และในจำนวนนี้มีร้อยละ ๓ ที่เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจ การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น บางรายขาดผู้ดูแล และมีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ การศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มพึ่งพิงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ขาดผู้ดูแลหลักรายนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวม ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น และสามารถควบคุมโรคได้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น
๓. เพื่อศึกษากรณีศึกษานำมาพัฒนาการพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
๔. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย

๔.๓ เป้าหมาย

ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้รับการดูแลแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

๔.๔ กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๒ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนา พุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ สถานภาพสมรส โสด ไม่มีอาชีพ มีรายได้ ๗๐๐ บาท (เบี้ยผู้สูงอายุ) และมีเงินออมบางส่วนอาศัยอยู่ตามลำพังที่บ้านเดี่ยวบนที่ดินของตนเอง มีโรคประจำตัวเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ แรกได้รับผู้ป่วยหญิงไทยรูปร่างสมส่วน ผิวขาว รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง มีแขน ขา ขวามือ มีแผลที่สันเท้าทั้ง ๒ ข้างช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอาการปวดตามตัว ลูกนั่งเองไม่ได้ มีผู้ดูแลเป็น car giver และ คนรับจ้างที่มาดูแลเป็นบางครั้ง การวินิจฉัย: DM c HT c CKD stage ๓B

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ๑ปีก่อน ผู้ป่วยล้มกระตุกสะโพกหักเดินไม่ได้ มีอาการปวดบวมบริเวณสะโพก และก้นกบ ไม่สามารถเดินและ ลูกนั่งด้วยตนเองได้ จึงนำส่ง รพ.พิมลราช และเป็นกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ADL=๐) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และ เครือข่ายในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย ร่วมกับ care giver โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (ADL= ๖) ในระยะเวลา ๓ เดือน ๑ สัปดาห์ก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวดตามตัว อ่อนเพลีย และมีแผลที่เท้าทั้ง ๒ ข้าง และ ก้นกบ กินอาหารได้น้อยลง และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สลับกับน้ำตาลในเลือดสูง ในบางครั้งและช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา ๘ ปี และป่วยเป็นโรคเบาหวาน มา ๔ ปี ร่วมกับมีภาวะ ไขมันในเลือดสูงรักษาที่โรงพยาบาลพิมลราช และได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มา ๑ ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มีพี่น้องเป็นความดันโลหิตสูง: บิดา – มารดา เสียชีวิต ไม่ทราบประวัติการเจ็บป่วย มีพี่น้องป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว (INHOMESSS)

ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (Immobility) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องมีผู้ดูแลทั้งหมด เนื่องจากมีประวัติล้มกระตุกสะโพกหักไม่สามารถเดินได้ พอขยับแขน ขา เองได้ และไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย เริ่มมีแผลกดทับที่ก้นกบ และสันเท้าทั้ง ๒ ข้าง

โภชนาการ (Nutrition) ผู้ป่วยมีรูปร่างสมส่วน ดัชนีมวลกาย ๒๒.๐๔ กก./ม^๒ อาหารที่รับประทานได้จากร้านค้า และ ตลาดในพื้นที่ ประเภทแกงถุง ลักษณะอาหารเป็นอาหารทั่วไป เช่น ปลาเค็ม แกงกะทิ น้ำพริกกะปิ อาหารจำพวกพื้ด อาหารทอด ฯลฯ ไม่ควบคุมอาหาร รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ครบ ๓ มื้อ ตามที่ผู้ดูแลจัดให้ จากเดิมต้องมีผู้ดูแลคอยป้อนอาหารให้ ต่อมาได้รับการฟื้นฟู และช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น จนสามารถรับประทานอาหารรับประทานเองได้ แต่ต้องเตรียมอาหารให้ อาหารที่รับประทานไม่เหมาะสมกับโรคเพราะเป็นอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวอาหาร บ้างเองจากฟันไม่แข็งแรง มีฟันโยก และฟันพุ

สภาพแวดล้อมในบ้าน และรอบๆ บ้าน(Home environment & Safety) ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านชั้นเดียวยกพื้นสูงประมาณ ๔๐ เซนติเมตร ไม่มีบันไดขึ้นบ้าน ขนาดพื้นที่ใช้สอย ๑๒ ตาราง

เมตร มีความแข็งแรง ปลุกสร้างบนพื้นที่ของตนเอง มีห้องน้ำปลุกแยกออกจากตัวบ้าน ๑๐ เมตร บ้านไม่ค่อยเป็นระเบียบ ภายในบ้านมีอากาศถ่ายเทสะดวกมีแสงสว่างเพียงพอ มีต้นไม้รอบๆ บริเวณบ้าน และมีบ้านที่เป็นเครือญาติอยู่ในบริเวณใกล้เคียงในรัศมี ๕๐ เมตร ไม่ค่อยมีความปลอดภัย ไม่มีรั้วบ้าน ไม่มีกุญแจบ้าน มีถนนลูกรังจากถนนสายหลักถึงตัวบ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้าน และเพื่อนบ้าน (Other people)

สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ค่อยดีนัก กับพี่น้องที่อยู่บริเวณใกล้เคียงกัน มีความช่วยกันบ้างแต่ไม่มากนัก บุคคลที่มีอิทธิพลต่อหารดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้แก่ น้องชาย และ อสม.ที่เป็น care giver มีเพื่อนบ้านช่วยเหลือบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ

การใช้ยาและวิธีการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Medication) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ความดันโลหิตสูง มียาประจำตัว ได้แก่ metformin ๕๐๐ mg. ๑X๒ pc, glipizide ๕ mg., ๑X๑ ac, losartan ๕๐ mg. ๑X๒ pc, ASA ๘๑ mg. ๑X๑ pc, amlodipine ๕ mg. ๑X๑ pc, atorvastatin ๔๐ mg. ๑X๑ hs, folic acid ๕ mg ๑X๑ pc ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้ด้วยตนเองไปรับยาที่โรงพยาบาลโดย care giver โดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพประเภทผู้พิการ

การตรวจร่างกาย(Examination) ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผิวขาว

รูปร่างสมส่วนน้ำหนัก ประมาณ ๖๐ กก. สูง ๑๖๕ ซม. ดัชนีมวลกาย ๒๒.๐๔ กก./ม^๒ เปลือกตาซีด เข้าขาว บวม เริ่มมีข้อเข่าติดเล็กน้อย มีแผลที่สันเท้าทั้ง ๒ ข้าง มีพื่นโยก อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ความดันโลหิต ๑๑๕/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที ออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๕ % DTX ระหว่างวันที่ ๑ - ๒๕ เมษายน ๒๕๖๘ อยู่ระหว่าง ๘๘ - ๒๔๐ mg/dL(ก่อนอาหาร เข้า - เย็น) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๘ พบว่า FBS ๕๕ mg/dL, HbA๑c ๗.๔ mg%, Hb ๙.๕ g/dL, Hct ๒๘ %, creatinine ๑.๕๓ mg/dL, eGFR ๓๓.๗๔ mL/min/๑.๗๓ m^๒, CL ๙๙ mmol/L, K ๔.๘ mmol/L, Na ๑๓๑ mmol/L, Mono ๑๔ %, PL ๒๓๑,๐๐๐ cell/uL, Neu ๖๕ ๘๕%, Lymph ๒๐%, Baso ๐%, Eso ๑%, Cholesterol ๑๐๕ mg/dL, LDL-Cholesterol ๖๔ mg/dL, HDL-Cholesterol ๖๔ mg/dL, triglyceride ๑๑๘ mg/dL

สถานบริการที่ใช้บริการ(Service) ได้แก่ โรงพยาบาลพิมลราช สถานือนามัย

เฉลิมพระเกียรติฯ และ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ถ้าเกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องไปโรงพยาบาล และต้องไปโรงพยาบาลจะตามรถฉุกเฉิน ๑๖๖๙ นำส่ง

ความปลอดภัย(Safety) ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยมีความแข็งแรง แต่ไม่ค่อย

ปลอดภัยเนื่องจาก ไม่มีกุญแจ และ พื้นบ้านอยู่สูง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ที่อยู่อาศัยค่อนข้างแคบ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ทัศนคติ และความเชื่อ(Spiritual health) ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ก่อนผู้ป่วยล้ม

จนติดเตียง ผู้ป่วยไปทำบุญทุกวันพระ และมีความเชื่อเรื่องเวรกรรม เชื่อว่าตัวเองต้องสามารถกลับมาเดินได้ และใช้ชีวิตได้ปกติ แต่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของทีมสหวิชาชีพที่เข้าไปดูแล

สรุปปัญหาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน และต้องการ การดูแลจากผู้ดูแล และ ทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งเครือข่ายในชุมชน ในการแก้ปัญหาทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขจากทีม และผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแล โดยสรุปปัญหาได้ดังนี้

สรุปปัญหาของผู้ป่วย

ปัญหาที่ ๑ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เนื่องจาก ผู้ดูแลขาดความรู้ และความตระหนัก ในการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีคนเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกซื้ออาหารมารับประทาน ไม่ได้ปรุงเอง โดยญาติ และผู้ดูแลเป็นคนจัดหาอาหาร ผู้ป่วย ชอบรับประทานประเภทปลาเค็ม ขนมหวาน ผลตรวจ HbA_{1c} ๗.๔ % DTX อยู่ในช่วง ๕๕-๒๑๗ Mg/dL วัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เกณฑ์การประเมินผล ๑) ผู้ป่วย สามารถอธิบายโรคเบาหวาน และวิธีการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ๒) ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ เช่น FBS < ๑๓๐ mg%, HbA_{1c} < ๗% ๓) ญาติเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น รับประทานอาหารที่เหมาะสม การพยาบาล ๑) ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานการปฏิบัติตัว และอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ๒) แนะนำเรื่องการเจาะน้ำตาลในเลือดตามความเหมาะสม และการสังเกตอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น การสังเกตในเลือดต่ำจะมี มือสั่น เหงื่อออก ใจสั่น ฯลฯ ๓) ประเมินความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแล ๔) ประเมินการรับประทานอาหาร ยา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ๕) วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ และ care giver ในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ๖) กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย เช่น การลดระดับ HbA_{1c} การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการบริโภคอาหาร และการบริหารร่างกาย ๗) สร้างแผนสุขภาพ(care plan) ส่วนบุคคล เช่น แผนการรับประทานอาหาร แผนการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ๘) ติดตามประเมินผล ในการจัดอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วย การกินยาสม่ำเสมอ และติดตามผลการตรวจน้ำตาลในเลือด และตรวจ น้ำตาลสะสมทุก ๓ เดือน ๙) ตามตามประเมินอาการและปรึกษาทีมสุขภาพในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ในกรณี ที่มีการเปลี่ยนแปลง ๑๐) จัดตารางอาหารร่วมกับนักโภชนาการ โดยเน้นการรับประทานอาหารประเภท คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน หลีกเลี่ยงอาหารประเภทน้ำตาลสูง ๑๑) ให้กำลังใจผู้ป่วย และผู้ดูแล สนับสนุนด้าน อารมณ์ โดยรับฟังปัญหา และช่วยลดความเครียด ๑๒) สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การ ประเมินผล ผู้ป่วยมีระดับ FBS ๑๑๗ mg% HbA_{1c} ๗.๔ % เริ่มรับประทานอาหารตามที่นักโภชนาการ แนะนำ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจเรื่องโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มากขึ้น

ปัญหาที่ ๒ มีภาวะซีด เสี่ยงต่อภาวะออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอเนื่องจากความ เข้มข้นของเลือด และระดับฮีโมโกลบินต่ำ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกรู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ระดับ Hb ๙.๓ g/dL, Hct ๒๘ % ตรวจพบเยื่อปอดอักเสบ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ เพียงพอ ไม่มีอาการของภาวะโลหิตจาง เกณฑ์การประเมินผล ๑) ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ๒) ผู้ป่วยไม่มีอาการ หายใจเหนื่อยหอบ ๓) ระดับ Hct คงที่ ไม่ลดลงจากเดิม การพยาบาล ๑) ประเมินอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ หายใจตื้น หัวใจเต้นเร็ว ชีตตามปลายมือ ปลายเท้า เยื่อปอด ขีด ๒) แนะนำผู้ดูแล ให้สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ดูแลผู้ให้ได้พักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของ ร่างกายโดยไม่จำเป็น ๓) แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนท่า ควรทำอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ๔) ดูแลให้ รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ นม ไข่แดง ตับ ผัก เป็นต้น ๕) ดูแลให้รับประทานยา Folic acid ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งหลังอาหารเช้าทุกวัน ๖) สังเกตอาการหายใจ เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย รายงานแพทย์ เพื่อ พิจารณาให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย ๗) ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะโลหิตจางอย่างต่อเนื่อง ประเมินผล

ผู้ป่วยคูศดขึ้นขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ระดับ Hct เท่าเดิม ระดับ O_2 sat = ๙๗% (Rom Air)

ปัญหาที่ ๓ มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ใส่แอมเพริสตลอดเวลา ผู้ดูแลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้มีปัญหาเรื่องการดูแลความสะอาดทั่วไประวมทั้งการเปลี่ยนแอมเพริส มีไข้ T ๓๘ องศาเซลเซียส ซึม จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาล ผล UA WBC ๕๐-๑๐๐ cell/HPF Appearance : Slightly Turbid ปัสสาวะออกน้อย วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมินผล ๑) ไม่มีไข้ หนาวสั่น ๒) ผล UA ปกติ ๓) ปัสสาวะออกปกติ กิจกรรมการพยาบาล ๑) ติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้านหลังได้รับยาฆ่าเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ให้ Cef-๓ ๒ gm iv drip OD X ๕ วัน ที่โรงพยาบาล ๒) แนะนำผู้ดูแลในการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ที่ถูกต้อง ๔) สังเกตลักษณะ และสีของปัสสาวะ ๓) แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ วันละ ๒-๓ ลิตร ๔) แนะนำการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อไม่ให้เกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ ๕) ส่งปัสสาวะตรวจซ้ำตามการรักษาของแพทย์ และติดตามผลการตรวจเพื่อรายงานแพทย์ ๖) แนะนำ ให้ความรู้กับผู้ดูแล เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทางปัสสาวะซ้ำ การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหนาวสั่น ผลตรวจปัสสาวะหลังได้ยาฆ่าเชื้อครบ ๕ วันตามแผนการรักษา UA WBC ๕-๑๐ Cell/HPF NIT Negative

ปัญหาที่ ๔ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากค่าการทำงานของไตลดลง และขาดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีภาวะชืด อ่อนเพลีย ขาบวม ตรวจพบค่า Hct ๒๘ %, creatinine ๑.๕๓ mg/dL, eGFR ๓๓.๗๔ ml/min/๑.๗๓ m^๒ ผู้ป่วยกินอาหารเค็ม และอาหารที่มีผลกับค่าไต และยังมียาแก้ปวดที่ทำให้ไตเสื่อม และผู้ป่วยไม่สามารถหาอาหารมารับประทานเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง และขาดความรู้และความเข้าใจในการป้องกันและชะลอไตเสื่อม วัตถุประสงค์ ๑) ให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรคได้ ๒) ผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไตเปลี่ยนแปลงดีขึ้น กิจกรรมการพยาบาล ๑) ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และการปฏิบัติตัว แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ๒) แนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการเลือกรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม ๓) ติดตาม สังเกต การเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วย ๔) ประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากภาวะไตเสื่อม เช่น ภาวะชืด เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย บวม อาการปัสสาวะผิดปกติ ๕) ตรวจประเมินค่าการทำงานของไตซ้ำ การประเมินผล ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น กินอาหารเค็มน้อยลง ไม่มีภาวะเหนื่อยหอบ

ปัญหาที่ ๕ มีความวิตกกังวลจากความพรั่งในการดูแลตนเองทั้งหมด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสีหน้าเศร้าหมอง กล่าวว่ารู้สึกหมดหวัง ต้องเป็นภาระคนอื่น อยากเดินได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยบอกอยากทำฟันทบลม จะได้เคี้ยวอาหารได้ละเอียด ADL = ๑ ผู้ป่วยนอนติดเตียง วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยแสดงออกถึงความวิตกกังวลที่ลดลง และร่วมมือในการฟื้นฟูตนเองได้ดีขึ้น เกณฑ์การประเมินผล ๑) ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย พุดคุยมากขึ้น ๒) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองบางกิจกรรม เช่น รับประทานเอง หวีผมเอง การบริหารร่างกายบนเตียง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ กิจกรรมการพยาบาล ๑) ประเมินระดับความวิตกกังวล และสังเกตพฤติกรรม ๒) อยู่กับผู้ป่วย รับฟังปัญหา โดยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความวิตกกังวล ไม่ตัดสิน ๓) สร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตลอดการรักษายาพยาบาล

๔) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเล็กน้อยตามความสามารถ ๕) สอนเทคนิคผ่อนคลาย เช่น หายใจลึก ผ่อนคลาย เช่น หายใจลึกๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ๖) ประสานกับทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยในการผ่อนคลายความเครียด และความวิตกกังวล ๗) ประสานทีมทันตแพทย์ ในการดูแลสุขภาพในช่องปาก เพื่อรองรับการจัดทำฟันปลอมให้ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น แนะนำการดูแลความสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก ๘) ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ในการจัดทำอุปกรณ์ช่วยในการทรงตัวแก่ผู้ป่วย เช่น ลอกช่วยพยุงลูกนั่ง และ การจัดทำทางลาดสำหรับรถผู้ป่วย ให้สามารถลงจากเตียงและสามารถช่วยในการฝึกเดินได้ การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย พุดคุยมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางกายได้มากขึ้น เช่น รับประทานอาหารเอง หวีผม แปรงฟัน เป็นต้น ระดับคะแนน ADL = ๖ โดยผู้ป่วยมีความคาดหวังว่า และเชื่อว่าตนเองจะสามารถเดินได้ และมีฟันปลอมในการบดเคี้ยวอาหารเหมือนคนอื่นๆ และมีความพอใจในตัวเองมากขึ้น

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๗๒ ปี รูปร่างสมส่วน ผิวขาว ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เริ่มศึกษาผู้ป่วยในเดือน มีนาคม ๒๕๖๘ โดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ป่วย ไม่มีผู้ดูแลหลัก มีญาติ และผู้รับจ้างดูแลในบางเวลา มีอาการอ่อนเพลียช่วยเหลือตัวเองได้น้อย อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง ขยับแขน ขาได้เอง แต่ลูกนั่งเองไม่ได้ มีแผลที่เท้าสันเท้าทั้ง ๒ ข้าง นอนอยู่บนเตียงผู้ป่วย พื้นบ้านที่อยู่อาศัยยกสูงประมาณ ๔๐ เซนติเมตร ไม่มีบันไดทางเชื่อมสำหรับรถเข็นมายังที่พักผู้ป่วย เยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีความตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และความไม่สุขสบายจากการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ละไม่มีผู้ดูแลประจำ ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด อยู่ในช่วง ๘๘ - ๒๔๐ mg/dL ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง ๑๑๐ - ๑๓๘/๖๐ - ๙๐ mmHg และพบปัญหาสุขภาพในช่องปากมีฟันโยก และฟันพุ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า Hct ๒๘ %, creatinine ๑.๕๓ mg/dL, eGFR ๓๓.๗๔ ml/min/๑.๗๓ m^๒ (เมษายน ๒๕๖๘) ซึ่งลดจากเดิม ที่ ๔๔ ๓๓.๗๔ ml/min/๑.๗๓ m^๒ ในปี ๒๕๖๖ และมีภาวะซึมเศร้า ต่อมาผู้ป่วยมีใช้หนวดสั้นซึมลงจึงส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังจากได้รับยาที่โรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและกลับมาอยู่บ้าน ปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้ แบ่งเป็น ปัญหาทางร่างกาย ได้แก่ ในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ ปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มีค่าการทำงานของไตลดลง และภาวะซึมเศร้า ปัญหาความไม่สุขสบาย และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ต้องการการดูแลทั้งหมด ปัญหาเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางการนอนหลับ และมีผลกดทับที่เท้า ปัญหาสุขภาพฟัน ปัญหาทางจิตใจ ได้แก่ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับตนเอง และการดำเนินของโรค และข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง มีความคาดหวังว่าจะสามารถเดินได้และกลับมาใช้ชีวิตปกติ และไม่มีผู้ดูแลหลัก ปัญหาทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวสัมพันธ์ภาพไม่ดี ไม่มีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยเคยมีเงินสะสมจากการขายที่ และเริ่มหมดไปกับการดูแลรักษาตัว และให้แก่น้องชาย บ้านผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่รองรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากการศึกษาและแก้ปัญหาผู้ป่วยรายนี้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหา ดังนี้ พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และ Care giver เยี่ยมแนะนำประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ความรู้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เช่น เรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ เป็น แพทย์ประเมินและแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา นักกายภาพติดตามฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การบริหารร่างกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทันตแพทย์ดูแลสุขภาพในช่องปาก เครือข่ายในชุมชน ปรับปรุง

บ้านผู้ป่วยจัดทำลอกสำหรับบริหารร่างกาย และช่วยพยุงนั่งบนเตียง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนนทบุรี สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำทางลาดเชื่อมทางลงจากบ้านผู้ป่วย พร้อมจัดหาอุปกรณ์ที่เป็น จำเป็น ได้แก่ รถเข็น walker เตียงผู้ป่วย จากการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา ๓ เดือน ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ดีขึ้น กินอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น มีผู้ดูแล เป็นน้องชาย และ care giver และฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง มีเครือข่ายที่เป็นระบบส่งต่อที่ รพ.พิมลราช อบต.ทิววัฒนา สนับสนุนอุปกรณ์ที่เป็น เช่น แพนเพิร์สผู้ใหญ่ สวัสดิการสำหรับผู้พิการ และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ care giver วางแผนติดตาม ประเมินอาการผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยรายน่อยอย่างต่อเนื่อง มีระบบเฝ้าระวังส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน เร่งด่วน ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้มากขึ้น สภาพจิตใจดีขึ้น และมีความเชื่อมั่นว่าจะช่วยเหลือตัวเองได้ ความพอใจในชีวิตของตนเองในปัจจุบัน

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ศึกษาเอกสารงานทฤษฎีทางการแพทย์ แนวคิดในการเยี่ยมบ้าน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๒. วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยในพื้นที่ ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิง เพื่อจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และเป็นไปตามมาตรฐานการ
๓. เลือกผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีปัญหาซับซ้อน ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี จำนวน ๑ ราย
๔. วางแผนการการดูแลผู้ป่วยใช้กระบวนการพยาบาล ให้การพยาบาลที่เป็นองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ กำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้าน และการจัดการรายกรณีร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายในพื้นที่ในการดูแล แก้ปัญหาของผู้ป่วย
๕. ดำเนินการตามแผนการพยาบาล ติดตามเยี่ยมบ้าน และ ส่งต่อผู้ดูแลเพื่อการดำเนินการต่อเนื่อง
๖. วิเคราะห์ปัญหา ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
๗. สรุปผลการศึกษา เผยแพร่ผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

- ๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ : ศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงจำนวน ๑ รายเพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ๕.๒ เชิงคุณภาพ : ผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงที่มีความเจ็บป่วยและมีโรคร่วมหลายอย่าง ต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวมทุกมิติ จากทีมสหสาขา ร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยทั้งทางกาย จิตใจ และในเชิง สังคม สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น ใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยพยาบาลมีการจัดการรายกรณีผู้ป่วย เชื่อมโยงบริการ ประสาน ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พึงทักสิทธิ์แก่ผู้ป่วย ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ ศักยภาพของผู้ดูแล โดยผสมผสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย ในการแก้ปัญหาเฉพาะด้านของผู้ป่วย เกิดความต่อเนื่อง และมีความยั่งยืนในการดูแล

จากหน่วยบริการสาธารณสุข เชื่อมโยงชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เผชิญหน้ากับปัญหา และความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น กลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วย stroke กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

๒. เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุม มิติทางกาย จิต สังคม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

๓. วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสามารถนำมาถอดบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อปรับปรุง และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

๔. ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถ จัดการ และแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น โดยมีทีมสนับสนุน จากสถานีนามัย เครือข่าย และให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วย สูงอายุ และ ติดเตียงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่สามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง และมีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องอาศัยผู้ดูแลด้านต่างๆ ไม่มีผู้ดูแลหลักทำให้ยากต่อการดูแล และขาดความต่อเนื่อง เช่น มีข้อจำกัดในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง

๒. สัมพันธภาพของผู้ป่วย และญาติไม่ค่อยดี ต้องอาศัยผู้ดูแลที่อยู่ใกล้เคียง และ care giver ที่เป็น อสม. หมุนเวียนมาดูแล

๓. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยค่อนข้างยากลำบาก เนื่องจากบ้านของผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และบ้านของผู้ป่วยอยู่ห่างจากถนนใหญ่ทางเข้าบ้านมีความคับแคบ ต้องมีอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้าย ลักษณะบ้านยกพื้นสูง ไม่มีทางลาด

๔. ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพฟันต้องมีทีมสุขภาพไปให้บริการถอนฟันที่บ้านเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไประบบบริการที่สถานบริการได้

๕. ปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลาย เกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายภาค เช่น อบต. อสม. โรงพยาบาล หน่วยงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) สังคมสงเคราะห์ เครือข่ายในชุมชน

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมารับบริการที่ โรงพยาบาล เป็นไปด้วยความยากลำบาก

๒. ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ตามลำพังในบางครั้ง

๓. ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วย และสถานบริการอยู่ไกล และทางเข้าบ้านเป็นถนนลูกรัง และทางแคบ การเดินทางเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยเกิดความยากลำบาก

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงในชุมชนต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และ อสม. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ ทางกาย จิต สังคม และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้ป่วย

๒. หน่วยบริการปฐมภูมิ และ อปท.ควรมีแผนรองรับการดูแลประชากรกลุ่มพึ่งพิง มีงบประมาณสนับสนุนการดำรงชีวิตในกลุ่มด้อยโอกาส เช่น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เบี้ยยังชีพ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำและเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวพรณี อุ่นเอม สัดส่วนผลงาน๑๐๐%.....

๒).....-.....สัดส่วนผลงาน.....-.....

๓).....-..... สัดส่วนผลงาน.....-.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความเป็นจริงทุกประการ

(ชื่อ).....

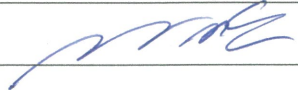
(นางสาวพรณี อุ่นเอม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่...../...../.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพรณี อุ่นเอม	

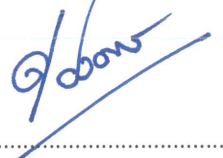
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางอรรดา เหลืองอุดมชัย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการสถานีนานาเมืองเฉลิมพระเกียรติฯ

(วันที่) ๘ / พ.ค. / ๒๕๖๕

(ลงชื่อ)..... 

(นายประสพ ศรีอินทร์สุทธิ)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอไทรน้อย

(วันที่) ๙ / พ.ค. / ๒๕๖๕

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินี จ. นนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคอ้วน และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย การใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๐) ทำให้โรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ ๑ ใน ๑๐ ของโลก (กมลทิพย์, ๒๕๖๕) การสูญเสียการทำงานของไตแบ่งเป็น ๕ ระยะ ซึ่งโรคจะค่อยๆ ดำเนินไปโดยใช้เวลาหลายปี หากมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ความเสื่อมของไตสามารถช้าลงได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยเน้นที่การชะลอการเสื่อมของไต รักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของไตที่ลดลง (กัณฑ์พร, ๒๕๖๒) จากข้อมูลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เข้าสู่ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๗) ข้อมูลจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก ๑,๐๔๖,๑๑๓ คน ในปี ๒๕๖๓ เป็น ๑,๐๙๘,๗๗๓ คน ในปี ๒๕๖๗ โดยสาเหตุหลักของผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการบำบัด ทดแทนไต ๓ อันดับแรก มาจากโรคเบาหวาน ร้อยละ ๓๒.๒ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๙.๒ และไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ ๒๔.๕ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๗) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไต ทางช่องท้อง และฟอกไตทางเส้นเลือด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง โดยวัตถุประสงค์การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกัน และชะลอโรคไตเรื้อรังร่วมกับภาคีเครือข่ายนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไตระยะสุดท้าย (eGFR<๑๕ ml/min/๑.๗๓ m^๒) (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗)

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของระบบคลังข้อมูลจังหวัดนนทบุรี (HDC นนทบุรี, ๒๕๖๗) พบว่า มีผู้ป่วยไตเรื้อรังในปี ๒๕๖๗ จำนวน ๑๕,๗๗๗ ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตระยะที่ ๓ จำนวน ๗,๕๒๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๖๘ ซึ่งสูงกว่าปี ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ ที่มีผู้ป่วยไตระยะที่ ๓ ร้อยละ ๔๓.๙๖ และ ๔๕.๔๕ ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังระยะที่ ๓ - ๕ ของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ในปี ๒๕๖๕ ๒๕๖๖ และ ๒๕๖๗ มีจำนวน ๕๒ ๕๗ และ ๖๐ ราย ตามลำดับ (ข้อมูล HDC ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีจึงมีการส่งเสริมให้มีการแก้ปัญหาไตเรื้อรังอย่างจริงจัง และให้มีการจัดตั้งคลินิกไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ การแก้ปัญหาในเบื้องต้นสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยง ลดปัจจัยเอื้อที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ หลักการที่สำคัญของการรักษาโรคไตเรื้อรัง คือ การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงร่วมกับการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตไม่ทำให้ไตเสื่อมลงเร็วกว่าปกติ และยืดระยะเวลาที่จะเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะได้ประโยชน์จากการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมไต ไม่ว่าจะเป็นระยะแรกซึ่งเนื้อเยื่อไตยังไม่ได้ได้รับความเสียหายมาก และการทำงานของไตโดยรวมยังผิดปกติไม่มาก จนถึงระยะ ๓-๔ ขึ้นไปซึ่งการทำงานของไตเสื่อมแล้ว (อานวย ศิริโสภา, ๒๕๖๗)

สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จ.นนทบุรี เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริการ ส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟื้นฟู มีการดำเนินงานทั้งในหน่วยบริการ และในชุมชน ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย พยาบาลมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด โดยพบว่ารูปแบบบริการแบบเดิมยังไม่สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ส่งผลต่อผู้ป่วย และการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง จากการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และนำมาวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งเครือข่ายในพื้นที่ ในการพัฒนาการระบอบการดูแล มีการติดตาม ประเมินผล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งให้เกิดระบบที่เอื้อให้การติดตามผลในระยะยาวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง โดยเสริมความรู้ และฝึกทักษะให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เฉพาะราย มีการจัดบริการในคลินิกไตเรื้อรังในสถานีนามัย (Mini CKD) อย่างเหมาะสมเกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อการชะลอความเสื่อมของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๒. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคไตเป็นภาวะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกาย และไม่สามารถทำหน้าที่ในการรักษาสมดุลของน้ำอิเล็กโทรไลต์ และกรดต่างของร่างกายหรือภาวะที่มี การทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวรที่แก้ไขไม่ได้ สามารถตรวจสอบพบความผิดปกติได้อย่างใดอย่างหนึ่ง ของหน้าที่ของไต (renal function test) หรือ มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงกว่าปกติ หรือมีค่าของครีเอตินินสูงกว่าปกติติดต่อกันมาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้องหรือ การผ่าตัด ปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565)

อุปบัติการณ์ การเกิดโรคไตเรื้อรังรายใหม่ สามารถดำเนินการได้โดยการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในประชาชน การพัฒนาความเข้มแข็งชุมชนและ การจัดการปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการการชะลอไตเสื่อม (Service Based) และการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรัง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีส่วนช่วยชะลอการเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ยืดระยะเวลาการดำเนินโรคสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก การจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกไตเรื้อรังให้มีมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสร้างการมีส่วนร่วมบูรณาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดการทรัพยากร และการจัดระบบบริการ ร่วมกับเครือข่ายในชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยการติดตามสถานะสุขภาพตนเอง อย่างสม่ำเสมอ (self-monitoring) การใช้อย่างเคร่งครัด (medication adherence)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเหมาะสม ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ การจัดการตนเองเป็นทักษะในการกำกับพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดอย่างมีคุณภาพ(O'Keefe & Berger,1999 อ้างใน กรณิการ์ และ นเรศ, 2564)

จากการศึกษาของ ประณีตศิลป์ เชาวลักษณ์สกุล และคณะ (2566) พบว่ารูปแบบเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วย สนับสนุน ให้ผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพตนเอง และลดลดการบริโภคอาหารเค็มจะส่งผลดีต่อการชะลอไตเสื่อม เช่นเดียวกับ การศึกษาของ ชวมัย ปินะเก และ นางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2566) พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไตเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง และสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (ชวมัย ปินะเก และ นางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2566) การศึกษาของ พนารัตน์ ศาสนะสุพินธ์ และคณะ (2566) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า ส่วนใหญ่จะประกอบอาหารรับประทานเองในครัวเรือน มีความตระหนักในการ ใช้น้ำ แต่มีการออกกำลังกายที่ไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การ พัฒนาศักยภาพชะลอไตเสื่อม การจัดการรายกรณี การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การประเมินปัญหาารายบุคคล ของผู้ป่วย การให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และการเสริมพลัง การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจน การพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีผลลัพธ์สามารถชะลอไตเสื่อมได้ (ประณีตศิลป์ เชาวลักษณ์สกุล และคณะ, 2566) ด้วยบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ข้อจำกัดในด้านต่างๆ และปัญหา เฉพาะผู้ป่วย จึงต้องมีการออกแบบบริการให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับพื้นที่ การจัดรูปแบบบริการเดิมของ สถานีนามัยมีการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยไตในรวมกันในคลินิกโรคเรื้อรังไม่มีบริการเฉพาะทำให้ไม่สามารถค้นหาปัญหาเชิงลึก และ ต้องส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มไตเรื้อรัง หรือกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน ไปรับบริการ ต่อที่โรงพยาบาลไทรน้อย ซึ่งไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วยในการเดินทาง จึงได้มีการจัดตั้งคลินิกไตที่สถานีนามัย โดยมีทีมสหวิชาชีพมาให้บริการ แต่ยังไม่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมยังมีการเปลี่ยนแปลงค่าการทำงานของไตที่ ลดลง และมีกลุ่มผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การจัดการเรื่องอาหาร การกินยา การออกกำลังกาย ซึ่งสาเหตุหลัก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง มักมีโรคเรื้อรังอื่นนำมา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ การออกแบบบริการในคลินิกไตเรื้อรังควรมี รูปแบบที่เหมาะสม ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งมีระบบการดูแล ผู้ป่วยไตเรื้อรังในหน่วยบริการที่มีมาตรฐาน

จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในพื้นที่หมู่ที่ 4 – 8 ตำบลทิววัฒนา ยังมีการบริโภค อาหารไม่ได้สัดส่วน บริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และ ขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยขาดนัด และ กินยาไม่ ต่อเนื่อง ทำให้เป็นส่วนหนึ่งในการควบคุมโรคไม่ได้ ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยให้เกิดปัญหาการควบคุมโรค เกิดจากความตระหนักในการดูแลตนเอง หรือขาดผู้ดูแลหลัก ขาดความเข้าใจในการดูแลตนเอง ความเชื่อที่ ส่งผลต่อการดูแลรักษาโรค พฤติกรรมที่บริโภคอาหารเค็ม ส่งผลต่อการดำเนินของโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมโรคไม่ได้ และไตเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ปัญหาดังกล่าวจึงถูกเลือกนำมาแก้ปัญหาภายใต้ทรัพยากรที่มี อยู่อย่างจำกัด ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา และความตระหนักถึงปัญหาของคนในชุมชน

แนวทางการแก้ปัญหาเรื่องในไตเรื้อรังในพื้นที่ ควรมีการปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และข้อจำกัดของผู้ป่วย บริบทพื้นที่ที่สำคัญ และเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จัดบริการให้ครอบคลุม และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และครอบครัวในการป้องกันและชะลอไตเสื่อม โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นเตรียม

- 1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยไตเรื้อรังในพื้นที่ และผู้รับบริการที่สถานีนามัย
- 2) วางแผนการจัดกิจกรรมในคลินิกไตเรื้อรังที่สถานีนามัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3) เตรียมบุคลากรโดยส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมทักษะในการให้การปรึกษา และ ฝึกทักษะ BA BI MI MBBI ที่นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
- 4) เตรียมเอกสารแบบบันทึกสำหรับผู้ป่วย/แบบบันทึกในการติดตามผู้ป่วย
- 5) เขียนโครงการเพื่ออบรมสร้างความรอบรู้ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง และญาติผู้ดูแล

ขั้นตอนการ

- 1) จัดกิจกรรมในคลินิกไตเรื้อรัง โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ มุ่งเน้นการแก้ปัญหารายบุคคล การให้การปรึกษาทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยหรือญาติ ต้องเรียนรู้สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีขอบเขต ดังนี้ การประเมินตนเอง และฝึกการสมาธิเพื่อให้มีสติ ติดตามผลการเปลี่ยนแปลง เรียนรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง การเคลื่อนไหว การใช้จ่าย และการจัดการความเครียด กิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้เรื่องยา และ สมุนไพร มีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลง จากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
- 2) พยาบาลคัดกรองภาวะสุขภาพ และค้นหาปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้การปรึกษาใช้เทคนิค BA BI MI ในการสนับสนุน ให้ผู้ป่วยได้จัดการปัญหาด้วยตนเองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมตามศักยภาพของผู้ป่วย
- 3) จัดอบรมให้เสริมสร้างความรอบรู้ ฝึกทักษะ ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และชะลอไตเสื่อม สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และญาติ
- 4) จัดให้มี อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบครัวเรือนผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อกระตุ้นเตือน และติดตามกรณีขาดนัด โดย กลยุทธ์ 3 หมอชะลอไตเสื่อม
- 5) ติดตามทุก 1 – 3 เดือน ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 6) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และประเมินความเค็มในอาหารในครัวเรือนผู้ป่วย
- 7) ประเมินความเค็มในอาหาร ร้านจำหน่ายอาหาร และครัวเรือนในชุมชน
- 8) ส่งเสริมการดำเนินงานชุมชนลดโซเดียมร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน อบต. โรงเรียน
- 9) ประเมินค่าการทำงานของไตของผู้ป่วยในคลินิกไต ทุก 3 – 6 เดือน

ประเมินผล

- 1) ติดตามการเปลี่ยนแปลงค่าการทำงานของไต ทุก 3 – 6 เดือน
- 2) ประเมินความเค็มในอาหารทั้งในชุมชน และบ้านผู้ป่วย
- 3) ประเมินการควบคุมโรคในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

๓. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อม และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วยเรื้อรัง
- ๒) เพื่อใช้การวางแผนบริหารจัดการด้านสาธารณสุขผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาการบำบัดทดแทนไต
- ๓) ผู้ป่วยไตเรื้อรังสามารถชะลอไตเสื่อม และไม่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๔. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1) $\geq$ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยระยะที่ 3 ที่เข้ารับบริการที่สถานีนอนามัยมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น หรือลดลงไม่น้อยกว่า ลดลงไม่น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m²/yr.
- 2) $\geq$ ร้อยละ 60 ของครัวเรือนในชุมชนมีการบริโภคอาหารเค็มน้อย หรือ เริ่มเค็ม
- 3) $\geq$ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์

(ลงชื่อ).....

(นางสาวพรณี อุ่นเอม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)...../.....พ.ศ...../.....

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวเบญจา อิ่มในสุข	<u>จังหวัดนนทบุรี</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่</u> <u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</u> <u>บางใหญ่</u> <u>กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค</u> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านบริการทางวิชาการ	๖๑๔๕	<u>จังหวัดนนทบุรี</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่</u> <u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</u> <u>บางใหญ่</u> ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ)	๖๑๔๘	เลื่อน ระดับ ๑๐๐ %
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพัฒนากลไกการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผ่านสถานีสุขภาพตำบลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่จังหวัดนนทบุรี”				
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาและยกระดับสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital health station) แบบมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตำบลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวพนิดา อยู่ชัชวาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม	๕๔๔๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม	๕๖๔๑	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย” “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์” “แนบท้ายประกาศ”				๑๐๐ %

Handwritten signature

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะประเมิน)

๑. เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ – ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย ผู้เสนอผลงานได้ใช้ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะ ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ของผู้ขอประเมินผลงานดังนี้

๓.๑. ความรู้ทางวิชาการ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus)

เบาหวาน หมายถึง ความผิดปกติเรื้อรังของเมตาบอลิซึมที่เกิดจากการขาดอินซูลินซึ่งอาจจะเป็นการขาดแบบสมบูรณ์หรือแบบสัมพัทธ์ ก่อให้เกิดลักษณะจำเพาะโรค คือ มีภาวะระดับน้ำตาลสูง และการสูญเสียโปรตีนร่วมด้วยเมื่อโรคดำเนินไปยาวนานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดเล็กๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่จอตา และ หน่วยไต การทำงานของไตแย่ลง และเร่งการเกิดเส้นเลือดแข็ง นิยมจำแนกดังนี้คือ

๑. โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (type ๑ diabetes mellitus) สตรีตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๑ มาก่อนตั้งครรภ์ โดยอาจได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในวัยเด็ก หรือวัยรุ่น

๒. โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (type ๒ diabetes mellitus) สตรีตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ มาก่อนตั้งครรภ์ โดยได้รับการวินิจฉัยในช่วงวัยผู้ใหญ่

๓. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการ วินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๓.๑ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มเอ ๑ (GDM A๑) กรณีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงด รับประทานอาหาร ต่ำกว่า ๑๐๕ มก./ดล. และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร ๒ ชั่วโมง ต่ำกว่า ๑๒๐ มก./ดล.

๓.๒ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มเอ ๒ (GDM A๒) กรณีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงด รับประทานอาหาร สูงกว่า ๑๐๕ มก./ดล. และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร ๒ ชั่วโมง สูงกว่า ๑๒๐ มก./ดล.

สาเหตุ

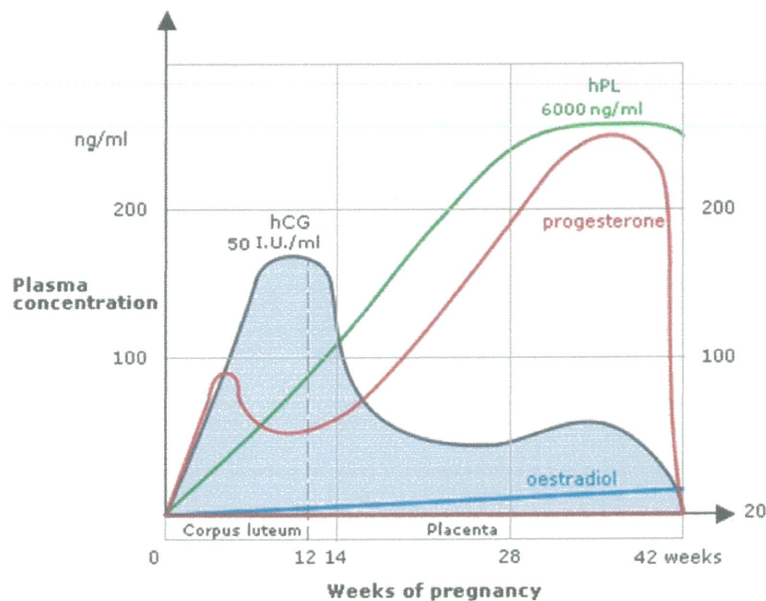
โรคเบาหวานเกิดขึ้นเนื่องจากเบตาเซลล์ของตับอ่อนสร้างอินซูลินได้ไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย โดยสาเหตุของโรคเบาหวานแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน ดังนี้

๑. โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ เบตาเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายจากการติดเชื้อไวรัส rubella หรือ ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายจนกระทั่งไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เลย
๒. โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เกิดขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของเบตาเซลล์ลดลง เนื่องปัจจัยเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม ภาวะดื้อต่ออินซูลินของร่างกาย และความไวในการทำงานของ อินซูลินลดลง

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดขึ้นเนื่องจากตับอ่อนมีการสร้างอินซูลินได้ไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ร่วมกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน เนื่องจากความไวในการทำงานของอินซูลิน ลดลง และฮอร์โมนในระยะตั้งครรภ์ เช่น เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน ฮอร์โมนจากรก (human placental lactogen) อินซูลิเนส โปรเลคติน คอร์ติซอล เป็นต้น มีการทำงานต้านกับการออกฤทธิ์ของ อินซูลิน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

พยาธิสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงในการใช้พลังงานของการตั้งครรภ์ปกติ HPL ที่สร้างจะเพิ่มระดับขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ มีฤทธิ์สำคัญคือ ต้านอินซูลิน และสลายไขมัน ทำให้ระดับอินซูลินเพิ่มมากตลอดการตั้งครรภ์แต่ประสิทธิภาพลดลง การตั้งครรภ์จัดว่าเป็นภาวะ diabetogenic state หรือ glucose intolerance มากขึ้น คือ ความสามารถของอินซูลินในการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง ระดับอินซูลินสูง มี postprandial hyperglycemia แต่ fasting hypoglycemia (เนื่องจากการขนย้ายไปสู่ทารกมาก โดยวิธี facilitated diffusion) ระดับไขมันในพลาสมาเพิ่มขึ้น กรดอะมิโนในเลือดลดลง มารดาใช้พลังงานจากไขมันมากขึ้น มีคีโตนส์ในปัสสาวะมากขึ้น ระดับกลูโคสต่ำลง ทำให้อยู่ในสภาพคล้ายอดอาหาร ดังที่เรียกว่า accelerated starvation ซึ่งฮอร์โมน human placental lactogen จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุครรภ์และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ ๒๔ - ๒๘ สัปดาห์และสูงสุดที่ช่วงอายุครรภ์ ๓๔ - ๓๖ สัปดาห์



รูปที่ ๑ แสดงระดับฮอร์โมน hPL

อาการและอาการแสดง

อาการ (signs) ที่สำคัญของโรคเบาหวานได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรค เบาหวานแต่ละชนิด เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร ๘ ชั่วโมง สูงกว่า ๑๒๖ มก./ดล.

อาการแสดง (symptoms) ที่สำคัญของโรคเบาหวาน ได้แก่ รู้สึกเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลดลง ถ่าย ปัสสาวะมาก ถ่ายปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย กระหายน้ำ คันตามตัว และมีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การมองเห็นแยลง มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า หรือมีบาดแผลที่หายช้า เป็นแผลเรื้อรัง

ผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อหญิงตั้งครรภ์

๑. การแท้งบุตร โดยทั่วไปแล้วไม่เพิ่มขึ้น แต่จะเพิ่มขึ้นในรายที่เป็น type I ที่ HbA_{1c} สูงมากกว่า ๑๒% มักพบในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใกล้เคียงปกติใน ระยะ ๗ สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ (Gilbert, ๒๐๑๑) และมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะ ในอุ้งเชิงกรานผิดปกติ เกิดผลกระทบต่อมดลูก ทารกขาดออกซิเจน เกิดภาวะแห้ง

๒. การติดเชื้อ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของกรด-ด่าง ในช่องคลอด ทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องคลอด ได้ง่าย และนอกจากนี้ยังมีในปัสสาวะมาก เป็นอาหารของเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้นกว่าครรภ์ปกติถึง ๓ เท่า ซึ่งการติดเชื้อจะส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ร่างกายอยู่ในภาวะเป็นกรด เพิ่มโอกาสติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้บ่อยกว่าหญิงหลังคลอดที่ไม่เป็นเบาหวาน

๓. โอกาสการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ทั้งที่มีข้อบ่งชี้ให้คลอดหรือเกิดขึ้นเอง ในบางการศึกษาเพิ่มสูงถึงร้อยละ ๓๐ โดยส่วนใหญ่สัมพันธ์กับรายที่รุนแรงและควบคุมยาก หรือ มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

๔. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ(Hypoglycemia) : ส่วนมากเกิดในครั้งแรกของการตั้งครรภ์ จากการใช้อินซูลินในขนาดเดิมในขณะที่ความต้องการอินซูลินในระยะนี้ลดลง

๕. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง(Hyperglycemia) : มักเกิดในครั้งหลังของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นอันตรายต่อทารกเพราะระดับน้ำตาลในทารกสูงด้วยไปกระตุ้นให้ตับอ่อนสร้างอินซูลินมากขึ้น ซึ่งเมื่อคลอดออกมาแล้วตับอ่อน ยังคงสร้างอินซูลินสูงอยู่ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในทารกแรกคลอดได้

๖. ครรภ์แฝดน้ำ พบร้อยละ ๑๐-๒๐ ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (โกรณ, ๒๕๕๕) เชื่อว่า น้ำตาลที่ส่งผ่านจากมารดาสู่ทารก ทำให้ในร่างกายนี้น้ำตาลสูง ทารกจึงถ่ายปัสสาวะมากทำให้มีปริมาณน้ำคร่ำมาก

๗. การคลอดยาก เนื่องจากทารกตัวโต มีโอกาสคลอดติดไหล่ ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการต่างๆ

๘. การตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกยืดขยายมากขณะตั้งครรภ์จากทารกตัวโตหรือครรภ์แฝดน้ำ ทำให้หลังคลอดการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีเกิดการตกเลือดหรือการเสียเลือดจากการฉีกขาด ของช่องทางคลอดหรือจากการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และในรายที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาแมกนีเซียม หรือในรายที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกอาจส่งผลให้มดลูกหดตัว ไม่ดีหลังคลอด

๙. ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ พบ ๒-๔ เท่าของการตั้งครรภ์ปกติ โดยเฉพาะรายที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดและไต และพบได้บ่อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยร้อยละ ๖.๕และจะเพิ่มอัตราการตายปริกำเนิดขึ้น ๒๐ เท่า

๑๐. อัตราการตายของมารดาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในรายที่เป็นรุนแรง และควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี ส่วนมากเกิดจากketoacidosis ความดันโลหิตสูง PIH และกรวยไตอักเสบ class H มีอัตราการตายสูง

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ดังนี้

๑. ทารกในครรภ์ขาดอาหารและออกซิเจน เนื่องจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดบริเวณมดลูก และรก ทำให้อาหารและออกซิเจนไปสู่ทารกน้อย ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (Intrauterine growth restriction)มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ ซึ่งพบมากกว่าปกติ ๒ เท่า

๒. ทารกตัวโต(Macrosomia) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า ๔,๕๐๐ กรัม เนื่องจากกลูโคสจากมารดาผ่านรกสู่ทารกในครรภ์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด ทารกสูงกว่าปกติ ไปกระตุ้นให้ตับอ่อนของทารกผลิตอินซูลินมากกว่าปกติ มีการสร้างโปรตีน ไขมัน และไกลโคเจน เพิ่มขึ้น ทำให้ทารกตัวโต ซึ่งพบได้สูงในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเป็นสาเหตุทำให้เกิดการคลอดติดไหล่ การคลอดยากได้บ่อย เสี่ยงต่อทารกได้รับอันตรายระหว่างการคลอด

๓. ทารกมีความพิการแต่กำเนิด พบได้ประมาณร้อยละ ๕-๑๐ ความพิการที่พบได้บ่อย คือระบบ หัวใจ และหลอดเลือตรองลงมา ระบบกระดูก และระบบประสาท ส่วนมากเป็นที่กระดูกสันหลังและแขนขา อาจ พบทารกไม่มีกระดูกสันหลัง ขาสั้น และความผิดปกติของระบบประสาทไขสันหลัง (neural tube defects) มากที่สุด พบภาวะไม่มีเนื้อสมอง (artencephaly) สูงเป็น ๕ เท่าของมารดาปกติ (นันทพร แสนศิริพันธ์, ๒๕๕๕)

๔. ภาวะหายใจลำบาก เกิดจากการพัฒนาของปอดทารกที่น้อยกว่าปกติ ซึ่งเชื่อกันว่าเกิดจาก การที่อินซูลินไปยับยั้งสารคอร์ติซอลซึ่งเป็นตัวที่ไปกระตุ้นการสร้างสารเซอร์แฟคแทนที่ถุงลม ทำให้ทารกเกิด ภาวะหายใจลำบากแรกคลอด

๕. น้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด(Neonatal hypoglycemia) พบได้ร้อยละ ๒๐-๔๐ ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะ วินิจฉัยเมื่อพบระดับน้ำตาลเป็นเลือดของทารกคลอดครบกำหนดต่ำกว่า ๔๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตรและน้อยกว่า ๒๕ มิลลิกรัม/เดซิลิตรในทารกคลอดก่อนกำหนด จากการที่ขณะอยู่ในครรภ์ทารกได้รับน้ำตาลจากแม่ในปริมาณที่ มาก ต่ำเกินไป จึงสร้างอินซูลินออกมาแต่เมื่อคลอดออกมาทารกไม่ได้รับน้ำตาลจากแม่แล้ว ซึ่งอินซูลินยังมีมากในกระแสเลือดทารก จึงเกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้ ซึ่งจะมีอาการหนาวสั่น เหงื่อ ร้องครางเสียงแหลม เหงื่อออกและชักได้ หากน้ำตาลต่ำมากๆ ในระยะเวลานาน สมองจะถูกทำลาย ดังนั้นจึงต้องให้การรักษาทารกทุกรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๔๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การตรวจวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน มี ๒ ขั้นตอน คือ การตรวจคัดกรอง และการตรวจวินิจฉัย

๑. การตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน มีภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน มีประวัติคลอดทารกมีขนาดใหญ่ มีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์ จะได้รับการ ตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก หรือเมื่ออายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์ ตามระดับความเสี่ยงและแนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาล โดยการทดสอบด้วยการดื่มน้ำตาล ๕๐ กรัม (๕๐-g glucose challenge test) และเจาะระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาล ๑ ชั่วโมง กรณีระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ ๑๔๐ มก./ดล. หรือสูงกว่า ต้องตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน

๒. การตรวจวินิจฉัยภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานอาจได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน หลังจากผลการตรวจคัดกรองพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หรือตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานด้วยการ ทดสอบโดยการดื่มน้ำตาล ๗๕ กรัม หรือ ๑๐๐ กรัม ในขั้นตอนเดียวกันได้ แนวปฏิบัติในประเทศไทยส่วน ใหญ่ใช้การทดสอบด้วยการดื่มน้ำตาล ๑๐๐ กรัม (๑๐๐-g oral glucose tolerance test: OGTT) เป็น การตรวจในตอนเช้า หลังอดอาหารเป็นเวลา ๘-๑๒ ชั่วโมง โดยเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ๔ ครั้ง คือ ๑) ตรวจระดับน้ำตาลใน

เลือดก่อนดื่มน้ำตาล ๒) เจาะเลือดหลังดื่มน้ำตาล ๑ ชั่วโมง ๓) เจาะเลือดหลังดื่ม น้ำตาล ๒ ชั่วโมง และ ๔) เจาะเลือดหลังดื่มน้ำตาล ๓ ชั่วโมง

การแปลผล กรณีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับหรือสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ๒-๔ ค่า ถือว่าเป็น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มี ๒ เกณฑ์ ดังนี้

	Plasma or serum glucose level Carpenter and Coustan (mg/dL)	Plasma glucose level National Diabetes Data Group(mg/dL)
Fasting	๙๕	๑๐๕
๑ – hour	๑๘๐	๑๙๐
๒ – hour	๑๕๕	๑๖๕
๓ – hour	๑๔๐	๑๔๕

แนวทางการดูแลรักษาสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๑. การควบคุมอาหาร (Diet control)

ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควรได้รับการดูแลด้วยการควบคุมอาหารทุกราย หากมีโอกาสผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำการควบคุมอาหารจากนักโภชนาการ โดยคำนวณจากค่าส่วนสูง น้ำหนัก และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index,BMI) ก่อนการตั้งครรภ์

หลักการการควบคุมอาหาร อ้างอิงตามพยาธิกำเนิดที่ว่า ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอภายหลังการรับประทานอาหาร ดังนั้นควรปฏิบัติดังนี้

- หลีกเลี่ยงอาหารมื้อใหญ่ มื้อเดียวโดยควรแบ่งเป็น ๓ มื้อหลัก สลับมื้ออาหารว่าง ๓ มื้อ
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวก Simple carbohydrate เนื่องจากร่างกายจะดูดซึมระดับน้ำตาลได้เร็วทำให้ ค่าระดับ postprandial blood glucose สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว
- รับประทานอาหารที่ให้พลังงานจากกลุ่มโปรตีน ไขมัน หรือComplex carbohydrate โดย แบ่งสัดส่วนอาหารเป็น คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ ๔๐ : ๒๐ : ๔๐ (๓)
- American Diabetes Association แนะนำการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับจาก ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์(๔)

- น้ำหนักปกติ BMI ๒๐-๒๕ kg/m^๒ ๓๐ kcal/kg
- น้ำหนักเกิน BMI > ๒๕-๓๕ kg/m^๒ ๒๕ kcal/kg
- ภาวะอ้วน BMI > ๓๕ kg/m^๒ ๒๐ kcal/kg

– แนะนำให้รับประทานอาหารว่างมือก่อนนอน ซึ่งควรมีส่วนประกอบของ Complex carbohydrate อย่างน้อย ๒๕ มิลลิกรัม เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนหลับ (Nocturnal hypoglycemia) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน

๒. การควบคุมการเพิ่มของน้ำหนัก (Weight gain)

ในปี ๒๐๐๙ องค์การ Institute of Medicine (IOM) ได้ปรับปรุงเป้าหมายช่วงน้ำหนักที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ตามค่าดัชนีมวลกายจากงานวิจัยของ Cheng และคณะ(๕)โดยพบว่าหากน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าคำแนะนำของ IOM เพิ่มความเสี่ยงภาวะทารกตัวโตและเพิ่มอัตราการคลอดทางหน้าท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

	BMI (kg/m ²)	ช่วงน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น(kg)	อัตราการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในช่วงไตรมาสที่ ๒ และ ๓(kg/wk)
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	< ๑๘.๕	๑๒.๗ – ๑๘.๐	๐.๕ (๐.๕ – ๐.๖)
น้ำหนักปกติ	๑๘.๕ – ๒๔.๙	๑๑.๓ – ๑๕.๘	๐.๕ (๐.๔ – ๐.๕)
น้ำหนักเกิน	๒๕.๐ – ๒๙.๙	๖.๘ – ๑๑.๓	๐.๒๗ (๐.๒ – ๐.๓)
อ้วน	> ๓๐	๕.๐ – ๙.๐	๐.๒๒ (๐.๒ – ๐.๓)

ตารางแสดงช่วงน้ำหนักที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ตามค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์

๓. การออกกำลังกาย

ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานออกกำลังกายในระดับเบา หรือปานกลาง ในรูปแบบต่างๆ เช่น การเดิน กายบริหาร โยคะ การเต้นแอโรบิกในน้ำ ครั้งละ ๑๐-๓๐ นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑๕๐ นาที เพื่อส่งเสริมให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสมากขึ้น ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ในกรณีที่มีภาวะผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีเลือดออก ทางช่องคลอด มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น ควรแนะนำให้หยุด หรืองดการออกกำลังกาย นอน พัก หรือไปตรวจรักษา

๔. การรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๑, ชนิดที่ ๒ หรือเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มเอ ๒ (GDM A๒) จำเป็นต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน โดยมีแนวทางการรักษา ดังนี้

๔.๑ การเลือกใช้ชนิดอินซูลิน

๔.๑.๑ อินซูลินชนิดออกฤทธิ์เร็ว (rapid-acting insulin) เช่น lispro (Humalog), aspart (Novorapid) เป็นต้น

๔.๑.๒ อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น (short-acting regular insulin) เช่น Actrapid, Humulin R, Novolin R PenFill เป็นต้น

๔.๑.๓ อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะปานกลาง (intermediate-acting insulin) เช่น NPH, Humulin N, Insulatard เป็นต้น

๔.๒ วิธีการฉีดอินซูลิน การฉีดอินซูลิน อาจเลือกใช้การฉีดด้วยกระบอกฉีดอินซูลินชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (disposable syringe) หรือฉีดด้วยกระบอกฉีดที่บรรจุหลอดอินซูลินสำหรับฉีดได้หลายครั้ง (insulin pen) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ อาจได้รับการรักษาด้วยการฝังเครื่องให้อินซูลินไว้ ในชั้นใต้ผิวหนังเพื่อควบคุมการให้อินซูลินอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา (insulin pump)

๓.๒. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ

ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ใช้ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้

๓.๒.๑.ด้านการประเมินผู้ป่วย โดยใช้การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน (function health pattern) ของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน ประกอบด้วย แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย แบบแผนที่ ๔ แบบแผนการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญหาและการรับรู้ แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด และแบบแผนที่ ๑๑ ค่านิยมและความเชื่อเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล

๓.๒.๒ การพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๑) การใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ในการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้ง ๔ ด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ โดยบูรณาการกับข้อมูลสนับสนุนและข้อมูลประเมินภาวะและ/หรือแบบแผนสุขภาพ เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๒) แนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) โดยใช้องค์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการให้เหตุผลที่เหมาะสม ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีผลกับภาวะสุขภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ได้แก่ actual nursing diagnosis, risk nursing diagnosis, possible nursing diagnosis, wellness nursing diagnosis และ sign & symptom nursing diagnosis ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และ collaboration nursing diagnosis เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการแก้ไขโดยทีมสุขภาพหลายฝ่ายร่วมกัน

๓) ทฤษฎีทางการพยาบาล (nursing theory) การดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem Self-Care Deficit Theory) เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย ๓ ทฤษฎี คือ

๑. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self- Care) ประกอบด้วย ๖ มโนทัศน์ได้แก่

- ๑.๑. การดูแลตนเอง (Self- care)
- ๑.๒. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency)
- ๑.๓. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self – care demand)
- ๑.๔. การดูแลตนเองทจำเป็น (Self – care requisites)
- ๑.๕. ความสามารถในการพยาบาล (Nursing agency)
- ๑.๖. ระบบการพยาบาล (Nursing System)

๒. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self- Care deficit)

๓. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing Systems)

๓.๓ ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ประสบการณ์การในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการพยาบาลผู้ป่วยซับซ้อนทำให้ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้สามารถให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล จากแบบแผนการประเมินสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยการพยาบาล โดยวินิจฉัยข้อมูลประกอบกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคเพื่อให้การวางแผนการพยาบาล ได้ถูกต้องครอบคลุม ดังนี้

การพยาบาลระยะตั้งครรภ์

๑. ให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตรวจ และผลการตรวจคัดกรอง การตรวจ วินิจฉัย โรคเบาหวานตามแนวปฏิบัติ
๒. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ ประสานงานในการส่งไปพบนักโภชนาการ หรือพยาบาลผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
๓. แนะนำเกี่ยวกับรูปแบบของการออกกำลังกายที่เหมาะสม
๔. แนะนำ และสอนเกี่ยวกับทักษะการฉีดอินซูลินด้วยตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
๕. แนะนำและสอนเทคนิคการเจาะเลือดจากหลอดเลือดฝอยปลายนิ้วมือเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (self-monitoring of blood glucose)
๖. บอกให้ทราบเกี่ยวกับความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
๗. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในระบบการบันทึกของโรงพยาบาลและสมุดบันทึกประจำตัว
๘. ให้คำแนะนำในการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น การนับทารกดิ้น การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ การตรวจด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ (NST)
๙. แนะนำให้มาตรวจครรภ์ตามนัดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินสุขภาพของมารดาและทารก

การพยาบาลระยะคลอด

๑. แนะนำเกี่ยวกับการเตรียมคลอดปกติ การชักนำการคลอด หรือการผ่าตัดคลอดตามแนวปฏิบัติ
๒. กรณีเตรียมผ่าตัดคลอด แนะนำให้ฉีดอินซูลินในตอนเย็น หรือก่อนนอนตามปกติและให้งดอินซูลินในตอนเช้าของวันผ่าตัด
๓. เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลทุก ๑-๒ ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะระดับน้ำตาลสูงหรือ ต่ำกว่าปกติ โดยค่าระดับน้ำตาลในเลือด ควรอยู่ระหว่าง ๘๐-๑๒๐ มก./ดล.
๔. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เช่น NSS, ๕% D/NSS, ๕%D/N/๒
๕. กรณีมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายในการรักษา ดูแลให้ได้รับการฉีด อินซูลิน หรือให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำ ๑-๒ ยูนิตต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา
๖. ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก และติดตาม ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ตามแนวปฏิบัติ
๗. วางแผนช่วยเหลือการคลอดเพื่อป้องกันการคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) และการบาดเจ็บจากการคลอด

การพยาบาลระยะหลังคลอด

๑. ติดตามประเมินการเสียเลือดในระยะคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก และ ภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็ม เพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด

๒. ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำกว่าปกติ

๓. ประเมิน และบันทึกสัญญาณชีพ ทุก ๑๕ นาที, ๓๐ นาที, ๑ ชั่วโมง และ ๒-๔ ชั่วโมงตามอาการเปลี่ยนแปลง

๔. ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพหลังคลอด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการฉีดอินซูลินในมารดาหลังคลอดที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ หรือ ๒ ซึ่งยังมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

๕. แนะนำให้มาตรวจสุขภาพหลังคลอดตามนัด ๖ สัปดาห์ และตรวจติดตามระดับ น้ำตาลในเลือดที่คลินิกเบาหวาน กรณีมารดาหลังคลอดที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) แนะนำให้มาตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานหลังคลอด ด้วยการทดสอบโดยการดื่มน้ำตาล ๗๕ กรัม และเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำหลังดื่มน้ำตาล ๒ ชั่วโมง

๖. บอกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอดให้ทราบ กรณีระดับน้ำตาลในเลือด หลังดื่มน้ำตาล อยู่ระหว่าง ๑๐๐-๑๒๕ มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือด ๒ ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำตาล ๗๕ กรัม อยู่ระหว่าง ๑๔๐-๑๙๙ มก./ดล. ถือว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (pre-diabetes) กรณีระดับ น้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลเท่ากับ ๑๒๖ มก./ดล. หรือสูงกว่า และระดับน้ำตาลในเลือด ๒ ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำตาล ๗๕ กรัม เท่ากับ ๒๐๐ มก./ดล. หรือสูงกว่า ถือว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (type ๒ diabetes mellitus)

๗. กรณีมีปัจจัยเสี่ยง บอกให้ทราบเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

๘. ให้คำแนะนำในการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การวางแผนการตั้งครรภ์ และ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนตั้งครรภ์

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ ๒๕๕๙ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน ๒๐.๙ ล้าน คนหรือร้อยละ ๑๖.๒ จากผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด โดยร้อยละ ๘๕.๑ ของหญิงตั้งครรภ์ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ซึ่งก่อให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาทิเช่น การแท้งบุตร การติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง(Hyperglycemia) ครรภ์แฝดน้ำ การคลอดยาก การตกเลือดหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ Diabetic nephropathy Diabetic retinopathy Diabetic neuropathy ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์. ทารกในครรภ์ขาดอาหารและออกซิเจน ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (Intrauterine growth restriction) มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ ซึ่งพบมากกว่าปกติ ๒ เท่า. ทารกตัวโต (Macrosomia) . ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ภาวะหายใจลำบาก น้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด(Neonatal hypoglycemia) มุ่งเน้นให้การให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ เพื่อดูแลตนเองได้ถูกต้อง โดยให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลบางบัวทอง พบ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกปีจากสถิติปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๔๔,๔๓และ๗๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๕๖,๑๐.๔๖และ๑๘.๔๒ จากการคลอดทั้งหมด และพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ พบว่า ทารก

มีภาวะขาดออกซิเจนขณะแรกเกิด จำนวน ๑, ๒ และ ๔ ราย ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบ หญิงตั้งครรภ์ ๒ ราย ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มารดาและทารกคลอด ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย

เป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย ได้รับการพยาบาล ตามมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาความรู้เรื่อง ภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินในหญิงตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรม บทความ และ งานวิจัยที่ผ่านมา รวบรวมข้อมูล ทฤษฎีทางการพยาบาลโอเริ่ม
๒. เลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ที่เข้ารับการดูแลรักษาในแผนกการพยาบาลผู้ป่วย ใน และ รวบรวมข้อมูลการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพ หญิงตั้งครรภ์ จากญาติ และจากแฟ้มประวัติ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษา ของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ. ปฏิบัติการ พยาบาลตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และติดตามประเมินผลการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายติดตามสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา และให้ข้อเสนอแนะ แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถตั้งครรภ์ต่อและ คลอดบุตรโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด โดยมีระยะเวลา ดำเนินการ ตั้งแต่ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ – ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖
๓. เขียน รายงานการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย
๔. นำเสนอผลงานทางวิชาการ ในงาน โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและนำเสนอผลงานทาง วิชาการของบุคลากรทางการพยาบาล จังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ วันที่ ๒ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ. นนทบุรี

สาระสำคัญ

รายละเอียดกรณีศึกษา

รายละเอียด	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ข้อมูลทั่วไป	หญิงตั้งครรภ์ อายุ ๓๗ ปี เชื้อชาติ : ไทย สัญชาติ : ไทย ศาสนา : พุทธ สถานภาพ สมรส : คู่	หญิงตั้งครรภ์ อายุ ๒๘ ปี เชื้อชาติ : ไทย สัญชาติ : ไทย ศาสนา : พุทธ สถานภาพสมรส : คู่
	น้ำหนัก ๗๔.๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๐ เซนติเมตร BMI ๓๒.๙๓ กก./ม ^๒	น้ำหนัก ๖๗.๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร BMI ๒๔.๘๓ กก./ม ^๒
	ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพ : รับจ้าง	ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอน ปลาย อาชีพ : รับจ้าง

รายละเอียด	กรณีศึกษาครั้งที่ ๑	กรณีศึกษาครั้งที่ ๒
	สิทธิการรักษา : สิทธิหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ หน่วยบริการที่รับส่งต่อ โรงพยาบาลบาง บัวทอง	สิทธิการรักษา : สิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการที่รับส่งต่อ โรงพยาบาลบาง บัวทอง
	ภูมิลำเนา : จังหวัดนครสวรรค์	ภูมิลำเนา : จังหวัดลพบุรี
วันที่ผู้ป่วยมารับการ รักษา	วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
วันที่เสร็จสิ้นการดูแล	วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖	วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖
รวมวันที่รับไว้ดูแล	๙๙ วัน	๑๔๙ วัน
ประวัติการเจ็บป่วย		
อาการสำคัญ	๒ ชั่วโมงก่อนพบแพทย์ มีระดับน้ำตาลใน เลือดสูงกว่าปกติ แพทย์ให้นอน โรงพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด	๒ ชั่วโมงก่อนพบแพทย์ มีระดับน้ำตาล ในเลือดสูงกว่าปกติ แพทย์ให้นอน โรงพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด
ประวัติการตั้งครรภ์	G๓P๒AoL๒ GA ๑๘+๑ wk by U/S	G๒P๑AoL๑ GA ๑๔+๖ wk by U/S
	ครรภ์แรก คลอดปกติ ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก ๓,๐๐๐ กรัม แข็งแรงดี Last ๑๘ ปี	ครรภ์แรก คลอดปกติ ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขณะ คลอด และหลังคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนัก ๒,๙๐๐ กรัม แข็งแรงดี Last ๘ ปี
	ครรภ์ที่ ๒ คลอดปกติ ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน ขณะคลอด และหลัง คลอด ตรวจพบภาวะเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลินขณะตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์แพทย์ แนะนำให้คุมอาหาร ไม่ได้ใช้ยาฉีดอินซูลิน หลังคลอด ๖ สัปดาห์ มาตรวจตามนัด ไม่ พบภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไม่ได้ตรวจ ต่อเนื่อง คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก ๓,๒๐๐ กรัม แข็งแรงดี Last ๑๒ ปี	ครรภ์ที่ ๒ ครรภ์ปัจจุบัน มาฝากครรภ์ ครั้งแรกที่โรงพยาบาลบางบัวทอง อายุ ครรภ์ ๑๔+๒ สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด กรุ๊ป B Rh positive ไม่พบเชื้อไวรัสตับ อักเสบบี ไม่พบเชื้อเอดส์ ไม่พบเชื้อซิ ฟิลิซ ผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซี เมีย ไม่เป็นคู่เสี่ยง ได้รับวัคซีนป้องกัน โรคบาดทะยักเข็ม ครบ ๓ เข็ม เมื่อปี ๒๕๖๒ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกัน โรคโควิด ๓ เข็ม ตรวจ GCT ๕๐ g จาก คลินิกได้ ๑๕๒ mg/dl คลินิกนัดมาทำ OGTT ได้ค่าน้ำตาล ๑๑๒ ,๒๖๙,๒๕๙,๑๗๙ mg/dl มาฝากครรภ์ ครั้งที่ ๒ ค่า FBS ๑๐๘ mg/dl ๑hrpp ๒๓๒ mg/dl HbA๑C ๕.๙%

รายละเอียด	กรณีศึกษาครั้งที่ ๑	กรณีศึกษาครั้งที่ ๒
	ครรภ์ที่ ๓ ครรภ์ปัจจุบัน มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลบางบัวทอง อายุครรภ์ ๑๕+๔ สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด กรุ๊ป AB Rh positive ไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่พบเชื้อเอดส์ ไม่พบเชื้อซิฟิลิส ผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ไม่เป็นคู่เสี่ยง ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเข็มกระตุ้น ๑ เข็ม ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๓ เข็ม ตรวจ GCT ๕๐ g ในวันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ได้ ๒๗๒ mg/dl นัดมาทำ OGTT ในการฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ ได้ค่าน้ำตาล ๑๐๙ , ๒๒๒, ๒๐๑, ๒๒๔ mg/dl ฝากครรภ์ครั้งที่ ๓ ค่า FBS ๑๓๒ mg/dl ๑hrpp ๑๙๕ mg/dl HbA๑c ๖.๘%	
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ และการผ่าตัด	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ และการผ่าตัด
ประวัติครอบครัวและความเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดา ของหญิงตั้งครรภ์มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง มารดาสุขภาพแข็งแรง	มารดา ของหญิงตั้งครรภ์มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน บิดาสุขภาพแข็งแรง
ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร	แพ้ยา ceftriaxone และ clindamycin มีอาการเป็นผื่นแดง คันตามตัว ปฏิเสธการแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	หญิงตั้งครรภ์ รูปร่างอ้วน ผิวสองสี น้ำหนัก ๗๒.๔ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๐ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๓๒.๑๗ กก./ม^๒ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น อุณหภูมิกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๘ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๗/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๙%	หญิงตั้งครรภ์ รูปร่างสมส่วน ผิวขาว น้ำหนัก ๖๗.๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๔.๘๓ กก./ม^๒ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น อุณหภูมิกาย ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๗/๘๒ มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๙%

รายละเอียด	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคล ถูกต้อง	รู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง
ศีรษะ ใบหน้า	ศีรษะรูปทรงปกติผมสีดำนาว ใบหน้ามีความสมมาตร	ศีรษะรูปทรงปกติผมสีดำนาว ใบหน้ามีความสมมาตร
ตา	อยู่ในแนวปกติ มองเห็นภาพเคลื่อนไหว หนังตาไม่ตก ไม่มีอาการบวมของลูกตา รูม่านตามีขนาด ๒ มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงได้ดีทั้ง ๒ ข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด	อยู่ในแนวปกติ มองเห็นภาพเคลื่อนไหว หนังตาไม่ตก ไม่มีอาการบวมของลูกตา รูม่านตามีขนาด ๒ มิลลิเมตรตอบสนองต่อแสงได้ดีทั้ง ๒ ข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด
หู	ลักษณะใบหูปกติ การได้ยินปกติ ไม่พบสิ่งคัดหลั่งไหลออกจากหู	ลักษณะใบหูปกติ การได้ยินปกติ ไม่พบสิ่งคัดหลั่งไหลออกจากหู
จมูก	รูปร่างปกติ สมมาตร ไม่มีเยื่อบุจมูกบวม การรับกลิ่นปกติ	รูปร่างปกติ สมมาตร ไม่มีเยื่อบุจมูกบวม การรับกลิ่นปกติ
ปาก	เยื่อช่องปากสีชมพูแดง เหงือกและลิ้นปกติ ไม่มีฟันผุ	เยื่อช่องปากสีชมพูแดง เหงือกและลิ้นปกติ ไม่มีฟันผุ
ทอนซิล ฟาริงค์ คอ	ก้ม เงยคอได้ปกติ คอไม่แดง ทอนซิลไม่โต ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต	ก้ม เงยคอได้ปกติ คอไม่แดง ทอนซิลไม่โต ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต
ทรวงอกและทางเดินหายใจ	ทรวงอกรูปร่างปกติ สมมาตรก้นดี การขยายตัวของปอดดี สมำเสมอ เคาะปอดมีเสียงป่อง เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียง Crepitation	ทรวงอกรูปร่างปกติ สมมาตรก้นดี การขยายตัวของปอดดี สมำเสมอ เคาะปอดมีเสียงป่อง เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียง Crepitation
หัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของหัวใจปกติ ๙๘ ครั้งต่อนาที จังหวะสมำเสมอ ไม่มีเสียง murmur	อัตราการเต้นของหัวใจปกติ ๘๘ ครั้งต่อนาที จังหวะสมำเสมอ ไม่มีเสียง murmur
เต้านม	เต้านมขนาดปกติ เท่ากันทั้ง ๒ ข้าง หัวนมปกติทั้ง ๒ ข้าง	เต้านมขนาดปกติ เท่ากันทั้ง ๒ ข้าง หัวนมปกติทั้ง ๒ ข้าง
หน้าท้อง	ระดับยอตมดลูก อยู่ที่ระดับสะดือ ฟังเสียงหัวใจทารกได้ ๑๔๘ ครั้งต่อนาที	ระดับยอตมดลูก อยู่ที่ ๑/๓ เหนือระดับหัวหน้า ฟังเสียงหัวใจทารกได้ ๑๕๕๔๘ ครั้งต่อนาที
กล้ามเนื้อและกระดูก	โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา การเคลื่อนไหวปกติ	โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา การเคลื่อนไหวปกติ

การประเมินตามแบบ แผนสุขภาพของกอร์ ดอน ๑๑ แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
แบบแผนที่ ๑ การ รับรู้และการดูแล สุขภาพ	หญิงตั้งครรภ์รับรู้ในการตั้งครรภ์และฝาก ครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๕ สัปดาห์ ๓ วัน ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์พบระดับน้ำตาลใน เลือดสูง และทราบว่าต้องควบคุมระดับ น้ำตาลด้วยการฉีดอินซูลิน	หญิงตั้งครรภ์รับรู้ในการตั้งครรภ์และ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๐ สัปดาห์ ที่คลินิก ได้รับการตรวจคัดกรอง ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบระดับ น้ำตาลในเลือดสูงจึงมาตรวจรักษาต่อที่ โรงพยาบาล เนื่องจากทางคลินิกแนะนำ ว่าต้องควบคุมระดับน้ำตาลด้วยการฉีด อินซูลิน
แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการ เผาผลาญสารอาหาร	การรับประทานอาหารเป็นเวลา ครบ ๓ มื้อ ชอบรับประทานน้ำอัดลมทุกวัน และ รับประทานขนมหวานประเภทขนมไทย เป็นประจำ ดัชนีมวลกาย ๓๒.๑๗กก./ม ^๒ อยู่ในภาวะอ้วนมาก	การรับประทานอาหารเป็นเวลา ครบ ๓ มื้อ ชอบรับประทานกาแฟเย็นทุกวัน วัน ละ ๑-๒ แก้ว ดัชนีมวลกาย ๒๔.๘๓ กก./ม ^๒ อยู่ในภาวะปกติ
แบบแผนที่ ๓ การ ขยับถ่าย	ขยับถ่ายอุจจาระ วันละ ๑ ครั้ง ไม่มีอาการ ท้องผูก ปัสสาวะไม่แสบขัด วันละ ๕-๖ ครั้ง	ขยับถ่ายอุจจาระ วันละ ๑ ครั้ง ไม่มี อาการท้องผูก ปัสสาวะไม่แสบขัด วันละ ๕-๖ ครั้ง
แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและ การออกกำลังกาย	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ไม่ ออกกกำลังกาย	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ไม่ ออกกกำลังกาย
แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ ๖-๘ ชั่วโมง ไม่ได้นอน กลางวัน	นอนหลับวันละ ๖-๘ ชั่วโมง ไม่ได้นอน กลางวัน
แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการ รับรู้	จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้ สามารถระบุเวลา สถานที่ บุคคลได้ มี กระบวนการคิดที่สมเหตุผล ตัดสินได้ดี	จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ สามารถระบุเวลา สถานที่ บุคคลได้ตาม จริง มีกระบวนการคิดที่สมเหตุผล ตัดสิน ได้ดี
แบบแผนที่ ๗ การ รู้จักตนเองและอัต มโนทัศน์	รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์และเป็น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และต้องรักษา ด้วยการฉีดอินซูลิน เพื่อลดระดับ น้ำตาลในเลือด และต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลในการเริ่มยาและปรับ ระดับยา	รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ และเป็น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และต้อง รักษาด้วยการฉีดอินซูลิน เพื่อลด ระดับน้ำตาลในเลือด และต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลในการเริ่มยา และปรับระดับยา

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ	อยู่ร่วมกันกับสามี อาศัยอยู่กัน ๒ คน เมื่อใกล้คลอดจะกลับบ้านตนเองที่จังหวัดนครสวรรค์พร้อมสามี และสามีจะไปหางานที่จังหวัดนครสวรรค์	อยู่ร่วมกันกับสามี อาศัยอยู่กัน ๒ คน เมื่อใกล้คลอดจะกลับบ้านตนเองที่จังหวัดลพบุรีพร้อมสามี
แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์	ก่อนตั้งครรภ์มีประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน	ก่อนตั้งครรภ์มีประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน
แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	มีความกังวลเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรักษาด้วยวิธีฉีดยา กลัวการฉีดยา เพราะบิดา ป่วยเป็นโรคเบาหวานรักษาด้วยการรับประทานยา ไม่เคยฉีดยา กลัวผลของโรคและยาต่อทารกในครรภ์ และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ	มีความกังวลเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรักษาด้วยวิธีฉีดยา กลัวการฉีดยา เนื่องจากมารดา ป่วยเป็นโรคเบาหวานรักษาด้วยการรับประทานยาไม่เคยฉีดยา กลัวผลของโรคและยาต่อทารกในครรภ์ และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ไม่ค่อยมีเวลาในการไปทำบุญตักบาตร ไม่สวดมนต์	นับถือศาสนาพุทธ ไม่ค่อยมีเวลาในการไปทำบุญตักบาตร ไม่สวดมนต์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษารายที่ ๑

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
๒๐ ก.พ. ๒๕๖๖				
FBS	๑๓๒	mg/dl	<๑๐๕	น้ำตาลในเลือดสูง
๑hrpp	๑๙๕	mg/dl	<๑๔๐	น้ำตาลในเลือดสูง
HbA๑c	๖.๘	%	<๕.๕	ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสูง
๒๐ ก.พ. ๒๕๖๖	แรกจับ			
CBC				
RBC	๔.๒	X๑๐ ^{๑๒} /L	๔-๖X๑๐ ^{๑๒}	ปกติ
Hb	๑๑.๓	g/dl	๑๒.๕-๑๔.๔	ต่ำกว่าปกติแต่ในหญิงตั้งครรภ์กำหนดค่า Hb ไม่น้อยกว่า ๑๑

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
Hct	๓๔	%	๑๓๗-๔๗ ๗๔๐-๕๔	ต่ำกว่าปกติ แต่ในหญิง ตั้งครรภ์ กำหนดค่า Hct ไม่ น้อยกว่า ๓๓ %
WBC	๑๒,๓๔๐	Cell/mm๓	๔,๐๐๐- ๑๐,๐๐๐	สูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อ ไวรัสหรือแบคทีเรีย
PLT Count	๓๗๓,๐๐๐	Cell/mm๓	๑๕๐,๐๐๐- ๔๐๐,๐๐๐	ปกติ
PLT Smear	Adequate		Adequate	ปกติ
PMN	๗๒.๒	%	๕๐-๗๐	สูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อ แบคทีเรีย
Lymphocyte	๒๒.๓	%	๒๐-๔๐	ปกติ
Monocyte	๔.๖	%	๓-๑๒	ปกติ
Eosinophil	๐.๖	%	๐.๕-๕.๐	ปกติ
Basophil	๐.๓	%	๐.๐-๑.๐	ปกติ
MCV	๗๙.๙	fL	๘๐-๑๐๐	ขนาดเม็ดเลือดแดงแต่ละเซลล์ น้อยกว่าปกติ
MCH	๒๖.๘	pg	๒๗-๓๔	ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินที่อยู่ในเม็ด เลือดแดงแต่ละเซลล์น้อยกว่า ปกติ
MCHC	๓๓.๕	g/dl	๓๒-๓๖	ปกติ
RDW	๑๔.๐	%	๑๑-๑๖	ปกติ
Rbc morpho	Normal		Normal	ปกติ
BUN	๖.๐	mg/dl	๖-๒๐	ค่าการทำงานของไตปกติ
Creatinine	๐.๖๑	mg/dl	๐.๕๐-๐.๙๐	ค่าการทำงานของไตปกติ
Electrolyte				สมดุลเกลือแร่ในร่างกายปกติ
Na	๑๓๖.๔	mmol/L	๑๓๕-๑๔๕	ปกติ
K	๔.๑๖	mmol/L	๓.๕-๕.๕	ปกติ
Cl	๑๐๔.๖	mmol/L	๙๘-๑๐๘	ปกติ
CO ₂	๒๕.๔	mmol/L	๒๑-๒๘	ปกติ

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
FBS	๑๓๒	mg/dl	<๙๕	น้ำตาลในเลือดสูง
๑ hr pp	๑๙๕	mg/dl	<๑๔๐	น้ำตาลในเลือดสูง
HbA๑c	๖.๘	%		ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมสูง
๒ hr pp (เที่ยง)	๒๐๙	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดสูง
๒ hr pp (เย็น)	๗๑	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดปกติ
๒๑ ก.พ. ๖๖				
FBS	๑๒๐	mg/dl	<๙๕	น้ำตาลในเลือดสูง
๒ hr pp (เช้า)	๔๓	mg/dl	<๑๒๐	มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
DTX	๑๔๓	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดสูง
๒ hr pp (เที่ยง)	๒๐๔	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดสูง
๒ hr pp (เย็น)	๑๑๐	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดปกติ
๒๒ ก.พ. ๒๕๖๖				
FBS	๙๙	mg/dl	<๙๕	น้ำตาลในเลือดปกติ
๒ hr pp (เช้า)	๘๘	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดปกติ
๒ hr pp (เที่ยง)	๒๐๔	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดสูง
๒ hr pp (เย็น)	๑๐๔	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดปกติ
๒๓ ก.พ. ๒๕๖๖				
FBS	๙๙	mg/dl	<๙๕	น้ำตาลในเลือดสูง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษารายที่ ๒

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
๖ ก.พ. ๒๕๖๖				
CBC				
RBC	๔	$\times 10^{12}/L$	$4-6 \times 10^{12}$	ปกติ
Hb	๑๑.๕	g/dl	๑๒.๕-๑๕.๕	ต่ำกว่าปกติแต่ในหญิงตั้งครรภ์ กำหนดค่า Hb ไม่น้อยกว่า ๑๑
Hct	๓๔	%	๓๗-๔๗, ๔๐-๕๔	ต่ำกว่าปกติ แต่ในหญิง ตั้งครรภ์ กำหนดค่า Hct ไม่ น้อยกว่า ๓๓ %
WBC	๑๑,๐๐๐	Cell/mm ^๓	๔,๐๐๐- ๑๐,๐๐๐	สูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อ ไวรัสหรือแบคทีเรีย
PLT Count	๒๘๕,๐๐๐	Cell/mm ^๓	๑๕๐,๐๐๐- ๔๐๐,๐๐๐	ปกติ
PLT Smear	Adequate		Adequate	ปกติ
PMN	๗๓.๗	%	๕๐-๗๐	สูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อ แบคทีเรีย
Lymphocyte	๒๒.๔	%	๒๐-๔๐	ปกติ
Monocyte	๒.๘	%	๓-๑๒	ปกติ
Eosinophil	๑.๐	%	๐.๕-๕.๐	ปกติ
Basophil	๐.๑	%	๐.๐-๑.๐	ปกติ
MCV	๘๖.๙	fL	๘๐-๑๐๐	ปกติ
MCH	๒๙.๒	pg	๒๗-๓๔	ปกติ
MCHC	๓๓.๖	g/dl	๓๒-๓๖	ปกติ
RDW	๑๔.๓	%	๑๑-๑๖	ปกติ
Rbc morpho	Normal		Normal	ปกติ
BUN	๗.๓	mg/dl	๖-๒๐	ค่าการทำงานของไตปกติ
Creatinine	๐.๕๕	mg/dl	๐.๕๐-๐.๙๐	ค่าการทำงานของไตปกติ
Electrolyte				สมดุลเกลือแร่ในร่างกายปกติ
Na	๑๓๐.๖	mmol/L	๑๓๕-๑๔๕	ปกติ
K	๓.๘	mmol/L	๓.๕-๕.๕	ปกติ
Cl	๑๐๐.๑	mmol/L	๙๘-๑๐๘	ปกติ
CO ₂	๒๓.๐	mmol/L	๒๑-๒๘	ปกติ
FBS	๑๐๘	mg/dl	<๙๕	น้ำตาลในเลือดสูง
๑ hr pp	๒๓๒	mg/dl	<๑๔๐	น้ำตาลในเลือดสูง
HbA _{1c}	๕.๙	%		ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมสูง

ชนิดการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
๒ hr pp (เที่ยง)	๑๐๘	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดสูง
๒ hr pp (เย็น)	๑๑๘	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดสูง
๗ ก.พ. ๖๖				
FBS	๙๓	mg/dl	<๙๕	น้ำตาลในเลือดปกติ
๒ hr pp (เช้า)	๑๑๒	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดปกติ
๒ hr pp (เที่ยง)	๑๒๗	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดสูง
๒ hr pp (เย็น)	๑๒๗	mg/dl	<๑๒๐	น้ำตาลในเลือดสูง
๘ ก.พ. ๖๖				
FBS	๙๓	mg/dl	<๙๕	น้ำตาลในเลือดปกติ

การวินิจฉัยครั้งสุดท้ายและการรักษา

รายละเอียด	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
การวินิจฉัยโรค	Overt Diabetes Mellitus (Overt DM)	Gestational Diabetes Mellitus Class A๒ (GDMA๒)
การรักษา	วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ Order For One day - CBC,BUN.Creatinine,Electrolyte - On NSS Lock - ส่งเรียนกับนักโภชนาการ - ส่งปรึกษาจักษุแพทย์ ตรวจตา R/O Diabetic Retinopathy Order For Continuation - Diabetic Diet - Record Vital sign - DTX for FBS, ๒hr pp - Record FHS OD - Triferdine ๑x๑ o pc เข้า - CaCO๓ ๑x๑ o pc เย็น - Mixtard(๗๐/๓๐) ๓๐-๐-๑๔ U Sc ac - Aspirin(๘๑) ๑x hs - FBS keep <๙๕ mg/dl - ๒ hr pp keep <๑๒๐ mg/dl	วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ Order For One day - CBC,BUN.Creatinine,Electrolyte - On NSS Lock - ส่งเรียนกับนักโภชนาการ - ATK = neg Order For Continuation - Diabetic Diet - Record Vital sign - DTX for FBS, ๒hr pp - Record FHS OD - Triferdine ๑x๑ o pc เข้า - CaCO๓ ๑x๑ o pc เย็น - Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๖-๐-๑๔ U Sc ac - FBS keep <๙๕ mg/dl - ๒ hr pp keep <๑๒๐ mg/dl

รายละเอียด	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
	วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ Order For One day - ๕๐% Glucose ๕๐ ml iv stat - DTX ซ้ำหลังฉีด ๕๐% Glucose ๕๐ ml ๑ ชั่วโมง - หากเจาะ DTX รอบ ๑๔.๐๐น. แล้ว ให้แจ้งแพทย์ก่อนฉีด Mixtard - Eye รับปรึกษา ให้ส่ง งานผู้ป่วยนอก จักษุ วันอังคาร หรือ พฤษั ช่วงอายุครรภ์ ๒๘-๓๖ สัปดาห์ เพื่อให้ยายายรุ่มานตา - Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๐-๐-๑๒ U Sc ac - off Mixtard(๗๐/๓๐) ๓๐-๐-๑๔ U Sc ac	วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ Order For One day - จำหน่ายได้ - นัดคลินิกฝากครรภ์ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เจาะ FBS,๑ hrpp ก่อนพบแพทย์ - ส่งเรียนการฉีดอินซูลิน - Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๖-๐-๑๔ U Sc ac /หลอด ๑๐๐๐ จำนวน ๑ หลอด - Triferdine ๑x๑ ๐ pc เข้า - CaCO๓ ๑x๑ ๐ pc เย็น
	วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ Order For One day - ถ้า DTX เข้านี้ ได้ ๗๐-๑๒๐ mg/dl จำหน่ายได้ - นัดคลินิกฝากครรภ์ วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖ เจาะ FBS,๑ hr pp ก่อนพบแพทย์ - ส่งเรียนการฉีดอินซูลิน - Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๐-๐-๑๒ U Sc ac /หลอด ๑๐๐๐ จำนวน ๑ หลอด - Triferdine ๑x๑ ๐ pc เข้า - CaCO๓ ๑x๑ ๐ pc เย็น - Aspirin(๘๑) ๑x hs / ๒๐	

สรุปอาการและอาการแสดง

สรุปกรณีศึกษารายที่ 1

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 37 ปี เชื้อชาติ : ไทย สัญชาติ : ไทย ศาสนา : พุทธ สถานภาพสมรส : คู่
น้ำหนัก 74.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 32.93 กก./ม² วันที่ผู้ป่วยมารับการรักษา : วันที่ 20-
23 กุมภาพันธ์ 2566 และติดตามถึงวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 อาการสำคัญ : 2 ชั่วโมงก่อนพบแพทย์ มีระดับ
น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประวัติการตั้งครรภ์
G3P2A0L2 GA 18+1 wk by U/S ครรภ์แรก คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และ
หลังคลอด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,000 กรัม Last 18 ปี ครรภ์ที่ 2 คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะ
คลอดและหลังคลอด ตรวจพบภาวะเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินขณะตั้งครรภ์ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,200
กรัม Last 12 ปี ครรภ์ที่ 3 ครรภ์ปัจจุบัน มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลบางบัวทอง อายุครรภ์ 15+4
สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด กรุ๊ป AB Rh positive ไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่พบเชื้อเอดส์ ไม่พบเชื้อซิฟิลิส
ผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ไม่เป็นคู่เสี่ยง ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเข็มกระตุ้น 1 เข็ม ประวัติ
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 3 เข็ม ตรวจ GCT 50 g ในวันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้ 272 mg/dl นัดมาทำ
OGTTในการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ได้ค่าน้ำตาล 109 ,222,201,224 mg/dl ฝากครรภ์ครั้งที่ 3 ค่า FBS 132
mg/dl 1hrpp 195 mg/dl HbA1C 6.8% การตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยเพศหญิง รูปร่างอ้วน ผิวสองสี
น้ำหนัก 72.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 32.17 กก./ม² ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการ
เวียนศีรษะ ใจสั่น อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง
ต่อนาที ความดันโลหิต 127/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 99% เต้านม
ปกติ ระดับยอคมดลูก อยู่ในระดับสะดือ ฟังเสียงหัวใจทารกได้ 148 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ 20 ก.พ.66 ขณะนอนโรงพยาบาล ค่า CBC BUN Creatinine Electrolyte ปกติ พบค่า FBS
และ 1hrpp สูง ค่า HbA1C สูง การวินิจฉัยโรค Overt Diabetes Mellitus (Overt DM) การรักษา วันที่
20 กุมภาพันธ์ 2566 - DTX for FBS, 2hr pp- Record FHS OD- Triferdine 1x1 o pc เข้า- CaCO₃ 1x1 o
pc เย็น - Mixtard(70/30) 30-0-14 U Sc ac- Aspirin(81) 1x hs- FBS keep <95 mg/dl- 2 hr pp keep
<120 mg/dl วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566- 50% Glucose 50 ml iv stat- DTX เข้าหลังฉีด 50% Glucose 50
ml 1 ชั่วโมง- หากเจาะ DTX รอบ 14.00น.แล้ว ให้แจ้งแพทย์ก่อนฉีด Mixtard- Mixtard(70/30) 20-0-12 U
Sc ac- off Mixtard(70/30) 30-0-14 U Sc ac วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566- ถ้า DTX เข้านี้ ได้ 70-120
mg/dl จำหน่ายได้- นัดคลินิกฝากครรภ์ วันที่ 13 มีนาคม 2566 FBS, 1 hr pp ก่อนพบแพทย์- ส่งเรียนการฉีด
อินซูลิน ยากลับบ้าน- Mixtard(70/30) 20-0-12 U Sc ac /หลอด 1000 จำนวน 1 หลอด- Triferdine 1x1 o
pc เข้า- CaCO₃ 1x1 o pc เย็น- Aspirin(81) 1x hs / 20 การพยาบาลในระยะแรก วันที่ 20 กุมภาพันธ์
๒๕๖๖

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑ มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเป็นเบาหวาน
ขณะตั้งครรภ์ ตรวจเจอเมื่อ ๒ สัปดาห์ก่อน ค่า FBS ๑๓๒ mg/dl ๑hrpp ๑๙๕ mg/dl HbA_{1c} ๖.๘% ประวัติ
การตรวจ GCT ๕๐ g ในวันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้ ๒๗๒ mg/dl ประวัติการตรวจ OGTTในการฝากครรภ์
ครั้งที่ ๒ ได้ค่าน้ำตาล ๑๐๙ ,๒๒๒,๒๐๑,๒๒๔ mg/dl ค่า FBS ๑๓๒ mg/dl (ปกติ<๑๐๕ mg/dl) ๑hrpp
๑๙๕ mg/dl (ปกติ<๑๔๐ mg/dl) HbA_{1c} ๖.๘%(ปกติ<๕.๕%) วัดดูประสงค์การพยาบาล ไม่มีภาวะน้ำตาล
น้ำตาลในเลือดสูง เกณฑ์การประเมินผล ค่า FBS <๑๐๕ mg/dl และค่า ๑hrpp <๑๔๐ mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
๒. แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ หลอด เลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกเปิด กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้น และอินซูลิน ดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องพัก โดยมี หลักการออกกำลังกาย
๓. แนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติควมมารับการตรวจทันที เพราะอาการต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้การควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีพอเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย
๔. ดูแลให้อาอินซูลิน ตามแผนการรักษา ได้แก่ Mixtard (๗๐/๓๐) ๓๐-๐-๑๔ ยูนิตฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังวันละสองครั้ง คือเวลาเช้าและเย็น หลังฉีดอินซูลินสังเกต อาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น จากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการตัวเอง
๕. สังเกตตรวจ ติดตามผล FBS, ๑ hrpp ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ตอนเย็นค่า FBS ๗๑ mg/dl
๒. หญิงตั้งครรภ์เข้าใจการปฏิบัติตัวในเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ หญิงตั้งครรภ์พร่องความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่เคยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลบางบัวทอง บุตรคนก่อนคลอดที่จังหวัดนครสวรรค์ ผู้ป่วยถามว่า ญาติอยู่เฝ้าได้ไหม มีสีหน้าวิตกกังวล **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์เข้าใจ และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์และญาติ
๒. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติสอบถามข้อสงสัย
๓. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดโรงพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์
๔. ดูแลชักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมและให้เซ็นต์ใบยินยอมต่างๆ
๕. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง

การประเมินผล

๑. ผู้หญิงตั้งครรภ์สอบถามระเบียบการเยี่ยม และรับทราบเวลาเยี่ยม
๒. หญิงตั้งครรภ์ทราบข้อปฏิบัติต่างๆขณะนอนโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๓ หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อทารกในครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์สอบถามว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะเป็นอันตรายกับเด็กในท้องไหม หญิงตั้งครรภ์ถามว่าลูกจะพิการไหม หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้ม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลเรื่องผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อทารกในครรภ์ **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์สีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อทารกในครรภ์

๒. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงผลดีของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดผลกระทบต่อทารก
๓. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัย
๔. สังเกตสีหน้าหญิงตั้งครรภ์

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อทารกในครรภ์
๒. หญิงตั้งครรภ์สีหน้าแจ่มใสขึ้น

การพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่อง ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๔ หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและกลัวกับการฉีดอินซูลิน **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บอกว่าพ่อเป็นเบาหวานรักษาด้วยการรับประทานยาไม่ถึงกับต้องฉีดยา หญิงตั้งครรภ์ถามว่าฉีดยาตรงไหน เจ็บไหม หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าวิตกกังวล หญิงตั้งครรภ์จับต้นขาขวาบริเวณที่จะฉีดอินซูลิน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลและไม่กลัวกับการฉีดอินซูลิน **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าแจ่มใสขึ้นและให้ความร่วมมือในขณะฉีดอินซูลิน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงวิธีการลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีฉีดอินซูลิน ว่าเป็นวิธีที่ดีและไม่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีกินยาลดระดับน้ำตาลในเลือด
๒. การฉีดอินซูลิน แพทย์มีความจำเป็นต้องปรับระดับยาในช่วงแรกที่ยาเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจึงต้องให้อนสังเกตอาการที่โรงพยาบาล
๓. แนะนำผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการฉีดอินซูลิน ที่อยู่เตียงใกล้เคียงมาร่วมอธิบายประสบการณ์การฉีดอินซูลิน
๔. สังเกตสีหน้าหญิงตั้งครรภ์

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น
๒. หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือในขณะฉีดอินซูลิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๕ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับอินซูลิน และรับประทานอาหารน้อย **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บ่น เวียนศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก มือ เท้า เย็น ค่าน้ำตาลในเลือด ๔๓ mg/dl ความดันโลหิต ๑๐๖/๗๒ mmHg **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ **เกณฑ์การประเมินผล** ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่าง ๗๐-๑๒๐mg/dl ไม่มีอาการ เวียนศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก มือ เท้า เย็น สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้ ๕๐%Glucose ๕๐ ml ตามแผนการรักษา
๒. ประเมินอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก มือ เท้า เย็น สังเกตอาการ
๓. ติดตามค่าน้ำตาลในเลือด หลังได้รับ ๕๐%Glucose ๕๐ ml ทางหลอดเลือดดำ ไปแล้ว ๑ ชั่วโมง
๔. รายงานแพทย์ในกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลง
๕. ประเมินอาการหญิงตั้งครรภ์ พร้อมบันทึกข้อมูลหลังให้การพยาบาล
๖. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก ๓๐ นาที เมื่ออาการปกติ วัดสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง

การประเมินผล

๑. ค่าน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ ๕๐%Glucose ๕๐ cc เท่ากับ ๑๔๓ mg/dl
๒. ไม่มีอาการ มือ - เท้า เย็น เวียนศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก
๓. สัญญาณชีพ ปกติ T ๓๖.๗ C PR ๘๒ ครั้งต่อนาที RR ๒๒ ครั้งต่อนาที BP ๑๒๔/๘๔ mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๖ หญิงตั้งครรภ์พร้อมความรู้ในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ขณะที่ภาวะเบาหวาน **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บอกว่ารับประทานน้ำตาลม ยาคุลท์ ทุกวัน พอทราบว่า เป็นเบาหวานก็รับประทานน้อยลงสัปดาห์ละ ๒ - ๓ ครั้ง หญิงตั้งครรภ์บอกว่าไม่เคยออกกำลังกายเลย ญาติซื้อ ของมาเยี่ยม มีน้ำหวานอยู่ที่หัวเตียง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการ รับประทานอาหารและการออกกำลังกายขณะที่มีภาวะเบาหวาน **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์เข้าใจใน คำแนะนำและสามารถปฏิบัติตามได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำการควบคุมอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารมื้อใหญ่ มื้อเดียวโดยควรแบ่งเป็น ๓ มื้อหลัก สลับมื้อ อาหารว่าง ๓ มื้อ
๒. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวก ข้าวขาวขัดสี เส้นก๋วยเตี๋ยว ที่แปรรูป ควรรับประทานข้าว กล้อง ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีท และแนะนำดื่มน้ำช่วงพักระหว่างมื้อ มากกว่าดื่มในช่วงมื้ออาหาร รับประทานอาหารประเภทกากใย ได้แก่ ธัญพืช ผัก ผลไม้ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด ไส้กรอก ขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีม หวานเย็น ช็อคโกแลต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี่ เครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชาเย็นน้ำปั่น น้ำผลไม้รสเปรี้ยว ขนมหวาน เช่น เค้ก พายโดนัท เครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซอญดำ แมกกี้ ของหมักดอง เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
๓. รับประทานอาหารที่ให้พลังงานจากกลุ่มโปรตีน ไขมัน หรือComplex carbohydrate โดย แบ่ง ส่วนอาหารเป็น คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ ๔๐ : ๒๐ : ๔๐ โดยพลังงานที่ได้รับแต่ละ วัน ไม่เกิน ๒๐ kcal/kg เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนเพียงพอต่อความต้องการ
๔. แนะนำการควบคุมการเพิ่มของน้ำหนัก โดยน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ๕-๙ กิโลกรัม
๕. แนะนำการออกกำลังกายโดยสามารถออกกำลังกายในระดับเบา หรือปานกลาง ใน รูปแบบต่างๆ เช่น การเดิน กายบริหาร โยคะ การเดินแอโรบิกในน้ำ ครั้งละ ๑๐-๓๐ นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑๕๐ นาที เพื่อส่งเสริมให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสมากขึ้น ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ในกรณีที่มีภาวะผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีเลือดออก ทางช่องคลอด มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น ควรแนะนำให้หยุด หรืองดการออกกำลังกาย นอน พัก หรือไปตรวจรักษา
๖. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ รับประทาน และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดต่อเนื่อง

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์เข้าใจในคำแนะนำ
๒. สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๗ หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการฉีดอินซูลิน **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์ บอกว่า กลัวฉีดอินซูลินด้วยตัวเองไม่ได้ หญิงตั้งครรภ์บอกว่าไม่เคยฉีดยาด้วยตนเอง หญิงตั้งครรภ์ ค้นหาข้อมูล จากโทรศัพท์ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถฉีดอินซูลินได้ถูกต้องด้วยตนเอง **เกณฑ์ การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์สามารถสาธิตกลับวิธีการฉีดวัคซีนด้วยตนเองได้ถูกต้องทุกขั้นตอน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการสอนฉีดอินซูลินด้วยตนเอง
๒. สอนการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ก่อนการฉีดอินซูลิน ได้แก่ กระบอกฉีดยา อินซูลิน สำลีแห้ง ๒ ก้อน แอลกอฮอล์สำหรับทาผิวหนังก่อนฉีดยา กระบองทิ้งเข็ม
๓. นำอินซูลินออกจากตู้เย็น ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ เช็ดบริเวณจุดแทงด้านบน โดยเช็ดครั้งเดียวแล้วทิ้ง ไม่ถูไปมา จากนั้น ดึงกระบอกฉีดยามาที่ระดับ ๓๐ ยูนิต แล้วทิ่มเข็มบนจุดข้างที่ปากขวด แล้วดูดอินซูลินตามจำนวนยูนิตที่แพทย์สั่ง และนำมาฉีดที่ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ต้นแขน หน้าขา และสะโพก ซึ่งตำแหน่งที่อินซูลินดูดซึมได้ดีที่สุดคือ บริเวณหน้าท้อง รองลงมาคือหน้าขา และต้นแขน ตามลำดับ ควรฉีดอินซูลินบริเวณเดิมทุกวัน เพียงแต่ย้ายจุดฉีด โดยฉีดห่างจากจุดเดิมประมาณ ๑ นิ้ว เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเนื้อแข็งใต้ผิวหนัง
๔. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ สอบถามข้อสงสัย
๕. ให้หญิงตั้งครรภ์ สาธิตกลับโดยฉีดอินซูลินด้วยตนเองในครั้งถัดไป

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์เตรียมอุปกรณ์ได้ถูกต้อง
๒. หญิงตั้งครรภ์สามารถฉีดอินซูลินด้วยตนเองได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๘ หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน **ข้อมูลสนับสนุน.**

ค่า FBS ๑๓๒ mg/dl ๑hrpp ๑๙๕ mg/dl HbA_{1c} ๖.๘% ประวัติการตรวจ GCT ๕๐ g ในวันที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรกได้ ๒๗๒ mg/dl ประวัติการตรวจ OGTT ในการฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ ได้ค่าน้ำตาล

๑๐๙,๒๒๒,๒๐๑,๒๒๔ mg/dl **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน **เกณฑ์การ**

ประเมินผล ค่า FBS <๑๐๕ mg/dl และค่า ๑hrpp <๑๔๐ mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ควบคุมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
๒. แนะนำหญิงตั้งครรภ์เรื่องการมาตรวจตามนัดและตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามนัด
๓. ประสานงานกับคลินิกตา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตรวจตากับจักษุแพทย์
๔. ติดตามค่าการทำงานของไต
๕. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้ดูแลเท้าไม่ให้มีบาดแผล
๖. ติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ อาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การแท้งบุตร ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้
๒. น้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร น้อยกว่า ๑๐๕ mg/dl
๓. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า
๔. ค่าการทำงานของไตอยู่ในระดับปกติ ค่า BUN ๖.๐ mg/dl Creatinine ๐.๖๑ mg/dl
๕. เสียงหัวใจทารกในครรภ์ อยู่ระหว่าง ๑๒๐-๑๖๐ ครั้ง/นาที

การพยาบาลในระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๙ การวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินในระยะจำหน่าย **ข้อมูลสนับสนุน** แพทย์วางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังจากที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการฉีดอินซูลิน ที่ลดขนาด จาก Mixtard(๗๐/๓๐)๓๐-๐-๑๔ ยูนิต ฉีดเช้าและเย็น เป็น Mixtard(๗๐/๓๐)๒๐-๐-๑๒ ยูนิต ฉีดเช้าและเย็น **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความสามารถตอบคำถามในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเมื่อกลับบ้าน โดยให้บุคคลในครอบครัว ช่วยดูแลเรื่องการปรุงอาหาร และช่วยกระตุ้นการออกกำลังกาย
๒. แนะนำการมาตรวจติดตามค่าน้ำตาลในเลือดตามนัด
๓. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดเพื่อการตรวจประเมินอาการและให้การรักษายาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของ หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ นัดตรวจ ทุก ๔ สัปดาห์ อายุครรภ์ ๒๙-๓๑ สัปดาห์ นัดตรวจทุก ๒ สัปดาห์และอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ขึ้นไปนัดตรวจทุกสัปดาห์
๔. แนะนำให้สามีช่วยสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดสูง โดยหญิงตั้งครรภ์จะมีการหายใจเร็ว หายใจมีกลิ่นผลไม้ และสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการ เหงื่อออก มือ - เท้าเย็น ใจสั่น หิว
๕. แนะนำสามี เรื่องช่องทางการช่วยเหลือฉุกเฉิน ได้แก่ การโทร ๑๖๖๙

หลังจากหญิงตั้งครรภ์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว มาฝากครรภ์ตามนัดจนถึงอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ และขอย้ายไปคลอดที่ต่างจังหวัด ค่า FBS ๑๐๖ mg/dl ค่า ๑ hrpp ๑๒๐ mg/dl ได้รับการฉีด Mixtard(๗๐/๓๐) ๓๐-๐-๑๘ ยูนิต เข้า เย็น

สรุปกรณีศึกษารายที่ ๒

หญิงตั้งครรภ์ อายุ ๒๘ ปี เชื้อชาติ : ไทย สัญชาติ : ไทย ศาสนา : พุทธ สถานภาพสมรส : คู่
น้ำหนัก ๖๗.๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร BMI ๒๔.๘๓ กก./ม^๒ วันที่ผู้ป่วยมารับการรักษา : วันที่ ๖-๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ วันที่เสร็จสิ้นการดูแล : วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ **อาการสำคัญ** : ๒ ชั่วโมงก่อนพบแพทย์ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด **ประวัติการตั้งครรภ์** G๒P๑AoL๑ GA ๑๔+๖ wk by U/S ครรภ์แรก คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนัก ๒,๙๐๐ กรัม Last ๘ ปี ครรภ์ที่ ๒ ครรภ์ปัจจุบัน มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลบางบัวทอง อายุครรภ์ ๑๔+๒ สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด กรุ๊ป B Rh positive ไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่พบเชื้อเอดส์ ไม่พบเชื้อซิฟิลิส ผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ไม่เป็นคู่เสี่ยง ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักเข็ม ครบ ๓ เข็ม เมื่อปี ๒๕๖๒ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๓ เข็ม ตรวจ GCT ๕๐ g จากคลินิกได้ ๑๕๒ mg/dl คลินิกนัดมาทำ OGTT ได้ค่าน้ำตาล ๑๑๒ , ๒๖๙, ๒๕๙, ๑๗๙ mg/dl มาฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ ค่า FBS ๑๐๘ mg/dl ๑hrpp ๒๓๒ mg/dl HbA๑C ๕.๙% **การตรวจร่างกาย**
แรกพบ : ผู้ป่วยเพศหญิง รูปร่างสมส่วน ผิวขาว น้ำหนัก ๖๗.๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๔.๘๓ กก./ม^๒ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๗/๘๒ มิลลิเมตรปรอท ค่าความ

เข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๙% เต้านม ปกติ ระดับยดมดลูก อยู่ที่ ๑/๓ เหนือระดับหัวหน้า ฟังเสียงหัวใจทารกได้ ๑๕๙ ครั้งต่อนาที กล้ามเนื้อและกระดูก : ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๖ ก.พ.๖๖ ค่า CBC BUN Creatinine Electrolyte ปกติ พบค่า FBS และ ๑hrpp สูง ค่า HbA๑C สูง การวินิจฉัยโรค **Gestational Diabetes Mellitus Class A๒ (GDMA๒)** การรักษา วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ - CBC,BUN.Creatinine,Electrolyte- On NSS Lock- ส่งเรียนกับนักโภชนาการ- ATK = neg - Diabetic Diet- Record Vital sign- DTX for FBS, ๒hr pp- Record FHS OD- Triferdine ๑x๑ o pc เข้า- CaCO๓ ๑x๑ o pc เย็น- Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๖-๐-๑๔ U Sc ac- FBS keep <๙๕ mg/dl- ๒ hr pp keep <๑๒๐ mg/dlวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖- จำหน่ายได้- นัดคลินิกฝากครรภ์ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เจาะ FBS,๑ hrpp ก่อนพบแพทย์- ส่งเรียนการฉีดยาอินซูลิน- Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๖-๐-๑๔ U Sc ac /หลอด ๑๐๐๐ จำนวน ๑ หลอด- Triferdine ๑x๑ o pc เข้า- CaCO๓ ๑x๑ o pc เย็น การพยาบาลในระยะแรก วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑** มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกว่าตนเองเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตรวจเจอตอนฝากครรภ์ครั้งที่คลินิก ค่า FBS ๑๐๘ mg/dl ๑hrpp ๒๓๒ mg/dl HbA๑C ๕.๙% ประวัติการตรวจ GCT ๕๐ g ในวันที่มาฝากครรภ์ครั้งที่คลินิกได้ ๑๕๒ mg/dl ประวัติการตรวจ OGTTที่คลินิก ได้ค่าน้ำตาล ๑๑๒,๒๖๙,๒๕๙,๑๗๙ mg/dl ค่า FBS ๑๐๘ mg/dl (ปกติ<๑๐๕ mg/dl) ๑hrpp ๒๓๒ mg/dl (ปกติ<๑๔๐ mg/dl) HbA๑C ๕.๙%(ปกติ<๕.๕%) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ไม่มีภาวะน้ำตาลน้ำตาลในเลือดสูง **เกณฑ์การประเมินผล** ค่า FBS <๑๐๕ mg/dl และค่า ๑hrpp <๑๔๐ mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
๒. แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ หลอด เลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกเปิด กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้น และอินซูลิน ดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องพัก โดยมี หลักการออกกำลังกาย
๓. แนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติควรมารับการตรวจทันที เพราะอาการต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้การควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีพอเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย
๔. ดูแลให้อาหารอินซูลิน ตามแผนการรักษา ได้แก่ Mixtard (๗๐/๓๐) ๓๐-๐-๑๔ ยูนิตฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังวันละสองครั้ง คือเวลาเช้าและเย็น หลังฉีดอินซูลินสังเกต อาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น จากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการตัวเอง
๕. ส่งตรวจ ติดตามผล FBS, ๑ hrpp ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ตอนเย็นค่า FBS ๑๑๘ mg/dl
๒. หญิงตั้งครรภ์เข้าใจการปฏิบัติตัวในเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๒ หญิงตั้งครรภ์พร่องความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่เคยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลบางบัวทองมาก่อน ผู้ป่วยบอกว่าอยากให้ญาติอยู่เฝ้าได้ไหม สี่หน้าวิตกกังวล **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการ

ปฏิบัติตนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์เข้าใจและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์และญาติ
๒. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติสอบถามข้อสงสัย
๓. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดโรงพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์
๔. ดูแลชักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมและให้เซ็นติบายนยอมต่างๆ
๕. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง

การประเมินผล

๑. ผู้หญิงตั้งครรภ์สอบถามระเบียบการเยี่ยม และรับทราบเวลาเยี่ยม
๒. หญิงตั้งครรภ์ทราบข้อปฏิบัติต่างๆขณะนอนโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๓ หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวครั้งนี้ **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์สอบถามราคาค่ารักษาในการนอนโรงพยาบาล หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้ม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์สีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล โดยสิทธิการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ใช้สิทธิบัตรทอง จึงเสียค่าใช้จ่าย ๓๐ บาท
๒. ชี้แจงแผนการรักษา ในการนอนโรงพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใช้เวลาไม่นาน
๓. แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยหลังเลิกงาน กรณีต้องการสอบถามอาการของหญิงตั้งครรภ์สามารถโทรมาสอบถามอาการกับพยาบาลหัวหน้าเวรได้
๔. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัย
๕. สังเกตสีหน้าหญิงตั้งครรภ์

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวครั้งนี้
๒. หญิงตั้งครรภ์สีหน้าแจ่มใสขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๔ หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อทารกในครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์สอบถามว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะเป็นอันตรายกับเด็กในท้องไหม หญิงตั้งครรภ์ถามว่าลูกจะพิการไหม หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้ม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลเรื่องผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อทารกในครรภ์ **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์สีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อทารกในครรภ์
๒. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงผลดีของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดผลกระทบต่อทารก

๓. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัย
๔. สังเกตสีหน้าหญิงตั้งครรภ์

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องผลกระทบของภาวะเบาหวานต่อทารกในครรภ์
๒. หญิงตั้งครรภ์สีหน้าแจ่มใสขึ้น

การพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่อง ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๕ หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและกลัวกับการฉีดอินซูลิน **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บอกว่ามารดาเป็นเบาหวานรักษาด้วยการรับประทานยาไม่ถึงกับต้องฉีดยา หญิงตั้งครรภ์ถามว่าฉีดยาตรงไหน เจ็บไหม หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าวิตกกังวล หญิงตั้งครรภ์จับต้นขาขวาบริเวณที่จะฉีดอินซูลิน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลและไม่กลัวกับการฉีดอินซูลิน **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือในขณะฉีดอินซูลิน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงวิธีการลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีฉีดอินซูลิน ว่าเป็นวิธีที่ดีและไม่ส่งผลต่อทารกในครรภ์เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีกินยาลดระดับน้ำตาลในเลือด
๒. การฉีดอินซูลิน แพทย์มีความจำเป็นต้องปรับระดับยาในช่วงแรกที่ยาเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจึงต้องให้อนสังเกตอาการที่โรงพยาบาล
๓. แนะนำผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการฉีดอินซูลิน ที่อยู่เตียงใกล้เคียงมาร่วมอธิบายประสบการณ์การฉีดอินซูลิน
๔. สังเกตสีหน้าหญิงตั้งครรภ์

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น
๒. หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือในขณะฉีดอินซูลิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๖ เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับอินซูลิน และรับประทานอาหารน้อย **ข้อมูลสนับสนุน** แพทย์สั่งฉีด Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๖-๐-๑๔ U Sc ac **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ **เกณฑ์การประเมินผล** ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่าง ๗๐-๑๒๐mg/dl ไม่มีอาการ เวียนศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก มือ เท้า เย็น สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้ Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๖-๐-๑๔ U Sc ac ตามแผนการรักษา
๒. ประเมินอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก มือ เท้า เย็น สังเกตอาการ
๓. ติดตามค่าน้ำตาลในเลือด หลังได้รับ Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๖-๐-๑๔ U Sc ac ในมื้ออาหารถัดไป
๔. รายงานแพทย์ในกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลง
๕. ประเมินอาการหญิงตั้งครรภ์ พร้อมบันทึกข้อมูลหลังให้การพยาบาล
๖. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก ๓๐ นาที เมื่ออาการปกติ วัดสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง

การประเมินผล

๑. ค่าน้ำตาลในเลือดหลังได้รับ Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๖-๐-๑๔ U Sc ac เท่ากับ ๑๑๘ mg/dl
๒. ไม่มีอาการ มือ - เท้า เย็น เวียนศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก
๓. สัญญาณชีพ ปกติ T ๓๖.๔ C PR ๘๐ ครั้งต่อนาที RR ๒๒ ครั้งต่อนาที BP ๑๑๒/๘๔ mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๗ หญิงตั้งครรภ์พร้อมความรู้ในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ขณะที่มีการเบาหวาน **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บอกว่าชอบรับประทานอาหารน้ำหวาน โกโก้เกือบทุกวัน พอทราบว่าเป็นเบาหวานก็รับประทานอาหารน้อยลงสัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้ง หญิงตั้งครรภ์บอกว่าไม่เคยออกกำลังกายเลยญาติชื่อของมาเยี่ยม มีขนมหวานอยู่ที่หัวเตียง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายขณะที่มีการเบาหวาน **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์เข้าใจในคำแนะนำและสามารถปฏิบัติตามได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำการควบคุมอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารมื้อใหญ่ มื้อเดียวโดยควรแบ่งเป็น ๓ มื้อหลัก สลับมื้ออาหารว่าง ๓ มื้อ
๒. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวก ข้าวขาวขัดสี เส้นก๋วยเตี๋ยว ที่แปรรูป ควรรับประทานอาหาร ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีท และแนะนำดื่มน้ำช่วงพักระหว่างมื้อ มากกว่าดื่มในช่วงมื้ออาหาร รับประทานอาหารประเภทกากใย ได้แก่ ธัญพืช ผัก ผลไม้ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด ไข่กรอก ขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีม หวานเย็น ช็อคโกแลต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี่ เครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้รสเปรี้ยว ขนมหวาน เช่น เค้ก พาย โดนัท เครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วดำ แมกกี้ ของหมักดอง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๓. รับประทานอาหารที่ให้พลังงานจากกลุ่มโปรตีน ไขมัน หรือ Complex carbohydrate โดย แบ่งสัดส่วนอาหารเป็น คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ ๕๐ : ๒๐ : ๕๐ โดยพลังงานที่ได้รับแต่ละวัน ไม่เกิน ๒๐ kcal/kg เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนเพียงพอต่อความต้องการ
๔. แนะนำการควบคุมการเพิ่มของน้ำหนัก โดยน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ๕-๙ กิโลกรัม
๕. แนะนำการออกกำลังกายโดยสามารถออกกำลังกายในระดับเบา หรือปานกลาง ใน รูปแบบต่างๆ เช่น การเดิน กายบริหาร โยคะ การเต้นแอโรบิกในน้ำ ครั้งละ ๑๐-๓๐ นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑๕๐ นาที เพื่อส่งเสริมให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสมากขึ้น ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ในกรณีที่มีการเบาหวานผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีเลือดออกทางช่องคลอด มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น ควรแนะนำให้หยุด หรืองดการออกกำลังกาย นอนพัก หรือไปตรวจรักษา
๖. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ รับประทาน และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดต่อเนื่อง

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์เข้าใจในคำแนะนำ
๒. สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ ๘ หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการฉีดอินซูลิน **ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บอกว่า กลัวฉีดอินซูลินด้วยตัวเองไม่ได้ หญิงตั้งครรภ์บอกว่าไม่เคยฉีดยาด้วยตนเอง หญิงตั้งครรภ์ ค้นหาข้อมูลจากโทรศัพท์ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถฉีดอินซูลินได้ถูกต้องด้วยตนเอง **เกณฑ์การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์สามารถสาธิตกลับวิธีการฉีดวัคซีนด้วยตนเองได้ถูกต้องทุกขั้นตอน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการสอนฉีดอินซูลินด้วยตนเอง
๒. สอนการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ก่อนการฉีดอินซูลิน ได้แก่ กระบอกฉีดยา อินซูลิน สำลีแห้ง ๒ ก้อน แอลกอฮอล์สำหรับทาผิวหนังก่อนฉีดยา กระจกป้องกันเข็ม
๓. นำอินซูลินออกจากตู้เย็น ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ เช็ดบริเวณจุกยางด้านบน โดยเช็ดครั้งเดียวแล้วทิ้งไม่ถูไปมา จากนั้น ดึงกระบอกฉีดยามาที่ระดับ ๓๐ ยูนิต แล้วทิ่มเข็มบนจุกยางที่ปากขวด แล้วดูดอินซูลินตามจำนวนยูนิตที่แพทย์สั่ง และนำมาฉีดที่ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ต้นแขน หน้าขา และสะโพก ซึ่งตำแหน่งที่อินซูลินดูดซึมได้ดีที่สุดคือ บริเวณหน้าท้อง รองลงมาคือหน้าขา และต้นแขน ตามลำดับ ควรฉีดอินซูลินบริเวณเดิมทุกวัน เพียงแต่ย้ายจุดฉีด โดยฉีดห่างจากจุดเดิมประมาณ ๑ นิ้ว เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเนื้อแข็งใต้ผิวหนัง
๔. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ สอบถามข้อสงสัย
๕. ให้หญิงตั้งครรภ์ สาธิตกลับโดยฉีดอินซูลินด้วยตนเองในครั้งถัดไป

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์เตรียมอุปกรณ์ได้ถูกต้อง
๒. หญิงตั้งครรภ์สามารถฉีดอินซูลินด้วยตนเองได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๙ หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ข้อมูลสนับสนุน

ค่า FBS ๑๓๒ mg/dl ๑hrpp ๑๙๕ mg/dl HbA๑c ๖.๘% ประวัติการตรวจ GCT ๕๐ g ในวันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้ ๒๗๒ mg/dl ประวัติการตรวจ OGTT ในการฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ ได้ค่าน้ำตาล ๑๐๙, ๒๒๒, ๒๐๑, ๒๒๔ mg/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เกณฑ์การประเมินผล ค่า FBS <๑๐๕ mg/dl และค่า ๑hrpp <๑๔๐ mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ควบคุมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
๒. แนะนำหญิงตั้งครรภ์เรื่องการมาตรวจตามนัดและตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามนัด
๓. ประสานงานกับคลินิกตา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตรวจตากับจักษุแพทย์
๔. ติดตามค่าการทำงานของไต
๕. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้ดูแลเท้าไม่ให้มีบาดแผล
๖. ติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ อาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การแท้งบุตร ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

การประเมินผล

๑. หญิงตั้งครรภ์ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้
๒. น้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร น้อยกว่า ๑๐๕ mg/dl
๓. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า
๔. ค่าการทำงานของไตอยู่ในระดับปกติ ค่า BUN ๖.๐ mg/dl Creatinine ๐.๖๑ mg/dl
๕. เสียงหัวใจทารกในครรภ์ อยู่ระหว่าง ๑๒๐-๑๖๐ ครั้ง/นาที

การพยาบาลในระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ ๑๐ การวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินในระยะจำหน่าย **ข้อมูลสนับสนุน** แพทย์วางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังจากที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการฉีดอินซูลิน Mixtard(๗๐/๓๐) ๒๖-๐-๑๔ U Sc ac ยูนิต ฉีดเช้าและเย็น

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง **เกณฑ์การประเมินผล**

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายเมื่อกลับบ้าน โดยให้บุคคลในครอบครัว ช่วยดูแลเรื่องการปรุงอาหาร และช่วยกระตุ้นการออกกำลังกาย
๒. แนะนำการมาตรวจติดตามค่าน้ำตาลในเลือดตามนัด
๓. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดเพื่อการตรวจประเมินอาการและให้การรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของ หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ นัดตรวจ ทุก ๔ สัปดาห์ อายุครรภ์ ๒๙-๓๑ สัปดาห์ นัดตรวจ ทุก ๒ สัปดาห์และอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ขึ้นไปนัดตรวจทุกสัปดาห์
๔. แนะนำให้สามีช่วยสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดสูง โดยหญิงตั้งครรภ์จะมีอาการหายใจเร็ว หายใจมีกลิ่นผลไม้ และสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการ เหงื่อออก มือ - เท้าเย็น ใจสั่น หิว
๕. แนะนำสามี เรื่องช่องทางการช่วยเหลือฉุกเฉิน ได้แก่ การโทร ๑๖๖๙

หลังจากหญิงตั้งครรภ์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว มาฝากครรภ์ตามนัดจนถึงอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ และขอย้ายไปคลอดที่ต่างจังหวัด ค่า FBS ๑๐๖ mg/dl ค่า ๑ hrpp ๑๒๐ mg/dl ได้รับการฉีด Mixtard(๗๐/๓๐) ๓๐-๐-๑๘ ยูนิต เข้า เย็น

สรุปการเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	ผลการวิเคราะห์
ข้อมูลทั่วไป	อายุ ๓๗ ปี น้ำหนัก ๗๔.๑kg ส่วนสูง ๑๕๐ cm BMI ๓๒.๙๓ kg/m^๒ G๓P๒AoL๒ GA ๑๘+๑ wk by U/S บิดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มารดา สุขภาพแข็งแรง	อายุ ๒๘ ปี น้ำหนัก ๖๗.๖ kg ส่วนสูง ๑๖๕ cm BMI ๒๔.๘๓ kg/m^๒ G๒P๑AoL๑ GA ๑๔+๖ wk by U/S มารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน บิดา สุขภาพแข็งแรง	- กรณีศึกษาที่ ๑ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในกลุ่ม Elderly pregnancy จึงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากรณีศึกษา ๒ -กรณีศึกษาที่ ๑ มี BMI อยู่ในภาวะอ้วน มีความจำเป็นต้องควบคุมปริมาณแคลอรีวันละ ๒๐kcal/kg และการเพิ่มของน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์อยู่ที่ ๕-๙ kg ในขณะที่กรณีศึกษาที่ ๒ มีความจำเป็นต้องควบคุมปริมาณแคลอรีวันละ ๒๕kcal/kg และการเพิ่มของน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์อยู่ที่ ๑๑.๕-๑๖ kg -ทั้ง ๒ กรณีศึกษา มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานทำให้มีการรับรู้การดูแลคนที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
ประวัติการตั้งครรภ์	ครรภ์แรก คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก ๓,๐๐๐ กรัม Last ๑๘ ปี ครรภ์ที่ ๒ ตรวจพบภาวะเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินขณะตั้งครรภ์ คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะคลอด และหลังคลอด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก ๓,๒๐๐ กรัม Last ๑๒ ปี	ครรภ์แรก คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนัก ๒,๙๐๐ กรัม Last ๘ ปี	กรณีศึกษาที่ ๑ ตรวจพบว่ามีภาวะเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินในขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด ๖ สัปดาห์ ตรวจไม่พบภาวะเบาหวาน และไม่มาตรวจติดตามอาการ เมื่อตั้งครรภ์ครั้งนี้ จึงตรวจพบว่ามีภาวะเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ และเป็นภาวะเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ ไม่พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์แรก เมื่อตั้งครรภ์ครั้งนี้ตรวจพบว่ามีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินขณะตั้งครรภ์

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	ผลการวิเคราะห์
การประเมิน สภาพร่างกาย ตามระบบ	HF=O= T ๓๖.๕ c P ๑๐๐/min R ๒๐/min BP ๑๐๔/๖๙mmHg	HF=๒/๓>SP T ๓๖ c P ๙๔/min R ๒๐/min BP ๑๑๗/๗๘mmHg	กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีความสูง ยอคมตลสูงสัมพันธ์กับอายุครรภ์ และค่าน้ำหนักปกติ (between ๑๐th and ๙๐th percentile) ของกรณีศึกษาที่ ๑ เท่ากับ ๒๐๐ กรัม กรณีศึกษาที่ ๒ เท่ากับ ๑๐๐ กรัม
ผลการตรวจ ทาง ห้องปฏิบัติการ	๒๐ ก.พ. ๒๕๖๖ CBC,BUN,Cr,Electrolyte ผลปกติ FBS ๒๐๙ mg/dl ๒hrpp ๗๑ mg/dl ๒๑ ก.พ. ๒๕๖๖ FBS ๑๒๐ mg/dl ๒hrpp ๔๓ mg/dl (๑๔๓mg/dl) ๒hrpp ๒๐๔ mg/dl ๒hrpp ๑๑๐ mg/dl	๖ ก.พ. ๒๕๖๖ CBC,BUN,Cr,Electrolyte ผลปกติ FBS=๑๐๘mg%, ๒hrpp =๑๑๘mg% ๗ ก.พ. ๒๕๖๖ FBS ๙๓ mg/dl ๒hrpp ๑๑๒ mg/dl ๒hrpp ๑๒๗ mg/dl ๒hrpp ๑๒๙ mg/dl	กรณีศึกษาที่ ๑ มีระดับน้ำตาลใน เลือดสูง และต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับ กรณีศึกษาที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาล ในเลือดสูงและไม่พบภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัย ทางด้านอายุ อายุครรภ์ และประวัติ การเป็นโรคเบาหวานในครรภ์ก่อน ของกรณีศึกษาที่ ๑ มีปัจจัยเสี่ยง มากกว่ากรณีศึกษาที่ ๒
การรักษา	๒๐ ก.พ. ๖๖ Mixtard ๗๐/๓๐ ๓๐-๐- ๑๔ u sc ac Aspirin (๘๑) ๑x๑Ohs Trifedine ๑x๑Opc เข้า CaCO ₃ ๑x๑Opcเย็น On HL ส่งพบนักโภชนาการ ส่งปรึกษาจักษุแพทย์ ๒๑ ก.พ. ๖๖ -๕๐% Glucose ๕๐ ml v stat -DTX ซ้ำ Next ๑ hr. -เจาะDTX รอบ ๑๔ น. Notify ก่อนฉีดMixtard -นัด OPD ตา(ตรวจตา+ Dilate)	๖ ก.พ. ๖๖ Mixtard ๗๐/๓๐ ๒๖-๐- ๑๔ u sc ac Trifedine ๑x๑Opc เข้า CaCO ₃ ๑x๑Opcเย็น On On HL ส่งพบนักโภชนาการ ๘ ก.พ. ๖๖ -D/C ได้ -นัดANC ๒๐/๒/๖๖	-กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ใช้อินซูลินใน การรักษา บทบาทพยาบาลควร ช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ปริมาณ อินซูลินในการฉีดให้น้อยที่สุด -กรณีศึกษาที่ ๑ มีภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำ ในขณะที่ได้รับอินซูลิน แพทย์จึงปรับลดขนาดยา และ ติดตามอาการใกล้ชิด -กรณีศึกษาที่ ๑ นอนพักรักษาตัวที่ โรงพยาบาล ๔ วันและได้รับการ ตรวจตา ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ นอน พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ๓ วัน เนื่องจากกรณีศึกษาที่ ๑ เป็นหญิง ตั้งครรภ์ที่มีอายุและอายุครรภ์ มากกว่ากรณีศึกษาที่ ๒ และมี ประวัติการเป็นโรคเบาหวานใน ครรภ์ก่อน

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	ผลการวิเคราะห์
	-Mixtard(๗๐/๓๐)๒๐-๐-๑๒u SC ๒๓ ก.พ. ๖๖ -if DTX รอบเย็น ๗๐-๑๒๐ mg/dl D/C ได้ นิด ANC ๑๓/๓/๖๖		
การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาลขณะแรกรับ ๑. มีภาวะ Hyperglycemia ๒.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia ๓.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะอันตรายจากมารดามีภาวะ Hypo-Hyperglycemia การพยาบาลขณะดูแลต่อเนื่อง ๑.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia ๒.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะอันตรายจากมารดามีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ๓.แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหารเปลี่ยนแปลง ๔.มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การพยาบาลในระยะจำหน่าย ๑.ขาดความรู้ในเรื่องการควบคุมโรคเบาหวานโดยอาหารและการออกกำลังกาย	การพยาบาลขณะแรกรับ ๑. มีภาวะ Hyperglycemia ๒.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia ๓.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะอันตรายจากมารดามีภาวะ Hypo-Hyperglycemia การพยาบาลขณะดูแลต่อเนื่อง ๑.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia ๒.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะอันตรายจากมารดามีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ๓.แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหารเปลี่ยนแปลง ๔.มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การพยาบาลในระยะจำหน่าย ๑.ขาดความรู้ในเรื่องการควบคุมโรคเบาหวานโดยอาหารและการออกกำลังกาย	การพยาบาลขณะแรกรับในกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะ Hyperglycemia จึงให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน แต่ในด้านความวิตกกังวลของกรณีศึกษาที่ ๑ มีความวิตกกังวลมากกว่ากรณีศึกษาที่ ๒ เนื่องจากการตั้งครรภ์ครั้งที่ ๒ และมีอายุมากขึ้น

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ ได้ผลการศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย ๑ เรื่อง

๕.๒ เชิงคุณภาพ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน: กรณีศึกษา ๒ ราย โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ สามารถจัดการความวิตกกังวลด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และได้รับการช่วยเหลือในการสอนการฉีดยาอินซูลิน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในภavn้ำตาลในเลือดสูงและต่ำขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๖.๑. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย เป็นผลงานวิชาการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ในงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางบัวทอง โดยศึกษาเปรียบเทียบ กรณีศึกษา ๒ ราย ผลจากการศึกษาสามารถนำไปวางแผนทางหรือกำหนดมาตรฐานในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ต้องดูแลผู้ป่วยและญาติให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม จิตวิญญาณ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ส่งผลให้การคลอดมีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

๖.๒. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้รับไปดำเนินการทำวิจัย ในเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA๑c) เป็นต้น

๖.๓. นำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ไปใช้สอนนักศึกษาพยาบาล หรือ สอนพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในช่วง ๑- ๓ ปี ได้แก่ การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย และระยะจำหน่าย

๖.๔. สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิง เป็นต้นแบบของการปฏิบัติงานด้าน การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆในจังหวัดนนทบุรี และผลที่เกิดขึ้นจากผลงานวิชาการส่งผลให้หน่วยงานมีแนวทางการดูแลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีแนวทางการประสานงานระหว่างหน่วยงานฝากครรภ์ และห้องคลอดเพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๗. ความยั่งยืนและขับเคลื่อนในการดำเนินการ

๗.๑. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ในกรณีศึกษา ทั้ง ๒ ราย เป็นความท้าทายของพยาบาลผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เนื่องจากมีปัญหาที่ยาก ซับซ้อน ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง โดยรับประทานน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน ทุกวัน ในขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าหญิงตั้งครรภ์ กรณีศึกษา รายที่ ๑ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพื่อให้การช่วยเหลือทันทั่วทั้งที่ จึงต้องมีการฉีดยาน้ำตาลกลูโคสเข้าทางหลอดเลือดดำ ปรับลดขนาดยาฉีดอินซูลิน และมีการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง จนระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ปกติร่วมกับการฉีดยาอินซูลิน

๗.๒. การดูแลและประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ทุกวันเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนดโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถคลอดได้อย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

๘ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑. จากการศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย พบว่าการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า ๒๐ สัปดาห์ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ เพื่อการตรวจของหัวใจทารก ข้อมูลที่ได้เหล่านี้จึงควรเสนอแนะผู้บริหารในการดำเนินการต่อไป

๘.๒. จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่จบใหม่ที่ยังขาดความชำนาญในการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ไม่พบป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน และไม่เคยมีแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จึงจำเป็นต้องมีการสอน การนิเทศและการพัฒนาสมรรถนะอย่างสม่ำเสมอ

๙. ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย ผู้ศึกษาใช้แนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มประกอบด้วย ๔ วิธีได้แก่ ชี้นำ การสอน การให้ความรู้ และการจัดสิ่งแวดล้อม จึงมีบทบาทในการสนับสนุน ให้การช่วยเหลือในการดูแลตามความพร้อมในการดูแลตนเอง และเพิ่มความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน ในขณะที่ดูแลผลติดตามที่เท่า และ การให้การพยาบาลก่อนพบแพทย์ ได้แก่ การลดความวิตกกังวล การประเมินผลที่เท่า การดูแลผลที่เท่า การพยาบาลขณะพบแพทย์ ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามมาตรฐาน และการพยาบาลหลังพบแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนอนในโรงพยาบาล การพยาบาลในหอผู้ป่วยดูแลการเยี่ยม ๒ ครั้ง โดยให้การพยาบาลเพื่อคลายความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด วัตถุประสงค์การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ คิด ตัดสินใจ ลงมือกระทำ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อมาตรวจตามนัด มีการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน การประสานงานหน่วยงานเพื่อช่วยในการใส่ยาเทียม การประสานงานกับ รพ.สต. เพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้มีความเฉพาะในผู้ป่วยควรเน้น

๑. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความทันสมัย และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่องด้านบทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

๒. ด้านบริการ

๒.๑. การพัฒนาระบบบริการสู่เครือข่ายเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จะต้องกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านจึงจำเป็นต้องมีครอบครัว ที่เป็นส่วนช่วยในการสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

๒.๒. การให้ความรู้ และคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การประสานนักโภชนาการในการให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวานที่ถูกต้อง

๓. ด้านวิชาการ สามารถนำเสนอผลงานเป็นต้นแบบ ของแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรี และนำไปใช้ประโยชน์ในการทำวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA๑c)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานวิชาการ เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษา ๒ ราย ในงาน โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและนำเสนอผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการพยาบาล จังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ. นนทบุรี

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวพนิดา อยู่ชัชวาล สักส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐ (ระบุร้อยละ)
 ๒) สักส่วนผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
 ๓) สักส่วนผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... พนิตา อยู่ชัชวาล

(นางสาวพนิดา อยู่ชัชวาล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... ๖ / พ.ค. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพนิดา อยู่ชัชวาล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวอรรทัย กิตติกุลกิจ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๖ / พ.ค. / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) ๑๓ พ.ค. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว

ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประมาณ ๔๐% ของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกมีภาวะโลหิตจาง ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมอนามัย ในปี ๒๕๖๗ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ประมาณ ๓๐-๓๕% มีภาวะโลหิตจาง จังหวัดนนทบุรีพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เฉลี่ย ๒๗.๓% โรงพยาบาลบางบัวทอง พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เฉลี่ย ๒๙.๑% ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้เกินร้อยละ ๒๐% สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากภาวะโลหิตจาง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด ส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองของเด็กในระยะยาว แม้ว่าในปัจจุบันจะมีมาตรการหลักที่เน้นไปที่การแจกยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและให้คำแนะนำทั่วไป แต่จากการศึกษามักพบว่าไม่ได้ผลในระยะยาว เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากขาดความตระหนักหรือไม่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่หยุดรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กก่อนครบกำหนด หรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากลืมรับประทาน คลื่นไส้ บางคนไม่ตระหนักในการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมธาตุเหล็ก มีความเข้าใจที่ไม่เพียงพอ ขาดแรงจูงใจ หรือรูปแบบการส่งเสริมที่ไม่ได้ตอบโจทย์บริบทของหญิงตั้งครรภ์แต่ละกลุ่ม บางครั้งการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการติดตามผลหรือระบบสนับสนุนที่เหมาะสมก็จะไม่สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข บทวิเคราะห์

หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบางบัวทองยังพบว่ามีภาวะโลหิตจาง ๒๙.๑% ซึ่งจากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากผู้ป่วยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น ไม่ชอบรับประทานตับ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว ไข่ไก่ และจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมายังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มาฝากครรภ์ ยังขาดการบูรณาการระหว่างความรู้ การติดตามผลและแรงจูงใจ ส่วนใหญ่เน้นเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งซึ่งไม่ตอบโจทย์ความหลากหลายของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเศรษฐกิจยากจนหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีระบบสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินและปรับพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ดังนั้นในการเสนอแนวคิดในการปรับปรุงพัฒนางานในครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการส่งเสริม การจัดการตนเอง (Self-Management) ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์มีการผสมผสาน ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ๑. การสร้างความตระหนักแบบมีส่วนร่วม – ผ่านกิจกรรมกลุ่มและสื่อเข้าใจง่าย ๒.การมีเครื่องมือติดตามผลแบบเรียลไทม์ – เช่น สมุดบันทึกสุขภาพหรือแอปพลิเคชันพื้นฐาน ๓.ระบบโค้ชชิ่งโดยพยาบาลหรืออาสาสมัคร – เพื่อให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล รูปแบบนี้คาดว่าจะช่วยลดข้อจำกัดของวิธีการเดิม ๆ และเป็นทางออกที่ยั่งยืน

สำหรับการแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในบริบทที่ทรัพยากรมีอย่างจำกัด ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self-Management) ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถวางแผน ตรวจสอบ และปรับพฤติกรรมป้องกันภาวะโลหิตจางได้อย่างยั่งยืน จึงเป็นแนวทางที่น่าสนใจและอาจเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการลดอุบัติการณ์ของปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นงานที่บูรณาการทั้งความรู้ การติดตามผล และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคาดว่าผลการศึกษาคือจะเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและผู้กำหนดนโยบายในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กในระยะยาว นอกจากนี้อาจช่วยลดข้อจำกัดของวิธีการเดิม และเป็นทางเลือกที่ยั่งยืนสำหรับปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สำหรับโรงพยาบาลบางบัวทอง โดยเฉพาะในบริบททรัพยากรจำกัด ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self-Management) ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถวางแผน ตรวจสอบ และปรับพฤติกรรมป้องกันภาวะโลหิตจางได้อย่างยั่งยืน จึงเป็นแนวทางที่น่าสนใจ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลบางบัวทอง ที่มีกลยุทธ์ในการพัฒนาความเป็นเลิศด้านการบริการของโรงพยาบาลระดับ Mo/A (Academy) โดยกำหนดให้อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง(Hct<๓๐%)ไม่เกิน ร้อยละ ๒๐

แนวความคิด

การจัดการตนเอง มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม(SOCIAL LEARNING THEORY) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ

องค์ประกอบที่สำคัญของการจัดการตนเอง (Self-Management) Creer(๒๐๐๐)

๑. การตั้งเป้าหมาย(goal selection) เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจร่วมกัน โดยมีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ การแสดงพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วย ควรกระทำภายหลังบุคคลได้รับการเตรียมความพร้อม ซึ่งต้องเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับโรคอย่างเพียงพอ โดยต้องได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและความเจ็บป่วย จึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต ซึ่งเป้าหมายควรมีความเป็นไปได้จริงอาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว

๒. การเก็บรวบรวมข้อมูล(information collection) เป็นการรวบรวมอาการ อาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พื้นฐานสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเฝ้าระวังตนเอง (SELF-MONITORING) หรือการสังเกตตนเอง (SELF-OBSERVATION) การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (SELF-RECORDING) การเฝ้าระวังตนเอง (SELF-MONITORING) หรือการสังเกตตนเอง (SELF-OBSERVATION)ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เช่น การสังเกตว่าตนเองมีอาการอะไรที่ผิดปกติไป จากเดิม เกิดขึ้นเมื่อไร เกิดบ่อยแค่ไหน อาการรบกวน มากน้อยแค่ไหน อาการอะไรที่รบกวนมากที่สุดการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (SELF-RECORDING)

๓. การประมวลผลและประเมินข้อมูล(information processing and evaluation) ต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบอาการ เปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ สามารถที่จะประเมินผลและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ พิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย

๔. การตัดสินใจ(decision making) หญิงตั้งครรภ์ต้องสามารถตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานหลังจากรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยผู้ป่วยควรมีสื่อในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน

๕. การลงมือปฏิบัติ(action) เป็นการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย

๖. การสะท้อนการปฏิบัติ(self-reaction) เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ การประเมินความต้องการการฝึกทักษะและความเชี่ยวชาญเพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์การปฏิบัติจริงว่าต้องการฝึกทักษะเพิ่มเติมหรือไม่และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ มีความสำคัญในการให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง

ระบบความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับทฤษฎีการจัดการตนเองของเครียร์ (Self-Management Theory of Creer) ทฤษฎีการจัดการตนเองของเครียร์เป็นกรอบแนวคิดที่เน้นความสำคัญของการที่บุคคลสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีภาวะสุขภาพเฉพาะ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ทฤษฎีนี้ประกอบด้วยสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง และ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

๑. การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องเข้าใจสาเหตุ อาการ และผลกระทบของภาวะโลหิตจางที่มีต่อตนเองและทารกในครรภ์ การให้ความรู้ครอบคลุม สาเหตุของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (เช่น การขาดธาตุเหล็ก โฟเลต หรือวิตามินบี๑๒) อาการที่ควรสังเกต (อ่อนเพลีย หน้ามืด หายใจลำบาก) ผลกระทบต่อทารก (การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด)

๒. การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ทักษะสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ควรมีเพื่อจัดการภาวะโลหิตจาง ทักษะด้านโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง (เช่น เนื้อสัตว์ ตับ ไข่ ผักใบเขียว) และรู้จักอาหารที่ช่วยหรือขัดขวางการดูดซึมเหล็ก ทักษะการรับประทานยา การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้อง (เช่น รับประทานขณะท้องว่าง หลีกเลี่ยงการทานร่วมกับนมหรือชา) ทักษะการสังเกตอาการ การบันทึกและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ทักษะการสื่อสาร การปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเมื่อมีข้อสงสัยหรืออาการผิดปกติ

๓. การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการภาวะโลหิตจางได้เป็นปัจจัยสำคัญ วิธีการเสริมสร้าง ได้แก่ การให้กำลังใจและยกย่องเมื่อสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองได้ การเล่าประสบการณ์ความสำเร็จจากหญิงตั้งครรภ์ท่านอื่น การตั้งเป้าหมายเล็กๆ ที่สามารถทำได้ง่ายเพื่อสร้างความมั่นใจ

ข้อเสนอ

จึงเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยมี ๓ ขั้นตอน ดังนี้

๑. ศึกษาปัญหาวิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการในการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยมีประเด็นที่สำคัญ ศึกษา สถานการณ์ และความต้องการในการ

จัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและพฤติกรรมจัดการตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง โดยพัฒนามาจากแนวทางการจัดการตนเองของเครือข่าย

๒. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ข้อค้นพบจากขั้นตอนที่ ๑ มาพัฒนารูปแบบ โดยสรุปเนื้อหาเชิงทฤษฎี และนำเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องได้แก่พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ ๔ คน แพทย์ประจำคลินิกฝากครรภ์ ๑ คน ร่วมปรับปรุงรูปแบบพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของเครือข่าย ประกอบด้วย ๖ ขั้นตอน ประกอบด้วย ๑.การตั้งเป้าหมาย (goal selection) ๒.การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) ๓.การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) ๔.การตัดสินใจ (decision making) ๕.การลงมือปฏิบัติ (action) ๖.การสะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction) ดำเนินการใน ๑๒ สัปดาห์ พัฒนาแผนส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม แบบประเมินทางคลินิก (แบบวัดระดับฮีโมโกลบิน ความเข้มข้นเลือด แบบบันทึกการปฏิบัติตัว แบบประเมินความพึงพอใจ) พัฒนาสื่อ แผ่นพับ วิดีโอ แอปพลิเคชันไลน์

๓. ประเมินรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อาจมีข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งสามารถวิเคราะห์และเสนอแนวทางแก้ไขได้ดังนี้:

๑. ด้านกระบวนการทำงาน อาจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ไม่ทั่วถึง

แนวทางแก้ไข: ปรับกระบวนการคัดกรองให้เป็นมาตรฐานและบูรณาการกับระบบรายงานออนไลน์ จัดทำโปรโตคอลการส่งต่อที่ชัดเจนและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่

๒. ด้านทรัพยากรมนุษย์ บุคลากรขาดความรู้หรือทักษะในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเอง หรือมีภาระงานมากเกินไป

แนวทางแก้ไข: จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางและเทคนิคการให้คำปรึกษา จัดระบบแบ่งปันงานหรือเพิ่มบุคลากรสนับสนุน

๓. ด้านเป้าหมาย/นโยบายองค์กร นโยบายไม่ชัดเจนหรือขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ตัวชี้วัดความสำเร็จไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

แนวทางแก้ไข: เสนอข้อมูลผลกระทบของภาวะโลหิตจางต่อผู้บริหารเพื่อสร้างความตระหนัก ปรับตัวชี้วัดให้เป็นรูปธรรมและวัดผลได้ เช่น อัตราการรับประทานยาเสริมเหล็กต่อเนื่อง

๔. ด้านผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์) ขาดความตระหนักหรือความร่วมมือในการจัดการตนเอง ความเชื่อหรือวัฒนธรรมที่ขัดขวางการรับประทานยา

แนวทางแก้ไข: จัดกิจกรรมให้ความรู้ผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย (เช่น แอปพลิเคชัน LINE, คลิปเสียง) ใช้ผู้นำชุมชนหรือ อสม. เป็นตัวช่วยสื่อสาร

๕. ด้านข้อมูลและติดตามผล ระบบเก็บข้อมูลไม่เป็นเอกภาพหรือไม่ทันสมัย ไม่มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข: พัฒนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ จัดให้มีระบบนัดหมายและติดตามผ่าน SMS หรือโทรศัพท์

สรุป

การแก้ไขอุปสรรคต้องทำแบบบูรณาการโดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่และความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการจัดการตนเองควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

ระยะเวลาดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. ผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยตรง ในการลดอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และ ภาวะเลือดออกหลังคลอด พัฒนาคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์ ลดอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด เวียนศีรษะ จากภาวะโลหิตจาง เสริมสร้างพลังงานและความแข็งแรงระหว่างตั้งครรภ์

๔.๒. ผลด้านพฤติกรรมและความรู้ หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองได้เรียนรู้วิธี ตรวจสอบอาการโลหิตจางเบื้องต้นสามารถ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และรับประทานยาตามแผน มีทักษะการบันทึกและติดตามสุขภาพ ด้วยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น (สมุดบันทึก/แอปฯ) โดย ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุน เช่น เตือนรับประทานยา หรือเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นำความรู้ไปเผยแพร่ในชุมชน

๔.๓. ผลต่อระบบสาธารณสุข ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้งานได้จริงเป็นรูปแบบที่ ประหยัด ต้นทุน เน้นการมีส่วนร่วม และปรับใช้ได้ในพื้นที่ต่าง ๆ สามารถบูรณาการกับระบบบริการเดิม เช่น คลินิก ANC หรือโครงการเสริมธาตุเหล็ก ลดภาระงานบุคลากรสาธารณสุข หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้บางส่วน ลดการพึ่งพาการตรวจรักษาซ้ำ บุคลากรใช้เวลาให้คำปรึกษาแบบมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเป็นแนวทางสำหรับนโยบายสาธารณสุขเพื่อดำเนินการในหน่วยงานเกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อาจนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น

๔.๔. ผลเชิงวิชาการและสังคม เพิ่มฐานความรู้การแก้ไขและป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยการจัดการตนเองเป็นงานที่ผสมผสาน การแพทย์เชิงป้องกัน และ การส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาสามารถนำเสนอในงานประชุม สร้างความตระหนักในสังคมกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการป้องกันโลหิตจางตั้งแต่วัยเริ่มตั้งครรภ์ เป็นตัวอย่างการแก้ปัญหาสุขภาพอีกรูปแบบหนึ่ง

๔.๕. ความยั่งยืนในระยะยาว รูปแบบการจัดการตนเองสามารถใช้ต่อเนื่องได้แม้จบโครงการ สามารถนำความรู้มาปรับใช้ในหญิงตั้งครรภ์รุ่นต่อไปได้ โรงพยาบาลชุมชนอื่นหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำไปพัฒนาเป็น แอปพลิเคชันหรือระบบออนไลน์ เพื่อขยายผลต่อไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Indicators)

๕.๑.๑. อัตราการลดลงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับเฮโมโกลบิน (Hb) ต่ำกว่า ๑๑ g/dL ลดลง $\geq 20\%$ หลังเข้าร่วมโครงการ)

๕.๑.๒. อัตราการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง (หญิงตั้งครรภ์รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก $\geq 80\%$ ของกำหนด โดยวัดจากสมุดบันทึกหรือการรายงานตนเอง)

๕.๑.๓. อัตราการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง(หญิงตั้งครรภ์ $\geq 80\%$ สามารถอธิบายสาเหตุและวิธีป้องกันภาวะโลหิตจางได้ถูกต้อง โดยประเมินด้วยแบบสอบถาม)

๕.๒. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)

๕.๒.๑. อัตราการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (หญิงตั้งครรภ์เข้าร่วม $\geq 70\%$ ของกิจกรรม เช่น การอบรมกลุ่ม, การติดตามผลผ่านแอปฯ)

๕.๒.๒. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการตนเอง (หญิงตั้งครรภ์ $\geq 80\%$ พึงพอใจกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ)

๕.๒.๓. อัตราการใช้เครื่องมือติดตามสุขภาพ (หญิงตั้งครรภ์ $\geq 60\%$ ใช้งานเครื่องมือติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น แอปพลิเคชันหรือสมุดบันทึก)

๕.๓. ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Indicators)

๕.๓.๑. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์สามารถวางแผนการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กได้ด้วยตนเอง มีการปรับปรุง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง (เช่น เนื้อสัตว์, ผักใบเขียว) ลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก (เช่น การดื่มชาหรือกาแฟพร้อมมื้ออาหาร)

๕.๓.๒. การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ (เช่น เตือนรับประทานยา, ช่วยเตรียมอาหาร) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือบุคลากรสาธารณสุข นำรูปแบบไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

๕.๓.๓. ความยั่งยืนของรูปแบบ สามารถ นำรูปแบบไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้ หน่วยงานสาธารณสุข นำไปปรับใช้ในแผนงานประจำ

(ลงชื่อ..... พนิดา อยู่ซิวาล)

(นางสาวพนิดา อยู่ซิวาล)

ผู้ขอประเมิน

(วันที่) ๖ / พ.ค. / ๒๕๖๘

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นายธนวุฒิ สิงห์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและ วิสัญญีพยาบาล	๑๔๒๘๗๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด	๕๘๔๕	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ และได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“แนวคิดส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง ๖ เดือนแรกหลังคลอด สู่มาตรฐาน Baby Friendly Hospital (BFHI)”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4.1 ให้คำปรึกษา อำนาจการ ถ่ายทอดความรู้ด้านการพยาบาลผู้คลอดในการดูแลผู้คลอด และทารกให้ผู้ได้บังคับบัญชา ผู้ใช้บริการ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติงานและดูแลตนเองได้

4.2 กำหนดแนวทาง รูปแบบ วิธีการเผยแพร่ ประยุกต์เทคโนโลยีด้านการพยาบาลผู้คลอด เข้าสู่ระดับสากล เพื่อให้สอดคล้องและสนับสนุนภารกิจขององค์กร

4.3 จัดทำฐานข้อมูลระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการพยาบาลผู้คลอดที่ รับผิดชอบ เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กร

(5) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

5.1 จัดซื้อจัดจ้างครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ของกลุ่มงานการพยาบาล 2 ครั้ง/ปี

5.2 เข้าร่วมประชุมงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ด้านวิชาการ กลุ่มงานการพยาบาล วิเคราะห์หน่วยงาน กำหนดทิศทาง วางแผนการดำเนินงานด้านวิชาการของกลุ่มงานการพยาบาล

5.3 เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลเพื่อรับนโยบาย รวมถึงให้คำปรึกษาหารือ และให้ข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1.เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำและได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กุมภาพันธ์ 2567 – ตุลาคม 2567

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ภาวะรกเกาะในหญิงตั้งครรภ์

3.1.1 ภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta Previa) หมายถึง ภาวะที่รกฝังตัวในตำแหน่งผิดปกติที่บริเวณส่วนล่างของโพรงมดลูก โดยรกอาจปกคลุมปากมดลูกทั้งหมดหรือบางส่วน ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดได้ การวินิจฉัยส่วนใหญ่ทำได้โดยการตรวจอัลตราซาวด์ในระหว่างการฝากครรภ์ (Silver, 2022) มักพบเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนมากพบในไตรมาสที่ 3 โดยเฉพาะเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 8 เดือน (บุญสืบ โสโสม, 2549: 290) เมื่อปากมดลูกมีการหด ขยายเมื่อใกล้คลอดจะทำให้มีเลือดออกมาให้เห็นภายนอก ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ชนิดคือ(นิมิต เตชไกรชนะ, 2548: 384-385)

1. Total placenta pre หรือ complete placenta previa หมายถึง รกเกาะต่ำที่คลุมรูเปิด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ภายในของปากมดลูก (Internal OS) ทั้งหมด

1. Partial placenta previa หมายถึง รกเกาะต่ำที่คลุมรูเปิดภายในของปากมดลูกบางส่วน
2. Marginal placenta previa หมายถึง รกเกาะต่ำที่มีขอบรกเกาะที่ริมรูเปิดภายในของปากมดลูก
3. lying placenta-Low หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกแต่ไม่คลุมถึงปากมดลูกด้านใน

3.2 พยาธิสภาพ

ในการตั้งครรภ์ปกติตัวอ่อนที่อยู่ในระยะ stocystbla จะฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกในตำแหน่งปกติแต่ในภาวะรกเกาะต่ำ blastocyst จะเลื่อนลงมาฝังตัวในตำแหน่งผนังมดลูกส่วนล่างจากการที่มีภาวะผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นในมดลูกเช่น การไหลเวียนเลือดในบริเวณเยื่อโพรงมดลูกผิดปกติหรือจากการที่เยื่อโพรงมดลูกหรือกล้ามเนื้อมดลูก เคยได้รับการทำหัตถการบางอย่างมาก่อนในอดีต เช่น จากการขูดมดลูก หรือจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้เยื่อโพรงมดลูกมีร่องรอยแผลเป็น ส่งผลให้การฝังตัวของรกผิดปกติไปจากตำแหน่งปกติต่อมาเมื่อรกมีขนาดใหญ่ขึ้นจากการที่อายุครรภ์เพิ่มมากขึ้นจึงขัดขวางทางออกของทารกบริเวณรูเปิดด้านในของปากมดลูก ส่งผลให้เกิดภาวะต่าง ๆ ดังนี้ (สุกัญญา ปรีสัญญากุล, 2537: 93; บุญสืบ โสโสม, 2549: 292)

1. การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกส่วนล่างจะมีน้อยกว่าบริเวณยอดมดลูก ดังนั้น รกจึงต้องเกาะบริเวณที่กว้างขึ้น
2. ในระยะหลังของการตั้งครรภ์มดลูกจะมีการหดตัวบ่อยขึ้น ขณะที่มดลูกมีการหดตัวจะเกิดภาวะเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่มีอาการเจ็บปวดเมื่อมีการหดตัวจะมีเลือดออกและมีการตกเลือดซ้ำๆ และปริมาณเลือดที่ออกจะเพิ่มมากขึ้น
3. ภาวะรกเกาะต่ำทำให้เกิดการติดเชื้อมดลูกได้ง่ายเนื่องจากการหดตัวของมดลูกจะเกิดการลอกตัว ทำให้มีเลือดออกจากเส้นเลือดที่ฉีกขาด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อทางช่องคลอดเข้าสู่มดลูกได้ง่าย
4. ภาวะรกเกาะต่ำจะส่งเสริมให้ทารกในครรภ์อยู่ในท่าที่ผิดปกติเนื่องจากรกเกาะขวางอยู่บริเวณส่วนล่างของมดลูก ทารกไม่สามารถกลับให้ศีรษะเป็นส่วนนำได้
5. ความผิดปกติของรกและสายสะดือเช่น รกมีขนาดใหญ่และบาง

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะรกเกาะต่ำมีดังนี้คือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Cashion, 2016; Hutcherson, 2012; Murray & McKinney, 2014; Oats & Abraham, 2017; Smith, 2018)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

1. อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ มีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย (painless bleeding) เลือดที่ออกเป็นเลือดมารดาอาการเลือดออกทางช่องคลอดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 70 และมักเกิดขึ้นในช่วงปลายไตรมาสที่ 2 เป็นต้นไป เลือดที่ออกมานี้จะไม่มีอาการนำ หรืออาการเตือนมาก่อน เลือดที่ออกครั้งแรกมักมีปริมาณไม่มากและหยุดได้เอง ในรายที่รกเกาะต่ำแบบ low-lying อาจมีเลือดออกเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีอาการเปิดของปากมดลูก ซึ่งอาการอาจคล้ายกันกับภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
2. ลักษณะเลือดที่ออกเป็นสีแดง
3. จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดได้สัดส่วนหรือสัมพันธ์กับอาการของหญิงตั้งครรภ์
4. จากการตรวจหน้าท้องพบว่ามดลูกนุ่มตามปกติ กดไม่เจ็บ คลำทารกในครรภ์และฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ได้ และมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. ทารกมีส่วนนำผิดปกติ หรืออยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ส่วนหน้าเป็นกัน หรือทารกอยู่ในท่าขวาง ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 35 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรกเกาะต่ำ
6. ในรายที่ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำตรวจพบว่าศีรษะไม่ลงสู่อุ้งเชิงกราน

ผลกระทบ

ผลกระทบภาวะรกเกาะต่ำเกิดขึ้นได้ทั้งกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ผลกระทบมีดังนี้คือ (สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Cashion, 2016)

ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

1. มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด
2. ตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากบริเวณส่วนล่างของมดลูกมีการหดตัวไม่ดี ทำให้เลือดออกจาก placenta bed ได้
3. ติดเชื้อ
4. มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมช้ากว่าปกติ
5. รกเกาะลึก (placenta accrete, placenta increta, placenta percreta) พบร่วมกับภาวะรกเกาะต่ำได้บ่อย โดยเฉพาะในรายที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาก่อน
6. โลหิตจางเนื่องจากเสียเลือดมากและเสียแบบเรื้อรัง

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

1. คลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเป็นสาเหตุสำคัญให้ทารกมีอัตราตายสูง
2. อัตราตายปริกำเนิดสูง พบได้ประมาณร้อยละ 1

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. มีภาวะ birth asphyxia เกิดได้บ่อยจากมารดาเสียเลือดมาก หรือจากการคลอดที่ต้องทะลุผ่านรก ทำให้ทารกเสียเลือดด้วย

การวินิจฉัย

สามารถวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำได้โดย (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554)

1. วินิจฉัยจากประวัติอาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ การมีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะหลังของการตั้งครรภ์โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 70 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ และมักเกิดในช่วงปลายของไตรมาส 2 เป็นต้นไป อาการซีดสัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่ออกถ้าไม่มีอาการเจ็บครรภ์ หน้าท้องจะนุ่มไม่แข็งตึง คลำทารกได้

2. การตรวจอัลตราซาวด์

การตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้องเป็นวิธีที่ง่าย ปลอดภัยและถูกต้องแม่นยำในการดูตำแหน่งของรก มีความถูกต้องในการวินิจฉัยประมาณร้อยละ 96 การตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด มีความถูกต้องแม่นยำสูง สามารถเห็นปากมดลูกด้านในได้ทุกราย

3. การตรวจภายใน เป็นวิธีวินิจฉัยโรคได้แน่นอน แต่ต้องทำการตรวจในห้องผ่าตัด

(double set up) เป็นการตรวจภายในในหญิงตั้งครรภ์ที่สงสัยว่ามีรกเกาะต่ำ และต้องการที่จะทำการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมที่จะทำการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องคลอดได้ทันทีที่วินิจฉัย ในห้องผ่าตัดต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งวิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ และสูติแพทย์ผู้ผ่าตัดและช่วยผ่าตัด ดังนั้นในรายที่ทารกในครรภ์มีอายุน้อย และยังสามารถให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองได้ จะไม่ทำการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีนี้ ในปัจจุบันไม่นิยมใช้วิธีนี้ เนื่องจากมีการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ ซึ่งสามารถบอกตำแหน่งรกได้เกือบทั้งหมด

การรักษา

ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเลือดที่ออก อายุครรภ์และความสมบูรณ์ของทารก ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด มีหลักการดูแลรักษาดังต่อไปนี้ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Ricci, 2017)

1. การรักษาเบื้องต้น เพื่อสังเกตอาการตกเลือดโดย
 - 1.1 รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องคลอด
 - 1.2 ประเมินการเสียเลือด และสัญญาณชีพของมารดา
 - 1.3 ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ด้วย Electronic FHR monitoring
 - 1.4 ห้ามตรวจภายในทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก และห้ามสวนอุจจาระ
 - 1.5 ตรวจความเข้มข้นของเลือด เตรียมเลือดและให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้
 - 1.6 งดน้ำและอาหารทางปาก ให้น้ำเกลือ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

2. การรักษาขั้นต่อไป ขึ้นอยู่กับสถานะของหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้คือ

2.1 อายุครรภ์น้อย (preterm) และไม่มีข้อบ่งชี้ให้คลอด หากเลือดออกไม่มาก สถานะของมารดาและทารกยังดีอยู่ ควรให้การรักษาแบบประคับประคอง (expectant management) คือเฝ้าระวังเลือดออกซ้ำ หากเลือดหยุดแล้ว อาจให้กลับบ้านได้ ต้องอธิบายให้ทราบว่ามีโอกาสเลือดออกซ้ำได้อีก และจำเป็นต้องรับมาโรงพยาบาล เนื่องจากเลือดออกครั้งต่อไปอาจรุนแรงได้ แนะนำให้พักผ่อนไม่ทำงานหนัก งดมีเพศสัมพันธ์หรือสวนล้างช่องคลอด ในรายที่อายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ อาจพิจารณาให้ steroid เพื่อเร่งการเจริญของปอด

2.2 อายุครรภ์ครบกำหนด (37 สัปดาห์) หรือปอดทารกในครรภ์เจริญดีพอที่จะคลอดได้แล้ว ควรพิจารณาให้คลอด เนื่องจากการยืดอายุครรภ์ต่อไปไม่มีประโยชน์ต่อทารก มารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือด

2.3 มีการเจ็บครรภ์คลอดร่วมด้วย หากอายุครรภ์ยังน้อย เลือดออกไม่มาก อาจพิจารณาให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

2.4 เสียเลือดมาก จนอาจเป็นอันตรายต่อมารดา กรณีจำเป็นต้องให้คลอดโดยด่วน ไม่ว่าอายุครรภ์เท่าใดก็ตาม

3. การเลือกช่องทางคลอด

3.1 การผ่าตัดคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำเกือบทั้งหมด ควรคลอดโดยการผ่าตัดคลอด

3.2 การคลอดทางช่องคลอด อาจเลือกทำในรายที่มีรกเกาะต่ำ ชนิด low lying หรือ marginalis ที่ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำและเลือดออกไม่มาก เมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมากจะกดขอบรก ทำให้เลือดออกลดลงได้ กรณีเช่นนี้การตรวจภายใน และการเจาะถุงน้ำคร่ำควรทำแบบ double set up หากมีเลือดออกมาก จะได้ผ่าตัดคลอดได้ทันที

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำนั้นจะต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์คือให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปหรือให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือมารดาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้มารดามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลและดูแลตนเอง มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้มารดาปลอดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือด และภาวะโลหิตจางระยะรอคอยดูแลให้นอนพักผ่อนเตียงโดยจัดให้นอนท่าศีรษะสูง 30-20 องศา เพื่อให้ส่วนของทารกกดรกไว้ช่วยให้เลือดออกน้อยลง ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดตตรวจทางช่องคลอดและทวารหนักเจาะเลือดตรวจระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต และหมู่เลือดเพื่อเตรียมเลือดไว้ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและธาตุเหล็กสูงรับประทานยาบำรุงเลือดระยะคลอดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยคลอด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ฉุกเฉิน ระยะหลังคลอดเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดดูแลให้ยา Oxytocin ,Methergin ตามแผนการรักษา

2. เพื่อให้มารดาปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ สังเกตลักษณะ ปริมาณ สีกลิ่นของเลือดที่ออก บันทึกอุณหภูมิทุก ชั่วโมง แนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย ติดตามผลการตรวจหาค่าจำนวนเม็ดเลือดขาวเป็นระยะ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ

3. เพื่อให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตตามปกติและได้รับออกซิเจนเพียงพอ ระยะรอคคลอด ประเมินและสังเกต ลักษณะ สีกลิ่น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดเพราะถ้าเลือดออกมาก ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติรายงานแพทย์และให้ออกซิเจนแก่มารดาทันทีที่แนะนำให้มารดาสังเกตและบันทึกการเต้นของทารกติดตามผลการตรวจสภาวะของทารกในครรภ์เป็นระยะดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกดีขึ้น แนะนำให้มารดารับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่เน้นอาหารจำพวกโปรตีนและธาตุเหล็กระยะคลอด บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 15 นาทีเพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน เตรียมเครื่องมือในการช่วยทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันทีระยะหลังคลอดกรณีที่ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนรายงานกุมารแพทย์และเตรียมช่วยฟื้นคืนชีพ

4. เพื่อส่งเสริมการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด ระยะรอคคลอดดูแลให้นอนพักบนเตียงเพื่อลดการหดตัวของมดลูก ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดูแลให้สารน้ำและยาลดการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา งดการตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนักเพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนดังนี้สังเกตอาการผิดปกติถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง ให้รีบมาพบแพทย์งดการทำงานหนักทุกชนิดงดการมีเพศสัมพันธ์ และห้ามสวนล้างช่องคลอดแนะนำการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการของมารดาและสุขภาพทารกในครรภ์

5. เพื่อให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลง สร้างสัมพันธภาพกับมารดาโดยการพูดคุยใช้คำพูดที่สุภาพเป็นกันเองให้ข้อมูลพร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองอาการและอาการแสดงภาวะรกเกาะต่ำ เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกวิตกกังวล รับฟังด้วยความตั้งใจและตอบคำถามด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย จัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบเพื่อส่งเสริมให้ได้รับการพักผ่อน อธิบายให้ทราบแผนการรักษา ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาพยาบาล

3.1.2 การผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในหญิงตั้งครรภ์ (Emergency Cesarean Section) เป็น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

กระบวนการผ่าตัดเร่งด่วนที่จำเป็นต้องทำเมื่อการคลอดทางช่องคลอดอาจเป็นอันตรายต่อมารดาหรือทารกในครรภ์ โดยเป็นการตัดผ่านผนังหน้าท้องและผนังมดลูกเพื่อนำทารกออกมาการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินมักเกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ เช่น:

1. ภาวะทารกเครียดในครรภ์ (Fetal distress)
2. การตกเลือดก่อนคลอด เช่น จากภาวะรกเกาะต่ำ
3. ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption)
4. การคลอดติดขัด (Obstructed labor)
5. ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed umbilical cord)
6. ภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์

ตามมาตรฐานทางคลินิก การผ่าตัดคลอดฉุกเฉินควรเริ่มดำเนินการภายใน 30 นาทีหลังจากการตัดสินใจ หรือเร็วกว่านั้นในกรณีที่มีความเร่งด่วนสูง (Boerma et al., 2021)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 3 ระยะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ดูแลเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพและคลายความวิตกกังวล ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดความจำเป็นในสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบเกี่ยวกับอาการและเครื่องมือบางอย่าง สาธิตและอธิบายเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เช่นการพลิกตะแคงตัว การหายใจเข้าออกลึกๆ การไอที่ถูกวิธี โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความวิตกกังวล ชักถามข้อสงสัยและรับฟังด้วยความตั้งใจเพื่อเป็นการแสดงให้ทราบว่าพยาบาลเข้าใจยอมรับ ความรู้สึกของผู้ป่วย และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมก่อนผ่าตัดและติดตามไปส่งหน้าห้องรอผ่าตัด และพยาบาลต้องประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเจาะเลือดและจ้องเลือดเพื่อเตรียมพร้อมในกรณีเสียเลือดมาก เตรียมความสะอาดของผิวหนังบริเวณที่ทำการผ่าตัดดูแลงดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา ใส่สายสวนปัสสาวะ

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ชื่อและนามสกุลการผ่าตัดที่จะได้รับ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ดูแลย้ายผู้ป่วยสู่เตียงผ่าตัด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะได้รับการผ่าตัด จัดเตรียม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เครื่องมือผ่าตัด ส่งเครื่องมือตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัด สังเกตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด จนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ดูแลความเรียบร้อยเปลี่ยนเสื้อผ้าและใส่ผ้าอนามัยเพื่อใช้ประเมินภาวะตกเลือดของผู้ป่วย นำส่งไปห้องพักรักษา

3.การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยการติดตามสัญญาณชีพ ประเมินการหดตัวของมดลูกการจัดการกับความเจ็บปวดอาการข้างเคียงของยาประเมินและดูแลแผลผ่าตัด ให้มารดาพยายามพลิกตะแคงตัวซึ่งจะช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวป้องกันการเกิดพังผืดรัดลำไส้และลดอาการท้องอืด วันแรกหลังผ่าตัดให้ลูกนั่งบนเตียง โดยไขว่ห้างให้ศีรษะสูง 45 องศา ปลายเท้าสูง 10-15 องศา วันที่ 2 หลังผ่าตัดให้ลูกนั่งห้อยเท้าข้างเตียง ยืนและนั่งเก้าอี้ข้างเตียง วันที่ 3 หลังผ่าตัดเริ่มให้ผู้ป่วยเดินรอบๆ เตียง หลังจากผู้ป่วยแข็งแรงอนุญาตให้เดินไปห้องน้ำได้เอง แนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเกี่ยวกับอาหาร การพักผ่อนการรักษาความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ที่สำคัญที่สุดคือการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน มารดาจะต้องดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำในระยะเวลา 7 วันหลังการผ่าตัด รับประทานยาตามแพทย์สั่ง

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็ม (Orem,2001) โอเร็มอธิบายโมทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” การดูแลตัวเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคล เพื่อดำรงรักษาสุขภาพ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well bing) แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือได้ไม่เต็มที่ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยการกระทำแทน หรือกระทำการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม โดยทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพกลับมาดีขึ้นและเป็นปกติสุข

2. การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผนกอร์ดอน (Gordon's functional health) ประกอบด้วย

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิดความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจำกัด เงื่อนไขและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรมและการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติ และขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องกิน เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ฯลฯ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถกินอาหารที่ตนเองเคยชอบ หรือไม่สามารถควบคุมตนเอง ในเรื่องการกินได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวล กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น เกรงจะถูกตำหนิ น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา Body mass index (ค่าปกติผู้หญิง 18 – 24 kg/m², ผู้ชาย 20 – 27 kg/m²) ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร (ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผอม แสบ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กดเจ็บหรือไม่ ต่อม้ำเหลือง ต่อมน้ำลาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณจำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัว เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย ตรวจท้อง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนักและการทำงานของลำไส้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ มุมมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเหงื่อออกเป็นการออกกำลังกายในมุมมองของเขา ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อยแน่นหน้าอก ไม่มีเวลาผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการหรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากผลการตรวจร่างกายระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด)

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

เป็นการประเมินการนอนหลับและการพักผ่อน (Relax) ของผู้รับบริการปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการการปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น) การสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอข้อจำกัดต่างๆ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/การรับรู้ต่อบุคคลสถานที่ และเวลา/ลักษณะการตอบโต้/การใช้ภาษา/การได้ยิน/การมองเห็น/การได้กลิ่น/การสัมผัส/อาการเหน็บชา/เจ็บปวด/ระดับความรู้สึกตัว/Neurological signs/Reflex

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวังสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบัง อวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารยาทที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจาก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่นี้ ใครรับผิดชอบงานในบ้านแทนคุณ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยครั้งนี้)

การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย(ขณะป่วยนี้กระทบต่ออาชีพ การงานหรือไม่ อย่างไร)

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง

เพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่แต่งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร)

เพศหญิง (ประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่มหรือไม่ การคุมกำเนิด)

เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ไข่เลื่อน มีก้อน/ตุ่มหรือไม่) พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตอาการปฏิกิริยา ท่าทาง การแต่งกายคำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ)

ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ (เฉพาะกรณีที่มิชอบบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิงตรวจเต้านม และอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ)

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัยอันตราย การงดเว้นของเสถียงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆ ที่เชื่อว่าจะทำให้อาการหรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น ต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนา บ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่นับถือบูชา เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

2. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) กระบวนการพยาบาลจึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งหลักการของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ และค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วยต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องเก็บมาก แหล่งข้อมูลมีหลายทาง เช่น การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกตการตรวจร่างกาย เวชระเบียนทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทีมสุขภาพ จึงต้องเป็นข้อมูลที่สำคัญครอบคลุม นำข้อมูลไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เพื่อค้นหาปัญหามาไปสู่การวางแผนในการพยาบาล

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) ภายหลังจากการรวบรวมข้อมูลแล้ว พยาบาลจะนำข้อมูล มาจัดหมวดหมู่ เรียบเรียง วิเคราะห์ และสู่ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เพื่อให้ทราบแนวทางการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขและส่งเสริมภาวะสุขภาพ

แบบที่ 1 มีภาวะสุขภาพดี

แบบที่ 2 คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะพบปัจจัยเสี่ยง

แบบที่ 3 มีปัญหาสุขภาพ เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อนี้ คือการวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยที่พบ

3.การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการพิจารณาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลการกำหนดกิจกรรมพยาบาลและการประเมินผลการเขียนแผนการพยาบาลและการสื่อสารเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนที่นำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล จะต้องลงบันทึกเป็นหลักฐานสิ่งที่ได้ปฏิบัติ

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล การประเมินคุณภาพการพยาบาลประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเภท การประเมินขณะให้การพยาบาล การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล โดยสรุปการประเมินผลดังนี้

5.1 บรรลุตามเป้าหมายและปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

5.2 เป้าหมายยังไม่บรรลุ แต่มีความก้าวหน้าที่ดีตามแผนที่วางไว้ อาจมีการปรับเปลี่ยนแผนเล็กน้อย

5.3 เป้าหมายไม่บรรลุควรต้องมีการปรับแผนการพยาบาล หรือการประเมินข้อมูลใหม่ เพื่อสร้างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะรกละอองดำเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ที่มีผลกระทบต่อมารดาตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากพบว่าการตกเลือดก่อนคลอด ซึ่งเป็นอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม และยังเป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่พบบ่อย (สุพัตรา, 2555)

อุบัติการณ์ของรกละอองดำพบได้ ประมาณร้อยละ 0.3-0.5 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด และจะสูงมากขึ้นในกรณีที่เคยผ่าตัดคลอดมาก่อนสาเหตุสำคัญของการรับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาลในระยะก่อนคลอดมีอันตรายต่อทั้งผู้คลอดและทารกคือเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราตายปริกำเนิด รกละอองดำเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาส 3 อันตรายเกิดจากการเสียเลือด หากมีเลือดออกไม่มาก และสามารถหยุดเองได้ สามารถให้ตั้งครรภ์ต่อไปได้ โดยแพทย์จะให้พักผ่อนมากๆ งดการทำงานหนัก งดมีเพศสัมพันธ์ และรับประทานธาตุเหล็กทดแทนการเสียเลือด ในกรณีเลือดออกมาก จะมีผลทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ ในมารดาต้องให้เลือดทดแทน กรณีฉุกเฉินอาจจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แม้อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด หากหัวใจทารกเต้นผิดปกติและช่วยไม่ทันทารกอาจเสียชีวิตได้ บางครั้งหากมารดาเสียเลือดมากหลังผ่าตัดคลอดแล้ว อาจจำเป็นต้องตัดมดลูกออกด้วยเพื่อหยุดเลือด ดังนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การตัดสินใจเลือกช่วงเวลาการผ่าตัดคลอด การเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ การป้องกันการตกเลือด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้การพยาบาลแก่มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำได้อย่างมีคุณภาพเพื่อบรรลุเป้าหมาย“ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการวิเคราะห์กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมกับภาวะช็อคซึ่งเป็นภาวะวิกฤตทางสูติศาสตร์ พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในวางแผนร่วมมือกับสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการคัดกรอง ประเมินปัญหาความต้องการ ภาวะเสี่ยงให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คาดการณ์ และวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกระยะของการผ่าตัดและสามารถใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสมสามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทีและมีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

4.2 สรุปสาระสำคัญ

หญิงไทย อายุ 32 ปี น้ำหนัก 71.4 กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร (BMI 29.33) G4P2A1L2 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 4 วัน LMP 12/พ.ค./2566 EDC 19/ก.พ./2567 แรกรับ (2/ก.พ./2567) เวลา 10.13 น. มารดาตั้งครรภ์ เดินมาเอง รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์เวลา 16.00น. (1/ก.พ.2567) มีเลือดไม่มีน้ำเดิน ตรวจวัดสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 22 ครั้งต่อนาที O2 Sat 99 % ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ปี พ.ศ. 2553 เคยตั้งครรภ์ G1 คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกหลังคลอดน้ำหนักประมาณ 3,000 กรัม พ.ศ.2556 G2 คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกหลังคลอดน้ำหนัก 3,000 กรัม G2 คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกหลังคลอดน้ำหนักประมาณ 2,900 กรัม พ.ศ. 2560 G3 มีภาวะแท้งคุกคาม ยุติการครรภ์ในครรภ์นี้ ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันและการฝากครรภ์ ANC 5 ครั้ง ANC ครั้งแรก GA 25 สัปดาห์ 3 วัน

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood group B , Rh positive , AntiHIV Negative , VDRL Non Reactive , Hematocrit 39% , Deichorophenol Precipitation Test (DCIP) Negative , Mean Corpuscular Volume (MCV) 80.6 fl มารดาตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตรวจครรภ์ Height Of Fundus ¾ เหนือระดับสะดือ ,Back of Fetus Lt , Presentation Vertex , Engagement HF , FHS 140ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ EFW 3,325 กรัม Contractions : Interval 4 นาที Duration 40 วินาที Intensity 2+ , Pelvis Normal สูติแพทย์ได้ตรวจพบปัญหาความเสี่ยง มารดาตั้งครรภ์มีภาวะ ผ่าคลอด 2 ครั้งและ รกเกาะที่ขอบปากมดลูกพอดี (Previous Cesarean Section with Placenta Previa Posterior Marginalis) แจ้งผู้ป่วยและญาติเพื่อดำเนินการ ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน สูติแพทย์ Set OR Emergency for C/S ส่งห้องผ่าตัดเวลา 10.15 น.

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เตรียมความพร้อมต่างๆ ก่อนการผ่าตัด ให้ Ringer 's Acetate solution 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง งดน้ำงดอาหาร เตรียมยาปฏิชีวนะ cefazolin 2 กรัม (ไปห้องผ่าตัด) ใส่สายสวนปัสสาวะ HCT 39% เตรียมเลือดไปพร้อมกับผู้ป่วย จำนวน 3 unit ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ค่าออกซิเจนในเลือด 98% ให้ใส่ O₂ with 10 lit/min

สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

แรกรับที่ห้องผ่าตัด 10.15 น. มารดารู้สึกตัวดีซึมวัดคิ้ว สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการปวดท้องมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้า และหน้าซีดหายใจเหนื่อยอัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที มีอาการอ่อนเพลีย มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าถุงฟาง FHS ไม่ได้ ดูแลเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อให้คลายความวิตกกังวล อธิบายแผนการรักษาพยาบาล คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของมารดา ชื่อและนามสกุล การผ่าตัด ตาม surgery safety checklist ดูแลย้ายมารดาสู่เตียงผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะได้รับการผ่าตัด ก่อนวิสัญญีให้การให้ยาระงับความรู้สึกทางสันหลัง (Spinal anesthesia)

มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เวลา 11.50 น. ใช้วิธีระงับความรู้สึกทางสันหลัง (Spinal anesthesia) คลอดทารกเพศหญิง คลอดเวลา 12.23 น. APGAR 9,10,10 น้ำหนัก 2,810 กรัม ขณะผ่าตัด EBL 650cc คลึงมดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ดูแลความสะอาดของร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินเลือดออกจากช่องคลอด เพื่อประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม

เคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด เวลา 13.30 น. ไปห้องพักร้อน เพื่อสังเกตอาการต่อเนื่อง 30 นาที ขณะอยู่ที่ห้องพักร้อน เรียกลืมตา ปวดแผลผ่าตัด วิสัญญีให้ยาแก้ปวด Morphine inj 2 mg ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน Normal Bleeding Per Vagina มดลูกหดรัดตัวดี

เคลื่อนย้ายไป ห้องหลังคลอด เวลา 14.30 น. ก่อนส่ง รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในเลือด 99% ให้ใส่ O₂ with 10 lit/min

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 (หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่ 1) ที่ห้องหลังคลอดมารดารู้สึกตัวดี ปวดแผลผ่าตัด ประเมิน pain score ได้ 6 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Morphine inj 2 mg ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ ประเมินหลังได้ยาอาการปวดลดลง ประเมินการหดตัวของมดลูก มดลูกหดรัดตัวดี สอนสาธิตให้มารดาคลึงมดลูกอย่างถูกวิธี เพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดี ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ช่วยเหลือในการเปลี่ยนผ้าอนามัย สังเกตและสอบถาม เรื่อง สี กลิ่น ปริมาณ น้ำคาวปลาสีแดงชุ่มผ้าอนามัยประมาณ 100 cc ให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2 - 3 ชั่วโมง เพื่อสังเกตเลือดจากช่องคลอด และป้องกันการหมักหมกและอัปซันที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ไม่มีใช้อุณหภูมิร่างกาย 36.6 - 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 105/71 - 94/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 - 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในเลือด (SpO2) 98 % ใส่ O2 with 10 lit/min เริ่มจิบน้ำ และให้รับประทานอาหารเหลวได้ ท้องอืดเล็กน้อย แนะนำเคลื่อนไหวบนเตียง เพื่อให้ลำไส้ทำงานลดการเกิดอาการท้องอืด

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2567 (หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่ 2) ที่ห้องหลังคลอด มารดา รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ปวดแผลผ่าตัดพอทน ไม่มีภาวะช็อค มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดงชุ่มผ้าอนามัยประมาณ 50 cc ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 - 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/65 - 116/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 - 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในเลือด 98 % Off Foley cath ปัสสาวะได้

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 (หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่ 3) ที่ห้องหลังคลอดมารดา รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ปวดแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดงชุ่มผ้าอนามัยประมาณ 50 cc ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 112/72 - 106/99 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 - 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที รับประทานอาหารธรรมดาได้ ท้องไม่อืด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และรับยาไปรับประทานที่บ้าน ให้คำแนะนำแก่ มารดาสามี และญาติ เรื่องปฏิบัติตัวหลังคลอด การมาตามแพทย์นัดใหม่ นัด 12 กุมภาพันธ์ 2567

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล จำนวน 1 ราย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

2. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิต
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
5. วิเคราะห์ข้อมูล วินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนให้การพยาบาลตาม ภาวะของโรค ความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วถึง
6. ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล และวางแผน จนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านได้ พร้อมให้คำแนะนำปรึกษาความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุข
7. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอตามลำดับ

เป้าหมายของงาน

1. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำให้การปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. เพื่อเป็นแนวทางแก่บุคลากรและผู้สนใจนำไปปรับใช้ในหน่วยงานของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการศึกษาค้นคว้าหาความรู้และเสริมทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับบุคลากรและผู้สนใจ
4. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพและสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ผลการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำกรณีศึกษา 1 ราย จำนวน 1 เรื่องได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะรกเกาะต่ำตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และเฝ้าติดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน ปัญหาที่พบได้รับการแก้ไขทั้งหมด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง พร้อมได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมกับภาวะช็อกได้รับการดูแล การประเมินและค้นหาปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทั้ง ก่อน ขณะและหลังผ่าตัด ร้อยละ 100
3. ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมกับภาวะช็อกสามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำในขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนมาผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ร้อยละ 100
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยมากกว่า ร้อยละ 80
5. ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการใช้นโยบายพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมกับภาวะช็อกมากกว่าร้อยละ 80

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยงาน และเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
2. เป็นแนวทางในการให้ข้อมูล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความพึงพอใจในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย
3. เป็นกรณีศึกษาในการเพิ่มพูนความรู้ด้านวิชาการ และทักษะด้านการพยาบาล แก่บุคลากรในหน่วยงานเพื่อเกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น
4. เป็นเอกสารในการประกอบการศึกษาค้นคว้าหาความรู้และเสริมทักษะในการ ปฏิบัติการพยาบาล สำหรับบุคลากรและผู้สนใจ

ผลกระทบ

สหสาขาผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมกับภาวะช็อกตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษา หาความรู้ แนวทางปฏิบัติงานที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อน รุนแรงจนเสียชีวิตเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะรอคลอด ก่อนคลอดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด พยาบาลห้องคลอดต้องมีความรู้ การประเมินผู้ป่วย การค้นหาปัญหา การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว แก้ไขภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพทันที

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

2.จากกรณีศึกษาผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ และขบวนการดำเนินการของโรคของภาวะรกเกาะต่ำตลอดจนไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤต

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วย ไม่มีความรู้เรื่องรกเกาะต่ำ ไม่เข้าใจอันตรายหรือผลกระทบต่อการมารดาและทารก
2. ผู้ป่วยและญาติจึงมีความวิตกกังวลสูง พยาบาลห้องคลอดจึงต้องสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติโดยอธิบายถึงขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

3. การขาดความรู้ของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ความเร่งด่วนของภาวะรกเกาะต่ำซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ที่รุนแรงจนชีวิตได้

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการอบรมเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล เพิ่มพูนความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะรกเกาะต่ำและได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน
2. พยาบาลห้องคลอดซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การตรวจครรภ์ การประเมินผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินและค้นหาปัญหาเฝ้าระวังติดตามอาการและแก้ไขการเปลี่ยนแปลงจนถึงการดูแลผู้ป่วยหลังคลอดมีประสิทธิภาพผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จึงมีข้อเสนอแนะควรจัดทำแนวทางการการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะรกเกาะต่ำและได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน
3. ส่งเสริมการให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ให้ทราบถึงอันตรายของการมีเลือดออกของภาวะรกเกาะต่ำ ในระยะตั้งครรภ์ และสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง เน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อการวินิจฉัยและค้นหาสาเหตุ พร้อมกับการแก้ปัญหาโดยเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการเผยแพร่ผลงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นายธนาวุฒิ สิงเหม สัดส่วนผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายธนาวุฒิ สิงเหม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 13 / พฤษภาคม / 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายธนาวุฒิ สิงเหม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

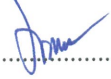
(ลงชื่อ) 

(นางสาธิตา ภูแก้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 13 / พฤษภาคม / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) 13 / พฤษภาคม / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง แนวคิดส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชั่วโมงแรกหลังคลอด สู่มาตรฐาน Baby Friendly Hospital (BFHI)

2. หลักการและเหตุผล

ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จังหวัดนนทบุรี และอำเภอบางบัวทอง สู่มาตรฐานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (Baby-Friendly Hospital Initiative: BFHI) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับโลกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการให้สารอาหารที่จำเป็นแก่ทารก และมีบทบาทสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตของทารกทั่วโลก . WHO และ UNICEF ได้ร่วมกันเปิดตัวโครงการ BFHI ในปี พ.ศ. 2534 เพื่อส่งเสริมให้สถานพยาบาลทั่วโลกปฏิบัติตาม "10 ขั้นตอนสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่" ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของประเทศไทยได้เริ่มดำเนินโครงการ BFHI ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 โดยมีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านการออกกฎหมายปลอด การควบคุมการตลาดของผลิตภัณฑ์ทดแทนนมแม่ และการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ . อย่างไรก็ตาม อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกยังคงต่ำ โดยในปี พ.ศ. 2562 มีเพียง 14% ของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวในจังหวัดนนทบุรี โดยเฉพาะอำเภอบางบัวทอง มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ให้บริการด้านการคลอดและดูแลทารกแรกเกิด เช่น โรงพยาบาลบางบัวทอง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ . การนำแนวทาง BFHI มาใช้ในสถานพยาบาลเหล่านี้จะ ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กในชุมชน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข บทวิเคราะห์

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชั่วโมงแรกหลังคลอดแนวทางนี้ยังเป็นหนึ่งในหัวใจของมาตรฐาน Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) โดยองค์การอนามัยโลก และถือเป็นหนึ่งใน "10 ขั้นตอนสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่" ที่ช่วยให้สถานพยาบาลสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยยกระดับคุณภาพการ

ดูแลแม่และเด็ก และลดปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้ . การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ การให้ข้อมูลแก่แม่ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการประสบความสำเร็จของโครงการนี้ ให้ได้ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดแผนและนโยบายเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างครอบคลุม โดยมีเป้าหมายหลักในการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิตทารกให้ถึงอย่างน้อย 50% ภายในปี 2025

แนวความคิด

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชั่วโมงแรกหลังคลอดเพื่อไปสู่มาตรฐาน Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) โดยเชื่อมโยงแนวคิด ทฤษฎี และการนำไปประยุกต์ใช้งานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด (Early Initiation of Breastfeeding) ถือเป็นหัวใจสำคัญของมาตรฐานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (BFHI) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ UNICEF ซึ่งชี้ชัดว่าชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็น "Golden Hour" ที่ทารกมีสัญญาณในการดูดนมและการสัมผัสผิวหนังระหว่างแม่กับลูก (skin-to-skin contact) จะกระตุ้นฮอร์โมน oxytocin ที่ช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำนมและสร้างสายใยแม่ลูกอย่างลึกซึ้ง แนวคิดนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Jean Watson ในเรื่อง "Human Caring Theory" ที่เน้นความผูกพันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยผ่านการสัมผัสและการตอบสนองทางอารมณ์ รวมถึง Attachment Theory ของ Bowlby ที่ชี้ว่าความสัมพันธ์เชิงบวกตั้งแต่แรกเกิดจะส่งผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กในระยะยาวแนวคิด "การจัดการเชิงระบบ" (Systematic Approach) และ "การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ" (Participatory Care) โดยสร้างแนวทางปฏิบัติในรูปแบบ Flow Chart, แบบประเมินความพร้อมของแม่ และเช็คลิสต์การปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแม่อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ควรมีการอบรมและประเมินสมรรถนะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิด Evidence-Based Practice และ Quality Improvement ซึ่งเป็นรากฐานของการดูแลแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection)

กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนว่า "เพิ่มอัตราการให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติให้ได้อย่างน้อย 50% ภายใน 3 เดือน" โดยพิจารณาจากสภาพปัจจุบัน อัตราการปฏิบัติจริง และแนวทางมาตรฐานของ Baby Friendly Hospital เป็นเกณฑ์ในการตั้งเป้าอย่างสมเหตุสมผล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (information Collection)

ใช้แบบบันทึกการให้นมแม่หลังคลอดทันที รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนแม่และเด็ก หรือแบบฟอร์มเช็คคลิสต์การปฏิบัติงานของพยาบาลหลังคลอด โดยเก็บข้อมูลแม่ที่คลอดปกติและทารกสุขภาพดี เช่น

2.1 เวลาเกิด

2.2 เวลาที่เริ่มดูดนมแม่ครั้งแรก

2.3 ผู้ให้การสนับสนุนเช่น พยาบาล ญาติ ผู้บริหารของโรงพยาบาล หน่วยงานทางราชการ และเอกชนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

2.4 ปัญหาที่พบ

โดยรวบรวมข้อมูลทุกวัน/สัปดาห์ แล้วบันทึกในตาราง Excel หรือ Google Sheet เพื่อความสะดวกในการประมวลผล

3. การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation)

นำข้อมูลมาวิเคราะห์เป็นเปอร์เซ็นต์ของมารดาที่ให้นมภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด เปรียบเทียบกับเป้าหมาย 50% โดยจัดทำเป็นรายสัปดาห์ วิเคราะห์สาเหตุของความล่าช้า เช่น ความไม่พร้อมของแม่ การขาดบุคลากร หรือความเข้าใจผิดของพยาบาล เป็นต้น เพื่อใช้ประกอบการวางแผนปรับปรุง

4. การตัดสินใจ (Decision Making)

จากข้อมูลที่วิเคราะห์ ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล ห้องคลอด, สูติแพทย์, นักโภชนาการ เพื่อตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหา เช่น การอบรมพยาบาลเพิ่มเติม การปรับเวรให้มีผู้ช่วยพยาบาลช่วงหลังคลอด หรือปรับ Flow การส่งตัวจากห้องคลอด

5. การลงมือปฏิบัติ (action)

ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ เช่น

5.1 จัดอบรมการส่งเสริมให้นมแม่ภายใน 1 ชม. ให้พยาบาล

5.2 ใช้ Flow chart ติดในห้องคลอดและหลังคลอด

5.3 แจกแบบประเมินความพร้อมของแม่และคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่

5.4 ติดตามผลการปฏิบัติโดยใช้แบบฟอร์ม และรายงานทุกสัปดาห์

6. การสะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction)

เมื่อสิ้นสุดรอบการดำเนินงาน เช่น 3 เดือน ประเมินผลลัพธ์ว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ พร้อมสะท้อนกระบวนการว่า สิ่งใดที่ทำได้ดีและควรรักษาไว้ สิ่งใดที่เป็นอุปสรรคและควรปรับปรุง อาจใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล หรือการประชุมสรุปผลโครงการ เพื่อวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

ข้อเสนอ

จึงเสนอการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชั่วโมงแรกหลังคลอด สู่มาตรฐาน Baby Friendly Hospital (BFHI) โดยมี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาปัญหาวิเคราะห์สถานการณ์ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามมาตรฐาน Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) โดยองค์การอนามัยโลก และถือเป็นหนึ่งใน “10 ขั้นตอนสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” โดยมีประเด็นที่สำคัญ ศึกษา สถานการณ์ และความต้องการในการจัดการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการเชิงระบบ” (Systematic Approach) และ “การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ” (Participatory Care)

2. พัฒนารูปแบบ การจัดการเชิงระบบ” (Systematic Approach) และ “การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ” (Participatory Care) โดยสร้างแนวทางปฏิบัติในรูปแบบ Flow Chart, แบบประเมินความพร้อมของแม่ และเช็คลิสต์การปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแม่อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ควรมีการอบรมและประเมินสมรรถนะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิด Evidence-Based Practice และ Quality Improvement ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1.การตั้งเป้าหมาย (goal Selection) 2.การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) 3.การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) 4.การตัดสินใจ (decision making) 5.การลงมือปฏิบัติ (action) 6.การสะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction) ดำเนินการใน 12 สัปดาห์ พัฒนาแผนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชั่วโมงแรกหลังคลอด สู่มาตรฐาน Baby Friendly Hospital (BFHI) ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม

3. ประเมินรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชั่วโมงแรกหลังคลอด สู่มาตรฐาน Baby Friendly Hospital (BFHI)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ข้อจำกัดด้านกระบวนการทำงานกระบวนการปฏิบัติงานในห้องคลอดและหลังคลอดยังไม่เอื้อต่อการส่งเสริมให้นมแม่ทันที เช่น ขาด Flow การส่งต่อแม่ลูก, ไม่มีขั้นตอนชัดเจนในการประเมินความพร้อมของแม่

แนวทางการแก้ไข:

- 1.1 อบรมบุคลากรให้เข้าใจหลักการของ BFHI และการช่วยแม่ให้นม
- 1.2 จัดพยาบาลประจำเวรหลังคลอดโดยเฉพาะช่วงที่แม่-ลูกต้องการการดูแล
- 1.3 จัดทีมพยาบาลต้นแบบหรือพี่เลี้ยงเพื่อให้คำแนะนำเฉพาะจุด
2. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรมนุษย์ พยาบาลหรือบุคลากรในเวรอาจมีไม่เพียงพอช่วงหลังคลอด หรือยังขาดความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมให้นมแม่ในช่วงแรก

แนวทางการแก้ไข:

- 2.1 อบรมบุคลากรให้เข้าใจหลักการของ BFHI และการช่วยแม่ให้นม
- 2.2 จัดพยาบาลประจำเวรหลังคลอดโดยเฉพาะช่วงที่แม่-ลูกต้องการการดูแล
- 2.3 จัดทีมพยาบาลต้นแบบหรือพี่เลี้ยงเพื่อให้คำแนะนำเฉพาะจุด
3. ข้อจำกัดด้านเป้าหมายและนโยบาย หน่วยงานยังไม่มีเป้าหมายชัดเจนหรือนโยบายระดับโรงพยาบาลที่สนับสนุนการเริ่มนมแม่ทันทีหลังคลอดเป็นกิจกรรมหลัก

แนวทางการแก้ไข:

- 3.1 เสนอผลการวิจัยหรือข้อมูลทางวิชาการให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ
- 3.2 บรรจุการให้นมแม่ในช่วงแรกลงในนโยบายคุณภาพหรือ KPI หน่วยงาน
- 3.3 วางเป้าหมายชัดเจน เช่น เพิ่มอัตราการให้นมในช่วงแรกเป็น 50% ภายใน 3 เดือน
4. ข้อจำกัดด้านผู้รับบริการแม่บางรายอาจขาดความรู้ ไม่เห็นความสำคัญ หรือไม่พร้อมทางจิตใจและร่างกายที่จะให้นมในทันทีหลังคลอด

แนวทางการแก้ไข:

- 4.1 ให้ความรู้ล่วงหน้าใน ANC คลินิกหรือห้องรอคลอด
- 4.2 ส่งเสริมให้สามีหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการเข้าใจและสนับสนุน
- 4.3 ใช้เทคนิคจิตวิทยาเชิงบวกและทักษะการให้คำปรึกษาจากพยาบาล
5. ข้อจำกัดด้านข้อมูลและการติดตามผลไม่มีระบบติดตามหรือรายงานผลที่ชัดเจน ทำให้ไม่มีความก้าวหน้า หรืออุปสรรคในการดำเนินงาน

แนวทางการแก้ไข:

- 5.1 จัดทำแบบฟอร์มบันทึกผลการให้นมแม่หลังคลอดทันที
- 5.2 สรุปและรายงานผลทุกสัปดาห์/เดือนให้ทีมบริหาร
- 5.3 ประชุมทบทวนผลการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขเป็นรอบ ๆ อย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 อัตราการให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญมารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนให้เริ่มให้นมทันที ช่วยเพิ่มโอกาสให้น้ำนมมาเร็วและสร้างสัมพันธภาพแม่-ลูก

4.2 บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เหมาะสมในการส่งเสริมการให้นมแม่ส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นระบบ มีมาตรฐาน และลดความผิดพลาดหรือการละเลยขั้นตอนสำคัญ

4.3 ผู้รับบริการ (มารดา) มีทัศนคติที่ดีและความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดารู้สึกได้รับการดูแล เอาใจใส่ และพร้อมจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย

4.4 เกิดระบบการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในทีมสุขภาพแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ ทำงานประสานกัน ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทุกขั้นตอน

4.5 โรงพยาบาลมีความพร้อมในการพัฒนาเข้าสู่มาตรฐาน Baby Friendly Hospital สอดคล้องกับนโยบายของ WHO และกระทรวงสาธารณสุข สร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับหน่วยงาน

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละของมารดาหลังคลอดปกติที่เริ่มให้นมลูกภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเป้าหมาย: อย่างน้อย 50% ภายใน 3 เดือน
2. ร้อยละของพยาบาลห้องคลอดและหลังคลอดที่ผ่านการอบรมแนวทาง BFHI และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเป้าหมาย: 100% ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
3. ระดับความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาลเป้าหมาย: ระดับ “พึงพอใจมาก” ไม่น้อยกว่า 80% จากแบบประเมินหลังคลอด

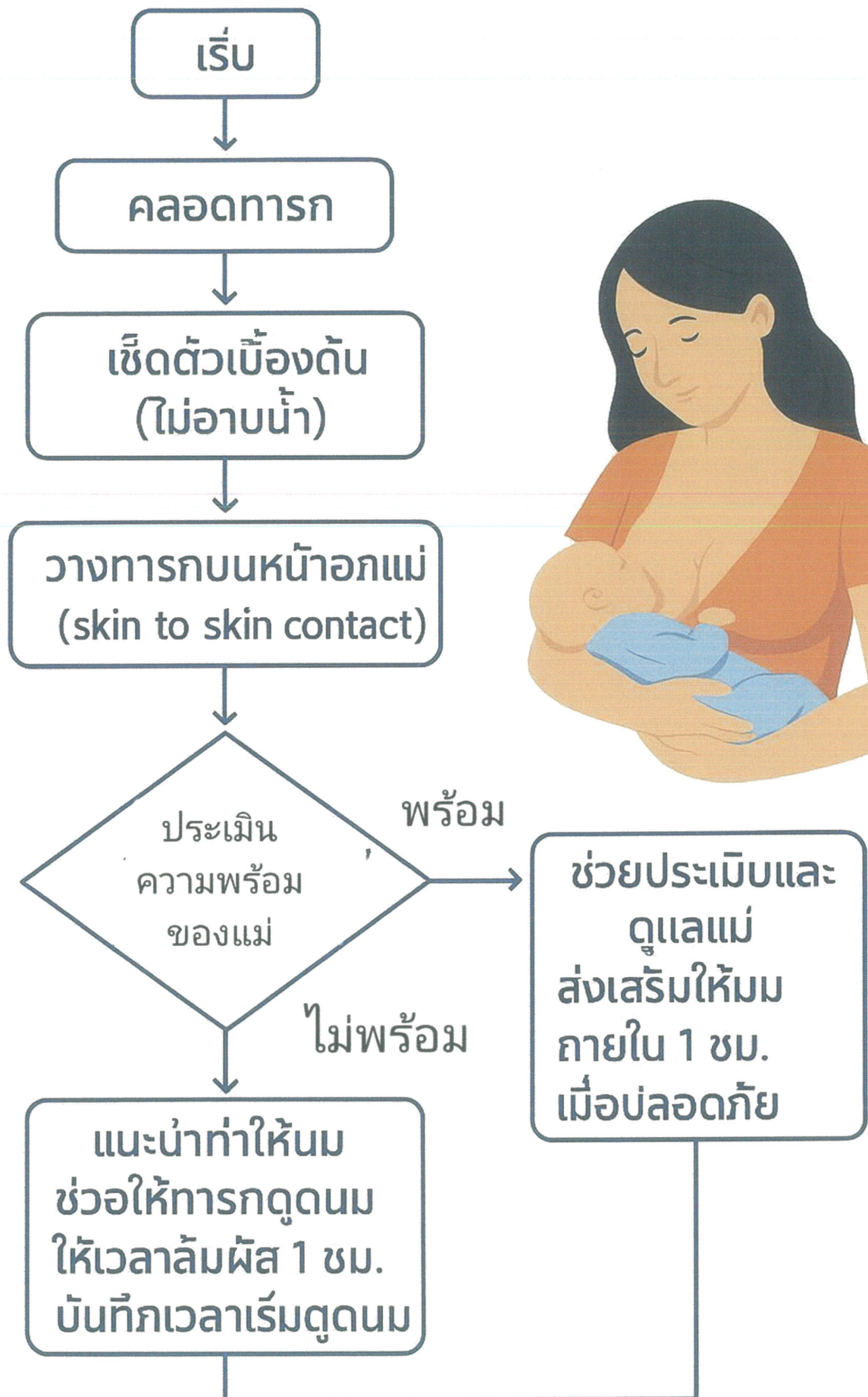
ลงชื่อ.....

(นายธนาวุฒิ สิงเหม)

ผู้ขอประเมิน

(วันที่)13/พฤษภาคม/2568

กระบวนการส่งเสริม การให้นมมารดาหลังคลอดทันที



บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นางอรนุช บุญศิริ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรวม		
	นางอรนุช บุญศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล	๕๗๗๒	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	๖๙๙๔๒	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี” “แนบท้ายประกาศ”				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่ออาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม 2568 - สิงหาคม 2568

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งวิเคราะห์รายงานเกี่ยวกับการดำเนินงาน หรือรายงานการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการด้านสาธารณสุข โดยใช้การศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย รวบรวมข้อมูล เรื่องที่ยาก และมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ทางวิชาการด้านสาธารณสุข หรือประสบการณ์สูง เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังโรค การควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการดูแลรักษาพยาบาล และมีการค้นคว้าอ้างอิงหรือใช้ข้อมูลจากภายนอก เพื่อกำหนดทิศทางการในภาพกว้างของงานด้านสาธารณสุข นำไปสู่การได้ข้อเสนอแนะ เพื่อกำหนดแนวทางมาตรฐานงานด้านสาธารณสุขในการปรับปรุงระบบงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานในครั้งนี้ เป็นการดำเนินงานในรูปแบบของการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน ดังนี้

1. หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นอาการป่วยทางจิตที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จากการประเมินขององค์การอนามัยโลกพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 26 ล้านคน และในประเทศที่กำลังพัฒนาผู้ป่วยร้อยละ 90 ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาได้ (รามาแชนเนล, 2567) และพบความชุกร้อยละ 0.5-2 ของประชากรทั้งหมด ในประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.31 จากการสำรวจระดับวิทยาของความผิดปกติทางจิตในประชากรทุกภาคพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17 (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560) จากสถิติระบบสารสนเทศโรงพยาบาลของโรงพยาบาลบางใหญ่ปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชจำนวน 292,298 และ 340 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 16.07 ,17.09 และ 20.28 ตามลำดับ และมาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลของโรงพยาบาลบางใหญ่, 2568)

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้อารมณ์ พฤติกรรม อาการมักเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงานและการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงมาก โอกาสหายเป็นปกติเหมือนเดิมน้อยลง (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2560) การเกิดโรคจิตเภทมักเกิดในช่วงอายุประมาณ 20-25 ปีผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปและมีอาการนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2562) มีปัญหาการสื่อสารกับคนรอบข้างไม่เข้าใจ ไม่สามารถที่จะเริ่มพูดคุยกับคนอื่น มีอาการพูดคนเดียว ระแวงคนแปลกหน้า แยกตัวออกจากสังคม ขาดความอดทน ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ บางรายมีอาการอาละวาด ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถบอกอาการเตือนที่สำคัญได้ อาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ เช่น อาการนอนไม่หลับ กลัวเสียงที่ตนเองได้ยิน หดหู่ เศร้า เป็นต้น (Sitthimongkol, Lohacheewa, Sirapo-ngam, Viwatwongkasem, 2016) โดยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทจัดเป็น

กลุ่มอาการถูกฉีดยาทางจิตเวชที่สำคัญและพบได้บ่อยมาก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การพูดจาหยาบคาย ภาวะก้าวร้าวรุนแรง ค่า อาละวาดโวยวาย ช่มชู้ ทำร้ายผู้ดูแล (La-ied Pannak & Sirinapa Jatisathian, 2012; mcdonell, Short, Berry, & Dyck, 2003) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาส่งผล ร้อยละ 81.97 (Rossi, Jacobs, Monted, Olsen, Subber, Winkler, et al, 1986) อีกทั้งผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลา และเป็นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและการค้นหาโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้น (Tharoor & Ganesh, 2015) ส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย อาจนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หรือรับประทานได้น้อย และด้านจิตใจพบว่ารู้สึกเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หวาดกลัว (สรินตา น้อยสุข และพิมพ์พิมล เรื่องฤทธิ์, 25๖๕) ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความรู้สึกอับอายต่ออาการของผู้ป่วย การที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และส่งผลให้ไม่มีเวลาส่วนตัวในการทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนหรือสังคม (Gupta & Sharma, 2013) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเป็นภาระสูงนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยพบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระสูงจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ในระดับสูงมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคทางจิตเวชเช่นกัน ซึ่งมีแนวโน้มให้ผู้ดูแลทอดทิ้งผู้ป่วยจิตเวชในที่สุด ผลกระทบจากความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความอดทนต่อปัญหา ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความทนทานทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก ขาดพลังใจในการดูแลผู้ป่วย ท้อแท้ไม่กล้าเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกกำลังใจลดลง คิดว่าตัวเองไม่มีความสามารถ ไม่เห็นทางออกของปัญหา ไม่ทราบแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ถือว่าเป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญที่สุดในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช นับได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์อีกทางหนึ่งในการรักษาดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องเพิ่มพลังใจของตนเองให้เข้มแข็งขึ้นด้วยการสร้างเสริมพลังใจ (Resilience) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง (Grotberg, 1995) บุคคลที่มีพลังใจที่ดีจะสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถมีพลังกายพลังใจในการต่อสู้ให้ตนเองผ่านพ้นจากสภาวะการนั้นๆ ไปได้และเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางบวก บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558)

พลังใจ (Resilience) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการฟื้นกลับมาดำเนินชีวิตและทำหน้าที่รับผิดชอบตามปกติอีกครั้งภายหลังเผชิญสถานการณ์วิกฤต ความยุ่งยากลำบาก อุปสรรคต่างๆ สามารถพลิกวิกฤตเป็นโอกาส โดยสามารถยกระดับความคิดจิตใจ ทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจเกิดการเรียนรู้ที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรค มีพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถกลับมาดำเนินชีวิต ได้อย่างมีความสุข กรมสุขภาพจิต (256๓) การเสริมสร้างพลังใจเป็นกระบวนการปรับตัวและการเติบโตทางจิตใจซึ่งโครงสร้างมีด้วยกันหลายมิติ เป็นพัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอสมารถที่จะปรับตัวกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่เลวร้ายเช่น ปัญหาครอบครัวสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความเจ็บป่วยที่รุนแรงเป็นต้นลักษณะของบุคคลที่มีพลังใจ (Resilience) จะสามารถปรับสมดุลของจิตใจและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากแนวคิดของ Grotberg (1999) ซึ่งกล่าวว่าพลังใจมี 3 องค์ประกอบหลักที่บุคคลจะนำมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจหรือความยากลำบากในชีวิตคือ I am, I have, I can โดยที่ I am (ฉันเป็นคนี่....) เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งในใจคือความมั่นใจความรับผิดชอบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง I have (ฉันมี.....) แรงแสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกรับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ I can (ฉันสามารถที่จะ...) สามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้

หลักการแก้ปัญหา บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้ที่จะสร้างพลังใจให้กับตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีพลังใจเข้มแข็งในชีวิตสูง จะมีพลังสุขภาพจิตสูง เกิดความเข้มแข็งภายในใจ มีทักษะการแก้ปัญหาดี เข้ากับผู้อื่นได้ดี เห็นคุณค่าของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังใจ พบว่าการศึกษาของกษกร ฉายากุล (2561) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า ความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของกริณี สังข์ประคอง (2562) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การศึกษาของ สยาภรณ์ เดชดี และ วิณีกาญจน์ คงสุวรรณ (2562) ศึกษาการพัฒนาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความเข้มแข็งในการมองโลก และพลังสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดพบว่าพลังสุขภาพจิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์เชิงเส้นตรงอย่างง่ายพบว่าคะแนนพลังสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นมีอิทธิพลทางบวกต่อคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก การศึกษาของสรินดา น้อยสุขและพิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากการศึกษาวิจัยเรื่องการเสริมสร้างพลังใจในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด การศึกษาในส่วนของบุคคลทั่วไปเช่นนักศึกษาพยาบาล พบว่าการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตหรือพลังใจทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพลังสุขภาพจิตดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ร่วมกับแนวคิดของ Grotberg (1999) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นรอบด้าน โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งทางใจและมีการปรับตัวที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถสร้างพลังใจของตนเองให้พร้อมที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นจากภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมมีการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

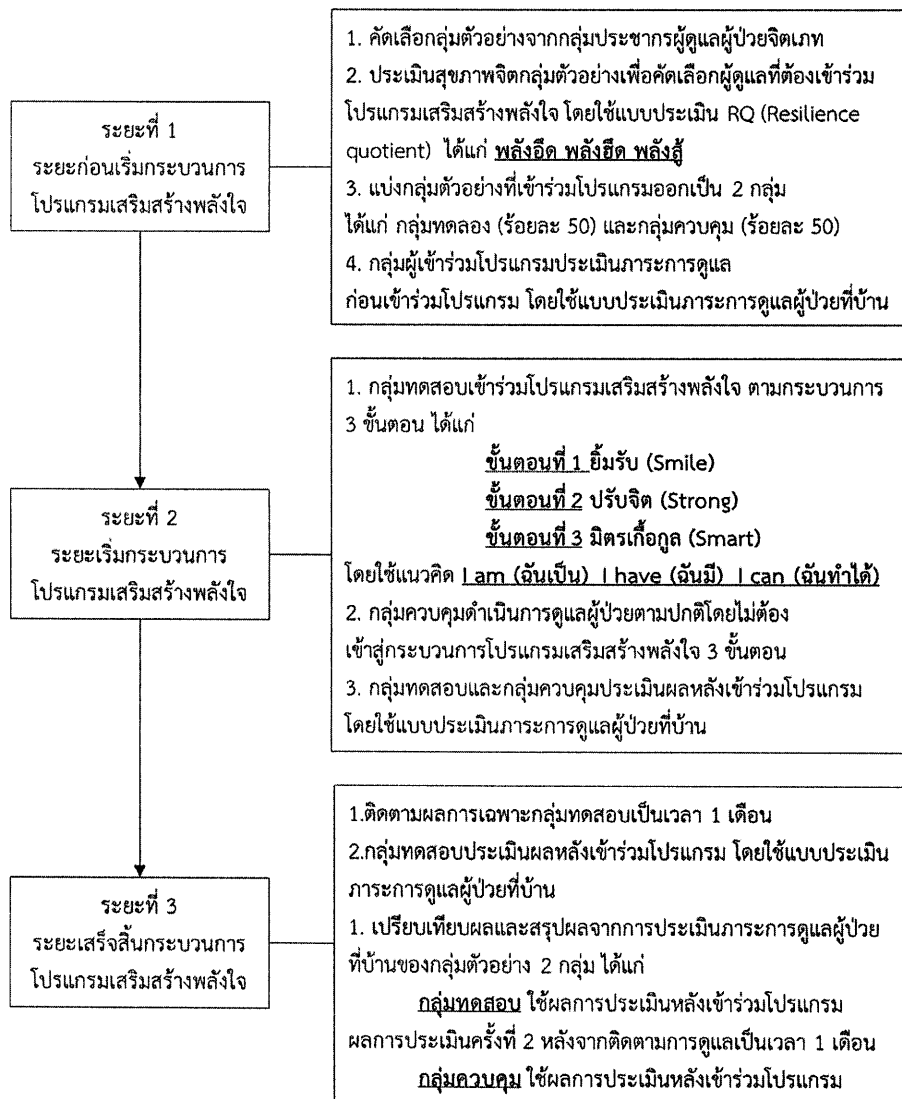
1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

3. เป้าหมายของงาน

เพื่อเสริมสร้างพลังใจและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี และสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจไปปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มในชุมชน

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางใหญ่ ดำเนินการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจโดยใช้แบบประเมิน RQ (Resilience quotient) ของกรมสุขภาพจิต แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประเมินภาระการดูแลทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Zarit Burden ภาษาไทย ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเข้าสู่วิเคราะห์ผลทางสถิติ เปรียบเทียบผล และสรุปผลการวิจัย ดังแสดงในภาพแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

5. ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยวิจัย โดยใช้การสำรวจเพื่อประเมินพลังสุขภาพจิต โดยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับประชาชนวัยผู้ใหญ่อายุ 25-60 ปี ฉบับย่อ (20ข้อ) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 327 คน เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายเก่า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (F20-F29) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่สำรวจและมีผลการประเมินพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 55 คะแนนลงมา จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มปกติ 22 คน

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม(ANCOVA) ใช้สูตรของ Yamane (1970) มีระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .14 กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 44 ราย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด การคัดเลือกเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 25-60 ปี ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี
2. ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง
3. มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 6 เดือน
4. ผู้ดูแลไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล
4. มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
6. มีคะแนนประเมินพลังสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 55คะแนนลงมา โดยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-60 ปี ฉบับย่อ (20ข้อ)

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอลถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยระยะนี้ ใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน มีความเชื่อมั่นและยอมรับได้ ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตที่ผ่านการหาคุณภาพของเครื่องมือและเผยแพร่ให้สามารถใช้ได้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเข้มแข็งทางใจ คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเมินผลองค์ประกอบของบุคคล 3 ด้าน ต่อไปนี้

1.1 ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ หมายถึง การมีจิตใจที่ไม่อ่อนไหวง่าย อึดทนต่อความกดดัน และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ได้ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-10

1.2 ด้านกำลังใจ หมายถึง มีความมุ่งมั่น ไม่ท้อถอย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่

ข้อ 11-15

1.3 ด้านการจัดการกับปัญหา หมายถึง การมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-20

ข้อคำถามในแบบประเมิน มีจำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมิน เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดพบว่ามีความเที่ยงสูง ($\text{Alpha} = .74$) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นนี้ต้องการให้คนไทยได้ค้นหาจุดอ่อนจุดแข็งและเตรียมพัฒนานตนเองให้พร้อมกับวิกฤติหรือความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้นได้ในชีวิต การแปลผลหากประเมินพบว่ามีองค์ประกอบใดต่ำกว่าเกณฑ์ก็สามารถพัฒนาด้านนั้นให้มากขึ้นได้เพราะพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้พัฒนาได้ โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

- ไม่จริง หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ
- จริงบางครั้ง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อยหรือ เห็น ด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย
- ค่อนข้างจริง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากหรือเห็นด้วย กับ เรื่องนั้นๆ
- จริงมาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุดหรือเห็นด้วยกับ เรื่องนั้นๆ มากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

ข้อคำถามกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ

2	3	4	6	7
8	9	10	11	12
13	17	18	19	20

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริง	1	คะแนน
จริงบางครั้ง	2	คะแนน
ค่อนข้างจริง	3	คะแนน
จริงมาก	4	คะแนน

ข้อคำถามกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ

1	5	14	15	16
---	---	----	----	----

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริง	4	คะแนน
จริงบางครั้ง	3	คะแนน
ค่อนข้างจริง	2	คะแนน
จริงมาก	1	คะแนน

การแปลผล

แบบประเมินรวมคะแนนที่ได้แต่ละด้านนำมาเทียบกับค่าเกณฑ์ปกติในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

ค่าคะแนนองค์ประกอบรายด้านความเข้มแข็งทางใจ

องค์ประกอบ	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1-10)	น้อยกว่า 27	27-34	มากกว่า 34
2. ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15)	น้อยกว่า 14	14-19	มากกว่า 19
3. ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20)	น้อยกว่า 13	13-18	มากกว่า 18
รวมทุกด้าน (80 คะแนน)	น้อยกว่า 55	55-69	มากกว่า 69

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาระการดูแลผู้ป่วย ใช้แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (แบบการประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ภาษาไทย ฉบับ 12 ข้อ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจและภาระการดูแลผู้ป่วยที่จิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ชุดเครื่องมือ 2 ชนิด ได้แก่ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจและแบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน(แบบการประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ภาษาไทย ฉบับ 12 ข้อ) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรจำนวน 327 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปข้อมูลพื้นฐาน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ
2. ตัวแปรตาม คือ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ โดยกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (256๒) ตามกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ ยิ้มรับ (Smile) ปรับจิต (Strong) มิตรเกื้อกูล (Smart)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่อิสระ (t-test dependent samples)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบอิสระ (t-test Independent samples)
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง และหลังการติดตาม 1 เดือน โดยใช้สถิติการทดสอบ การวิเคราะห์การแปรปรวนซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ผลงานวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 เรื่อง และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง

เชิงคุณภาพ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง มีพลังใจ ได้แก่ พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้เพิ่มขึ้น และสามารถนำกระบวนการไปขยายผลใช้กับกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนได้ เพื่อให้ปลอดภัยจากผลกระทบด้านสุขภาพจิต ไม่รู้สีกว่าผู้ป่วยเป็นภาระในการดูแล สามารถปฏิบัติงานและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้มีพลังใจและสามารถปรับตัวในสถานการณ์วิกฤติได้อย่างเหมาะสมมีพลังสุขภาพจิตที่ดี ความรู้สึกรับรู้การเป็นภาระลดลง
2. นำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ
3. เป็นแนวทางให้ บุคลากรทางสาธารณสุขรวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับองค์กร ได้มีทางเลือกเพิ่มมากขึ้นในการศึกษาวิจัยและในการประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและยาเสพติดทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

อาจเกิดความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้

๑. การตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจไม่ครบถ้วน วางแผนจัดหาผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินการเก็บข้อมูลในเบื้องต้น
๒. การประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการจัดหาผู้ช่วยผู้ดูแลผู้ป่วยในระหว่างดำเนินการจัดกิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในระหว่างในระหว่างดำเนินการวิจัย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

อยู่ระหว่างดำเนินการ

9. ข้อเสนอแนะ

อยู่ระหว่างดำเนินการ

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ร้อยละ)

นางอรนุช บุญศิริ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- 1) สัดส่วนของผลงาน..... (ร้อยละ)
- 2) สัดส่วนของผลงาน..... (ร้อยละ)
- 3) สัดส่วนของผลงาน..... (ร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางอรนุช บุญศิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่)7 พฤษภาคม 2568.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอรนุช บุญศิริ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปรารณา เชื้อสำราญรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) พ.ค. ๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสรภัญ สงเสริมพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) 07 พ.ค. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

2. หลักการและเหตุผล

ด้วยสภาพสังคมปัจจุบัน ที่เกิดวิกฤตต่างๆ หลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการเมือง และเกิดภัยพิบัติต่างๆ ส่งผลกระทบให้ประชาชนประสบภาวะวิกฤติ เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า การทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งอัตราการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดของประชาชน จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระยะรุนแรงได้ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และจิตเวชได้อย่างครอบคลุม โดยโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่บริการ ด้านขีดความสามารถบริการ (การตรวจวินิจฉัย การให้การดูแล ทางสังคมจิตใจ การส่งเสริมป้องกัน ระบบยา ด้านการส่งต่อด้านการติดตามดูแล) โดยมีเป้าหมายที่ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน หากสามารถเข้าถึงบริการ และได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกรวมทั้งการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง มีการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลต่อการหายจากอาการป่วย สามารถดูแลพึ่งพาตนเองได้ ใช้ชีวิตตามปกติได้ และไม่เป็นภาระของผู้ดูแล ญาติและสังคม รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในระยะยาว

จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด ของอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบประเด็นปัญหาและอุปสรรคดังนี้

1. **ปัจจัยเสี่ยง** : การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ปัญหาเศรษฐกิจ ความรุนแรงในสังคม ภัยพิบัติ (โรคระบาด) : ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

2. **ปัญหาด้านบุคลากร** : ภาระงาน โครงสร้างขอบเขตความรับผิดชอบที่ไม่ชัดเจน การกระจายอำนาจการดูแลผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขไปสู่ระบบท้องถิ่น ความมั่นคงและความก้าวหน้าในสายงาน บุคลากรจากทีมสหวิชาชีพที่จำเป็น ได้แก่ จิตแพทย์ เภสัชกรที่ผ่านการอบรม ด้านยาจิตเวช พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก ยังมีไม่เพียงพอ และควรมีการจัดหาบุคลากรทดแทน ควรมีการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

3. **ปัญหาสถานที่บริการ** : เนื่องจากผู้รับบริการมีลักษณะเฉพาะจึงควรมีสถานที่ที่คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย และเอื้อต่อการให้บริการ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของทั้งผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ

3. **ข้อมูล** : ความถูกต้องของข้อมูล การเชื่อมต่อข้อมูลในระบบ การวิเคราะห์และสรุปผลการรายงานย้อนกลับ ส่งผลต่อการวางแผนและตัดสินใจอย่างเหมาะสม และขาดการประเมินผลการปฏิบัติงาน

4. **ระบบบริการ** : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่งอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตและยาเสพติดให้ได้ตามมาตรฐาน จึงนับว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง และยกระดับคุณภาพการบริการให้สูงขึ้น โดยมีการเชื่อมโยงกันในเครือข่ายสุขภาพอย่างเป็นระบบและครบวงจร

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด ของหน่วยบริการในเครือข่าย อำเภอบางใหญ่
โดยใช้หลักของ SWOT Analysis

Strength จุดแข็ง	Weakness จุดอ่อน
1. ผู้นำองค์กรให้ความสำคัญ การดำเนินงานสุขภาพจิตตามนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงาน 2. มีการทำงานแบบบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกันทั้งภายในและนอกหน่วยงาน 3. สถานบริการสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด 4. ผู้นำองค์กรสนับสนุนให้หน่วยงานในพื้นที่ทำงานสุขภาพจิตในชุมชนเชิงรุก โดยใช้งบประมาณในพื้นที่ 5. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในรพช./สสอ.มีศักยภาพผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและยาเสพติด 6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีศักยภาพในการให้บริการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยมีจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ของรพช.ให้การประสานช่วยเหลือ มีระบบให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลศูนย์24ชม. 7. มีปัญชียาจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลศูนย์ สามารถส่งคนไข้กลับมาดูแลในพื้นที่ได้ 8. ทีมงานสุขภาพจิตในอำเภอบางใหญ่ เข้มแข็งมีศักยภาพ	1. ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตลงสู่พื้นที่โดยตรง 2. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ด้านสุขภาพจิตขาดประสิทธิภาพ 3. ขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ยุทธศาสตร์ของอำเภอ 4. บุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตมีไม่เพียงพอ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในทุกรพ.สต. 5. มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. บางแห่งถ่ายโอนไปอยู่อบจ.ทำให้การประสานงานล่าช้า 6. ขาดการทำงานแบบบูรณาการกับทีมสุขภาพอื่นในองค์กร
Opportunity โอกาส	Threat ภาวะคุกคาม
1. พื้นที่อำเภอบางใหญ่มีพื้นที่ใกล้เคียงกันและใกล้รพช. ทั้ง 2 แห่ง ใกล้กระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่กำลังขยายบริการ ที่สามารถให้บริการและให้การสนับสนุนมีโอกาสพัฒนางานได้มาก 2. มีสถานบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิทางจิตเวช (โรงพยาบาลศรีธัญญา) 3. มีแผนกจิตเวชของรพช./สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 กรมสุขภาพจิตที่สามารถพัฒนาศักยภาพบุคลากร และฝึกทักษะการปฏิบัติงานของบุคลากรได้ 4. มีหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายช่วยเหลือด้านสังคมครอบครัว และเศรษฐกิจหลายหน่วยงาน 5. ประสานงานกับหน่วยงานส่วนกลาง กทม.และอื่นๆได้สะดวกและรวดเร็ว	1. จำนวนประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว 2. ประชากรมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อย และมีประชากรแฝงจำนวนมาก ทำให้การเข้าถึงบริการไม่ครอบคลุม 3. ภาวะสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วจึงเกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน 4. ผลจากสถานการณ์โรคอุบัติใหม่และภัยพิบัติต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของประชาชน

แนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

1. พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิต และยาเสพติด
2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในพื้นที่ อำเภอบางใหญ่ที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย
 - กำหนด KPI ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
 - กำหนดเป้าประสงค์ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดทุกกลุ่มวัย เช่น ลดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ลดอัตราความเครียดในประชาชนทุกกลุ่มวัย ลดอัตราการฆ่าตัวตาย
 - กำหนดกลวิธีการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยโดยบูรณาการร่วมกับงานอื่นๆ
 - กำหนดกลุ่มเป้าหมายและการดำเนินงานให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล และชุมชนเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง
3. พัฒนาทักษะความรู้ด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัยแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดอำเภอบางใหญ่
4. บริหารทรัพยากรอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพร่วมกันภายในอำเภอ
5. พัฒนาระบบข้อมูลและงานระบาดวิทยาสุขภาพจิตและยาเสพติด
6. สนับสนุนการพัฒนาวิชาการสุขภาพจิต
 - เสริมความรู้การศึกษาวิจัย
 - การฝึกปฏิบัติทักษะงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
 - การศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตทั้งระยะสั้น/ระยะยาว
 - สนับสนุนการเข้าร่วมประชุม/สัมมนา/อบรม ด้านสุขภาพจิต
7. นำเสนอผลการดำเนินงานและแผนการดำเนินงาน และแผนงานต่อที่ประชุม ในการประชุมต่างๆ
8. มีการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังใจให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ เช่น การจัดกิจกรรมในสัปดาห์สุขภาพจิต
9. พัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในระดับอำเภอให้มีศักยภาพ และความเข้มแข็ง ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกันในเครือข่าย

ขั้นตอนการดำเนินงาน “พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี”

1. จัดประชุมบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบางใหญ่ เพื่อชี้แจงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดในแต่ละด้านให้ชัดเจน มีความเข้าใจทั้ง 3 ด้าน และการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้มีมาตรฐาน ได้แก่

1.1 ด้านบุคลากร บุคลากรต้องมีความรู้พื้นฐาน และทักษะด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด อย่างพอเพียง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีมาตรฐาน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง หมายถึง บุคลากรจากทีมสหวิชาชีพที่จำเป็น ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอ บางใหญ่ ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ด้านสถานที่บริการ การจัดสถานที่ให้บริการสำหรับงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ซึ่งถือว่าเป็นผู้รับบริการมีลักษณะเฉพาะ จึงควรคำนึงความเป็นส่วนตัว/ความปลอดภัย เช่น การจัดคลินิกที่ ใช้หลัก “ลับหูแต่ไม่ลับตา” และเอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตและยาเสพติดของผู้มารับบริการ และผู้ให้บริการ

1.3 ด้านขีดความสามารถระบบบริการ

1.3.1 รพช. มีการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ครอบคลุมในประเด็นการตรวจวินิจฉัย การให้คำปรึกษา การรับยา และการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตอย่างมีมาตรฐาน

1.3.2 รพ.สต.และเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ คือ การให้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ เข้าใจ ถึงปัจจัยต่างๆ ทางสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.3.3 การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นการจัดให้มีการรณรงค์ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ และค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อสนับสนุนหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

1.3.4 พัฒนาระบบบริหารจัดการยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยยาและเข้าถึงการใช้ยาจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีความคุ้มค่า

1.3.5 ด้านการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับบริการที่มีลักษณะเฉพาะ ในระดับสูงขึ้น มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยที่ครอบคลุมชัดเจน แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

1.3.6 ด้านการติดตามดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลและค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตยาเสพติดในชุมชนได้อย่างครอบคลุม นอกจากนั้นยังสามารถสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย และมีการบูรณาการการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

2. จัดทำแผนงานดำเนินงานติดตามประเมินคุณภาพระบบการให้บริการสุขภาพจิตและยาเสพติดของสถานบริการในเครือข่ายและนิเทศกำกับติดตามประเมินผลตามแผนงานอย่างต่อเนื่อง และมีการถอดบทเรียนการดำเนินงานปีละครั้ง สำหรับในการพัฒนาระบบการทำงานสุขภาพจิตและยาเสพติด

3. แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดของระดับอำเภอแบบบูรณาการ และมีทีมสหวิชาชีพร่วมเป็นคณะทำงาน

4. มีการนำเสนอแนวทางและแผนการดำเนินกิจกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

5. จัดประชุมคณะทำงานร่วมกันจัดทำแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตยาเสพติด

6. นำแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด อำเภอบางใหญ่ สู่การนำไปปฏิบัติ ซึ่งได้จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดของหน่วยบริการในเครือข่าย

7. การติดตามประเมินผลการปรับปรุงมาตรฐานการบริการ โดยติดตามการปฏิบัติงาน/การดำเนินงานของหน่วยบริการให้ได้ตามแผนงานที่กำหนด อย่างน้อยปีละ1ครั้ง

ประเด็นการพัฒนา

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาล ให้มีแนวปฏิบัติ

2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในรพ.สต. (ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน) ให้มีแนวปฏิบัติ

3. พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) ในเครือข่ายอำเภอบางใหญ่

4. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลโดยใช้ระบบ Telemedicine และใช้ระบบ Mobile psychiatric ในการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี มีหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างเป็นระบบ ได้มาตรฐาน ประชาชน เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว
2. บุคลากรที่เป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดมีสมรรถนะและขีดความสามารถเพิ่มขึ้น สามารถพัฒนางานสุขภาพจิตและยาเสพติดให้ได้มาตรฐาน
3. หน่วยบริการเครือข่ายมีแนวทางการปฏิบัติงานภายใต้บริบทของตนเองสามารถนำไปพัฒนางานและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น
4. ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากขึ้นและเร็วขึ้น เครือข่ายบริการในชุมชน สามารถจัดการปัญหาความรุนแรงด้านจิตเวชในพื้นที่ของตนเองได้
5. ประชาชนมีความพึงพอใจ ต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. หน่วยบริการมีแนวปฏิบัติในการพัฒนาบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด อย่างน้อยร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเข้าถึงบริการได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีมาตรฐาน อย่างน้อยร้อยละ 80
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด ร้อยละ 80

(ลงชื่อ)

(นางอรนุช บุญศิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่)7 พฤษภาคม 2568.....

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๖	นางสาวจิตติมา บุญล้ำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๖๐๒๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๑๔๐๒๖๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒” “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม” “แนบท้ายประกาศ”				๑๐๐ %

Wan

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒
๒. ระยะเวลาการดำเนินการ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๖ ถึง ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ รวม ระยะเวลาดูแล ๙๕ วัน
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรค ความหมาย สาเหตุ ปัจจัย พยาธิสรีระ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล

โรคมะเร็งเต้านม คือ ภาวะที่เซลล์ในเนื้อเยื่อของเต้านมเกิดการเปลี่ยนแปลงผิดปกติ โดยเซลล์เหล่านี้เจริญเติบโตและแบ่งตัวอย่างรวดเร็วเกินกว่าปกติ จนทำให้เกิดเนื้องอกในเต้านม หากไม่ได้รับการรักษา เนื้องอกอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงหรือแพร่กระจายผ่านทางระบบน้ำเหลืองและกระแสเลือดไปยังอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย เช่น ปอด กระดูก หรือสมอง มะเร็งเต้านมสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย แต่พบในเพศหญิงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีหลายชนิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและลักษณะของเซลล์มะเร็ง เช่น มะเร็งที่เกิดในท่อน้ำนม (Ductal Carcinoma) หรือมะเร็งที่เกิดในต่อมน้ำนม (Lobular Carcinoma) สาเหตุของมะเร็งเต้านม มักเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การกลายพันธุ์ทางพันธุกรรม ปัจจัยทางฮอร์โมน วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยอาจมีปัจจัยเสี่ยงคือ ประวัติครอบครัวที่เป็นมะเร็งเต้านม การใช้ฮอร์โมนทดแทนในระยะยาว การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการสัมผัส สารก่อมะเร็ง การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาและลดอัตราการเสียชีวิต โดยสามารถตรวจพบได้จากการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง การตรวจแมมโมแกรม หรือการตรวจด้วยเครื่องมือแพทย์ขั้นสูง มะเร็งเต้านมจึงถือเป็นโรคร้ายแรงที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมการป้องกันด้วยการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และการตรวจคัดกรองอย่างเหมาะสม

พยาธิสภาพ (Pathogenesis)

มะเร็งเต้านมเริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปกติให้กลายเป็นเซลล์มะเร็ง โดยเริ่มจากการเพิ่มจำนวนเซลล์ในท่อน้ำนม (Ductal Hyperproliferation) ซึ่งอาจพัฒนาเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign Tumor) และกลายเป็นมะเร็งชนิดลุกลาม (Metastatic Carcinoma) หากได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยก่อมะเร็ง เช่น การสัมผัสสารเคมี การอักเสบเรื้อรัง หรือการกลายพันธุ์ของยีน สภาพแวดล้อมของเนื้องอก (Tumor Microenvironment) เช่น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Stroma) และมาโครฟาจ (Macrophages) มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งและการแพร่กระจาย (Park et al., ๒๐๒๒; Wang & Wu, ๒๐๒๓)

เซลล์ต้นกำเนิดมะเร็ง (Cancer Stem Cells หรือ CSCs) เป็นเซลล์ที่มีบทบาทสำคัญในการเริ่มต้นและการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็ง เซลล์ CSCs สามารถสร้างตัวเองใหม่ได้ (Self-renewal) มีความทนทานต่อการรักษา เช่น เคมีบำบัดและรังสีบำบัด และสามารถแพร่กระจายได้ เซลล์ต้นกำเนิดมะเร็งเต้านม (Breast Cancer Stem Cells หรือ bCSCs) มีศักยภาพในการพัฒนาเนื้องอกใหม่แม้ใช้เซลล์เพียงเล็กน้อย เช่น ๑๐๐ เซลล์ในหนูทดลองที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง นอกจากนี้ยังพบว่าเส้นทางส่งสัญญาณ (Signaling Pathways) เช่น Wnt Notch Hedgehog p๕๓ PlnK และ HIF มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของ bCSCs (Wang & Wu, ๒๐๒๓)

การพัฒนามะเร็งเต้านมสามารถอธิบายได้ด้วยสองทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีเซลล์ต้นกำเนิดมะเร็ง (Cancer Stem Cell Theory) ซึ่งเชื่อว่าเนื้องอกทั้งหมดเริ่มต้นจากเซลล์ต้นกำเนิดเดียวกัน หรือเซลล์ต้นกำเนิดที่เปลี่ยนแปลง (Progenitor Cells) และการกลายพันธุ์ของยีนจะเป็นตัวกำหนดลักษณะของเนื้องอก และทฤษฎีการกลายพันธุ์แบบสุ่ม (Stochastic Theory) ซึ่งเชื่อว่าเนื้องอกสามารถเริ่มต้นจากเซลล์ชนิดใดก็ได้ เช่น เซลล์ธรรมดาที่เกิดการกลายพันธุ์สะสมจนเปลี่ยนเป็นเซลล์มะเร็ง

แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน

๑. การผ่าตัด (Surgery)
๒. การฉายรังสี (Radiation Therapy)
๓. การให้ยาเคมีบำบัด
๔. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal Therapy)
๕. การรักษาแบบกำหนดเป้าหมาย (Targeted Therapy)

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒

โรคเบาหวาน เป็นโรคเกิดจากการเผาผลาญที่ทำงานผิดปกติทำให้ร่างกายเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งมีผลมาจากการขาดอินซูลิน หรืออาจเกิดจากความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่อยู่ในระดับอ่อน เป็นเวลานานทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะต่างๆของร่างกาย

องค์การอนามัยโรคได้แบ่งโรคเบาหวานตามกลไกการเกิดโรคออกเป็น ๖ ชนิดดังนี้ ๑.โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกายส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย รูปร่างไม่อ้วน ปัสสาวะมาก อ่อนเพลียน้ำหนักลด จำเป็นต้องรักษาด้วยอินซูลิน ๒.โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นชนิดที่พบบ่อยในคนไทย เป็นผลมาจากการดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) ร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม มักมีประวัติคนในครอบครัวเป็น ๓.โรคเบาหวานผสมระหว่างชนิดที่ ๑ และ ๒ (Hybrid forms diabetes) สามารถพบในเด็กและวัยรุ่นได้ อาการคล้ายเบาหวานชนิดที่ ๒ จำเป็นต้องใช้อินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาล ๔.โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other specific types) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ยา การติดเชื้อ เป็นต้น ๕.โรคเบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ เกิดจากการที่มีภาวะดื้ออินซูลิน แบ่งเป็นโรคเบาหวานที่ระดับน้ำตาลเข้าได้กับเกณฑ์โรคเบาหวานในคนปกติและโรคเบาหวานที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ๖.โรคเบาหวานที่ไม่สามารถแยกชนิดได้ตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัย (Unclassified diabetes)

การรักษาเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered approach) การเลือกใช้ยาพิจารณาจากผู้ป่วย อายุ ระดับความรุนแรงของอาการ ระดับน้ำตาล โรคร่วม ประสิทธิภาพของยา และผลข้างเคียง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ควรได้รับการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modifications) เพิ่มกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก ๕ เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัวเดิม จำกัดอาหารหวาน และอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไป

๑. ยารักษา ตัวแรก ที่ควรให้ ถ้าไม่มีข้อห้าม คือ metformin (A rating) เป็นยาไม่แพง ประสิทธิภาพดี ผลข้างเคียงน้อย ลดภาวะดื้ออินซูลิน ลดผลแทรกซ้อนด้านหัวใจในระยะยาว

๒. เมื่อยาตัวแรกไม่ได้ผล อาจใช้ยาตัวที่ ๒ ได้หลายชนิด เช่น sulfonylureas, thiazolidinediones, dipeptidyl peptidase-๔ inhibitors, sodium-glucose cotransporter ๒ (SGLT๒) inhibitors, glucagon-like peptide-๑ (GLP-๑) agonists, or basal insulin

๓. ยาอื่น เช่น α -glucosidase inhibitors, bromocriptine, colesevelam, and pramlintide พิจารณาใช้ตามสถานการณ์

๔. อินซูลิน ใช้เมื่อระดับน้ำตาลสูงมาก มีอาการรุนแรง เลือดเป็นกรด เนื่องจากสามารถปรับขนาดยาได้เร็ว เพื่อให้น้ำตาลกลับมาเป็นปกติโดยใช้เวลาไม่นาน การใช้อินซูลิน แบ่งเป็น basal and prandial insulins

- Basal insulin เริ่มที่ ๑๐ units หรือ ๐.๑ to ๐.๒ units/kg of body weight. สามารถใช้ร่วมกับ metformin หรือยาเม็ดลดน้ำตาลชนิดอื่นได้

- Bolus insulin เช่น regular insulin หรือ insulin analogues ออกฤทธิ์เร็ว ลดน้ำตาลตามมื้ออาหาร

๔ สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่วันละ ๓๘๑ คน หรือ ๑๓๙,๒๐๖ คน ต่อปี ขณะที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ.๒๕๖๖ มีคนไทย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งวันละ ๒๓๐ คน หรือ ๘๔,๐๗๓ คนต่อปี โดยโรคมะเร็งเต้านมเป็น ๑ ใน ๕ อันดับแรกของ โรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย จากข้อมูลในปี ๒๕๖๓ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้หญิงไทยป่วยด้วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ๑๘,๐๐๐ คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมราว ๔,๘๐๐ คน ทั้งยังมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๖๙ จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว ๒๒,๐๐๐ คนต่อปี ในการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลปากเกร็ดมีแนวโน้มของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นโดยในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๖ ราย ปี๒๕๖๕ จำนวน ๒๕ ราย ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๒๑ ราย จากการศึกษาจากเวชระเบียนมักมาพบแพทย์ ในระยะลุกลาม คลำพบก้อนบางรายมีเต้านมอักเสบบวมแดงมีน้ำเหลืองหรือเลือดออกทางหัวนมหรือคลำพบก้อนที่ รักแร้ การเข้ารับการรักษา

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เมื่อ ๒ เดือนที่แล้ว ก้อนที่เต้านมมีขนาดโตมากขึ้นและกดเจ็บ

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

เมื่อ ๒ ปีที่แล้วผู้ป่วยคลำพบก้อนที่เต้านมด้านซ้าย มีอาการเจ็บ จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและ ได้รับการให้คำแนะนำเพื่อการวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความกังวลและยังไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัดจึงไม่ได้รับ การรักษาต่อเนื่อง และเมื่อ ๒ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ก้อนที่เต้านมมีขนาดโตมากขึ้น กดเจ็บ

ประวัติการผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มี ยาทานเพื่อการรักษาประจำ ผู้ป่วยไม่เคยขาดยา ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เคยได้รับการ รักษาด้วยแผลเบาหวานที่เท้า

ประวัติการเจ็บป่วยคนในครอบครัว ปฏิเสธบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้างเป็นแม่บ้าน มีบุตร๓คนบุตร๒คนแรกทำงานแล้ว คนที่๓ มีภาวะพิการ แต่กำเนิดเดินไม่ได้

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๔๕ ปี สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๖ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอและชัดเจน อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๖๖/๙๔ mmHg รู้สึกตัวดี สีหน้าวิตกกังวล เล็กน้อย พูดคุยตอบคำถามรู้เรื่อง หายใจสะดวก (O₂Sat ๙๙%) สัญญาณชีพปกติ ยกเว้นความดันโลหิตสูง ๑๖๖/๙๔ mmHg) ผิวหนังและศีรษะสะอาดปกติ เต้านมด้านซ้ายคลำพบก้อนและกดเจ็บ ไม่มีลักษณะบวมแดง หัวใจและ หลอดเลือดไม่มีเสียงผิดปกติ ท้องสมมาตร ไม่มีความผิดปกติของลำไส้หรืออวัยวะภายใน ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ปกติ ระบบประสาทตอบสนองดี การตรวจการทำงานประสานกันปกติ คลำพบก้อนที่เต้านมด้านซ้าย โดยมีขนาด ก้อนใหญ่ที่สุด ๗.๓ เซนติเมตร

การวินิจฉัยของแพทย์ครั้งสุดท้าย

Diagnosis Breast cancer left with Hypertension Dyslipidemia Diabetes Mellitus

ผลตรวจชิ้นเนื้อ

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากตัวอย่างเนื้อเยื่อ (Core needle biopsy) เมื่อวันที่ ๒๐กรกฎาคม ๒๕๖๖ พบว่าเป็นมะเร็งชนิด Invasive ductal carcinoma เกรดทางเนื้อเยื่อวิทยา (Histologic grade) ระดับ ๒ และพบการแพร่กระจายเข้าสู่หลอดเลือดและระบบน้ำเหลือง

ตารางที่ ๑ ผลตรวจชิ้นเนื้อ

วันที่	รายการตรวจ	ผลการตรวจ
๒๐/๗/๒๕๖๖	Core needle biopsy Left breast mass	Invasive ductal carcinoma, Histologic grade ๒, Positive for angiolymphatic invasive, Immunohistochemical stains for ER, PgR, HER๒ and Ki- ๖๗ will be performed upon request
๘/๘/๒๕๖๖	Breast, Left, mastectomy	Invasive ductal carcinoma, Histologic grade ๒, Size ๗.๓ cm. in greatest dimension, Presence of ๑๐ % of intraductal component, solid and cribriform pattern, nuclear grade ๒ with comedo necrosis, Positive for perineural invasive, Deep margin: negative, ๑.๖ mm, Nipple, left: no pathological change, Immunohistochemical: stains for ER, PgR, HER๒ and Ki- ๖๗ are pending for the result (block)

การรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด

วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๖ (Pre-op) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม (Breast Cancer) และวางแผนการผ่าตัด Modified Radical Mastectomy (MRM) ในวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๖ โดยมีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดอย่างละเอียด แพทย์สั่งให้ตรวจซ้ำผลเลือดในรายการ CBC, Electrolytes, BUN, และ Creatinine รวมถึงให้คำปรึกษากับแพทย์ด้านอายุรกรรม (Med Pre-op) เพื่อประเมินสภาพร่างกายก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ Acetar ๑๐๐๐ ml อัตรา ๘๐ ml/hr. และเตรียมการให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolid g IV ก่อนเข้าห้องผ่าตัดครึ่งชั่วโมง นอกจากนี้ แนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน (NPO after midnight) พร้อมกำชับให้ปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ทั้งนี้ผู้ป่วยนำยาประจำตัวจากบ้านมาด้วยเพื่อใช้ในระหว่างการรักษา

วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๖ (Post-op Day ๐) หลังจากการผ่าตัด Modified Radical Mastectomy (MRM) เต้านมด้านซ้ายเสร็จสิ้นภายใต้การดมยาสลบ (GA) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยการให้สารน้ำ Acetar ๑๐๐๐ ml อัตรา ๘๐ml/hr จนหมดและเปลี่ยนเป็น Hep lock การจัดการความปวดใช้ยา Morphine (Mo) ๔ mg prn q ๔hr. และ Plasil ๔mg prn q ๖ hr. ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin ๑ g IV ทุก ๖ ชั่วโมง รวมถึงยาแก้ปวดเพิ่มเติม Paracetamol ๕๐๐ mg ๒ เม็ด prn ทุก ๖ ชั่วโมง และ Ibuprofen ๔๐๐mg ๑ เม็ด ๓ครั้งต่อวัน มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) พบค่าสูง ๓๒๖ mg% จึงมีคำสั่งแพทย์ให้ Novorapid ๑๐ u sc ตามระดับ RI scale และสำหรับมือตึกให้ NPH insulin เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในส่วนของการดูแลแผล และสายระบายเลือดและน้ำเหลือง มีการเปลี่ยนผ้าพันแผล (Dressing) และบันทึกจำนวนและลักษณะของสิ่งคัดหลั่งในแต่ละเวร และจัดการให้อาหารปกติ ทั้งนี้นัดหมายผู้ป่วยเข้ารับการตรวจแผลจากแพทย์ในวันจันทร์และมีการบันทึกสัญญาณชีพ (V/S) อย่างต่อเนื่อง

วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๖ (Post-op Day ๑) ในวันที่สองหลังผ่าตัด มีการติดตามผลระดับน้ำตาล (DTX) ก่อนมื้ออาหารและก่อนนอน (Premeal + hs) เพื่อควบคุมให้อยู่ในช่วง ๘๐-๒๕๐ mg% โดยมีการบันทึกสัญญาณชีพ (V/S) อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยาประจำตัวตามแผน ได้แก่ Metformin (MFM) ๕๐๐mg วันละ ๒ ครั้ง, Glibenclamide (GPZ) ๕ mg วันละ ๕ ครั้ง, Amlodipine ๕mg วันละ ๑ ครั้ง, Simvastatin ๒๐ mg วันละ ๑ ครั้งก่อนนอน, Folic acid และ ยาบำรุงเลือด (FF) วันละ ๒ ครั้ง

วันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๖ (Post-op Day ๒) การดูแลผู้ป่วยในวันนี้ยังคงเน้นการควบคุมระดับน้ำตาล โดยตรวจ DTX Premeal และก่อนนอนให้อยู่ในช่วง ๘๐-๒๕๐ mg% รวมถึงการให้ยาประจำตัวตามรายการเดิมอย่างเคร่งครัด ได้แก่ MFM, GPZ, Amlodipine, Simvastatin, Folic acid และ FF เพื่อสนับสนุนการฟื้นตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้แพทย์ยังได้ประเมินอาการและให้คำแนะนำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๖ (Post-op Day ๓) ในวันที่สามหลังการผ่าตัด แพทย์สั่งให้ตรวจ FBS, HbA1c, CBC, BUN และ Creatinine ในวันถัดไป เพื่อประเมินการฟื้นตัวโดยรวมของร่างกาย ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาประจำตัวเช่นเดิม รวมถึงติดตามระดับน้ำตาล DTX Premeal และก่อนนอนให้อยู่ในช่วง ๘๐-๒๕๐ mg% พร้อมกับการบันทึก V/S อย่างต่อเนื่อง

วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖ (Discharge Day) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยมีการนัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษาในอนาคต รวมถึงตัดไหมในอีก ๑ สัปดาห์ และฟังผลพยาธิวิทยา (Pathology) ในอีก ๒ สัปดาห์ สำหรับยากลับบ้าน ได้แก่ Augmentin ๑ g วันละ ๒ ครั้ง เป็นเวลา ๑๐ วัน และ Paracetamol ๕๐๐ mg ๒ เม็ด prn ทุก ๖ ชั่วโมง (๒๐ เม็ด) ผู้ป่วยยังคงใช้ยาประจำตัวของโรงพยาบาลมิตรไมตรี และมีคำแนะนำในการดูแลตนเองระหว่างรอติดตามผลที่โรงพยาบาลต่อไป

ตารางที่ ๒ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
๑๙/๗/๒๕๖๖	Hemoglobin	๑๑.๐ g/dL	๑๑.๒-๑๕.๗	ปกติ
	Hematocrit	๓๑%	๓๔.๑-๔๔.๙	ต่ำกว่าปกติ
	WBC	๗,๓๓๐/cu.mm.	๓,๙๘๐-๑๐,๐๔๐	ปกติ
	Neutrophils	๕๗%	๓๔-๗๑.๑	ปกติ
	Lymphocyte	๓๕%	๑๙.๓-๕๑.๗	ปกติ
	Monocyte	๖.๐๐%	๔.๗-๑๒.๕	ปกติ
	Eosinophils	๑%	๐.๗-๕.๘	ต่ำผิดปกติ
	Basophils	๑%	๐.๑-๑.๒	ปกติ
	Platelet count	๒๑๐,๐๐๐/cu.mm	๑๔๐,๐๐๐-๔๐๐,๐๐๐	ปกติ
	BUN	๑๖.๘ mg/ml	ก.ค.- ๘	ปกติ
	Creatinine	๐.๘๗ mg/dL	๐.๕๑-๐.๙๕	ปกติ
	AST	๑๗ U/L	๐-๓๒	ปกติ
	ALT	๑๗ U/L	๐-๓๓	ปกติ
	Alkaline Phosphatase	๙๐ U/L	๓๕-๑๐๔	ปกติ
	NA	๑๓๕.๘ mmol/L	๑๓๕-๑๔๕	ปกติ
	K	๔.๑๒ mmol/L	๓.๕-๕.๐	ปกติ

วันที่	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ	การแปลผล
	CL	๑๐๕.๐ mmol/l	๙๘-๑๐๖	ปกติ
	CO ₂	๒๒.๙ mmol/l	๒๒-๒๙	ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งหมด ๕ ปัญหา คือ ๑) เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ เนื่องจากจำเป็นต้องได้รับการงดน้ำและอาหารเพื่อการผ่าตัด ๒) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ๓) เสี่ยงต่อการหายของแผลล่าช้า เนื่องจากมีภาวะเบาหวานที่ส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ๔) สูญเสียภาพลักษณ์ (Body image) เนื่องจากการผ่าตัดเต้านม ๕) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ๑) เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ เนื่องจากจำเป็นต้องได้รับการงดน้ำและอาหารเพื่อการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบอกว่า “เป็นเบาหวานจะผ่าตัดจะวูบไหม” “งดอาหารเป็นเบาหวานผ่านอันตรายไหม” CA Left Breast รอยผ่าตัด Left MRM

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ จากการงดน้ำและอาหารในการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ๑) ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมก่อนและหลังการผ่าตัด ๒) ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ๓) ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล : ๑) แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแนวทางของแพทย์เกี่ยวกับการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด โดยประเมินผลกระทบต่อน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น มึนงง หรืออ่อนแรง สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย หรือซีดลง ตรวจสอบคำสั่งแพทย์เกี่ยวกับการให้สารน้ำและอินซูลินก่อนผ่าตัด ๒) ประสานงานกับแพทย์เกี่ยวกับการปรับขนาดยาหรืออินซูลินที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลก่อนผ่าตัด ๔) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตามเวลาที่กำหนด และรายงานแพทย์ทันทีหากพบค่าผิดปกติ ๕) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอินซูลินชนิดที่เหมาะสมตามคำสั่งแพทย์เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ ๖) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นในการงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด รวมถึงแนวทางการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือด

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ เช่น อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน ๓๗.๕°C, ความดันโลหิต และชีพจรอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมก่อนการผ่าตัด ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ๒) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบอกว่า “หลังผ่าตัดเป็นยังไง” “ผ่าตัดจะอันตรายไหม” “หลังผ่าตัดต้องระวังอะไร” CA Left Breast รอยผ่าตัด Left MRM

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ๑) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเต้านม ๒) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ๑) ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับผ่าตัดให้ความร่วมมือในการรักษา ๒) ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและการฟื้นตัวของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๓) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อ แผลอักเสบ การบวมของแขน

กิจกรรมการพยาบาล : ๑) สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเชื่อมั่น และไว้วางใจ ให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย ทบทวนแผนการรักษาในครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายของ การรักษา ระยะในการรักษา ขั้นตอนและวิธีการในการรักษา ๒) แจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบถึงการดูแลหลังการผ่าตัดและแผนการดูแลหลังการผ่าตัด ๓) การพยาบาลหลังผ่าตัด มะเร็งเต้านมเน้นติดตามสัญญาณชีพและดูแลแผลผ่าตัดด้วยวิธีปลอดเชื้อ เพื่อตรวจสอบความผิดปกติและป้องกันการติดเชื้อ แนะนำการขยับแขนอย่างเหมาะสม ลดความบวม และส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย พร้อมให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แขนบวม (lymphedema) และจัดการอาการปวด ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และข้อมูลที่จำเป็นเพื่อดูแลตัวเองหลังกลับบ้าน รวมถึงประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ เช่น อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน ๓๗.๕°C, ความดันโลหิต และชีพจรอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีอาการบวมแดง ร้อน หรือมีหนองบริเวณแผลผ่าตัดหรือระบายทำงานปกติ ปริมาณและลักษณะของสารคัดหลั่งลดลงตามลำดับ แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีเลือดออกหรือสารคัดหลั่งผิดปกติ เนื้อเยื่อรอบแผลไม่มีการบวมแดงหรืออักเสบ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวแขนด้านที่ผ่าตัดได้ดี เช่น ยกแขน ขยับข้อต่อโดยไม่มีข้อจำกัด ไม่มีอาการบวมของแขน (lymphedema) ระดับความปวดลดลงเมื่อเทียบกับวันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดได้ด้วยยาหรือวิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสม ไม่มีไข้หรืออาการที่บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อ เช่น หนาวสั่นหรือแผลมีกลิ่นเหม็น การตรวจเลือดไม่พบค่าที่ผิดปกติ เช่น เม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ ผู้ป่วยมีความรู้สึกเชิงบวกต่อการรักษา และสามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ๓) เสี่ยงต่อการหายของแผลล่าช้า เนื่องจากมีภาวะเบาหวานที่ส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบอกว่า “แผลจะหายเร็วไหม” “ต้องดูแลแผลยังไงเป็นเบาหวานกลัวแผลหายช้า” เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อส่งเสริมการหายของแผลและป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ๑) แผลผ่าตัดหายอย่างสมบูรณ์ ไม่มีสัญญาณของการติดเชื้อ ๒) ผู้ป่วยสามารถดูแลแผลได้อย่างถูกต้องและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ๓) ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์แผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล : ๑) ดูแลและทำความสะอาดแผล ทำแผลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) ทุกครั้ง สังเกตลักษณะของแผล เช่น สีของแผล อาการบวมแดง หรือหนอง ๒) ติดตามและประเมินอาการตรวจสอบแผลทุกวันเพื่อหาสัญญาณของการติดเชื้อ เช่น บวมแดง ร้อน หนอง หรือมีกลิ่นเหม็น ๓) ประเมินสภาพร่างกาย เช่น ไข้ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณแผล ๔) จัดท่านอนให้เหมาะสม เช่น ยกศีรษะสูงเล็กน้อยเพื่อลดการบวม แนะนำให้ผู้ป่วยขยับ

แขนด้านที่ผ่าตัดอย่างเหมาะสมเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ๕) หลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณแผลหรือท่อน้ำนม การจัดการอาการปวด ๖) ประเมินระดับความปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ส่งเสริมวิธีการบรรเทาปวด ทางเลือก เช่น การประคบร้อน/เย็น (ตามคำแนะนำของแพทย์) และการผ่อนคลาย ๗) ส่งเสริมโภชนาการเพื่อช่วยฟื้นฟูร่างกาย แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ถั่ว ไข่ และปลา เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อ แนะนำอาหารที่มีวิตามินซีและสังกะสี เช่น ผักและผลไม้สด เพื่อช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ให้คำแนะนำในการดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อรักษาความชุ่มชื้นของเซลล์ ส่งเสริมการดูแลแผลที่บ้าน ๘) สอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการดูแลแผล เช่น การเปลี่ยนผ้าพันแผลและการสังเกตสัญญาณเตือนของการติดเชื้อ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสแผลด้วยมือที่ไม่สะอาด ๙) หลีกเลี่ยงการโดนน้ำบริเวณแผลจนกว่าแผลจะปิดสนิท การติดตามอาการหลังผ่าตัด นัดหมายติดตามผลกับแพทย์เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการหายของแผล สื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาและกระบวนการฟื้นตัวที่คาดหวัง

ประเมินผลการพยาบาล : ประเมินสภาพแผลผ่าตัดแห้ง สะอาด และไม่มีเลือดออกหรือสารคัดหลั่ง ผิดปกติ ไม่มีอาการบวมแดง ร้อน หรืออักเสบรอบแผล ขอบแผลเชื่อมติดกันดี ไม่มีการแยกของแผล อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่เกิน ๓๗.๕°C) ไม่พบหนองหรือกลิ่นเหม็นจากแผล ผลการตรวจเลือดไม่พบค่าการอักเสบ เช่น เม็ดเลือดขาว (WBC) ไม่สูงเกินเกณฑ์ เนื้อเยื่อรอบแผลมีสีชมพู ไม่คล้ำหรือมีการตายของเนื้อเยื่อ มีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ที่แข็งแรงบริเวณแผล ไม่มีอาการชา บวม หรือสีผิวผิดปกติบริเวณรอบแผล การเคลื่อนไหวของแขนด้านที่ผ่าตัดไม่ถูกจำกัด ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือและหลีกเลี่ยงการสัมผัสแผลด้วยมือที่ไม่สะอาด ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น หลีกเลี่ยงการยกของหนักและการกดทับบริเวณแผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ๔) สูญเสียภาพลักษณ์ (Body image) เนื่องจากการผ่าตัดเต้านม

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบอก“ใส่เสื้อชั้นในและใส่เต้านมเทียมได้ไหม” CA Left breast S/P Left MRM

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลของการผ่าตัดเต้านม และยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเองได้

เกณฑ์การประเมินผล : ๑) ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลของการผ่าตัดเต้านมสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง ๒) ผู้ป่วยสามารถยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเองได้และอยู่ร่วมกับสังคมได้

กิจกรรมการพยาบาล : การพยาบาลเพื่อช่วยผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการปรับตัวของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถาม พร้อมให้ข้อมูลทางเลือกในการเพิ่มภาพลักษณ์ เช่น การใส่เสื้อชั้นในและเต้านมเทียม หรือการผลิตเต้านมเทียมด้วยต้นทุนต่ำ แนะนำและสนับสนุนการค้นหาวัดกรรมที่เหมาะสม รวมถึงพูดคุยเพื่อเสริมสร้างกำลังใจและความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเอง ประเมินผลพบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจเหตุผลของการผ่าตัด ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ และมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลของการผ่าตัดเต้านมว่าเป็นแผนการรักษาของแพทย์ สามารถยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเองได้ ใส่ชุดชั้นในที่มีเต้านมเทียมเพื่อเสริมภาพลักษณ์ ใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติยอมรับในภาพลักษณ์ตนเองได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ๕) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในวิธีปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล : ๑) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน ๒) ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ๓) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นใจ

กิจกรรมการพยาบาล : การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมเน้นการประเมินความเข้าใจและความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำแผล การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันแขนบวม (lymphedema) และการออกกำลังกายที่เหมาะสม พร้อมทั้งจัดการอาการปวดด้วยยาและวิธีผ่อนคลาย ส่งเสริมโภชนาการที่ช่วยสร้างเนื้อเยื่อใหม่ สนับสนุนด้านจิตใจผ่านการเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกและแนะนำการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน ติดตามผลการรักษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสัญญาณอันตราย รวมถึงจัดทำเอกสารคำแนะนำและส่งต่อไปยังทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวอย่างมั่นใจและปลอดภัย

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอนการดูแลแผลผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดแผล และการสังเกตสัญญาณการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การเตรียมอาหารที่เหมาะสม หรือการช่วยดูแลการออกกำลังกาย ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เช่น การเปลี่ยนผ้าพันแผล การป้องกันแขนบวม (lymphedema) หรือการหลีกเลี่ยงการยกของหนัก ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการปวดและอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาได้ เช่น การใช้ยาแก้ปวดตามคำสั่งแพทย์ ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ ไม่มีอาการวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้ารุนแรง และสามารถรับมือกับความรู้สึกของตนเองได้ดี ผู้ป่วยเข้าใจความสำคัญของการนัดหมายติดตามผล และปฏิบัติตามกำหนดการได้อย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยทราบถึงสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบพบแพทย์ เช่น แผลบวมแดงรุนแรง ไข้สูง หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ

การติดตามประเมินผล

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยด้วยโทรศัพท์จำนวน ๕ ครั้งพบว่าหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมเมื่อกลับบ้าน แผลผ่าตัดมีลักษณะแห้ง สะอาด ไม่มีรอยบวมแดง หรือหนอง ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณแผลที่ผิดปกติ หรือแผลไม่แยกออก ไม่มีอาการติดเชื้อ เช่น มีไข้สูง อ่อนเพลีย หรือหนองไหลจากแผล ไม่มีอาการบวมของแขนด้านที่ได้รับการผ่าตัด (lymphedema) การเคลื่อนไหวของแขนและไหล่เป็นปกติหรือดีขึ้นจากการบริหารร่างกาย ระดับความปวดลดลงหรือควบคุมได้ด้วยยาแก้ปวดตามคำแนะนำของแพทย์ ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดและดูแลแผลผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การดูแลสุขอนามัย และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เข้าใจวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การยกแขนให้สูงกว่าระดับหัวใจ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบถ้วนและเหมาะสมกับโรค เช่น อาหารที่มีโปรตีนสูง วิตามิน สารอาหารที่ช่วยฟื้นฟูเนื้อเยื่อและควบคุมอาหารที่มีรสหวาน ผู้ป่วยมาตามนัดหมายแพทย์เพื่อการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๔๕ ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมด้านซ้าย (Invasive ductal carcinoma) โดยเริ่มมีอาการคลำพบก้อนที่เต้านมเมื่อ ๒ ปีก่อน แต่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องเนื่องจากยังไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัด ต่อมาพบว่าก้อนมีขนาดโตขึ้นและมีอาการเจ็บ จึงเข้ารับการทำ Core needle biopsy ซึ่งผลตรวจพบว่าเป็นมะเร็งชนิด Invasive ductal carcinoma ระดับ Histologic grade ๒ และมีการลุกลามไปยังหลอดเลือดและต่อมน้ำเหลือง แพทย์จึงพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด Left modified radical mastectomy เมื่อวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๖ หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการติดเชื้อ ทอระบายทำงานปกติ และสามารถเคลื่อนไหวแขนด้านที่ผ่าตัดได้โดยไม่มีข้อจำกัด ผู้ป่วยจัดการความปวดได้ดีด้วยยาตามแผนการรักษาและไม่มีอาการบ่งชี้การติดเชื้อ ผู้ป่วยได้รับการดูแลโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความรู้สึกเชิงบวกต่อการรักษา และสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ดี เมื่อมาตรวจตามนัดหลังการผ่าตัดพบว่าแผลแห้งและติดดี ผลชิ้นเนื้อพบก้อนมะเร็งขนาด ๗.๓ ซม. มีการลุกลามในเนื้อเยื่อบางส่วน แต่ไม่มีการลุกลามไปยังขอบลึกของชิ้นเนื้อ (negative deep margin) และไม่พบความผิดปกติบริเวณท่อนม แพทย์ได้วางแผนการรักษาเพิ่มเติมด้วยยาเคมีบำบัดต่อเนื่อง

อภิปรายผล

ผลการศึกษากรณีผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๔๕ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมชนิด Invasive ductal carcinoma และได้รับการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม รวมถึงการจัดการทางการแพทย์และการพยาบาลที่เหมาะสม การวางแผนการรักษาที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันการติดเชื้อ และการดูแลแผลผ่าตัด ซึ่งพบว่าแผลแห้งสนิท ไม่มีการอักเสบหรือหนอง เปรียบเทียบกับแนวทางการพยาบาลในอดีต การฟื้นตัวที่รวดเร็วในกรณีนี้อาจเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าในเทคนิคการผ่าตัด การใช้ยาปฏิชีวนะ และการให้คำแนะนำอย่างเป็นระบบแก่ผู้ป่วย ซึ่งตรงกับแนวทางปฏิบัติของ JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ในการลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การจัดการความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการผ่าตัดและอาการของตนเองหลังการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า "ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อการยอมรับและความร่วมมือในการรักษา" (Berring et al., ๒๐๑๖) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างชัดเจน ช่วยลดความวิตกกังวลลง ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมิน ST๕ ที่ลดลงจาก ๖ คะแนน (ระดับปานกลาง) เหลือ ๔ คะแนน (ระดับต่ำ) ความสำคัญของการส่งเสริมภาพลักษณ์และการยอมรับตนเอง การผ่าตัดเต้านมเป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่อาจส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใส่เต้านมเทียมและเสื้อชั้นในสำหรับผู้ป่วยช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jones et al. (๒๐๑๘) ที่เน้นว่าการส่งเสริมภาพลักษณ์เชิงบวกช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การส่งเสริมความรู้และการจัดการตนเองช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว การให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผล การป้องกันแขนบวม (lymphedema) และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น โปรตีนและวิตามินซี มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยด้วยโทรศัพท์ช่วยเสริมความมั่นใจและลดความผิดพลาด

ในการปฏิบัติตัว ซึ่งสอดคล้องกับ Traves & Cokenakes, (๒๐๒๑) ที่พบว่าการติดตามและสนับสนุนทางโทรศัพท์ ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ความสำเร็จในการควบคุมโรคร่วม (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการใช้ยา และการปรับอินซูลินตามระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้ระดับน้ำตาลคงที่ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดกับผลลัพธ์การฟื้นตัว พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาและการติดตามผลที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ติดตามผลของการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนต่อการฟื้นตัวและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วยในชั้น๖และได้รับมอบหมายให้ดูแล คือผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่๒

๒. ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ จากตำรา เอกสารทางวิชาการ ทางระบบสารสนเทศ และปรึกษาแพทย์ผู้รักษา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาต่อไปนี้ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๔๕ ปี ๒ เดือน ดัชนีมวลกาย ๒๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีประวัติพบก้อนที่เต้านมและได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างซ้าย โดยผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดังแต่๖-๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยใน ระยะ ได้แก่ ระยะการพยาบาลก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะจำหน่าย

๓. เกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลปากเกร็ด

๔. ศึกษาค้นคว้าทางทฤษฎีตำราทางวิชาการ ปรึกษากับทีมผู้ชำนาญการและแพทย์ผู้รักษา

๕. กำหนดความรับผิดชอบเพื่อดูแลให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลและติดตามอาการผู้ป่วยรายนี้ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและติดตามอาการ

๖. นำปัญหามาวางแผนงาน วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล เพื่อนำมาเป็นกรณีตัวอย่างในการศึกษาผู้ป่วยในรายต่อ ๆ ไปโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

๗. เรียบเรียงเนื้อหาเป็นลักษณะเอกสารทางวิชาการ

๘. จัดพิมพ์เพื่อเสนอผลงาน

๙. เผยแพร่ผลงาน

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่๒เป็นกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง สามารถให้การพยาบาลได้ตามปัญหาทางการพยาบาลที่พบตลอดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากเกร็ด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเอง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ได้ศึกษากรณีศึกษา ๑ เรื่อง คือการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

๕.๒ เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้การพยาบาลตามมาตรฐานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษา มีความปลอดภัยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้อย่างถูกต้อง มีความพึงพอใจต่อผลการรักษาและการให้การพยาบาล

๖.การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๑. เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคผู้มะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้การพยาบาลตามมาตรฐานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษา มีความปลอดภัยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง มีความพึงพอใจต่อผลการรักษาและการให้การพยาบาล

เพราะนอกจากพยาบาลที่หอผู้ป่วยจะให้การพยาบาลเฉพาะแล้ว การให้ความสำคัญของการสอนสุขศึกษาในหอผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้มีการอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยนอนในหอผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงจะมีเวลาในการสร้างความคุ้นเคย เรียนรู้และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีซึ่งทำให้การสอนสุขศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน

๒. เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยรายโรคสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยใน ทราบถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งในการพยาบาลต้องพยายามให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค การปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม การบริหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม การเตรียมความพร้อมเพื่อการรักษาในขั้นต่อไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. เป็นแนวทางการศึกษาเพิ่มพูนทักษะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลและเป็นแนวทางการสอนแนะแบบบุคคลากรในหน่วยงาน นักศึกษาพยาบาลและผู้สนใจ

๖.๒ ผลกระทบ

เนื่องจากหอผู้ป่วยสามมียัตรากำลังของเจ้าหน้าที่อย่างจำกัด อาจมีผลให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย มีความอ่อนล้าและชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มเพื่อบริหารจัดการอัตรากำลังให้เพียงพอ

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเนื่องจากมีระดับความเครียดสูงร่วมกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แต่เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยสามัญรวมจึงต้องจัดให้อยู่ในโซนผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ สิ่งสำคัญที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้คือ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังผ่าตัด อาการแทรกซ้อนและรายงานอาการกับแพทย์เจ้าของไข้ได้เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างทันที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามกระบวนการดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จ

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง การรับผู้ป่วยเข้ารักษาจะรับทุกโรค สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวล มีความเครียดสูง มีอาการซึมเศร้าท้อแท้ มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง โดยเฉพาะ ในช่วงเวร บ่าย- ดึก จะมีพยาบาลเวรปฏิบัติชั้นปฏิบัติงานชั้นปฏิบัติงาน จำนวน ๔ คน พยาบาลบางรายเป็นพยาบาลจบใหม่ จึงทำให้ทักษะเฉพาะทางด้านให้คำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต

๙. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดกับผลลัพธ์การฟื้นตัว พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาและการติดตามผลที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ติดตามผลของการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนต่อการฟื้นตัวและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ระหว่างรอการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วน ผลงาน ๑๐๐%

- ๑) นางสาวจิตติมา บุญถั่น สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ ระบุร้อยละ)
- ๒)สัดส่วนผลงาน.....
- ๓)สัดส่วนผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

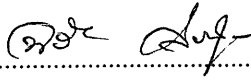
(ลงชื่อ)
 (นางสาวจิตติมา บุญถั่น)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (วันที่) - ๘ พ.ค. ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจิตติมา บุญล้น	จิตติมา บุญล้น

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

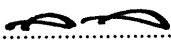
(ลงชื่อ) 

(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) - ๘ พ.ค. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอนุกูล เอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) - ๘ พ.ค. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่)/...../.....

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบการเสนอข้อเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

๒. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากร และระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๖๖) พบว่า ประเทศไทยมี ผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ ๒๐.๒ ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี ๒๕๗๑ จะเข้าสู่ “สังคม สูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society)” ซึ่งมีผู้สูงอายุเกินร้อยละ ๒๘ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุสัมพันธ์ กับการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น มะเร็ง หัวใจ เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และไตวายเรื้อรัง ซึ่งมักนำไปสู่ภาวะ เจ็บป่วยระยะท้าย (End-of-life condition) ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าการรักษาเชิงรุก จาก ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของคน ไทยต่อเนื่องมากกว่า ๑๐ ปี โดยมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งมากกว่า ๘๕,๐๐๐ ราย/ปี ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพิ่มขึ้นกว่า ๑๐% ต่อปี ร้อยละ ๔๐-๖๐ ของผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล มีลักษณะของผู้ป่วยระยะท้ายที่สามารถรับ การดูแลแบบประคับประคองได้ ร้อยละ ๗๕ ของผู้ป่วยระยะท้ายต้องการเสียชีวิตที่บ้าน แต่มีเพียง ร้อยละ ๒๕ ที่ สามารถทำได้จริง

จากข้อมูล จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลปากเกร็ด ปีพ.ศ. ๒๕๖๕- ๒๕๖๗ จำนวน ๑๑๒,๑๔๖ และ ๑๘๒ ราย ตามลำดับ(เวชสถิติโรงพยาบาลปากเกร็ด,๒๕๖๗) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมักประสบกับความ ทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว หาก ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีข้อจำกัด ได้แก่ บุคลากรทาง การแพทย์และพยาบาลยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลแบบประคับประคอง ระบบสนับสนุนจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม ขาดแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานในระดับพื้นที่ และครอบครัวยังมีความ เข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองให้เป็นมาตรฐาน และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม ความ สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งควรได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามหลักมนุษยธรรมโดยเน้นการดูแลแบบองค์ รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากไปอย่างมีศักดิ์ศรีและ ลดความแออัดของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาล

๓. เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
๔. เพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ
๕. เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นกระบวนการสำคัญในระบบสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มากกว่าการรักษาให้หายจากสถานการณ์สังคมสูงวัยและโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรคมะเร็ง โรคไต หัวใจ และโรคระบบประสาท ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค (๒๕๖๖) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลแบบเชิงรุกเกินความจำเป็น และมีเพียงร้อยละ ๒๕ ที่สามารถเสียชีวิตที่บ้านตามความปรารถนา ทั้งที่ร้อยละ ๗๕ ต้องการ ความท้าทายของการดูแล ด้านระบบบริการ: บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินอาการระยะท้าย และการจัดการความเจ็บปวด ด้านครอบครัว: มีความกลัวและไม่เข้าใจแนวคิด “การตายดี” (Good Death) ทำให้ลังเลที่จะร่วมวางแผนการดูแล ด้านทัศนคติ ยังมีแนวคิดว่ายังรักษาเต็มที่ยิ่งดี ขาดการพิจารณาคุณภาพชีวิต ด้านการเข้าถึง บางพื้นที่ยังไม่มีบริการ Palliative Care อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและชุมชนห่างไกล

๓.๒ แนวความคิด

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมุ่งเน้นการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งมิติของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีแนวคิดสำคัญที่เชื่อมโยงกับทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อสร้างกรอบแนวทางการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) สัมพันธ์กับทฤษฎี Jean Watson's Theory of Human Caring เน้นให้ตระหนักถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่เพียงดูแลร่างกาย แต่ยังรวมถึงความรู้สึก ความหวัง ความศรัทธา และความสงบในช่วงท้ายของชีวิต ตามแนวคิดของวัตสันที่มองว่าการพยาบาลคือการ “ดูแลด้วยหัวใจ” เพื่อสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และแนวคิดการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว สัมพันธ์กับทฤษฎี Roy Adaptation Model ผู้ป่วยระยะท้ายมักเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในร่างกายและชีวิตประจำวัน จึงสนับสนุนการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในทุกมิติ โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยประเมินและสนับสนุนการปรับตัว ของผู้ป่วยให้สมดุล แนวคิดการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยสัมพันธ์กับ Maslow's Hierarchy of Needs พยาบาลต้องสามารถจัดลำดับความสำคัญในการดูแลได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่การดูแลความเจ็บปวด อาหาร การนอนหลับ จนถึงการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ เช่น การได้รับความรัก ความเข้าใจ และการเตรียมใจในการจากไปอย่างสงบ ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง แนวคิดการเข้าใจความเศร้าโศกและการยอมรับการสูญเสีย สัมพันธ์กับทฤษฎี Kubler-Ross's Five Stages of Grief เล็งเห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางจิตใจต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความสูญเสีย โดยพยาบาลต้องเข้าใจและสามารถประเมินระยะของความเศร้าโศก เพื่อให้การดูแลอย่างสอดคล้องกับสภาพอารมณ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวกำลังเผชิญแนวคิดการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพและต่อเนื่องสัมพันธ์กับ WHO Palliative Care Model การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องอาศัยการทำงาน

ร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัคร โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ “การดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต” ซึ่ง WHO ได้เน้นว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องทำอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ และให้เกียรติความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งสามารถต่อยอดเป็นแผนงานถาวร ได้แก่ การจัดตั้ง “ทีมดูแลแบบประคับประคองประจำหน่วยงาน” (Palliative Care Team) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุข การพัฒนาโปรแกรมติดตามดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน (Home Visit) และการจัดทำแผนการดูแลแบบประคับประคองไว้ในแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรประจำปีของโรงพยาบาล

๓.๓ ข้อเสนอ

ผู้จัดทำในฐานะพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน จึงมีแนวคิด การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โดยนำแนวคิดของทฤษฎีวงจรพัฒนาคุณภาพงาน (PDCA) มาประยุกต์ใช้วางแผนปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุงงานให้เป็นระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่อง หมุนเวียนไป ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. การเตรียมการ

- ๑.๑ ประชุมทีมงานโครงการเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และแผนการดำเนินงาน
- ๑.๒ ศึกษาและรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่
- ๑.๓ ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และทีมสหวิชาชีพในชุมชน

๒. การคัดกรองและประเมินผู้ป่วย

๒.๑ ใช้แบบประเมิน ได้แก่ SPICT หรือ NECPAL เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

๒.๒ ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยทีมสุขภาพ

๓. การวางแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan)

- ๓.๑ ร่วมกับครอบครัวและผู้ป่วยจัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสม
- ๓.๒ วางแผนการจัดการอาการ เช่น ปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เป็นต้น
- ๓.๓ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

๔. การดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

- ๔.๑ เยี่ยมบ้านหรือให้บริการตามแผนที่กำหนด
- ๔.๒ ติดตามผลและปรับเปลี่ยนแผนตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
- ๔.๓ ให้การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง

๕. การเตรียมการตายดี (Good Death Preparation)

- ๕.๑ พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning)
- ๕.๒ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการอย่างสงบ
- ๕.๓ ประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต

๖. การประเมินผลและสรุปโครงการ

- ๖.๑ รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล และประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด
- ๖.๒ ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- ๖.๓ จัดทำรายงานผลการดำเนินงานพร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในอนาคต

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. พยาบาลจบใหม่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
๒. บุคลากรมีภาระงานประจำมาก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ
๓. ขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง
๔. ข้อมูลผู้ป่วยไม่เป็นระบบ ทำให้ติดตามผลได้ยาก
๕. การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพยังไม่มีอย่างต่อเนื่อง

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑. จัดอบรมที่เน้นภาคปฏิบัติและใช้รูปแบบการเรียนรู้ ได้แก่ การทำอบรมเชิงปฏิบัติการ กรณีศึกษา การติดตามเยี่ยมในชุมชน
๒. การวางแผนการอบรมเป็นระยะ หรือลงติดตามเยี่ยมในพื้นที่ลดการเดินทางให้น้อยลง
๓. จัดทำข้อเสนอโครงการเพื่อขอรับสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ/เอกชน และบรรจุโครงการในงบประมาณปฏิบัติงานประจำปี
๔. จัดทำระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแบบดิจิทัล ที่สามารถอัปเดตและเข้าถึงรวมถึงร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ
๕. แต่งตั้งผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) และจัดประชุมติดตามงานประจำอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. บุคลากรทางการแพทย์และสหวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามหลักวิชาการ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของตนเอง
๒. มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจนในโรงพยาบาล และมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน สามารถติดตาม ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง
๓. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่มีคุณภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
๔. ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถเผชิญกับการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้าโศก ด้วยการได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพ
๕. ทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคอง ทำงานอย่างเป็นระบบและมีบทบาทชัดเจนภายใต้เป้าหมายร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
๖. สามารถนำผลการดำเนินงานไปพัฒนาเป็นรูปแบบต้นแบบของการดูแล มีศักยภาพในการขยายผลไปยังหน่วยงานอื่น หรือพัฒนาต่อยอดเป็นแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรหรือเขตสุขภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ บุคลากรเข้าร่วมอบรม $\geq ๙๐\%$ ของกลุ่มเป้าหมาย
- ๕.๒ จัดทำมีแนวทาง/คู่มือ/แผนการดูแลแบบประคับประคองที่นำมาใช้จริง จำนวน ๑ ฉบับ
- ๕.๓ ผู้ป่วยและครอบครัว มีความพึงพอใจ $\geq ๘๕\%$
- ๕.๔ การเยี่ยมบ้านหรือ follow-up ผู้ป่วย $\geq ๗๐\%$ ของผู้ป่วยในแผนการดูแล
- ๕.๕ ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนด้านจิตสังคม $\geq ๙๐\%$

(ลงชื่อ) จิตติมา บุญล้น

(นางสาวจิตติมา บุญล้น)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) - ๑๖ มิ.ย. ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

27

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม - ตุลาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก

๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด และทฤษฎีโรคเบาหวาน

๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการตนเอง

๓.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Type ๒ Diabetes Mellitus; T๒DM) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยในปี ๒๐๒๑ มีผู้ป่วยเบาหวานกว่า ๕๓๗ ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๖๔๓ ล้านคนภายในปี ๒๐๓๐ (International Diabetes Federation [IDF], ๒๐๒๑) สำหรับประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (๒๕๖๓) พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ ๕ ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ ๓๕-๗๐ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสะสม เช่น การรับประทานอาหารไม่สมดุล ความเครียด และกิจกรรมทางกายน้อย (วิจัย เอกพลกร และคณะ, ๒๕๖๓) ในจังหวัดนนทบุรี โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลทวีวัฒนา อำเภอไทรน้อย พบว่าอัตราผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก ๓๙๗.๐๙ ในปี ๒๕๖๕ เป็น ๔๖๑.๑๒ ในปี ๒๕๖๗ ขณะเดียวกัน อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวานในอำเภอไทรน้อย ยังคงอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่นในจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี, ๒๕๖๗)

แม้จะมีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน แต่ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีค่า HbA๑c $\geq 7\%$ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งบ่งชี้ถึงการจัดการตนเองที่ยังไม่เพียงพอ (American Diabetes Association [ADA], ๒๐๒๔) การจัดการตนเอง (Self-management) ถือเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในหลายด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และความเครียด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากขาดแรงจูงใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง หรือมีภาวะทางอารมณ์ที่เป็นอุปสรรค

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychological Capital: PsyCap) เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Luthans และคณะ (๒๐๐๗) ซึ่งประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) และความสามารถในการฟื้นตัวจากอุปสรรค (Resilience) แนวคิดนี้มุ่งเน้นการสร้างพลังภายในของบุคคลเพื่อเสริมแรงจูงใจในการเผชิญกับความยากลำบาก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น งานวิจัยหลายฉบับพบว่าการส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ การยึดมั่นในเป้าหมาย และความสามารถในการจัดการกับโรคเรื้อรัง (Youssef-Morgan & Luthans, ๒๐๑๕; Suksatan & Prabsangob, ๒๐๒๑)

ในบริบทของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังพบว่างานวิจัยด้านการประยุกต์ใช้ทุนจิตวิทยาเชิงบวกในประเทศไทยมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมที่

สามารถส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองผ่านกลไกด้านจิตวิทยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนทั้งในระดับพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยประเมินผลทั้งในด้านพฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังภายในสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทชุมชน

๒. คำถามการวิจัย (Research Questions)

๒.๑ โปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือไม่

๒.๒ โปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือไม่

๓. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๓.๑ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

๓.๒ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

๔. สมมติฐานการวิจัย

๔.๑ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จะมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

๔.๒ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จะมีระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

๕. ขอบเขตของการวิจัย

๕.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีองค์ประกอบ ๔ ด้าน ได้แก่ ความหวัง (Hope), การมองโลกในแง่ดี (Optimism), ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) และความสามารถในการฟื้นตัวจากอุปสรรค (Resilience) ที่มีต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

๕.๒ ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุ ๓๕-๗๐ ปี ที่มีค่าระดับน้ำตาลก่อนอาหาร $\text{DTX} \geq 140 \text{ mg/dL}$ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลทิวพัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

๕.๓ ขอบเขตด้านเวลา

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

๕.๔ ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒

ตัวแปรตาม คือ ๑) การจัดการตนเองตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

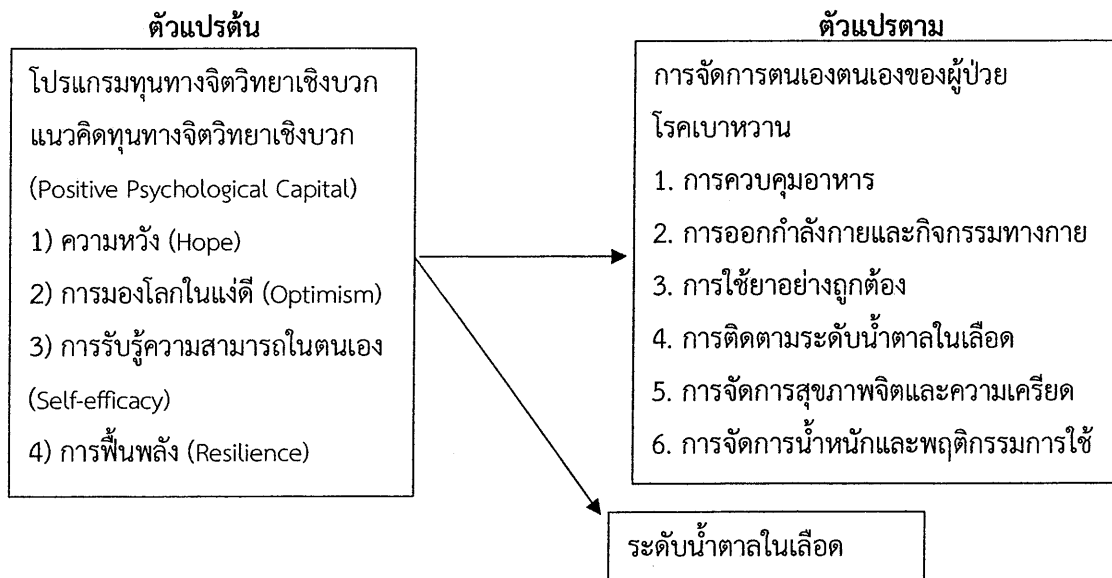
๒) ระดับน้ำตาลในเลือด

๖. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychological Capital: PsyCap) ของ Luthans และคณะ โดยเน้นการสร้างความแข็งแรงภายในของบุคคลผ่านการพัฒนาองค์ประกอบทางจิตวิทยา ได้แก่ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามารถในการฟื้นคืนจากความล้มเหลว แนวคิดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมพลังภายในของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญและจัดการกับอุปสรรคในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเบาหวานได้ ในการประยุกต์แนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยเชื่อว่าการเสริมสร้างความหวังและการมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพอย่างชัดเจนและคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก ขณะเดียวกัน การเพิ่มพูนความเชื่อมั่นในตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกล้าในการลงมือปฏิบัติและสามารถจัดการพฤติกรรมของตนได้อย่างมีระบบ ส่วนความสามารถในการฟื้นคืนจากความล้มเหลวมิมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความต่อเนื่องของพฤติกรรม แม้ผู้ป่วยจะเผชิญกับอุปสรรคหรือภาวะล้มเหลวในการควบคุมโรคในช่วงใดช่วงหนึ่ง

สำหรับตัวแปรตาม ในการวิจัยนี้คือพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติของ American Diabetes Association (๒๐๒๔) และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (๒๕๖๖) ซึ่งระบุองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างเหมาะสม การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพจิต การจัดการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน การรับบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการควบคุมน้ำหนักจนถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

ความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามในกรอบแนวคิดนี้อธิบายว่า การส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและความสามารถในการดำเนินพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว



๗. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๗.๑ ประชากร

ประชากรในการวิจัยคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลห้วยวัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ซึ่งอยู่ในบริบทของชุมชน และมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก

๗.๒ กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยแล้วไม่น้อยกว่า ๖ เดือน มีอายุระหว่าง ๓๕-๗๐ ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ตำบลห้วยวัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) จากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version ๓.๑ โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ .๘๕ และความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) เท่ากับ .๐๕ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลางเท่ากับ .๕๐ (Cohen, ๑๙๘๘) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๔๕ ราย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๑๐ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้นเท่ากับ ๕๐ คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

๑. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วไม่น้อยกว่า ๖ เดือน
๒. มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร DTX ≥ 140 mg% ๒ เดือนย้อนหลัง
๓. มีอายุระหว่าง ๓๕ - ๗๐ ปี
๔. อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม
๕. สื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

๑. มีโรคทางจิตเวชหรือภาวะสมองเสื่อมที่รบกวนการรับรู้ (ประเมินด้วย Mini-Cog หรือ Thai GDS)
๒. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากเบาหวาน เช่น เบาหวานขึ้นตา ไตวาย หรือการตัดขา
๓. อยู่ระหว่างเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา

รายละเอียดขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รับการรักษาที่สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดนนทบุรี ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร DTX ≥ 140 mg% ๒ เดือนย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนมีนาคม ๒๕๖๘ เป็นต้นมา

ขั้นตอนที่ ๒ เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ ๓ เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดกรองคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการวิจัย หากยินยอมให้ดำเนินการคัดกรอง ผู้วิจัยทำการประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า หากเป็นไปตามคุณสมบัติ ให้คำชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย สิทธิของอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการ ความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจได้รับจากโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเพื่อยินยอมเข้าสู่โครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ ๔ กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือมีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มด้วยการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบจำนวน ๕๐ คน

๘. การออกแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental) ชนิดศึกษาแบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนทดลอง หลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

๘.๑ ระยะเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นระยะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งดำเนินการก่อนการใช้โปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ โดยการเก็บข้อมูลในระยะนี้ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย

๘.๒ ระยะการทดลอง เป็นระยะที่ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ จำนวน ๓ ครั้ง ในสัปดาห์ที่ ๑, ๒ และสัปดาห์ที่ ๔ โดยการจัดกิจกรรมที่สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ตำบลทวีวัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ในระยะที่กลุ่มตัวอย่างไปดำเนินการตามการวางแผนของตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง ตามแผนการดำเนินการที่กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายได้

๘.๓ ระยะประเมินผลโปรแกรม เป็นระยะที่ให้กลุ่มตัวอย่างยุติการใช้โปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ โดยทำการประเมินการจัดการตนเอง ๖ ด้าน คือการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการสุขภาพจิตและความเครียดและการจัดการน้ำหนักและพฤติกรรมการใช้ชีวิต ระยะสิ้นสุดกิจกรรมของโปรแกรมคือ ๔ สัปดาห์

๙. การสร้างเครื่องมือ และการหาคุณภาพเครื่องมือ

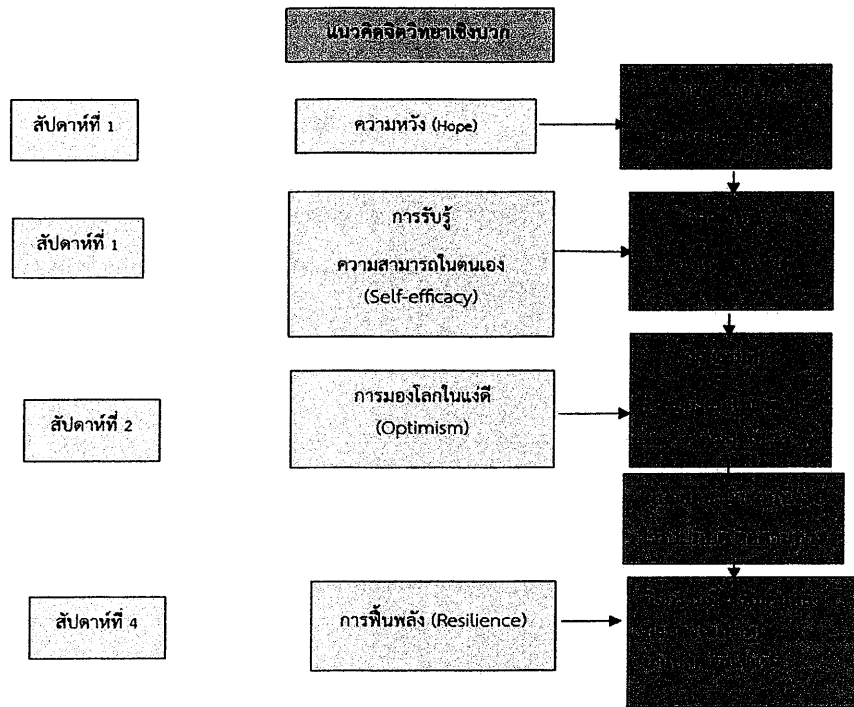
๙.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ขั้นศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยนำข้อมูลเบื้องต้น รวบรวมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยน งานวิจัยครั้งนี้การพัฒนาโปรแกรมมาจากแนวคิดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychological Capital: PsyCap) ของ Luthans และคณะ โดยเน้นการสร้างศักยภาพภายในของบุคคลผ่านการพัฒนาองค์ประกอบทางจิตวิทยา ได้แก่ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามารถในการฟื้นคืนจากความล้มเหลว แนวคิดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมพลังภายในของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญและจัดการกับอุปสรรคในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเบาหวานได้ ในการประยุกต์แนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยเชื่อว่าการเสริมสร้างความหวังและการมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพอย่างชัดเจนและคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก ขณะเดียวกัน การเพิ่มพูนความเชื่อมั่นในตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกล้าในการลงมือปฏิบัติและสามารถจัดการพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีระบบ ส่วนความสามารถในการฟื้นคืนจากความล้มเหลวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความต่อเนื่องของพฤติกรรม แม้ผู้ป่วยจะเผชิญกับอุปสรรคหรือภาวะล้มเหลวในการควบคุมโรคในช่วงใดช่วงหนึ่งประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้าง Hope, Optimism, Self-efficacy และ Resilience โดยมีระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในบริบทชุมชน เน้นการสะท้อนตน การตั้งเป้าหมาย และการฝึกคิดเชิงบวก

ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นสร้างกรอบกิจกรรมในโปรแกรม

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยในขั้นตอนที่ ๑ ผู้วิจัยได้สร้างกรอบกิจกรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ โดยได้กำหนดกรอบในการสร้างกิจกรรมในโปรแกรมตามองค์ประกอบของแนวคิด



ขั้นตอนที่ ๓ ขั้นสร้างกิจกรรมในโปรแกรม

จากกรอบกิจกรรมที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ ๒ ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมแต่ละครั้ง เพื่อให้เป้าหมายของกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์	ครั้งที่	กิจกรรม	เวลา (นาที)
๑	๑	-ทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๖๐
		๑ ฟินให้ไกล ไปให้ถึง ๒ ฉันทงัดฉันทำได้	๖๐
๒	๒	๓ มองโลกในแง่ดีมีความสุขได้	๖๐
๓		๔ ผู้ป่วยกลับไปทดลองปฏิบัติที่บ้าน	
๔	๓	๕ ฟื้นคืนพลังปรับตัวให้เท่าทันนำไปสู่ความสำเร็จ -ประเมินหลังการเข้าร่วมโปรแกรม	๖๐

๙.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยอิงจากกรอบแนวคิดของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (๒๕๖๖) และแนวทางของ American Diabetes Association (ADA, ๒๐๒๔) ร่วมกับการประยุกต์แบบสอบถาม Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) ของ Schmitt et al. (๒๐๑๓)

เดิมแบบสอบถามประกอบด้วย ๘ หมวดพฤติกรรม รวม ๒๔ ข้อคำถาม ครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญ ได้แก่ (๑) การควบคุมอาหาร (๒) การออกกำลังกาย (๓) การใช้ยาอย่างถูกต้อง (๔) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (๕) การจัดการสุขภาพจิตและความเครียด (๖) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (๗) การเข้ารับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (๘) การจัดการน้ำหนักและพฤติกรรมการใช้ชีวิต

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ปรับปรุงแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทของโปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกและกลุ่มตัวอย่าง โดยลดจำนวนหมวดเหลือ ๖ หมวด รวมทั้งสิ้น ๑๙ ข้อคำถาม ครอบคลุมเนื้อหาหลักด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนี้ (๑) การควบคุมอาหาร (๒) การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย (๓) การใช้ยาอย่างถูกต้อง (๔) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (๕) การจัดการสุขภาพจิตและความเครียด (๖) การจัดการน้ำหนักและพฤติกรรมการใช้ชีวิต

การปรับโครงสร้างหมวดดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แบบสอบถามมีความกระชับ ชัดเจน และตรงประเด็นกับเป้าหมายของโปรแกรมการส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

ผู้ตอบให้คะแนนตนเองในแต่ละข้อโดยใช้ระดับมาตร (Rating scale) ๕ ระดับ ดังนี้

๕ = สะท้อนพฤติกรรมของข้าพเจ้าอย่างมากที่สุด

๔ = สะท้อนพฤติกรรมของข้าพเจ้าในระดับมาก

๓ = สะท้อนพฤติกรรมของข้าพเจ้าในระดับปานกลาง

๒ = สะท้อนพฤติกรรมของข้าพเจ้าในระดับน้อย

๑ = ไม่สะท้อนพฤติกรรมของข้าพเจ้าเลย

คะแนนรวมจะถูกนำมาใช้เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยในภาพรวม และแยกตามหมวด

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ประกอบด้วย ๒ ตอน ดังนี้ ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ถามข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด ๑๐ ข้อคำถาม เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ยาที่ใช้ในการควบคุมเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยล่าสุด มีโรคประจำตัว เคยได้รับการอบรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับเบาหวาน เคยฝึกหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเชิงบวก

ตอนที่ ๒ แบบสอบถามพฤติกรรมแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๑๙ ข้อ ลักษณะคำตอบ มี ๕ ตัวเลือก สะท้อนพฤติกรรมของท่านในช่วง ๘ สัปดาห์ที่ผ่านมา" มากน้อยเพียงใด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่านในสาขาพยาบาลศาสตร์และเวชศาสตร์เบาหวาน โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.67 จะได้รับการคงไว้

๒. ความเที่ยง (Reliability)

แบบสอบถามฉบับทดลองได้ถูกนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในตำบล ไทรใหญ่จำนวน ๓๐ คน และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เพื่อประเมินความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงดีหากค่าแอลฟามากกว่า ๐.๗๐

๑๐. การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ สถิติ t-test สำหรับกลุ่มตัวอย่างคู่ (Paired Sample t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < .05$

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ขออนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัย
๒. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ตำบล ทวีวัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วม
๓. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอม และเก็บข้อมูลพื้นฐาน
๔. ดำเนินการวัดพฤติกรรม การดูแลตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
๕. จัดกิจกรรมโปรแกรมทุนจิตวิทยาเชิงบวกเป็นเวลา ๔ สัปดาห์
๖. วัดผลพฤติกรรมและค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังสิ้นสุดโปรแกรม
๗. วิเคราะห์และสรุปผล

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เป้าหมายของงานวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผล โปรแกรมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ออกแบบขึ้น เพื่อส่งเสริม พฤติกรรม การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ผ่านกระบวนการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะทางจิตวิทยาในด้าน ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) ทั้งนี้เป้าหมายหลักของงานวิจัยคือการเสริมสร้างพลังภายในให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน และสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

๑. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน ๕๐ ราย มีคะแนน พฤติกรรม การจัดการตนเอง หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

๒. ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ของผู้เข้าร่วมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมตลอดระยะเวลา ๔ สัปดาห์

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และมี แรงจูงใจภายใน เพิ่มขึ้นในการดูแลตนเอง

๒. ผู้เข้าร่วมสามารถสะท้อนตนเอง วิเคราะห์อุปสรรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผนที่วางไว้

๓. ผู้เข้าร่วมรายงานว่ากิจกรรมมีความเข้าใจง่าย เป็นมิตร และส่งเสริมกำลังใจ เช่น การตั้งเป้าหมายอย่างมีความหวัง การพูดให้กำลังใจตนเอง การคิดบวก และการฟื้นตัวจากความล้มเหลว

๔. โปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน และสามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการปฐมภูมิได้จริง โดยไม่ใช้ทรัพยากรมาก

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ระดับบุคคล (ผู้ป่วย)

๑. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ สามารถนำแนวคิดทบทวนทางจิตวิทยาเชิงบวกไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวัน

๒. ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียด

๓. ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจากภายในในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

ระดับชุมชน / หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๑. โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ใน คลินิกเบาหวานในหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการเสริมแรงจูงใจผู้ป่วยเบาหวาน

๒. มีรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ทรัพยากรน้อย แต่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

๗. ความยุ่งยากและความซับซ้อนในการดำเนินงาน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดเกินค่าที่กำหนด หรือมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้การสรรหาและคัดเลือกใช้เวลานานและต้องประสานงานกับหน่วยหน่วยบริการสุขภาพและ อสม. ในชุมชน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ข้อจำกัดด้านเวลาของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีภาระหน้าที่ เช่น ทำงาน ดูแลครอบครัว หรือมีปัญหาด้านการเดินทาง อาจส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งตามแผน ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการเรียนรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรศึกษาผลของโปรแกรมใน กลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ เพื่อขยายผลการประยุกต์ใช้แนวคิดทบทวนทางจิตวิทยาเชิงบวกในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ / การนำไปใช้

หลังการศึกษาควรขยายผลโดยนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้สามารถดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มโดยใช้แนวทางจิตวิทยาเชิงบวก

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการดำเนินการศึกษาวิจัยและเตรียมเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๙๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| ๑) นางสาวสินีนาถ รัตนภักดิ์พาณิชย์ | สัดส่วนของผลงานร้อยละ ๙๐ |
| ๒) นางสาวศิริเนตร สุขดี | สัดส่วนของผลงานร้อยละ ๕ |
| ๓) นางสาวพรพรณี อุ่นเอม | สัดส่วนของผลงานร้อยละ ๕ |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

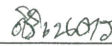
(ลงชื่อ) 

(นางสินีนาถ รัตนภักดิ์พาณิชย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสินีนาถ รัตนภักดิ์พาณิชย์	
นางสาวศิริเนตร สุขดี	
นางสาวพรพรณี อุ่นเอม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวสุธิดา เหล่าประดิษฐ์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางชนสรณ์ ศรีไ้ประวัติ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา

(วันที่) ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) 31 ต.ค. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมในจังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในจังหวัดนนทบุรีซึ่งมีความหนาแน่นของประชากรเป็นอันดับต้นของประเทศ และเป็นพื้นที่ปริณทณที่มีระบบบริการสุขภาพรองรับทั้งประชากรในพื้นที่และประชากรแฝง ในช่วงปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จังหวัดนนทบุรีมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะประคับประคองเฉลี่ยกว่า ๓,๑๐๐ คนต่อปี อย่างไรก็ตาม อัตราการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) การเข้าถึงยา Opioid และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างชัดเจน

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญในการให้บริการ ทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน อย่างไรก็ตามจากการสำรวจบริบทและผลการดำเนินงาน พบว่าทีมสหวิชาชีพในจังหวัดนนทบุรียังขาดทักษะเฉพาะทางในการประเมิน คัดกรอง และจัดทำแผนการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงขาดความรู้ในการใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น การประเมินสมรรถภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้าย (Palliative Performance Scale: PPS Score) การจัดการอาการรบกวน (Symptom Management) เอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance Directive / Living Will) และระบบการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

อีกทั้ง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังต้องการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงภาคีเครือข่ายในชุมชน อาทิสถ. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและไร้รอยต่อ (Seamless Care) สอดคล้องกับนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๒๕๖๘ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลระยะท้าย และการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลเพื่อรองรับการดูแลกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยระยะท้าย (End-of-Life Care) อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนา “ศักยภาพทีมสหวิชาชีพ” ให้สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และยกระดับระบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดนนทบุรีให้มีความเข้มแข็ง ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบททางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป

๒.วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (End-of-Life Care) เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ซึ่งส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จังหวัดนนทบุรีในฐานะจังหวัดปริณทณที่มีประชากรหนาแน่น

สูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ และมีอัตราการให้บริการทางการแพทย์สูงกว่าค่าเฉลี่ย จึงจำเป็นต้องเร่งพัฒนาระบบการดูแลระยะท้ายให้มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในจังหวัดนนทบุรียังมีความท้าทายหลายด้าน ได้แก่

๑) ข้อจำกัดด้านศักยภาพของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ บุคลากรในระบบบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น การประเมินความสามารถของผู้ป่วยด้วย PPS Score การจัดการอาการรบกวน (Symptom Management) และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance Directive / Living Will) ทำให้การดูแลยังคงเน้นเฉพาะการรักษาทางกายและขาดมุมมองแบบองค์รวม

๒) ความไม่ชัดเจนของระบบการเชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อ แม้ว่าจังหวัดนนทบุรีจะเริ่มมีการใช้ระบบ Smart CoC ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย แต่กระบวนการจัดการยังขาดความเป็นระบบ การเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย (Home Visit) ยังไม่ครอบคลุม และการประสานกับภาคีเครือข่ายชุมชนยังมีข้อจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต (Active Dying Phase)

๓) ข้อจำกัดด้านทัศนคติและการยอมรับของชุมชน ครอบครัวผู้ดูแล (Caregivers) บางส่วนยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น เข้าใจผิดว่าการไม่ปั๊มหัวใจ คือการทอดทิ้ง หรือการไม่ให้ยาฉีดคือการละเลย ขณะเดียวกัน บุคลากรบางส่วนยังรู้สึกลำบากใจในการสื่อสารเรื่อง “การตายอย่างสงบ” กับผู้ป่วยและครอบครัว

๔) ข้อจำกัดของการเข้าถึงยาที่จำเป็น แม้จะมีการกำหนดเป้าหมายการเข้าถึงยา Opioid สำหรับควบคุมอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งและระยะท้าย แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการในชุมชนยังไม่สามารถให้บริการยาเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเนื่องจากข้อจำกัดเชิงระบบ กฎระเบียบ และความไม่มั่นใจของเจ้าหน้าที่

๕) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) ยังไม่เป็นวัฒนธรรมบริการ แม้จะมีนโยบายส่งเสริม Advance Care Planning (ACP) ในระดับประเทศและเขตสุขภาพ แต่การดำเนินงานในพื้นที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด การบันทึก Advance Care Planning (ACP) ยังไม่ต่อเนื่องและไม่ถูกใช้ประกอบการตัดสินใจในช่วงท้ายของชีวิตจริงอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น ประเด็นหลักของการพัฒนา จึงอยู่ที่การพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพ ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ด้าน Palliative Care ได้อย่างครอบคลุม เข้าใจบริบทของผู้ป่วย ใช้เครื่องมือและกระบวนการดูแลอย่างเหมาะสม และสามารถเชื่อมต่อบริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้อย่างไร้รอยต่อ

๓.๒ แนวคิด

๑) แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Approach) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม (Holistic End-of-Life Care) เป็นแนวคิดสำคัญในระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ไม่ได้มุ่งเป้าหมายในการ “รักษาให้หาย” แต่คือการ “ดูแลให้คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด” จนถึงลมหายใจสุดท้าย แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนฐานความเข้าใจว่า “ผู้ป่วย” ไม่ใช่แค่คนที่มียาโรคทางกาย แต่เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ สังคม และความเชื่อทางจิตวิญญาณเฉพาะตน องค์ประกอบสำคัญของ Holistic Care มี ๔ มิติ ดังนี้

๑.๑) ด้านร่างกาย (Physical) มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เช่น ปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ หรือเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย

ตัวอย่าง การประเมินอาการปวดด้วย Pain Score และให้ยา Opioid อย่างเหมาะสม

๑.๒) ด้านจิตใจ (Psychological)

ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือความกลัวต่อความตาย การให้การดูแลในด้านนี้ ช่วยลดความทุกข์ใจ เพิ่มความสงบในจิตใจ

ตัวอย่าง การพูดคุยให้กำลังใจโดยพยาบาล การดูแลด้านสุขภาพจิตโดยนักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์

๑.๓) ด้านสังคม (Social) พิจารณาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัว คนใกล้ชิด และเครือข่าย ทางสังคม เพื่อให้การดูแลไม่สร้างภาระเกินไปแก่ญาติ และผู้ดูแล (caregiver)

ตัวอย่าง การประเมินภาระทางสังคม การวางแผนให้มีการดูแลร่วมกันในชุมชน เช่น อสม. หรือ Care Manager

๑.๔) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) ในช่วงท้ายชีวิต ผู้ป่วยอาจตั้งคำถามเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความกลัวต่อความตาย หรือการให้อภัย การดูแลด้านนี้คือการเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก หรือแม้แต่ความสงสัยในจิตใจ

ตัวอย่าง การให้ผู้ป่วยได้พบพระสงฆ์ หรือพูดคุยกับบุคลากรที่มีความเข้าใจเรื่องจิตวิญญาณ (Spiritual Counselor)

บทบาทของทีมสหวิชาชีพภายใต้แนวคิด Holistic Care

ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนไทย) ต้องมีทักษะร่วมกันในการทำความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยใน ๔ มิตินี้ โดยทำงานร่วมกันแบบ “ทีม” ไม่ใช่แยกบทบาท มีการประเมินร่วมกัน วางแผนร่วมกัน และสื่อสารกับครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเคารพ “เป้าหมายของผู้ป่วย” เป็นศูนย์กลาง (Goal of Care)

๒) แนวคิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแบบองค์รวม (Competency-Based Development)

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่อาจใช้เพียงการอบรมให้ “มีความรู้” เท่านั้น แต่จำเป็นต้องเน้น การพัฒนาให้บุคลากรสามารถนำความรู้ไป “ปฏิบัติได้จริง” อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ซับซ้อน โดยเฉพาะเมื่อดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญความเจ็บปวด ทั้งทางกายและใจ

แนวคิด Competency-Based Development จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ใช้ในการพัฒนา “ความสามารถที่แท้จริง” (True Competence) ของบุคลากร โดยประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบหลัก ดังนี้

๑. Knowledge – ความรู้ ความรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีมาตรฐาน โดยเฉพาะองค์ความรู้สำคัญ เช่น หลักการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Principles) การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยด้วย Palliative Performance Scale (PPS Score) การจัดการอาการรบกวน (Symptom Management) เช่น อาการปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ แนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๑๒

เป้าหมาย บุคลากรมีความเข้าใจทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

๒. Skill – ทักษะ ความรู้ที่ดีจะเกิดประโยชน์ได้ต่อเมื่อบุคลากรสามารถนำไปใช้ “ปฏิบัติจริง” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่

๒.๑ การประเมินอาการ เช่น การสังเกตอาการปวดแบบไม่ใช้คำพูด การใช้ Pain Scale และ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

๒.๒ การสื่อสารเชิงลึก เช่น การแจ้งข่าวร้าย การสนทนาเรื่อง “ความตาย” อย่างอ่อนโยน (Breaking Bad News)

๒.๓ การดูแลแบบ Home-Based เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำครอบครัว การส่งต่อผ่านระบบ Smart CoC

๒.๔ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ / แพทย์แผนไทย: เช่น การนวดผ่อนคลาย การดูแลด้วยสมุนไพรประกอบการบรรเทาอาการ

เป้าหมาย บุคลากรมี “ความสามารถเชิงปฏิบัติ” ในการให้บริการอย่างมั่นใจ และเหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะ

๓. Attitude – เจตคติเป็นแกนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีเมตตาและศักดิ์ศรี ความสามารถด้านนี้ไม่สามารถ “สอนโดยตรง” แต่ต้อง “สร้างผ่านประสบการณ์” และการสะท้อนความรู้สึก (Reflection) เจตคติที่จำเป็น ได้แก่ การเห็นคุณค่าของชีวิตในช่วงสุดท้าย การยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ความอดทนต่อความเศร้าและความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ ความเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย แม้ต่างจากความเห็นของผู้ดูแล

เป้าหมาย บุคลากรมีความเข้าใจผู้ป่วยในฐานะ “มนุษย์” ไม่ใช่แค่ “ผู้ป่วย” และดูแลด้วยหัวใจที่อ่อนโยน

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะ (Competency)

การอบรมภายใต้แนวคิดนี้จะใช้กระบวนการที่หลากหลาย ไม่ใช่เพียงการบรรยาย แต่ประกอบด้วย

๑. Workshop / Role Play: ฝึกสถานการณ์จำลอง เช่น การพูดคุยเรื่อง Advance Care Planning (ACP) หรือ Breaking Bad News

๒. Case Conference: วิเคราะห์กรณีตัวอย่างจริง เพื่อฝึกการวางแผนแบบองค์รวม

๓. Reflection Activity: ให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก และการเรียนรู้ภายในตนเอง

๔. Coaching / Mentoring: การมีพี่เลี้ยงดูแลในพื้นที่จริง ช่วยเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ

๓) แนวคิดสิทธิผู้ป่วยและการแสดงเจตนาริกล่วงหน้า (Advance Directive / Patient Autonomy) สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ที่ให้สิทธิประชาชนในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดการตาย ผู้ป่วยระยะท้ายจึงควรได้รับการให้ข้อมูลและมีโอกาสวางแผนการริกล่วงหน้า เช่น การเลือกไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น การอบรมทีมสหวิชาชีพจึงต้องครอบคลุมแนวคิด “Patient-Centered Decision Making” และการสื่อสารเรื่อง “Living Will” อย่างเหมาะสมทางจริยธรรม

๓.๓ ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

๑) จัดทำหลักสูตรการอบรมทีมสหวิชาชีพ ให้ครอบคลุมหัวข้อสำคัญ เช่น Palliative Care, PPS Score, Symptom Management, Advance Directive, การสื่อสารเชิงลึก และการดูแลแบบ Home-Based

๒) สร้างทีมต้นแบบ (Model Team) จากโรงพยาบาลระดับแม่ข่าย (โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลบางกรวย โรงพยาบาลปากเกร็ด โรงพยาบาลไทรน้อย ฯลฯ) และพัฒนาเป็นพี่เลี้ยงให้กับพื้นที่อื่น

๓) บูรณาการระบบ Smart CoC และฐานข้อมูล HDC เพื่อเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล-หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ - ผู้ดูแลในครอบครัว

๔) สร้างระบบพี่เลี้ยง / เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Coaching & Learning Community) เพื่อพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม ย่อมมีข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นในหลายด้าน ทั้งในระดับบุคคล ระบบ และชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์เชิงลึกและวางแผนแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลอย่างยั่งยืน โดยสามารถสรุปข้อจำกัดที่สำคัญ พร้อมแนวทางแก้ไขได้ ดังนี้

๑) ความรู้และทักษะของบุคลากรไม่เท่ากัน เนื่องจากบุคลากรในระบบบริการสุขภาพแต่ละระดับมีพื้นฐาน ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แตกต่างกัน ทำให้การอบรมหรือพัฒนาในรูปแบบเดียวอาจไม่ตอบโจทย์ทุกกลุ่มเป้าหมาย

แนวทางแก้ไข คือการออกแบบกิจกรรมในรูปแบบ On-the-Job Training ที่เน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และปรับเนื้อหาให้เหมาะสมตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ เช่น พยาบาล เน้นการดูแลที่บ้าน แพทย์ เน้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเภสัชกร เน้นการใช้ยาอย่างเหมาะสม

๒) ขาดแรงจูงใจในการทำงานในบทบาทใหม่ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องใช้พลังใจสูงและไม่ได้เป็นงานที่ “สร้างผลงาน” ที่จับต้องได้ชัดเจน จึงอาจทำให้บุคลากรขาดแรงผลักดัน

แนวทางแก้ไข คือการสร้าง ระบบการให้คุณค่า (Recognition) เช่น การมอบประกาศนียบัตร รางวัลยกย่อง หรือบันทึกคะแนนประเมินผลงาน เพื่อยืนยันความสำคัญของบทบาทและสร้างแรงจูงใจทางจิตใจ

๓) ระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เชื่อมโยงกัน ทั้งในด้านรูปแบบฐานข้อมูล การประสานทีม และการตอบสนองที่ทันเวลา

แนวทางแก้ไข คือการพัฒนาและยกระดับระบบ Smart Continuity of Care (Smart CoC) ให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อให้การส่งต่อเป็นไปอย่างราบรื่น มีการติดตาม และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องทั้งในระบบ IPD, OPD และชุมชน

๔) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ไม่มีความพร้อมหรือไม่มีเวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งพบได้บ่อยในชุมชนเมืองหรือครอบครัวที่ต้องทำงานนอกบ้าน

แนวทางแก้ไข คือการจัดทำ คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ซึ่งเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ประยุกต์ใช้ได้จริง พร้อมเสริมบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ กลุ่ม caregiver อาสาในชุมชน เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

๕) บุคลากรบางแห่งอาจไม่มีเวลาในการเข้าร่วมอบรมเต็มวัน อันเนื่องจากการะงานประจำหรือข้อจำกัดด้านกำลังคน

แนวทางแก้ไข คือการพัฒนา หลักสูตรอบรมแบบ Hybrid หรือ e-Learning ที่สามารถเรียนรู้ได้ตามเวลาที่สะดวก โดยเนื้อหาต้องกระชับ เข้าถึงง่าย และประเมินผลได้ เพื่อรองรับความหลากหลายของผู้เข้าอบรมและสร้างความยืดหยุ่นในการเรียนรู้

โดยสรุป การพัฒนาอย่างยั่งยืนในโครงการนี้ ต้องอาศัยความเข้าใจในข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและบริบทของแต่ละพื้นที่ พร้อมกับการวางกลยุทธ์การสนับสนุนที่ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีคุณภาพ มีความต่อเนื่อง และเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในครั้งนี้ คาดว่าจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งในระดับบุคคล ระบบบริการ และผู้ป่วย/ครอบครัว ดังนี้

๑. ระดับบุคลากร

๑.๑ บุคลากรทีมสหวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม

๑.๒ มีความสามารถในการใช้เครื่องมือสำคัญ เช่น PPS Score, Symptom Management, Advance Directive ได้อย่างถูกต้อง

๑.๓ มีความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นที่ยาก เช่น การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: APN) และการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิต

๑.๔ เกิดการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ และสามารถประสานงานกับเครือข่ายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ระดับระบบบริการ

๒.๑ เกิดต้นแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบไร้รอยต่อ (Seamless Palliative Care) ในจังหวัดนนทบุรี ที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน

๒.๒ มีการใช้ระบบ Smart Continuity of Care (Smart CoC) อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งต่อข้อมูลและติดตามผู้ป่วยระยะท้ายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๒.๓ มีแนวทางการพัฒนาและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สามารถนำไปขยายผลต่อในระดับเขตสุขภาพหรือจังหวัดใกล้เคียง

๓. ระดับผู้ป่วยและครอบครัว

๓.๑ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ลดอาการทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต

๓.๒ ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจบทบาทของตนเอง รู้สึกมั่นใจในการดูแล และได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพและชุมชน

๓.๓ เพิ่มอัตราการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: APN) และ Living Will ให้แก่ผู้ป่วยในจังหวัดนนทบุรี

๔. ผลลัพธ์เชิงนโยบายและการขยายผล

๔.๑ ผลจากโครงการสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายในการยกระดับระบบ Palliative Care ของจังหวัดนนทบุรี ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

๔.๒ สร้างแบบจำลองการพัฒนาทีมสหวิชาชีพที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในเขตสุขภาพที่ ๔

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประเมินความสำเร็จของโครงการจะใช้ทั้งตัวชี้วัดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ครอบคลุม ๓ มิติหลัก คือ มิติด้านบุคลากร มิติด้านระบบบริการ และมิติด้านผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

๕.๑. ตัวชี้วัดด้านบุคลากร

๑) ร้อยละของบุคลากรสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพด้าน Palliative Care มากกว่า ร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มเป้าหมาย

๒) คะแนนเฉลี่ยหลังอบรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และทัศนคติ เพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ ๒๐

๓) ร้อยละของบุคลากรที่สามารถใช้เครื่องมือประเมิน (Palliative Performance Scale :PPS Score , Edmonton Symptom Assessment System: ESAS, Advance Care Planning: ACP Form) ได้อย่างถูกต้อง มากกว่าร้อยละ ๗๐

๕.๒ ตัวชี้วัดด้านระบบบริการ

๑) จำนวนหน่วยบริการที่สามารถให้การดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของพื้นที่นำร่อง

๒) มีการใช้ระบบ Smart CoC ในการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยระยะท้ายครบทุกรายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๓) มีคู่มือ / แนวทางปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ถูกใช้จริงในหน่วยบริการพื้นที่นำร่องทุกแห่ง

๕.๓ ตัวชี้วัดด้านผู้ป่วยและครอบครัว

๑) ร้อยละของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) มากกว่าร้อยละ ๗๕

๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ home-based โดยทีมสหวิชาชีพ มากกว่าร้อยละ ๕๐

๓) ระดับความพึงพอใจของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระดับ “มาก” หรือ “มากที่สุด” มากกว่า ร้อยละ ๘๕

(ลงชื่อ) 

(นางสินีนาท รัตนภักดิ์พาณิชย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

27

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อผลงาน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม - ตุลาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความชำนาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดนนทบุรี โดยทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัย ประกอบด้วย

- องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
- นิยามและสาเหตุการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- ความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพ
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมักพบในประเทศเขตร้อนและจะระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี ไข้เลือดออกพบได้ในทุกเพศทุกวัย แต่พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กอายุ ๕-๑๔ ปี แม้ส่วนใหญ่จะอาการไม่หนัก แต่ก็สามารถทำให้เสียชีวิตได้แม้ในคนที่ร่างกายแข็งแรง สถิติของประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ ปี พ.ศ.๒๕๖๓ - ๒๕๖๗ จำนวน ๓๗๕ ราย พบว่าในวัยทำงานมีการเสียชีวิตสูงสุด ข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในปี ๒๕๖๖ ซึ่งเป็นปีที่มีการระบาดหนักที่สุดในรอบ ๕ ปี พบจำนวนผู้ป่วยกว่า ๑๑๐,๘๐๙ ราย สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดนนทบุรีจากข้อมูลปีล่าสุด พ.ศ.๒๕๖๗ พบผู้ป่วยจำนวน ๑,๓๓๔ ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๖๓ ที่มีผู้ป่วยจำนวน ๗๓๕ ราย ทั้งนี้ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เช่น ภาวะโลกร้อน อาจทำให้การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกรุนแรงขึ้นในหลายพื้นที่ทั่วโลก เนื่องจากสภาพอากาศที่อุ่นขึ้นและเปียกชื้นเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อวงจรชีวิตของยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรค รวมถึงการแพร่กระจายของไวรัสไข้เลือดออก สภาพภูมิอากาศจึงมีบทบาทสำคัญต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยมีปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องดังนี้:

- อุณหภูมิ: อุณหภูมิที่สูงขึ้นช่วยเร่งการเจริญเติบโตของยุงลาย ทำให้วงจรชีวิตของยุงเร็วขึ้น และเพิ่มโอกาสในการแพร่เชื้อไข้เลือดออก
- ปริมาณน้ำฝน: ฝนตกหนักทำให้เกิดแหล่งน้ำขัง ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ส่งผลให้จำนวนยุงเพิ่มขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค
- ความชื้นในอากาศ: ความชื้นสูงช่วยให้ยุงมีอายุยืนขึ้นและเพิ่มโอกาสในการแพร่เชื้อไข้เลือดออก
- ความเร็วลมมีผลต่อวงจรชีวิตและพฤติกรรมของยุงลาย อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องการบิน การหาแหล่งอาหาร และการแพร่กระจายของยุง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลดังนี้

๑. ข้อมูลสภาพภูมิอากาศของกรมอุตุนิยมวิทยา (TMD) พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗

๒. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากฐานข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรค R506 และ D506 Portal พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗

การดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภูมิอากาศและสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี กำหนดขั้นตอนดังนี้ :

๔.๑. กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดนนทบุรี ๕ ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗
- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านภูมิอากาศ (ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ ความชื้น ความเร็วลม) กับการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดนนทบุรี

๔.๒. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

- ข้อมูลสภาพภูมิอากาศ : อุณหภูมิ ปริมาณน้ำฝน ความชื้น ความเร็วลม จากแหล่งข้อมูลของสถานีตรวจอากาศดอนเมือง กรมอุตุนิยมวิทยา
- ข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก: จำนวนผู้ป่วยจากรายงานการเฝ้าระวังโรค R506 และ D506 Portal ของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
- ข้อมูลอื่นๆ เช่น จำนวนประชากรจำแนกกลุ่มอายุและเพศ เป็นต้น

๔.๓. วิเคราะห์ข้อมูล

- สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในจังหวัดนนทบุรี ๕ ปีย้อนหลัง ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่อประชากรแสนคนรายเดือน จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ
- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหารูปแบบความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสภาพภูมิอากาศกับจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกในจังหวัดนนทบุรี

๔.๔ สรุปผลและแปลความหมาย

- เปรียบเทียบผลวิเคราะห์กับสมมติฐานการวิจัย

H_0 : "ปัจจัยสภาพภูมิอากาศ ได้แก่ อุณหภูมิ ปริมาณน้ำฝน ความชื้นสัมพัทธ์ และความเร็วลมไม่มีผลต่ออัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ"

H₁ : "ปัจจัยสภาพภูมิอากาศ ได้แก่ อุณหภูมิ ปริมาณน้ำฝน ความชื้นสัมพัทธ์ และความเร็วลม ส่งผลต่ออัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ"

- สรุปผลการวิจัยตามประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางภูมิอากาศ ได้แก่ อุณหภูมิ ปริมาณน้ำฝน ความชื้นสัมพัทธ์ และความเร็วลม กับอัตราการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก

๔.๕ นำเสนอผลการวิจัยและเสนอแนวทางแก้ไข

- รายงานผลการวิจัยในรูปแบบบทความวิชาการหรือรายงานการศึกษา
- เสนอแนวทางการรับมือและการเฝ้าระวังโรค

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

มีข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดแนวทางแก้ไข ปัญหาโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนนทบุรีได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้ข้อมูลการวิจัยเพื่อพยากรณ์สถานการณ์การระบาดได้แม่นยำขึ้น คาดการณ์ช่วงเสี่ยงระบาดได้ล่วงหน้า งานวิจัยช่วยหาความสัมพันธ์เชิงสถิติ เช่น ระยะเวลาเท่าไรหลังฝนตกจะเริ่มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นำไปประยุกต์ใช้สร้างแบบจำลองได้

๒. วางแผนป้องกันล่วงหน้าได้ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมจัดสรรทรัพยากรให้ทันกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก เร่งรัดให้หน่วยงานสาธารณสุขประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบล่วงหน้าได้ โรงพยาบาลเตรียมบุคลากร เวชภัณฑ์ เตียงเพื่อรองรับสถานการณ์ผู้ป่วยไข้เลือดออก คาดการณ์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนก่อนฤดูระบาด

๓. เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินงานด้านการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก งานวิจัยช่วยหาความสัมพันธ์เชิงสถิติทำให้คาดการณ์ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินการป้องกันโดยทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

๔. ความสัมพันธ์เชิงสถิติจากการวิจัยนำไปพยากรณ์ เพื่อวางแผนป้องกัน และใช้ตัดสินใจในการวางแผน จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิต การป้องกันที่ตรงจุดและทันท่วงที่จะช่วยลดอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดภาระการรักษา และอัตราเสียชีวิต

๕. พัฒนานโยบายและมาตรการระยะยาว เช่น การออกแบบระบบระบายน้ำ ปรับผังเมือง หรือกำหนดช่วงรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

๖. เพิ่มความรู้ทางวิชาการ ทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติ โรค และพฤติกรรมของคนมากขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินการวิจัยมักพบกับความยุ่งยากในหลายด้าน ขึ้นอยู่กับลักษณะของการศึกษาและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศและโรคไข้เลือดออก มียุ่งยากและซับซ้อน ดังต่อไปนี้:

๑. ความซับซ้อนของปัจจัยอื่น ที่มีผลกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก

- การเคลื่อนย้ายของประชากร จังหวัดนนทบุรีมีแนวโน้มการย้ายถิ่นเข้าสู่อย่างต่อเนื่อง โดยมีประชากรแฝงจำนวนมาก ซึ่งส่งผลการสถานการณ์การเกิดของโรคไข้เลือดออกตามความเป็นจริง
- ระบบจัดการสุขภาพ
- ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลกระทบ เช่น การระบาดอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาพอากาศเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของชุมชน

๒. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

- นอกเหนือจากสภาพภูมิอากาศตามฤดูกาลทั่วไป ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลกระทบกับสภาพภูมิอากาศ เช่น ความผันผวนตามฤดูกาล พายุฤดูร้อน
- ต้องใช้ข้อมูลในการวิจัย ระยะยาว ๑๐ – ๓๐ ปีขึ้นไป

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ความสมบูรณ์ของข้อมูล

- ข้อมูลโรคไข้เลือดออกจากโรงพยาบาล/สาธารณสุขอาจมีความล่าช้า ข้อมูลวันเกิดโรค การเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลอาจไม่ตรงตามความเป็นจริง
- ข้อมูลการป่วยด้วยไข้เลือดออก ยังขาดข้อมูลจากสถานพยาบาลเอกชน หรือสถานพยาบาลอื่น นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

- ข้อมูลที่ได้รับอาจมี ข้อผิดพลาดในการบันทึก หรือมีช่วงเวลาที่ข้อมูลขาดหายไป
- ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

๙. ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยด้านนี้เป็นการบูรณาการหลายศาสตร์ ต้องอาศัยข้อมูลที่ครอบคลุมและเทคนิคการวิเคราะห์ขั้นสูง รวมถึงความร่วมมือจากหลายภาคส่วน จึงมีความซับซ้อนสูง และต้องวางแผนจัดการอย่างรอบคอบ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

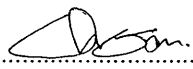
อยู่ระหว่างการดำเนินการศึกษาวิจัยและเตรียมเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) : สัดส่วน ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) สัดส่วนของผลงาน.....
- ๒) สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายเผด็จ ชมชื่น)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเผด็จ ชมชื่น	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางอรนภา วีระบุญ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสันติ โพธิ์ทอง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ด้านบริการวิชาการ

(วันที่) พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนากระบวนการติดตามรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาแบบดิจิทัลของหน่วยบริการในจังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ปรับแนวทางการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ให้สถานพยาบาลทุกแห่งกระทำการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านแพลตฟอร์มระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance : DDS) ผ่าน Application Programming Interface (API) ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ โดยมุ่งเน้นให้ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัลเป็นแพลตฟอร์มศูนย์กลางข้อมูลด้านการควบคุมโรค (Disease Control Data Hub) รวมทั้งการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค

กรมควบคุมโรคได้พัฒนาแพลตฟอร์มรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล มีวัตถุประสงค์ในการนำนวัตกรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศมาบริหารจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาทั่วประเทศ ผ่าน Application Programming Interface (API) และมีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล วิเคราะห์ แผลผล ตลอดจนการนำเสนอตามบุคคล สถานที่ และเวลา ทุกขั้นตอนดำเนินงานบนเว็บแอปพลิเคชัน Digital 506 (D506) ที่มีความปลอดภัยด้านข้อมูล และกำหนดให้สถานพยาบาลทุกรายงานผ่านเว็บแอปพลิเคชัน D506 สำหรับข้อมูลที่ถูกรายงานมีการแสดงผลเว็บไซต์ของกองระบาดวิทยา และให้หน่วยบริการอำเภอ จังหวัด เขต กระทรวง เข้ามาใช้ประโยชน์ได้ มีการกำหนดให้เจ้าของข้อมูลที่ยรายงาน จะสามารถเพิ่ม แก้ไข กรอง และตรวจสอบข้อมูลที่ส่งได้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีได้กำหนดให้หน่วยสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนนทบุรี ยกเลิกรายงาน R506 ซึ่งเป็นระบบ offline ให้รายงานโรคติดต่อเฝ้าระวัง ผ่านระบบ online ตามรูปแบบ Application Programming Interface (API) ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๘ หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อเฝ้าระวังได้ทันที กรณีที่ไม่พบโรคติดต่อเฝ้าระวังในสัปดาห์ ต้องมีการรายงาน Zero report จากฐานข้อมูลของสถานพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี มีหน่วยบริการที่ขอความร่วมมือให้ส่งข้อมูล ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๔๒ แห่ง , ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ๓๓ แห่ง, คลินิกมิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม ๒๙ แห่ง , บ้านคลินิกอบอุ่นเวชกรรม ๕ แห่ง , โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๗ แห่ง , โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑ แห่ง , โรงพยาบาลเอกชน ๑๑ แห่ง พบว่าการส่งข้อมูลยังไม่ครบทุกหน่วยบริการ และขาดความต่อเนื่องในการส่งรายงาน ปัญหาเนื่องมาจากการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ การปรับโครงสร้างข้อมูลหรือการให้รหัสการรายงาน การนำข้อมูลที่ขาดความครบถ้วนมาวิเคราะห์เพื่อหาสถานการณ์ของโรคติดต่อเฝ้าระวังจะไม่ใช่อาณาการณ์ที่แท้จริง และอาจส่งผลกระทบต่อความทันเวลาการควบคุมโรค การกำหนดมาตรการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อเฝ้าระวัง

ดังนั้นผู้ขอประเมินในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีบทบาทในการติดตาม ตรวจสอบ ความครบถ้วนของข้อมูลจึงขอเสนอ เรื่อง การพัฒนากระบวนการติดตามรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาแบบดิจิทัลของหน่วยบริการ ในจังหวัดนนทบุรี เพื่อพัฒนาปรับปรุงการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ของจังหวัดนนทบุรี ให้มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง และครบถ้วนยิ่งขึ้นต่อไป โดยขอความร่วมมือและสร้างความเข้าใจกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากปัญหาของการรายงานโรคผ่านระบบ Online ที่ต้องเฝ้าระวัง ในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ขาดการสื่อสารทำความเข้าใจ ปัญหาเรื่องของการระบบการส่งรายงาน สิทธิที่อนุญาตให้ส่งรายงาน ความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ความต่อเนื่องของการรายงาน และการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ผู้ขอประเมิน ขอเสนอทางแก้ไขและพัฒนากระบวนการติดตามรายงานระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ จังหวัดนนทบุรี ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการพัฒนากระบวนการติดตามรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในรูปแบบดิจิทัลของหน่วยบริการ

๑. เพื่อพัฒนาความสำคัญและความพร้อมของหน่วยบริการให้รายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ผ่านระบบ online ตามรูปแบบที่กำหนด

๒. เพื่อพัฒนาความร่วมมือการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘

๓. เพื่อพัฒนาการส่งรายงานให้มีความต่อเนื่อง ถูกต้องเป็นความจริงของสถานการณ์ของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

ข้อเสนอในการพัฒนากระบวนการติดตามรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในรูปแบบดิจิทัลของหน่วยบริการในจังหวัดนนทบุรี

๑. กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการพัฒนากระบวนการติดตามรายงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ

๑.๑ สร้างความเข้าใจให้เห็นความสำคัญกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องให้รายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และนำข้อมูลจากการรายงานไปใช้ประโยชน์ในการตรวจจับสถานการณ์ได้รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ หรือนำข้อมูลไปวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรค ได้ทันต่อเหตุการณ์

๑.๒ กำหนดการชี้แจงรายละเอียดของชุดข้อมูลสำคัญที่จำเป็นตามรายละเอียดสำหรับการบันทึกข้อมูล และสิทธิการเข้าใช้งานระบบรายงานสำหรับส่งข้อมูลรายงานระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ

๒. สร้างเครือข่ายการรายงานโรคติดต่อเฝ้าระวังกับหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนในการรายงานโรคติดต่อ

๓. พัฒนาเครื่องมือเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการรายงานให้มีความต่อเนื่อง ตรงตามเวลา

๔. ส่งเสริมการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการเฝ้าระวังโรคสู่ข้อกำหนดเชิงนโยบาย

๕. สร้างกลไกการประสานงานความร่วมมือทางวิชาการในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อระหว่างหน่วยงาน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. หน่วยบริการของภาครัฐและเอกชนในจังหวัดนนทบุรีปรับรายละเอียดของข้อมูลให้ถูกต้องตามหลักของข้อมูลทางระบาดวิทยา เตรียมบุคลากรผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบและส่งข้อมูลตามระบบ
๒. หน่วยบริการของภาครัฐและเอกชนในจังหวัดนนทบุรีให้ความสำคัญกับการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังครบทุกหน่วยบริการ
๓. หน่วยบริการภาครัฐและเอกชนในจังหวัดนนทบุรีส่งรายงานที่ถูกต้องส่งได้ตรงตามเวลาและมีความต่อเนื่องครบตามสัปดาห์ระดับที่กำหนดระยะเวลาโดยกรมควบคุมโรค
๔. มีกลไกประสานงานที่เข้มแข็งระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีซึ่งเป็นผู้ติดตามการรายงานและหน่วยบริการเป็นผู้ส่งรายงาน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการของภาครัฐและภาคเอกชน ส่งรายงานโรคติดต่อที่เฝ้าระวังผ่านระบบ Online ครบทุกหน่วยบริการ
๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการของภาครัฐและภาคเอกชน ส่งรายงานโรคติดต่อที่เฝ้าระวังมีความต่อเนื่อง รายงานผ่าน Online ทันทีเมื่อพบโรคที่ต้องเฝ้าระวังและเมื่อไม่พบโรคที่ต้องเฝ้าระวังต้องรายงาน Zero report ตามสัปดาห์ระดับที่กำหนดระยะเวลาโดยกรมควบคุมโรค
๓. ร้อยละ ๑๐๐ บุคลากรที่รับผิดชอบของหน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชน มีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลที่ถูกกำหนดและการบันทึกข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังที่ถูกต้อง
๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชนทราบช่องทางการประสานขอสิทธิการเข้าใช้ระบบรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง
๕. ร้อยละ ๙๐ ของหน่วยบริการของภาครัฐและภาคเอกชน ส่งข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนตามการกำหนดของการส่งรายงาน

(ลงชื่อ)



(นายเผด็จ ชมชื่น)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวเบญจา อิ่มในสุข	<u>จังหวัดนนทบุรี</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่</u> <u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</u> <u>บางใหญ่</u> <u>กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค</u>	๖๑๙๕	<u>จังหวัดนนทบุรี</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่</u> <u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</u> <u>บางใหญ่</u> ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ)	๖๑๙๘	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพัฒนากลไกการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผ่านสถานีสุขภาพตำบลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาและยกระดับสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital health station) แบบมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตำบลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

๗๖๓

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง

การพัฒนากลไกการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผ่านสถานีสภาพตำบลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม – ตุลาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มีความรู้ ความชำนาญ และความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ดังนี้

๑) ด้านวิชาการสาธารณสุขและงานสาธารณสุขมูลฐานแบบบูรณาการ มีทักษะการวางแผนสุขภาพระดับชุมชน ระดับตำบล ระดับอำเภอ

๒) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค มีองค์ความรู้ด้านโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ NCDs ภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยต่าง ๆ สามารถออกแบบและดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ และนิเทศติดตามผลได้อย่างต่อเนื่อง มีทักษะการสร้างสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพหลายรูปแบบ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ เป็นต้น

๓) ด้านบริหารจัดการและภาวะผู้นำในหน่วยบริการสุขภาพ เป็นหัวหน้ากลุ่มงาน และเป็นคณะกรรมการระดับตำบล ระดับอำเภอในหลายบทบาท มีประสบการณ์กำกับดูแลบุคลากรและการจัดสรรทรัพยากรในหน่วยบริการ สามารถปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ตามที่ได้รับมอบหมาย

๔) ด้านการจัดการภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำงานร่วมกับ อปท., ศูนย์เด็กเล็ก, อสม., ชมรมผู้สูงอายุ, กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เชี่ยวชาญการทำงานแบบบูรณาการและขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างระบบสุขภาพชุมชน

๕) ด้านการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ เป็นวิทยากรและพี่เลี้ยงให้กับผู้ที่สนใจ เช่น อสม. และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพหลากหลายสาขา เชี่ยวชาญในการออกแบบการเรียนรู้ การอบรม และการสร้างแนวปฏิบัติที่ได้จริงในชุมชน

มีประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

๑) มีประสบการณ์ตรงในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค มากกว่า ๑๐ ปีอย่างต่อเนื่อง

๒) มีบทบาทในระดับบริหารและนโยบาย เช่น การวางแผนระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และการเป็นคณะกรรมการนโยบายท้องถิ่น

๓) มีประสบการณ์ด้านการลงพื้นที่ ทำกิจกรรมจิตอาสา นิเทศ ติดตาม และพัฒนาโครงการร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน

๔) เป็นผู้เชี่ยวชาญในระดับชุมชนที่สามารถเชื่อมโยงนโยบายสาธารณสุขสู่การปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในระดับชุมชนที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายใต้บริบทดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลไกสำคัญในการเข้าถึง การดูแล และการส่งเสริมสุขภาพประชาชน

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา “กลไกการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)” โดยใช้ “สถานีสภาพชุมชน” เป็นฐานการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) ในการดูแลผู้ป่วย NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR (Planning Action Observation Reflection) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ จำนวน ๔ ระยะ ได้แก่

๑) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).

๒) การออกแบบและพัฒนากลไกการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๓) การทดลองใช้รูปแบบกลไกการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น และ

๔) การสรุปและปรับปรุงรูปแบบกลไกการเรียนรู้ โดยใช้วงจร PAOR (Planning – Action – Observation – Reflection) เป็นแนวทางหลัก

ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย NCDs ได้ดีขึ้น ชุมชนมีระบบสนับสนุนสุขภาพที่เข้มแข็ง และเกิดรูปแบบกลไกการเรียนรู้ ที่สามารถขยายผลในพื้นที่อื่น หรือระดับอำเภอ และระดับจังหวัดต่อไป อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานอาจประสบปัญหา เช่น ความหลากหลายของศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาระงานซ้ำซ้อน ความร่วมมือของภาคีที่ไม่ต่อเนื่อง และข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งโครงการได้เสนอแนวทางแก้ไข เช่น การอบรมตามศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การออกแบบระบบสนับสนุนที่ยืดหยุ่น และการบูรณาการโครงการเข้ากับแผนพัฒนาสุขภาพระดับท้องถิ่น

งานวิจัยนี้ไม่เพียงเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่านั้น แต่ยังเป็นต้นแบบของการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่ โดยอาศัยพลังของชุมชนและความร่วมมือของทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชนอย่างยั่งยืน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑) ได้จัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด ๔ รอบ ตามวงจร PAOR (วางแผน-ดำเนินการ-สังเกตการณ์-สะท้อนผล)

๒) มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนากลไกการเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า ๖๐ คน และมีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ตลอดโครงการ

๓) มีรูปแบบกลไกการเรียนรู้ ที่สามารถนำไปใช้ขยายผลในระดับตำบล ได้ไม่น้อยกว่า ๑ รูปแบบ

๔) มีการเผยแพร่ผลงานในเวทีชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ไม่น้อยกว่า ๑ ครั้ง

๕) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย NCDs เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘๐

๖) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ร้อยละ ๘๐

๗) ชุมชนมี ระบบการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพภาคประชาชนแบบต่อเนื่อง โดยใช้ “สถานีสุขภาพชุมชน” เป็นฐานการเรียนรู้ อย่างน้อย ๑ แห่ง

๘) เกิดการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน อย่างน้อย ๓ ภาคีเครือข่าย

๙) มีข้อเสนอเชิงนโยบาย สำหรับนำกลไกนี้บรรจุใน “แผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบล” หรือแผนงบประมาณของ อบต./เทศบาล อย่างน้อย ๑ โครงการ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ด้านการนำไปใช้ประโยชน์

๑) ต่อการพัฒนาสุขภาพชุมชน

- กลไกการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็น ต้นแบบ ในการส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

- สถานีสภาพชุมชนได้รับการพัฒนาให้เป็น แหล่งเรียนรู้และศูนย์กลางของกิจกรรมสุขภาพในชุมชน
อย่างเป็นระบบ

๒) ต่อหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น

- ผลจากงานวิจัยสามารถนำไปบรรจุในแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบล และเสนอของบประมาณสนับสนุน
ต่อเนื่องจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

- เป็นแนวทางให้หน่วยบริการสาธารณสุข สามารถใช้กลไกการเรียนรู้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนงานด้าน
สาธารณสุขเชิงรุกในพื้นที่

๓) ต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับองค์ความรู้ ทักษะ และแนวทางการทำงานใหม่ที่
สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

- ส่งเสริม ความมั่นใจ และแรงจูงใจในการทำงานจิตอาสา ทำให้เกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และ
ยั่งยืน

๔) ต่อประชาชนและกลุ่มผู้ป่วย NCDs

- ประชาชนได้รับการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น และมีความตื่นตัวในการดูแลตนเอง

- ผู้ป่วย NCDs ได้รับการติดตาม ดูแล และแนะนำอย่างใกล้ชิด โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

ด้านผลกระทบ (Impact)

๑. ระดับชุมชนและท้องถิ่น

๑) เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้ชุมชนมี ความ
เข้มแข็งด้านสุขภาพ และเกิด “ชุมชนสุขภาพะ” อย่างแท้จริง

๒) ชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เข้มแข็งผ่านกลไกการเรียนรู้
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๓) ระดับนโยบายท้องถิ่น: มีการนำกลไกนี้ไปใช้จริงในแผนงาน อบต./เทศบาล ส่งผลต่อการ
เปลี่ยนแปลงแนวทางการจัดการสุขภาพจากบนลงล่าง → เป็นล่างขึ้นบน คือ จากเดิมส่วนกลางสั่งงาน แล้วให้พื้นที่
ทำงานตามนโยบาย เปลี่ยนแปลงแนวทางเป็นชุมชนคิด พื้นที่เสนอ ส่วนกลางสนับสนุน

๒. ระดับอำเภอ/จังหวัด

๑) กลไกการเรียนรู้ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไป
ขยายผล สู่ตำบลหรืออำเภออื่นในจังหวัดเดียวกัน โดยใช้ทรัพยากรและบริบทที่ใกล้เคียงกัน

๒) เป็นต้นแบบให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นำไปบูรณาการในแผน
ยุทธศาสตร์สุขภาพของพื้นที่ และใช้เป็น แนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice)

๓. ระดับประเทศ

๑) รูปแบบกลไกนี้ สามารถต่อยอดเป็น นโยบายสาธารณสุขระดับชาติ โดยใช้ในการยกระดับ
ศักยภาพ อสม. ทั้งในเขตเมืองและชนบท ให้มีบทบาทเป็น “Health Promoter” ในระบบสุขภาพไทย

๒) งานวิจัยนี้สอดคล้องกับ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
(Primary Health Care) และการใช้ทรัพยากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญใน
การดูแลประชาชน

๓) ช่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว โดยลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน
จาก NCDs และลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

๔) ในเชิงวิชาการ รูปแบบกลไกการเรียนรู้และแนวทางพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) สามารถเผยแพร่ต่อยอดในงานวิจัยและการเรียนการสอนด้านสาธารณสุขชุมชน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑) ความหลากหลายของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: โครงการวิจัยนี้ ต้องประสานงานกับหลายภาคส่วน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ป่วย NCDs ซึ่งมีบทบาท ความรู้ และมุมมองที่แตกต่างกัน จึงต้องมีการจัดการความคาดหวังและการสื่อสารอย่างรอบคอบ

๒) ความซับซ้อนของกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research & Development): โครงการวิจัยนี้ มีการดำเนินงานตามกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีหลายขั้นตอนที่ต้องทำซ้ำ (วางแผน-ปฏิบัติ-สังเกตการณ์-สะท้อนผล) ซึ่งต้องการความเข้าใจ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง

๓) ข้อจำกัดด้านทรัพยากร: โครงการวิจัยนี้ ต้องใช้ทรัพยากรสนับสนุนหลายด้าน เช่น งบประมาณ บุคลากร เวลา และวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งหากไม่เพียงพอหรือไม่ต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของกลไกการเรียนรู้

๔) การวัดและประเมินผลที่มีความละเอียด: ต้องใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากหลายกลุ่มเป้าหมาย และต้องจัดเก็บ วิเคราะห์ และนำเสนออย่างเป็นระบบ ซึ่งต้องอาศัยทักษะเฉพาะทางและความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

๕) ข้อจำกัดด้านเวลาและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาจมีภาระงานอื่น ๆ และข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น การอบรมหรือการถอดบทเรียน อาจไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของข้อมูลและประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้

๖) ความท้าทายด้านวัฒนธรรมและค่านิยมชุมชน: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ต้องอาศัยความเข้าใจบริบทชุมชน ซึ่งมีวัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อที่อาจจะส่งต่อการยอมรับและความสำเร็จของโครงการวิจัย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑) ความพร้อมและศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แตกต่างกัน มีพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และแรงจูงใจไม่เท่ากัน ทำให้การเรียนรู้และการนำกลไกไปใช้จริงมีความแตกต่างกัน

๒) ข้อจำกัดด้านเวลาและภาระหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลายคนมีงานประจำหรือหน้าที่ในครอบครัว ทำให้ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของกระบวนการ

๓) ความไม่ต่อเนื่องในการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย การดำเนินโครงการต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งมีการกิจเร่งด่วนหรือข้อจำกัดด้านนโยบาย

๔) ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร การดำเนินการต้องใช้วัสดุ อุปกรณ์ บุคลากร และงบประมาณอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจมีข้อจำกัด

๕) ความยากในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ถึงแม้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะให้คำแนะนำได้ดี แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ยังต้องใช้เวลาและกระบวนการจูงใจอย่างต่อเนื่อง

๖) ความซับซ้อนของระบบข้อมูล เช่น แอปพลิเคชัน หรือแบบฟอร์มต่าง ๆ อาจใช้งานยากสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บางกลุ่มที่ไม่คุ้นชินกับเทคโนโลยี

๙. ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

๑) ออกแบบกลไกการเรียนรู้ให้มีความยืดหยุ่น ควรมีทั้งรูปแบบ online/onsite เวิร์กช็อปสั้น ๆ และชุดความรู้แบบ DIY เพื่อให้เหมาะกับบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๒) พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง มีพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รุ่นใหม่ให้เรียนรู้จากรุ่นพี่ในพื้นที่จริง

๓) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย บรรลุกลไกการเรียนรู้ในแผนพัฒนาสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

๔) ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อบต./เทศบาล และจัดทำแผนงบประมาณที่ยืดหยุ่นต่อการขับเคลื่อนกิจกรรมระยะยาว

๕) สร้างแรงจูงใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชน เช่น ใช้ระบบ “ชมเชย-แลกคะแนน-ได้รับการยอมรับ” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

๖) พัฒนาระบบข้อมูลที่ใช้งานง่าย และอธิบายรายละเอียดให้กลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจน เช่น สื่อการเรียนรู้ด้วยภาพ แบบฟอร์มเอกสาร และแอปพลิเคชันพื้นฐานที่เหมาะสมกับผู้ที่ไม่ถนัดเทคโนโลยี

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เตรียมการเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ ผ่านทาง เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๑๑. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑).....สัตว์ส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

๒).....สัตว์ส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

๓).....สัตว์ส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวเบญจา อิ่มในสุข)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘

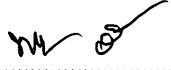
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางพรทิพย์ รักแจ้ง)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางใหญ่

วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายนิธิพงศ์ ทรัพย์แก้ว)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการแทน

สาธารณสุขอำเภอบางใหญ่

วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง

การพัฒนาและยกระดับสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital health station) แบบมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตำบลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศ ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคชี้ให้เห็นว่า แนวโน้มของประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs ยังคงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองขยายและกึ่งชนบท ในส่วนของอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี เป็นเขตพื้นที่เมืองขยายที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมสุขภาพอย่างรวดเร็ว

แม้ในพื้นที่ดังกล่าวจะมี สถานีสุขภาพชุมชน ซึ่งจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นฐานในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับหมู่บ้าน แต่พบว่า การดำเนินงานของสถานีเหล่านี้ยังขาดระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเก็บข้อมูลสุขภาพ ติดตามกลุ่มเสี่ยง และส่งต่อข้อมูลไปยังระบบบริการสุขภาพหลัก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลชุมชน

นอกจากนี้ ยังพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานสถานีสุขภาพ ยังมีข้อจำกัดด้านทักษะการใช้เทคโนโลยี การเข้าถึงข้อมูล และการดำเนินงานเชิงระบบที่เชื่อมโยงกับนโยบายสุขภาพระดับบน ขณะเดียวกันชุมชนเองก็ยังไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการสถานีสุขภาพในลักษณะที่เป็นเจ้าของร่วมอย่างแท้จริง

จากการทบทวนเอกสารและการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าแม้จะมีโครงการพัฒนาสถานีสุขภาพชุมชนหลายรูปแบบ แต่ยังขาดต้นแบบ "สถานีสุขภาพดิจิทัลที่ขับเคลื่อนด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน" ที่สามารถผสมผสานการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงควบคู่กับการสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน จึงเป็น "ช่องว่างขององค์ความรู้ (Gap of Knowledge)" ที่ควรได้รับการพัฒนาในบริบทจริงของพื้นที่

ดังนั้นในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ จึงมีแนวคิดในการยกระดับสถานีสุขภาพชุมชนในตำบลบางใหญ่ สู่การเป็น "สถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station)" ที่ไม่เพียงแต่ใช้เทคโนโลยีสุขภาพเพื่อการคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs เท่านั้น แต่ยังเป็นพื้นที่การเรียนรู้และสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนและภาครัฐอย่างเป็นระบบ แนวคิดนี้จึงมุ่งหวังให้เกิดนวัตกรรมการบริหารจัดการสุขภาพชุมชนรูปแบบใหม่ ที่ตอบโจทย์การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบบริการสุขภาพแบบดิจิทัลและการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพในพื้นที่ตำบลบางใหญ่ พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ขณะเดียวกันการเข้าถึงบริการปฐมภูมิในระดับชุมชนยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องเท่าที่ควร แม้จะมีการจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชนในบางพื้นที่ แต่ขาดเครื่องมือที่ทันสมัย และระบบการจัดการข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีศักยภาพในการทำงานเชิงรุก แต่ยังขาดการเสริมพลังด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่งผลให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs

ไม่เป็นระบบ และขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาสถานีสภาพชุมชนให้เป็น “สถานีสภาพดิจิทัล (Digital Health Station)” จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับการเข้าถึงบริการเชิงป้องกันและการจัดการโรคในระดับพื้นที่

แนวความคิด

แนวคิดการยกระดับสถานีสภาพดิจิทัลในพื้นที่ตำบลบางใหญ่ ตั้งอยู่บนฐานของ ๓ องค์ประกอบหลัก คือ

๑) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนสุขภาพ เช่น การใช้แอปพลิเคชันสำหรับติดตามสุขภาพ เครื่องวัดสัญญาณชีพดิจิทัล และระบบบันทึกข้อมูลแบบเรียลไทม์ Google sheet เป็นต้น

๒) การมีส่วนร่วมของภาคีในชุมชน พัฒนาให้สถานีสภาพเป็นของชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำหรือญาติผู้ป่วย NCDs ประชาชนในชุมชน เป็นต้น

๓) การจัดการโรค NCDs อย่างมีระบบ ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อวางแผนคัดกรอง ติดตาม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและตรงจุด

ข้อเสนอ

๑) จัดตั้งต้นแบบ “สถานีสภาพดิจิทัล (Digital Health Station)” ในตำบลบางใหญ่ อย่างน้อย ๑ แห่งที่สามารถเป็นพื้นที่ต้นแบบเรียนรู้ให้กับพื้นที่ใกล้เคียง

๒) พัฒนาเครื่องมือดิจิทัลที่ง่ายต่อการใช้งานโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชน เช่น แบบฟอร์มออนไลน์ Google sheet ระบบเตือนติดตามสุขภาพ เป็นต้น

๓) อบรมและเสริมพลังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้จริง ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติและการลงมือทำจริงในพื้นที่

๔) สร้างกลไกบริหารจัดการร่วมระหว่าง รพ.สต., อปท., และชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและรับรองคุณภาพของข้อมูลและบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ในระยะยาว

ข้อจำกัดที่คาดว่าจะพบ และแนวทางการแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น	แนวทางการแก้ไข
๑. อสม. บางรายขาดทักษะด้านดิจิทัล	- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบกลุ่มตามศักยภาพ - จัดทำคู่มือภาพอินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอสอนที่เข้าใจง่าย
๒. ระบบเทคโนโลยีอาจขัดข้องหรือไม่เสถียร	- เลือกใช้อุปกรณ์ที่ผ่านการทดสอบและมีการสนับสนุนจากหน่วยงานด้าน IT - วางแผนระบบสำรองข้อมูล เช่น อัปโหลดใน drive หรือ ดาวน์โหลดเก็บในฮาร์ดดิสก์
๓. ขาดงบประมาณในการดำเนินงานระยะยาว	- บูรณาการเข้ากับงบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) - สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น สสส. หน่วยงานเอกชน เป็นต้น
๔. ข้อมูลที่บันทึกอาจจะไม่สอดคล้องกับระบบของ สธ.	- ประสานงานกับ รพ.สต. สสอ. สสจ. เพื่อออกแบบ แบบฟอร์มและระบบที่เชื่อมโยงกันได้ตั้งแต่ต้น
๕. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอาจไม่ต่อเนื่อง	- แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพชุมชนร่วมกันวางแผน ติดตามการดำเนินงาน - ประสานการดำเนินงานเชื่อมโยงเข้ากับกิจกรรมของ อปท. และชุมชน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) พื้นที่ตำบลบางใหญ่มีระบบการจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs แบบมีส่วนร่วมผ่านสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital health station)

๒) สามารถติดตาม ประเมิน และวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

๓) ได้แนวทางในการขยายผลรูปแบบการยกระดับสถานีสุขภาพดิจิทัลแบบมีส่วนร่วมไปสู่พื้นที่อื่น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ประเด็น	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑. มีระบบการจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs แบบดิจิทัล	ระบบการจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs แบบ ดิจิทัล	๑ ระบบ
	อสม.มีทักษะจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs แบบ ดิจิทัล	ร้อยละ ๘๐
๒. การติดตาม ประเมิน และวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs แบบดิจิทัล	ระบบการติดตาม ประเมิน และวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs แบบดิจิทัล	๑ ระบบ
	ควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs ในกลุ่มเสี่ยงได้ดีขึ้น	ร้อยละ ๘๐
๓. ขยายผลรูปแบบการยกระดับสถานีสุขภาพดิจิทัลแบบมีส่วนร่วมไปสู่พื้นที่อื่น	การเผยแพร่/นำเสนอผลงาน ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	จำนวน ๑ ครั้ง
	มีระบบการจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ในแผนพัฒนาสุขภาพระดับท้องถิ่นของ อบต./เทศบาล	จำนวน ๑ โครงการ
	การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	อย่างน้อย ๓ ภาคีเครือข่าย

(ลงชื่อ)

(นางสาวเบญจา อิ่มในสุข)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน