



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณี
เกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ
และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗
มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง
เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมิน	ส่วนราชการ
๑.	นางทัศนีย์ จินสุกแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒	นางพัชรินทร์ สวยสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา
ดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใด
จะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางทัศนีย์ จินสุกแสง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	๑๔๗๘๘๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	๖๑๔๕๐	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน” “การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามระดับ PPS” “แนบท้ายประกาศ”				๑๐๐ % 

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง

๑. ชื่อ – สกุล นางทัศนีย์ จินสุกแสง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
สังกัด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เงินเดือน ๕๐,๔๗๐ บาท
๒. วุฒิการศึกษา ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
๓. ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ เมื่อ ๓ เมษายน ๒๕๕๑
๔. ดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะเข้ารับการประเมิน เมื่อ ๓ เมษายน ๒๕๕๙
๕. สรุปผลการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักย้อนหลัง ๓ ปี

ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างาน/หัวหน้าทีม โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในด้านการพยาบาลวิชาชีพที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยากตามมาตรฐานวิชาชีพในการประเมินสุขภาพที่ซับซ้อนที่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ ประเมินสุขภาพ วินิจฉัยปัญหา วางแผน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแล บำบัดฟื้นฟูสุขภาพแบบผสมผสานเบ็ดเสร็จ ให้แก่ประชาชนตามกลุ่มวัย ได้แก่ แม่และเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ทั้งที่บ้าน ชุมชน โรงเรียน วัด และ โรงพยาบาล โดยศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เฝ้าระวัง ค้นหาผู้ป่วย ผู้พิการ ประสานงาน ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอก ให้การปรึกษาสุขภาพอบรมการรักษาแก่อาสาสมัครและประชาชนในพื้นที่ โดยการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้งานบริการพยาบาล มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานวิชาการพยาบาล โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่างๆ ที่ปฏิบัติดังนี้

ด้านการปฏิบัติการ

๑. ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยากตามมาตรฐานวิชาชีพในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ผู้พิการ ขาดข้อและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย
๒. ปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่มีความหลากหลายให้แก่ผู้ป่วย ผู้พิการ ขาดข้อและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในชุมชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนกลุ่มป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับความต้องการ
๓. ค้นหาและประเมิน ความจำเป็นของผู้ป่วยที่เป็นผู้พิการ ขาดข้อและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในชุมชนทุกกลุ่มวัย และจัดการให้กลุ่มเป้าหมายเข้าสู่การยืนยันการวินิจฉัยโรคระยะต่างๆ และได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
๔. ปฏิบัติการพยาบาลรายกรณีผู้ป่วยโรค ป้องกันและควบคุมการดำเนินของโรค การกำเริบ ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ทบทวนความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี
๕. จัดการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพเบ็ดเสร็จผสมผสานแก่ผู้ป่วย ผู้พิการ ขาดข้อและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในชุมชนทุกกลุ่มวัย
๖. เสริมพลังและศักยภาพผู้ป่วย ผู้พิการ ขาดข้อและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในชุมชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ
๗. บันทึก รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยด้านการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มป่วย ผู้พิการ ขาดข้อและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๘. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล หรือบริการอื่นๆทางด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และปรับปรุงพัฒนาระบบบริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มผู้พิการซ้ำซ้อนกลุ่มมีปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

๙. ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์หรือกระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ผู้พิการซ้ำซ้อนและผู้มีปัญหาสุขภาพในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

๑๐. พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพของพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่มีมาตรฐานสูงขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

ด้านการวางแผน

๑. วางแผนหรือร่วมวางแผนการทำงานตามแผนการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานและร่วมแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานของหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

๒. มีส่วนร่วมในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน เพื่อให้การดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ชี้วัดระดับจังหวัด

๓. วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ/กลุ่มแกนนำในชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้พิการซ้ำซ้อนและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในชุมชนได้รับการดูแลที่เหมาะสม ลดอุบัติการณ์โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

๔. วางแผนหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพตามขอบเขตเป้าหมาย ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ก่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

๕. วางแผนนิเทศพยาบาลผู้ส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงานเพื่อให้สามารถส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ด้านการประสานงาน

๑. ประสานการทำงานร่วมกันโดยมีบทบาทในการให้ความเห็นและคำแนะนำเบื้องต้นแก่สมาชิกในทีมงานหรือหน่วยงานอื่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้

๒. ใช้แหล่งประโยชน์และประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้พิการซ้ำซ้อนและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในชุมชน ได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

๓. ให้ข้อคิดเห็นหรือคำแนะนำเบื้องต้นแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ผู้พิการซ้ำซ้อนและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย

๔. ประสานการดูแลเพื่อส่งต่อการรักษาทั้งภายในภายนอกเครือข่ายบริการสุขภาพ

ด้านการบริการ

๑. ให้บริการวิชาการพยาบาลที่ซับซ้อนในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วย ผู้พิการซ้ำซ้อนและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้

๒. สอน นิเทศ ฝึกอบรม ถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยีทางการพยาบาลแก่ผู้ได้บังคับบัญชาหรือบุคคลภายนอก เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. พัฒนาข้อมูล จัดทำเอกสาร คู่มือ ตำรา สื่อเอกสารเผยแพร่ พัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ วิธีการ หรือประยุกต์เทคโนโลยีเข้ามาใช้ เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กร

๔. จัดทำเอกสาร คู่มือ สื่อเอกสารเผยแพร่ พัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์วิธีการ หรือประยุกต์เทคโนโลยีมาใช้ เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กร ตลอดจนเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๔ เมษายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชนตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ อยู่ในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางใหญ่

๓.๑ ใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ศึกษา ได้แก่

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง ที่มีการแตกหรือตีบตันอย่างเฉียบพลัน ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นหยุดชะงักลง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายจากการขาดออกซิเจน หากสมองส่วนใดส่วนหนึ่งถูกทำลาย จะส่งผลต่อหน้าที่ที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ ทำให้เนื้อสมองบางส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายตายไปและหยุดสั่งงานเกิดอาการอัมพาตของร่างกายส่วนนั้นๆ มักจะเกิดขึ้นฉับพลันทันที เรียกว่า โรคอัมพาต (Stroke)

สาเหตุและชนิดของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น

๑. หลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบซึ่งจะค่อยๆ เกิดขึ้นทีละน้อย ในที่สุดจะมีลิ่มเลือดหรือ Thrombosis เกิดขึ้นจนอุดตันเส้นเลือด ทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดเลือดไปเลี้ยง พบมากในคนสูงอายุ เนื่องจากคนกลุ่มนี้มักมีภาวะหลอดเลือดแดงมีการแข็งตัวหรือเสื่อม จากไขมันเกาะ ทำให้มีโอกาสดีตันได้ง่ายขึ้น ซึ่งภาวะนี้เป็นสาเหตุของการอัมพาตครึ่งซีกที่พบได้บ่อยกว่าสาเหตุอื่นๆ และมีอันตรายน้อยกว่าหลอดเลือดแตกนอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูงคนที่สูบบุหรี่หรือดื่มเหล้าจัดหรือคนอ้วน มีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าคนปกติ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักมีการเสื่อมและตีบของหลอดเลือดแดงเร็วขึ้น

๒. ภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง (Embolic stroke) เนื่องจากมีลิ่มเลือดเล็กๆ (Embolus) เป็นลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดที่อยู่นอกสมองหลุดลอยตามกระแสเลือดขึ้นไปอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดเลือด มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเช่นโรคหัวใจ รูมาติก กล้ามเนื้อหัวใจตายหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการหัวใจห้องบนเต้นระรัว (atrial fibrillation) เป็นต้น

๓. หลอดเลือดสมองแตกหรือการตกเลือดในสมอง (Hemorrhagic stroke) ทำให้เนื้อสมองโดยรอบตายนับว่าเป็นสาเหตุที่มีอันตรายร้ายแรงอาจทำให้ผู้ป่วยตายได้ในเวลารวดเร็วโดยสาเหตุของเลือดออกในสมองประกอบด้วย ภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิด Arteriosclerotic change ภายในหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะแขนงของ middle cerebral artery แล้วทำให้เกิด aneurysm ที่มีชื่อเรียกว่า Charcot-Bouchard aneurysm เมื่อแตกออกทำให้มีเลือดออกในสมอง

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

เนื้อสมองมีน้ำหนักเพียง ๒ เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัว ต้องการเลือดไปเลี้ยงประมาณ ๑๕ เปอร์เซ็นต์ของ cardiac output (โดยประมาณ ๗๕๐ มิลลิลิตร/นาที) และ ๒๐ เปอร์เซ็นต์ของออกซิเจนที่หายใจเข้าไป สมองต้องการพลังงานที่ได้จากกระบวนการ phosphorylation ของกลูโคส เพื่อที่จะผลิตพลังงานในรูป ATP ในการนำไปใช้งาน ในสภาวะพักนั้น สมองของมนุษย์จะมี cerebral blood flow ระหว่าง ๕๐-๕๕ มิลลิลิตร ต่อ ๑๐๐ กรัมของน้ำหนักเนื้อสมองต่อนาที โดยที่ gray matter blood flow จะสูงกว่า white matter blood flow สมองมีการทำหน้าที่พิเศษโดยสามารถควบคุมตัวเองอย่างอัตโนมัติ หรือ autoregulation ได้ การที่สมองมีความสามารถพิเศษนี้ก็เพื่อที่จะควบคุมให้เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองได้เพียงพอในสภาวะปกติ แรงต้านทานของ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

หลอดเลือดของสมอง (cerebrovascular resistance) นั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะควบคุมให้เลือดไปเลี้ยงสมอง (cerebral blood flow) ให้คงที่ ภายใต้ช่วงกว้างของการเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดและ cardiac output ที่สามารถเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีปัจจัยจำเพาะอีกหลายปัจจัยเช่นกันที่อาจมีผลกระทบต่อ cerebral blood flow ด้วยในภาวะที่สมองปกติ ตัวอย่างของสภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของ blood flow เช่น การกระตุ้นโดยไฟฟ้าโดยตรงต่อเนื้อสมอง การชักและ ภาวะที่มีการใช้อารมณ์ ส่วนตัวอย่างของสภาวะที่มีการลดลงของ blood flow ก็คือการดมยาด้วย barbiturate หรือการกดการทำงานของประสาทส่วนกลาง

จากการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากการตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือดใดหลอดเลือดหนึ่ง ในระยะแรกร่างกายจะสามารถปรับตัวได้ มีการไหลเวียนไปตามหลอดเลือดที่เชื่อมประสานกัน เพื่อเบนทิศทางไหลไปจากบริเวณที่อุดตัน เมื่อการตีบ หรืออุดตันมีมากขึ้นจึงทำให้สมองมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ก็จะเกิดอาการผิดปกติทางสมองเฉพาะที่อาการที่พบจะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ของหลอดเลือด สภาพของการขาดเลือดไปเลี้ยงจะเปลี่ยนไปตามระยะเวลา ถ้าสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวอาจจะเกิดเพียง ๒-๓ นาที ถึงนานเป็นชั่วโมงแล้วหายไปก็ได้ ถ้าสมองขาดเลือดมาเลี้ยงนานก็จะเกิดอาการนานและถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองอย่างถาวรก็จะทำให้เกิดอาการอย่างถาวร

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด เกิดจากความดันโลหิตสูง ซึ่งพบมากถึงร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองทั้งหมดเมื่อ หลอดเลือดแตกเลือดจะเข้าไปในเนื้อเยื่อของสมอง โดยยังไม่เข้าไปในช่อง Subarachnoid แต่เมื่อก่อนเลือดโตขึ้นจากการที่เลือดออกมาเรื่อยๆ ก็จะซึมเข้าไปในโพรงของสมอง (Ventricular system) ถ้าความดันโลหิตไม่สูงมากเลือดที่ออกจะก่อตัวเป็นก้อนตรงบริเวณที่แตกและปิดหลอดเลือด แต่ถ้าความดันโลหิตสูงหลอดเลือดที่แตกจะไม่สามารถปิดได้ ก้อนเลือดในสมองจะเปื่อยและกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น หากเลือดออกมากจะทำให้ก้านสมองถูกกดเกิดภาวะสมองเคลื่อนตัวลงมา ทำให้ผู้ป่วยถึงตายได้

สรุปได้ว่าสมองจะมีระบบหลอดเลือดแดงที่เชื่อมประสานกันและมีกลไกการปรับตัว ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัวได้ ถ้าสมองขาดเลือดเพียงชั่วคราว แต่ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงนานจะทำให้เกิดอาการอย่างถาวร แต่ในรายที่หลอดเลือดสมองแตก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เนื่องจากก้านสมองถูกกด

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ชาหรือเกิดภาวะอ่อนแรงโดยเฉพาะเกิดภาวะอ่อนแรงของอวัยวะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (Hemiparesis) หรืออาจเกิดภาวะอัมพาตของอวัยวะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (hemiplegia) ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสนหรือความยากลำบากในการพูดหรือเข้าใจภาษา ประสบปัญหาในเรื่องของความคิดความจำ ความสนใจ และการตัดสินใจ นอกจากนี้อาจมีปัญหาของการมองเห็น ซึ่งอาจเป็นเพียงตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง อาจมีความยุ่งยากในการเดินเวียนศีรษะเสียการทรงตัว หรือมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วย คือ

๑. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจสังเกตพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน หรือขณะเดินหรือทำงานอยู่ก็รู้สึกทรุดล้มลงไป อาจมีอาการชาตามแขนขา ตามัว ตาเห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว หรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หรือ มีความรู้สึกสับสนนำมาก่อนที่จะมีอาการอัมพาตของแขน ขา ผู้ป่วยมักจะมีคามผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น กล่าวคือถ้าการตีบตันของหลอดเลือดเกิดขึ้นในสมองซีกซ้ายก็จะมีอาการอัมพาตที่ซีกขวา และอาจพูดไม่ได้เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย ถ้าเกิดขึ้นใน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สมองซีกขวาก็จะเกิดอัมพาตซีกซ้าย อาการอัมพาตมักจะเป็นอยู่นานกว่า ๒๔ ชั่วโมงขึ้นไปและจะเป็นอยู่นาน

๒. ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากภาวะอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการอัมพาตมักเกิดขึ้นฉับพลันทันที

๓. ผู้ป่วยอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก มักพบในคนหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้าอาจบ่นปวดศีรษะรุนแรง หรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แล้วก็มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง อ่อนแรง อาจชัก และหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าตกเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติตัวเกร็ง รุนแรงตาเล็กทั้ง ๒ ข้าง ซึ่งมักตายใน ๑ - ๒ วัน ถ้าตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาสรอดฟื้นและค่อยๆ ดีขึ้น หรือถ้าได้รับการผ่าตัดได้ทันทีก็อาจช่วยให้รอดได้ ระยะของโรคหลอดเลือดสมองอาการของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น ๓ ระยะได้แก่

๑. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

๒. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีเร็ว ส่วนใหญ่ใช้เวลา ๑-๑๔ วัน

๓. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน ๔๘ ชั่วโมงกล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน ๓ เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลังเป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวการช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา ๔-๖ เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง ๑ ปี

อาการของสมองขาดเลือดขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด และขนาดของสมองที่ขาดเลือด นอกจากนั้นยังอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาการปวดศีรษะ ชีพ หรือชัก อาการของหลอดเลือดสมองตามตำแหน่งที่ตีบได้แก่

๑. หลอดเลือดแขนง Anterior cerebral artery บริเวณสมองส่วนที่เสียหายคือ สมองส่วนหน้าหรือเรียกว่า frontal lobe ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขาด้านตรงกันข้ามกับสมองส่วนที่เกิดโรค โดยจะมีลักษณะที่สำคัญคือขาจะอ่อนแรงมากกว่าแขนและใบหน้า สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ

๒. หลอดเลือดแขนง Middle cerebral artery บริเวณสมองส่วนที่เสียหายคือ Posterior frontal, temporal, parietal lobes ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของใบหน้า แขน ขาโดยการอ่อนแรงของใบหน้าและแขนมากกว่าขา มีอาการชาครึ่งซีก หากอ่อนแรงข้างขวาก็มีอาการพูดไม่ได้ ไม่เข้าใจคำพูด อ่านหนังสือไม่ออก

๓. หลอดเลือดแขนง Posterior cerebral artery บริเวณสมองส่วนที่เสียหาย Occipital lobe อาการตาบอดชนิด homonymous hemianopia

๓.๒ ความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาล ได้แก่ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) และกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) แนวคิดการจัดการรายกรณี

การดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลสุขภาพบุคคลให้มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และสังคม รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามความ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กับสังคม ใช้แนวความคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสาน ระหว่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ บุคคลถือเป็นระบบเปิด และเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัว ชุมชน หรือ สังคม และ เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยชักนำที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้ การพยาบาลจึงครอบคลุมสาระสำคัญเกี่ยวกับ

๑. การพยาบาลทางด้านร่างกาย ทั้งทางด้านความเจ็บป่วย อาการ อาการแสดงของโรค ความสะดวก สุขวิทยาส่วนบุคคลและการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของร่างกาย

๒. การพยาบาลทางด้านจิตใจ เป็นการพยาบาลในแนวเดียวกับหลักจิตวิทยาในการ ยอมรับ เคารพสิทธิส่วนบุคคล การเอื้ออาทร ให้ความเอาใจใส่ มีเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย มีความเห็นใจ และช่วยเหลือให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ

๓. การพยาบาลทางด้านอารมณ์ โดยมุ่งความต้องการในด้านการพยาบาลที่มาจากการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและการยอมรับหรือปฏิเสธความเจ็บป่วยในระยะแรกของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พยาบาลจะต้องเข้าใจ ให้อภัย ด้วยการวิเคราะห์เหตุผล เชิงพฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์

๔. การพยาบาลทางด้านสังคม ทั้งทางด้านตัวผู้ป่วยเอง ญาติและครอบครัว ควรได้รับการดูแลเป็นองค์รวม เพื่อมุ่งในเรื่องจิตสังคมและการอยู่ร่วมกันในสังคมด้วยการยอมรับจากคนรอบข้างและในครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถทำหน้าที่ประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย คนรอบข้าง และครอบครัว เพื่อการยอมรับผู้ป่วย ยอมรับภาวะเจ็บป่วยและช่วยประคับประคองภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วยการได้รับความอบอุ่น มั่นคงทางจิตใจจากคนรอบข้างและครอบครัว

๕. การพยาบาลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นการดูแลให้การพยาบาลที่ครอบคลุมถึงภาระค่าใช้จ่าย รายได้ และความสิ้นเปลืองที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพอนามัย

๖. การพยาบาลทางด้านสภาพแวดล้อม เป็นการพยาบาลให้ครอบคลุมทางด้านสถานที่ การสุขภาพิบาล การอนามัยสิ่งแวดล้อม ในที่อยู่อาศัยหรือที่บ้าน ซึ่งการพยาบาลจะช่วยสนับสนุนการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในชุมชน ช่วยให้การดูแลสุขภาพ บรรเทาหรือการหายจากความเจ็บป่วยเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องและรวดเร็วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) กระบวนการพยาบาล คือ เครื่องมือชั้นนำการปฏิบัติของวิชาชีพการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ ต้องใช้การคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลที่มีขั้นตอนต่อเนื่องและใช้หลักวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติงาน ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน คือ

๑. การประเมิน (Assessment) การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาหรือความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ครอบครัว และ บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การจำแนกปัญหา (problem recognition) และการรวบรวมข้อมูล การรวบรวมข้อมูลมีจุดสนใจ ๒ เรื่อง คือ เนื้อหา (content) ของข้อมูล และ กระบวนการ (process) ของการได้ข้อมูล ชนิดของข้อมูล มีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่าหรือบรรยายถึงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (objective data) ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เมื่อพยาบาลพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน อาจต้องประเมินเฉพาะจุด โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญและรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง กับเรื่องนั้น ๆ และรวบรวมข้อมูลเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติมในภายหลัง ดังนั้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

จึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์ วิธีการรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีซึ่งมักใช้ร่วมกัน ได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูลต่างๆ มาแล้วพยาบาลต้องตรวจสอบความตรง (validity) ของข้อมูลร่วมกับผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ

๒. การวินิจฉัย (Diagnosis) การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้ โดยอาศัยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement) การคิดอย่างมีจิตวิญญาน (critical thinking) ความสามารถในการย้อนรำลึกและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการแปลข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก (clinical knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ศึกษาให้ความสำคัญหรือนัย (cues) ของข้อมูล ช่วยให้เข้าใจข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการประมวลข้อมูล (data processing) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัย (validation) และการบันทึกข้อวินิจฉัย (documentation) การประมวลข้อมูลเป็นขั้นตอนการจัดหรือแยกประเภท (classification) ของข้อมูลให้เป็นระบบ แปลความหมาย (interpretation) โดยระบุข้อมูลที่สำคัญ เปรียบเทียบข้อมูลกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐาน จัดกลุ่มข้อสำคัญหรือนัยของข้อมูล สรุปลงความเห็นตามหลักของเหตุผล นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความตรง (validation) ของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรงกับความเป็นจริงโดยอาจตรวจสอบกับผู้ใช้บริการหรือครอบครัว

๓. การวางแผน (Planning) การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไข ปัญหาที่วินิจฉัยไว้ ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น เป้าหมายของการพยาบาลมี ๒ ลักษณะ คือ เป้าหมายระยะสั้น (short-term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็วหรือบรรลุได้ก่อนเป้าหมายระยะยาว (long-term goal) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องใช้เวลายาวนานหรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมดลักษณะเป้าหมายของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ใช้บริการ (client outcome) มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ใช้บริการแต่ละราย เป็นไปได้จริง บรรลุได้และวัดได้ ในขั้นตอนของการวางแผนยังต้องมีการเลือกวิธีการบำบัด (intervention) กิจกรรม (activity) และการปฏิบัติ (action) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดมักมุ่งไปที่การขจัดหรือผลกระทบจากสาเหตุของปัญหานั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกาสจะ เกิดขึ้น การบำบัดของพยาบาลมักมุ่งที่การประเมินภาวะของผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบ (monitor) ปัญหาและการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว การบำบัดทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลายๆวิธี และมักไม่เฉพาะเจาะจงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขณะเดียวกันก็สามารถเลือกวิธีการบำบัดต่าง ๆ ที่หลากหลายมาใช้ในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเดียวกัน ในหลายกรณีต้องคิดค้นขึ้นมาเอง ทั้งนี้ควรเลือกวิธีการบำบัดที่ดีที่สุด โดยคำนึงถึงวิธีการที่เป็นทางเลือกต่าง ๆ ผลที่จะเกิดตามมา และเหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ ตลอดจน ความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย

๔. การนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงาน การสอน การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา การปรึกษาหารือ การรายงานและการบันทึก ผู้ปฏิบัติตามแผนอาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารแผนการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตามแม้จะมีแผนสำหรับการปฏิบัติเป็นกรอบอยู่แล้วแต่พยาบาล ยังจำเป็นต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมินผล ประสิทธิภาพของการบำบัด และประเมินความจำเป็นในการปรับ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕. การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการพยาบาลในการประเมินผลแม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน แต่ยังคงจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วย เนื่องจากทั้งกระบวนการและโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการ เป็นการพิจารณาตัดสินความก้าวหน้าหรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการเปรียบเทียบกับเป้าหมาย เชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ว่าบรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่มากนักน้อยเพียงใด เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนจึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินผล การประเมินผลกระบวนการ (process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การประเมินข้อมูลจนถึงการนำไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) มุ่งเน้นที่สภาพแวดล้อมซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล

แนวคิดการจัดการรายกรณี รูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ประเมินสภาพผู้ป่วย กำหนดแผนการดูแล (clinical pathway) กำกับกับการปฏิบัติ ประเมินผลและติดตามผล รวมทั้งประสานความร่วมมือและสนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพ และพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมเป็นธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มเจ็บป่วยซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดี คือเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถของญาติ

การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วยโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทในการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงและซับซ้อน ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ปฏิบัติและกำกับการปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์การดูแล โดยประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และทำกิจกรรมต่างๆ ตามแผนการดูแลผู้ป่วยมาตรฐานการดูแลและแนวปฏิบัติตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

พยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วย มีบทบาทในการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงและซับซ้อน ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ปฏิบัติและกำกับการปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์การดูแล โดยประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และทำกิจกรรมต่างๆ ตามแผนการดูแลผู้ป่วยมาตรฐานการดูแลและแนวปฏิบัติตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินผลลัพธ์การดูแลด้านผู้ป่วยและด้านญาติผู้ดูแล ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แพทย์แผนไทย

องค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีการประสานความร่วมมือของทีมพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

๑. คัดเลือกผู้ป่วย
๒. ประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา
๓. การวางแผนและการประสานงาน
๔. การปฏิบัติและกำกับการปฏิบัติ
๕. การประเมินผลและการติดตามผล
๖. การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

แผนการดูแลผู้ป่วย

๑. ประเด็นหลักของการดูแลรักษาสหสาขาวิชาชีพทีมสหสาขาวิชาชีพลงตรงรวมเยี่ยมผู้ป่วยทุกสัปดาห์ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ๑ เดือน

๒. ผลลัพธ์ซึ่งคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่าง ๆ ความคิดเห็น กำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกัน

๓. วิเคราะห์ปัญหา/แนวทางแก้ไขวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม
ผลลัพธ์การดูแล

๑. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL)

๒. ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล

ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายสำคัญอันดับ ๒ ของโลก (WHO) มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ๑๗ ล้านคนและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๖.๕ ล้านคน จากรายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง ปี ๒๕๖๖ (HDC) พบ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบจำนวนผู้ป่วยทั้งประเทศ ๒๐๓,๙๕๐ ราย อัตราตาย ๑๕,๖๘๒ ราย (ร้อยละ ๗.๖๙) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) จำนวน ๑๐,๒๓๗ ราย (ร้อยละ ๒๑.๑๒) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ๔,๘๑๘ ราย (ร้อยละ ๓.๗๘) อีกทั้งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดภาวะทุพพลภาพ และต้องการการดูแลระยะยาว ปัจจัยที่จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เป็นต้น และการมีจำนวนโรคที่เพิ่มมากขึ้นจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพพลภาพและความพิการทางกายซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทางร่างกายในการเคลื่อนไหวรวมทั้งการดูแลช่วยเหลือตนเอง ความสามารถในการเรียนรู้ (cognitive function) ของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาความสามารถ การมีความบกพร่องในด้านความจำความนึกคิดเขาวงกตปัญญาในด้านต่างๆของสมอง ซึ่งยุทธศาสตร์ของชาติ ได้มุ่งเน้นการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน

ดังนั้นพยาบาลงานบริการด้านปฐมภูมิ มีบทบาทบริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นผลลัพธ์ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องอาศัยความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรก โดยการประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาโดยบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิสรีรวิทยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้น สามารถคัดกรองผู้ป่วยและภาวะคุกคามเพื่อจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น มีการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย และรวดเร็วมีระบบการติดตามและประเมินผลการรักษามีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านเพราะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะปรับเปลี่ยนจากดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลที่บ้าน เป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก ซึ่งในระยะการปรับเปลี่ยนนี้ ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการให้คำแนะนำวิธีการดูแล ความรู้เรื่องโรค และการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่ บ้าน ในการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลชุมชนที่จะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และต่อเนื่องในการดูแล โดยร่วมกันวางแผนการดูแลตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมศักยภาพและสนับสนุนครอบครัวในการดูแล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการป้องกันการเกิดซ้ำ การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนการสอนฝึกทักษะให้ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติการดูแล และจัดกิจกรรมการดูแลที่ซับซ้อนได้โดยนำความรู้จากผลการวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลมาเป็นส่วนช่วยในการจัดการดูแล เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเมื่อเกิด ปัญหาในการดูแลหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน โดยตั้งศักยภาพในชุมชนและแหล่งประโยชน์มาสนับสนุนการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนพัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินผลการดูแล เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน

พยาบาลชุมชนจึงมีส่วนสำคัญในการออกแบบระบบการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการรูปแบบการพยาบาลที่เฉพาะโดยรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยการปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามภารกิจประจำวันทั่วไป ได้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันให้กับผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งลดค่ารักษาพยาบาล การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในเวลารวดเร็ว มีการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลชัดเจนมากขึ้น ทำให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชนโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี

เป้าหมาย

กรณีศึกษาเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน จำนวน ๑ ราย เลือกจากชุมชนตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ อยู่ในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลบางใหญ่

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกและศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีปัญหาซับซ้อนในการให้การพยาบาลและมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน
๒. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย และโรคประจำตัว
๓. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีปัญหาซับซ้อนที่เข้ารับการรักษาโดยรวบรวมข้อมูลด้านแผนการรักษา การวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการเจ็บป่วย
๔. ทบทวนเนื้อหา จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๕. ศึกษาแนวทางกระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีปัญหาซับซ้อน
๖. รวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ เรียบเรียง จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

สรุปกรณีศึกษา

๑. คัดเลือกผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างผอม อายุ ๕๑ ปี ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร

สถานภาพ สมรส อาชีพ ค้าขาย, ผู้ใหญ่บ้าน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

สิทธิการรักษา สิทธิประกันสังคม

แหล่งที่มาของข้อมูล : การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยในระบบ HOS-xp

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษา

๓๑/๑/๒๕๖๕ ช่วงเย็นมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์วินิจฉัย น้ำในหูไม่เท่ากัน ให้ยามารับประทานต่อที่บ้าน

๑/๑/๒๕๖๖ เวลา ๐๕.๐๐ น. ตื่นนอนมาแล้วจะเข้าห้องน้ำ มีอาการ ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด อ่อนแรง ด้านขวา เดินเซ ญาติโทรตามรถฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล แกรับที่โรงพยาบาล : coma score E๔V๕M๖ pupil ๓ mm. RTLBE Right facial palsy motor power Right grade II all and left grade ๕ all, O๒ sat ๙๖% DTX ๑๒๑ mg/dl BP ๑๕๖/๙๑ mmHg. P ๘๗ ครั้ง/นาที RR ๒๐ ครั้ง/นาที

๑/๑/๒๕๖๖ เวลา ๐๖.๓๕ น. on ๐.๙% NSS ๕๐๐ ml iv rate ๖๐ cc/hr

๑/๑/๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๕๙ น. ผู้ป่วยและญาติขอไปรักษาตามสิทธิประกันสังคม

ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม (การสัมภาษณ์ญาติ)

แพทย์ CT Brain ๒ ครั้งไม่พบความผิดปกติ ครั้งที่ ๓ แพทย์พบว่า มีเส้นเลือดตีบที่แกนสมอง ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี ได้รับการรักษาด้วยการให้อาหาร อาการไม่ดีขึ้นซึมลง หายใจเองไม่ได้ จึงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถ Try wean ได้ จึงได้รับการเจาะคอ On Tracheostomy Tube., On NG. tube, retained Foley's catheter รับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ ๗ เดือน ด้วยภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเข้ารับการดูแลต่อที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล ๓ เดือน และกลับมาดูแลต่อที่บ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ประมาณ ๑๐ ปี รักษาต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว : บุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว

การรับประทานอาหาร : รับประทานอาหารวันละ ๓ มื้อ ชอบอาหารที่มีรสจัด เค็ม หวาน

ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา : สูบบุหรี่วันละ ๑ ซอง มานาน ๓๐ ปี ปฏิเสธการดื่มสุรา

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธประวัติการรับการผ่าตัด

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

๒. ประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ โทรศัพท์เพื่อนัดหมายเยี่ยมบ้าน และซักประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ เยี่ยมผู้ป่วยนอนติดเตียง รู้สึกตัวดี ผู้ป่วย Glasgow Coma Scale : E๔VTM๖ รูม่านตาทั้งสองข้างมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันขนาด ๓ มิลลิเมตร อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๖๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๘ เปอร์เซ็นต์ มุมปากด้านขวาตก On Tracheostomy Tube, On NG. tube, retained Foley's catheter, Motor power Left arm grade I, Left leg grade L, Right arm grade III, Right leg grade I

การประเมินร่างกายตามระบบ

ศีรษะ : กะโหลกศีรษะกลม ไม่โป่งตึง ผมสีดำมีสีขาวแซม หนังศีรษะแห้งมีผิวหนังสีขาวบางๆ ลอกจำนวนเล็กน้อย

ตา : เยื่อตาไม่เหลือง ขนาดรูม่านตา ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง ๒ ข้าง No cataract both eyes, Normal eye movement

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

หู : ลักษณะภายนอกได้รูปเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง ไม่มีน้ำเหลืองน้ำหนองไหลออกจากช่องหู

คอ : ไม่พบ Neck vein engorge, No carotid bruit, On Tracheostomy tube

จมูก : มีรูปร่างสมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง ลักษณะภายนอกไม่มีการอักเสบ เยื่อบุจมูกชุ่มชื้นดี สันจมูกตรง ไม่คด ผันงันจมูกอยู่ตรงกลาง ไม่มีน้ำมูกหรือเลือดกำเดาในโพรงจมูก

ช่องปาก : มุมปากขวาตก มีแผลที่ริมฝีปากจากการยื่นกระแทกของฟัน

- รูปร่างทรวงอกปกติ ไม่มีอกไก่ อกถั่ง อกนูน

- หายใจผ่านทางท่อหลอดลมเจาะที่คอ จังหวะสม่ำเสมอ เสียงหายใจปกติ

- ฟังเสียงการเต้นของหัวใจ เสียง S๑ และ S๒ ปกติ No murmur.

หน้าท้องและทางเดินอาหาร :

ลักษณะทั่วไปของหน้าท้อง สมดุลกันดี ไม่มีผื่นใดๆ คลำไม่พบก้อน ไม่พบรอยบาดแผลไม่พบตับโต เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ทวารหนักไม่มีติ่งเนื้อหรือแผลเป็น

ระบบประสาท :

Glasgow Coma Scale E๔V๓M๖ pupil ๒ min React to light both eye

แขนขาด้านขวาอ่อนแรง motor power Right arm grade III and leg grade I แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง Motor power left arm grade I and leg grade I

การเคลื่อนไหว (immobility) การประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index ได้ค่า ADL ๐ คะแนน

การรับประทานอาหาร (nutrition) On NG tube feed BD (๑:๒) ๒๕๐ ml x ๔ feeds. น้ำตามมือละ ๑๐๐ ml

การขับถ่าย retained Foley's catheter ปัสสาวะขุ่นเล็กน้อย ไม่มีเลือดปน อุจจาระได้โดยต้องรับประทานยาระบาย ๓-๔ วันครั้ง ถ่ายอุจจาระแข็ง ท้องผูกบ่อย

การประเมินสภาพทางจิตและสังคม ภรรยาและบุตรรู้สึกตกใจกับอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ซึ่งไม่คิดว่าจะรุนแรงขนาดนี้ ครอบครัวมีความเชื่อถือในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ให้ความยินยอมและร่วมมือในการรักษาและหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นและกลับบ้านได้

การประเมินความปลอดภัย (safety) : การประเมินสภาพบ้าน (housing) ของผู้ป่วยตัวบ้านแข็งแรง เป็นบ้านไม้ ๒ ชั้น ผู้ป่วยอยู่ชั้นล่าง มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกครบ มีเตียงนอนสำหรับผู้ป่วยมีไม้กั้นเตียง อุปกรณ์ทางการแพทย์เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา มีเพื่อนบ้าน (other people) และญาติอยู่ใกล้กัน สำหรับแหล่งให้บริการ (services) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอยู่ในพื้นที่ ห่างจากบ้านผู้ป่วยไม่มาก ส่วนมากถ้ามีปัญหาการเจ็บป่วย ญาติจะพาไปโรงพยาบาลด้วยการจ้างรถเอกชน ถ้าเจ็บป่วยฉุกเฉินจะเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินทาง ๑๖๖๙

การประเมินด้านจิตใจจิตวิญญาณ (spiritual) : ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้ดูแลด้วยการพูดแต่เวลาพูดจะไม่มีเสียงญาติอ่านจากปาก และภาษามือ ผู้ดูแลเข้าใจได้ ผู้ป่วยมีความกังวลกลัวเกิดผลกดทับ วิเคราะห์ปัญหาจากการเยี่ยมบ้านทั้งหมด จำนวน ๔ ครั้ง ที่พบในผู้ป่วยดังนี้

๑. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง

๒. ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยเสียงจากการเจาะคอ

๓. เกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อสับและ เท้าตก

๔. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการสำลักจากการการคั่งค้างของเสมหะ

๕. เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากแบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๖. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย
๗. ไม่สุขสบายจากอาการแน่นท้อง ท้องผูก
๘. เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตันเนื่องจากขาอ่อนแรง
๙. ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง
๑๐. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดในช่องท้องปริแตกจากหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง

การรักษา

ยา (medication) ที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ในปัจจุบัน

๑. Somazina ๑๐๐ mg. ๒ cc. q ๑๒ hr.
๒. Baclofen ๑๐ mg. ๑ x ๓ po pc tid.
๓. Omeprazole ๒๐ mg. ๑ x ๒ po ac bid.
๔. Hista-oph eye drop ๑ หยอด เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน
๕. Fluimucil A ๖๐๐ mg. ๑ x ๑ po pc เข้า
๖. Metoprolol ๑๐๐ mg. ๑/๒ x ๒ po pc bid.
๗. Simethicone ๑๒๐ mg. ๑ x ๓ po pc tid.
๘. Levetam ๕๐๐ mg. ๑ x ๒ po pc bid.
๙. Eliquis (Apixaban) ๕ mg. ๑ x ๒ po pc bid.
๑๐. Clonazepam ๐.๕ mg. ๒ x ๑ hs.
๑๑. Senolax ๗.๕ mg. ๒ x ๑ hs.
๑๒. Lipostat ๔๐ mg. ๑ x ๑ hs.

๓. การวางแผนและการประสานงานในการวางแผนเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน

๑. ประสานงานกับผู้ป่วยและญาติเพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยขอซักประวัติ ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว แผนการเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย โทรศัพท์หรือติดต่อนัดหมาย เวลา ก่อนการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงจำนวนของทีมสหวิชาชีพที่จะร่วมเยี่ยม
๒. ประสานงานยานพาหนะที่ใช้ในการลงพื้นที่ แจงรายละเอียดแผนที่เดินทางไปยังบ้านผู้ป่วย
๓. ประสานงานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยมีกำหนดวัตถุประสงค์และแผนการดูแล ในการเยี่ยม ร่วมกัน รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน

เริ่มจากทบทวนวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมร่วมกับ สมาชิกครอบครัว ประเมินปัญหาหรือความต้องการ เดิมของผู้ป่วยและปัญหาใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้น ประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ของครอบครัว ให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) มีการประเมิน การวางแผน ให้การพยาบาลและแก้ไข ปัญหาาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม

ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

บันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและการวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป สรุปปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและ สังคม แนวทางการ เยี่ยมครั้งต่อไป บันทึกข้อมูล สังเกต ในสิ่งที่ผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว สภาพบ้าน และเพื่อนบ้าน ให้การ ช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ป่วย สถานการณ์ขณะเกิดเหตุการณ์อารมณ์ของผู้ป่วย ปัญหา อะไรที่รบกวนผู้ป่วย มากที่สุด วิธีการที่ผู้ป่วยจัดการกับปัญหานั้น การติดตามประเมินผลการดำเนินงานการ แก้ไขปัญหา การช่วยเหลือ ด้วยกระบวนการจัดการรายกรณี (Case Management) ตามที่กำหนดและวางแผน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ในสมุดบันทึกสุขภาพครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเป็นระบบ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตามแผนการแก้ไข ปัญหา และพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งมีการกำกับ ติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

๔. การปฏิบัติและกำกับการปฏิบัติ

ปัญหาที่ ๑ เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการสำลักและการค้างค้ำของเสมหะให้การพยาบาล โดยประเมินสภาพการกลืนของผู้ป่วย และให้อนุสรีระสูง ๓๐-๔๕ องศาเพื่อป้องกันการสำลัก ฝึกวิธีการกลืนด้วยการบริหารริมฝีปากและแก้ม ปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยฟื้นฟู ฝึกการกลืน แนะนำฝึกความแข็งแรงของปากและลิ้นโดยแนะนำให้ ทำปากจู้สลับกับฉีกยิ้ม หรือออกเสียง "ดู" สลับเสียง "อี" กักลมในปากให้แก้มป้องกันแล้วเป่าลมออกซ้ำๆการบริหารลิ้น (Tongue Exercise) ฝึกการรับประทานอาหาร ขณะรับประทานลดสิ่งจืดจางอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็นได้ เลือกอาหารที่กลืนง่ายที่สุดโดยให้เริ่มอาหารบด หรือ ปั่นชิ้น การจัดทำนั่งขณะรับประทานที่พบป่วยโดยจัดที่นั่งพื้นเรียบไม่ยืดหยุ่น เท้าวางราบบนพื้นมือวางบนโต๊ะลำตัวอยู่ในท่าสมดุลเท้าวางพื้น เข่งอ ๙๐ องศา ลำตัวโน้มไปด้านหน้าเล็กน้อย ก้มหน้าเล็กน้อย

ปัญหาที่ ๒ เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากแบบแผนการขับถ่ายให้การพยาบาล โดยประเมินความรู้ในกระบวนการดูแล ตรวจสอบ ทบทวนการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่น้อยวันละ ๒ ครั้ง การเปลี่ยนpampers การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย ตำแหน่งถุงปัสสาวะให้อยู่ในตำแหน่งต่ำกว่า กระเพาะปัสสาวะให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด ไม่หักพับกดทับ ดึงรั้งหรือหย่อนเกินไป ทำความสะอาดสายการล้างมือ ก่อน ให้การดูแล ผู้ป่วย ก่อน-หลังการสัมผัสสาย สังเกตสีของปัสสาวะเพื่อประเมินการติดเชื้อ การเทน้ำปัสสาวะทิ้งควรเทปัสสาวะทิ้งเมื่อมีปริมาณ ๓/๔ ของถุง เปลี่ยนสายสวนทั้งชุดหากพบว่าสายสวนรั่วซึมต้องทำการสวนปัสสาวะใหม่ เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงเก็บปัสสาวะควรเปลี่ยนตามเมื่อ สายสวนปัสสาวะอุดตัน สกปรกหรือรั่ว รักษาความสะอาดรอบตัวผู้ป่วย สม่าเสมอ

ปัญหาที่ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดในช่องท้องปริแตกจากหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพองให้การพยาบาลโดยแนะนำผู้ดูแลประเมิน เฝาระวัง สังเกตอาการที่บ่งบอกภาวะหลอดเลือดปริแตก เช่น อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอก หรือหลัง ชีพจรเต้นเร็ว ความดัน โลหิตต่ำ เจ็บอกหรือได้กระตุกสะบัก ปวดท้องฉิวหนัง เย็น ความรู้สึกตัวลดลง ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล เพื่อลดการกระแทกและการออกแรงของผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ระวังระมัดระวังไม่กระแทกกระแทกท้อง ไม่ออกแรงเบ่งอุจจาระ บริเวณ Aneurysm เพราะอาจทำให้แตกได้ ควบคุม Systolic blood pressure ให้อยู่ระหว่าง ๑๐๐-๑๒๐ mmHg, MAP อยู่ระหว่าง ๖๐-๗๕ โดยประสานงานให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดตามระดับความดันโลหิต วัด BP ทุกวัน ที่แขนทั้งสองข้าง ถ้า BP แตกต่างกัน ๑๐ mmHg ให้ไปแจ้งให้ทีมดูแลรับทราบทันที

ปัญหาที่ ๔ เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตันเนื่องจากขาดการออกกำลังกาย โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย ที่ลดลงการไหลเวียนเลือดลดลง และโรคของหลอดเลือด ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน คือ ขาบวมข้างเดียว (unilateral leg swelling) ปวดที่ขาข้างเดียว ผิวหนังแดงและอุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้น สังเกตเห็นหลอดเลือดดำที่อยู่ในชั้นใต้ผิวหนังได้ชัดขึ้น และสอบถามอาการปวดบวม ขา หรือเป็นตะคริว อาการกดเจ็บบริเวณบวมหรือขาหนีบ ทุกวัน วัดเส้นรอบวงต้นขาและน่อง ถ้าพบว่าขาบวมข้างเดียว ๒ เซนติเมตร ให้ญาติโทรมาปรึกษาและรายงานให้แพทย์ทราบ กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายชนิด active range of motion หรือให้ผู้อื่นช่วยบางส่วน (active assistive ROM) โดยใช้ท่ากระดกข้อเท้าขึ้นลง (ankle pump) การหมุนข้อเท้า

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

(ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง (ankle slide) อย่างน้อยท่าละ ๑๕ ครั้ง ๒ รอบต่อวัน ควรฝึกลุกออกจากเตียง แล้วเริ่มยืนเดินให้เร็วที่สุด

ปัญหาที่ ๕ เกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อสับและ เท้าตก ให้การพยาบาลโดยประเมินความรู้และการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินโรค และการดูแลด้านต่างๆ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัวให้ข้อมูล และ ความรู้เกี่ยวกับลักษณะโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและญาติในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมให้คำปรึกษาด้านการดูแลการทำกายภาพแก่ผู้ป่วยและเสริมกำลังใจกับผู้ดูแลและครอบครัวสอน และสาธิตวิธีการดูแลสำหรับผู้ป่วยติดเตียงโดยการ สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมกายภาพบำบัดและจัดทำของร่างกายของผู้ป่วยโดยให้ ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้อง เหมาะสม ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดและกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปกับผู้ดูแล

ปัญหาที่ ๖ ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ให้การพยาบาล โดยให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการช่วยส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำ โดยให้กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่ญาติอาจคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจและส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จัดวางอุปกรณ์ เครื่องใช้ไว้ข้างที่อ่อนแรง การทำความสะอาดร่างกาย ทบทวนการดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ดูแล แนะนำการเตรียมอุปกรณ์ การจัดสภาพแวดล้อมและวิธีการเช็ดตัวที่ถูกต้อง การดูแลหลังการขับถ่าย การแต่งตัว การสวมเสื้อติดกระดูกด้านหน้า การถอดเสื้อ การสวมกางเกงและการถอดกางเกง การดูแลสุขภาพช่องปาก สอนวิธีการช่วยเหลือในการดูแลและทำความสะอาดโดยการบ้วนน้ำ ผู้ดูแลจะต้องใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำทำความสะอาดในช่องปากบริเวณช่องข้างกระพุ้งแก้มใต้ลิ้นและเพดานปากซ้ำ การให้อาหารทางสายยาง ทบทวนวิธีการจัดทำขณะให้อาหาร ประสานงานกับทันตกรรมเพื่อร่วมประเมินการดูแลสุขภาพช่องปากให้คำแนะนำเพื่อป้องกันแผลกดทับ ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาดแห้งและเรียบตึงเสมอ ระเมินสภาพผิวหนังใต้บริเวณปุ่มกระดูก สันเท้า โดยตรวจดูว่ามีรอยแดง รอยซ้ำ บวม ผิวหนังมีสีคล้ำ แข็ง นุ่ม ร้อนหรือเย็น เปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง ถ้าเปลี่ยนท่านอนแล้วรอยแดงบริเวณผิวหนังไม่หายภายใน ๓๐ นาที ให้เปลี่ยนท่านอนได้บ่อยขึ้นการเคลื่อนย้าย แนะนำใช้แรงยกไม่ควรใช้วิธีลาก ไม่ควรเคลื่อนย้ายตามลำพัง จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

ปัญหาที่ ๗ ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยเสียงจากการเจาะคอ ให้การพยาบาล โดย แนะนำใช้วิธีสื่อสารอื่นๆ ทดแทน เช่น การเขียน การชี้รูปภาพ สัญลักษณ์ที่สื่อความต้องการหรือความหมายแทนคำพูด วิธีสื่อสารกับผู้ป่วยควรหันหน้าเข้าหาผู้ป่วยเมื่อต้องการจะพูดด้วย พยายามพูดกับผู้ป่วยด้วยคำง่ายๆ และพูดซ้ำๆ ชัดๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบ ใช้ท่าทางหรือภาษามือช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เวลาตอบคำถามต้องให้เวลากับผู้ป่วยเพียงพออย่าพูดแทนผู้ป่วย

ปัญหาที่ ๘ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยให้การพยาบาล โดย ประเมินอาการทางระบบประสาท เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังติดตามและประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เตียง ปุ่มต่างๆ จัดวางของที่เป็นให้อยู่ในตำแหน่งที่สะดวก ปลอดภัย สาธิตและทดลองใช้ให้ดู ปรับระดับเตียงให้ต่ำ และล็อกเตียงไว้ไม่ให้เลื่อนได้ยกไม้กั้นเตียงขึ้นและตรวจสอบความเรียบร้อยทุกครั้งหลังให้การพยาบาล จัดออกสัญญาณเรียกต่างๆ ให้พร้อมใช้งานตามความเหมาะสม และอยู่ใกล้มีผู้ป่วยปรับระดับความสูงของเตียงให้ต่ำ และยกราวกั้นเตียงขึ้นทั้งข้างลือคล้อเตียง ตลอดเวลา วางโต๊ะคร่อมเตียงไว้ในด้านที่ไม่ใช้ขึ้นลง ดูแลที่พักไม่ให้มีสิ่งของระเกะระกะ และมีแสงสว่างเพียงพอให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการพลัด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ตกหล่น ผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้าไม่หลวมเกินไป กางเกงหรือผ้าถุงไม่ยาวเกินไป หรือมีสายยาวรุ่มร่ามเปลี่ยนทำผู้ป่วยซ้ำๆ โดยมีผู้ช่วยเหลือ ๒ คน

ปัญหาที่ ๙ ไม่สุขสบายจากอาการแน่นท้อง ท้องผูกให้การพยาบาล โดยวิธีการฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน ถ้าไม่ถ่ายให้รับประทานยาระบาย ฝึกถ่ายโดยจัดให้ผู้ป่วนั่งบน commode หลังมืออาหาร ถ้ามีอาการปวดล้วงเอาอุจจาระออกจากลำไส้ใหญ่ โดยจัดให้ผู้ป่วนอนตะแคงขวาเมื่อล้วงเอาอุจจาระออก จะทำให้ล้วงอุจจาระออกได้ง่ายขึ้น การสวนถ่ายใช้ให้การกระตุ้นทวารหนักด้วยนิ้วมือ โดยการสอดนิ้วมือเข้าทางช่องทวารหนักเพื่อเพิ่มการหดตัวของลำไส้ใหญ่และอุจจาระลงมาทวารหนักร่วมกับการล้วงอุจจาระ

ปัญหาที่ ๑๐ ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังให้การพยาบาล โดยประเมินระดับความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว สอนแนะนำญาติให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาลภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ให้คำแนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน เช่น การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ การผ่อนคลายความเครียด กรดดูแลให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ การเตรียม วางแผนส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมพยาบาลชุมชนดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

๕. การประเมินผลและการติดตามผล

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ Bedridden E&VTM๖ pupil ๓ mm. RTLBE, Motor power Left arm grade I , Left leg grade I, Right arm grade III, Right leg grade I On Tracheostomy, On NG tube for Feed BD (๑:๒) ๒๕๐ ml x ๔ มื้อ Feed รับประทานได้ดี, Retained Foley's ปัสสาวะมีตะกอน ไหล่ขวายังฝืด เริ่มขยับนิ้วมือได้มากขึ้น ยังไม่สามารถหยิบจับสิ่งของได้ กล้ามเนื้อขาขวาเริ่มขยับนิ้วได้ เท้าตก

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ หลัง Admit ในโรงพยาบาล ๕ วัน ด้วย UTI Bedridden E&VTM๖ pupil ๓ mm. RTLBE, Motor power Left arm grade I , Left leg grade I, Right arm grade III, Right leg grade I , On Tracheostomy ใส มีเสมหะสีขาว On NG tube for Feed BD (๑:๒) ๒๕๐ ml x ๔ มื้อ Feed รับประทานได้ดี , Retained Foley's catheter ปัสสาวะมีตะกอนเล็กน้อย ข้อมือติดเริ่มขยับนิ้วมือได้มากขึ้น ยังไม่สามารถหยิบจับสิ่งของได้ ข้อศอกและไหล่ติด เท้าตก ไม่พบแผลกดทับ ไม่มีผิวหนังแดง นักกายภาพบำบัดสอนญาติจัดทำนอน การวางขา การบริหารลดข้อติด สอนนั่ง ผู้ป่วยสามารถนั่งพอทรงตัวได้ยังไม่านผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเป็นๆหายๆพบแพทย์ที่โรงพยาบาลประกันสังคม CT Abdomen พบ AAA ขนาด ๔.๕ x ๕.๐ x ๔ cm ได้รับการส่งตัวเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช นัด F/U ๖ เดือน ไม่มีอาการผิดปกติ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๔ วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๗ ผู้ป่วย Bedridden E&VTM๖ pupil ๓ mm. RTLBE ,Motor power Left arm grade II , Left leg grade I, Right arm grade IV, Right leg grade I On Tracheostomy, On NG tube for Feed BD (๑:๒), Retained Foley's catheter ปัสสาวะมีตะกอนเล็กน้อย ไหล่ขวายังติดไม่ปวด เริ่มขยับนิ้วมือได้มากขึ้น นั่งได้นาน ๑ ชั่วโมง ยังไม่สามารถหยิบจับสิ่งของได้ ไม่พบแผลกดทับ ทันตกรรมตรวจฟันพบมีฟันอื่น ๑ ซี่ ไม่ปวด ผู้ป่วยไม่ต้องการถอนฟัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๖. การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สรุปผลการเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วย Bedridden E&VTM๖ pupil ๓ mm Motor power Left arm grade II , Left leg grade I, Right arm grade IV, Right leg grade I , On Tracheostomy room air, Heart and Lung : normal, not pale, no jaundice, stiffness Rt shoulder no pitting edema กล้ามเนื้อขาขวาลีบ เท้าตก ได้รับการช่วยพื้นพุงกล้ามเนื้อจากนักกายภาพและผู้ดูแล นั่งได้นานครั้งละ ๑ ชั่วโมง ข้อไหล่ขวาติดเล็กน้อย (mild stiffness Rt shoulder) ขยับแขนได้มากขึ้น เขยียดก้นได้บางนิ้วได้ทั้ง ๒ มือ ยังไม่สามารถหยิบจับสิ่งของได้ ยังมี Foot drop ผู้ป่วยทำ active exercise โดยใช้แขนซ้ายช่วยญาติช่วยทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยบนเตียงได้ ประเมิน Barthel ADL index ได้ค่า ADL ๐ คะแนน รับประทานอาหารทาง NG tube for Feed เป็น BD (๑:๒) ๒๕๐ ml x ๔ feeds. น้ำตามมือละ ๑๐๐ ml ยังไม่ได้ try ให้อาหารทางปาก ลิ้นแข็ง พูดไม่มีเสียง ได้รับการฝึกการกลืน พบฟันผุจำนวน ๔ ซี่ มีแผลที่ริมฝีปากจากการยื่นกระพุ้งของฟัน ทันตกรรมประเมินแนะนำถอนฟันผู้ป่วยปฏิเสธ Retained Foley's catheter ปัสสาวะขุ่นเล็กน้อย ได้รับการเปลี่ยนสายปัสสาวะทุก ๑ เดือน ไม่มีเลือดปน อุจจาระยังต้องรับประทานยาระบาย ๓-๔ วันครั้ง ถ่ายอุจจาระแข็ง ไม่พบแผลกดทับ ไม่มีอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดในช่องท้องปริแตก ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือ หลัง ไม่มีอาการหน้ามืด หายใจลำบาก

สรุปปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อ

๑. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเนื่องจากมีเสมหะมาก
๒. เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากแบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง
๓. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดในช่องท้องปริแตกจากหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง
๔. เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตันเนื่องจากขาอ่อนแรง
๕. เกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบและ เท้าตก
๖. ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้ออ่อนแรง
๗. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย
๘. ไม่สุขสบายจากอาการแน่นท้อง ท้องผูก

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

๑. ทำการติดตามเยี่ยมบ้านประเมินอาการ ติดตามผลการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและให้คำแนะนำ

ให้ความรู้ทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวได้

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการรักษาตามมาตรฐานการพยาบาล
๒. สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดำเนินโรค สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการดูแลตัวเองที่บ้าน สร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในกระบวนการรักษา ลดภาวะวิตกกังวลอันจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู
๓. ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการ
๔. บุคลากรในหน่วยงานมีมีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

นำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูเป็นเวลานาน
๒. ผู้ป่วย On Tracheostomy ไม่สามารถพูดไม่มีเสียง ส่งผลให้มีอุปสรรคในการสื่อสาร

๘ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ภาระงานของบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีมาก บางครั้งไม่สามารถออกติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วยได้ตามเวลาที่กำหนด

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีแนวทางปฏิบัติในการเตรียมพร้อมบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
๒. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้ ความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนชนิดซับซ้อน สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเพื่อลดความพิการ ควรให้ความสำคัญในการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องทั้งบุคลากรเก่าและใหม่ รวมถึงหน่วยงานอื่นที่ต้องประสานความร่วมมือในการติดตามการรักษาในชุมชนได้มีทักษะความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกัน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ในระหว่างการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑. นางทัศนีย์ จินสุกแสง สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางทัศนีย์ จินสุกแสง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๕ / กรกฎาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางทัศนีย์ จินสุกแสง	ทัศนีย์ จินสุกแสง
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสุทิน เอ็มเสม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๕ / กรกฎาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายสรภัญ สงเสริมพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) ๑๕ / กรกฎาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องราว ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามระดับ PPS

๒. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าโรคหรืออาการเจ็บป่วยนั้นลุกลาม เรื้อรัง เข้าสู่ระยะท้ายของโรคโดยมากผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (end of life) เป็นผู้ป่วยที่การรักษาเฉพาะ ซึ่งไม่มีทางรักษา และไม่สามารถหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ด้วยวิธีใดๆ ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตในเวลาไม่นาน การลุกลามของโรคเพิ่มขึ้นตลอดจนไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้น โดยมีค่าประเมิน คะแนน PPS Score อยู่ที่ย่อยละ ๐ - ๓๐ อาการทรุดลงเรื่อยๆ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องการคนคอยช่วยเหลือดูแล ผู้ป่วยมักจะมียาอยู่ได้น้อยกว่าหนึ่งปี จากสถานการณ์ Palliative Care ทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก(WHO) ได้เปิดเผย พบผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการแบบ Palliative care ทั่วโลก ในโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ ๓๘.๕ โรคมะเร็งร้อยละ ๓๔ โรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ ๑๐.๓ AIDS ร้อยละ ๕ โรคเบาหวานร้อยละ ๔.๖ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มโรคอื่นๆ อาทิ ไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มโรคความผิดปกติทางระบบประสาท สมองเสื่อม ความพิการแต่กำเนิด วัณโรคดื้อยา การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองจึงมีแนวโน้มของความต้องการมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคที่คุกคามชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด โดยเฉพาะผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องและมะเร็งต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากระดับทนรับไหว ไปจนถึงระดับรุนแรง ดังนั้นการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ที่มีประสิทธิภาพสูงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลแบบ Palliative

สำหรับโรงพยาบาลบางใหญ่มีขอบเขตของการให้บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักระดับปฐมภูมิ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีพันธกิจ (Mission) ที่สำคัญคือการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพทุกมิติ รวมทั้งพัฒนาความเป็นเลิศในการบริหารจัดการ และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ จากสถิติข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข(HDC,๒๕๖๗)ของโรงพยาบาลบางใหญ่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ พบว่าร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพอยู่ที่ย่อยละ ๑๔.๒๙ ส่วนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง ระดับประเทศ ๒๕,๑๐๒ ราย ได้รับการเยี่ยมบ้าน ๑๑,๕๑๘ (ร้อยละ๔๕.๘๘) ส่วนในระดับจังหวัดนนทบุรี ๖๒ ราย ได้รับการเยี่ยมบ้าน ๑๘ ราย(ร้อยละ ๒๙.๐๓) สำหรับโรงพยาบาลบางใหญ่มีผู้ป่วยประคับประคอง ๘ ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านเพียง ๒ รายเท่านั้นจากการทบทวนการปฏิบัติงาน พบปัญหาเรื่องของแนวทางปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง ที่ยังขาดความชัดเจน ส่งผลให้เกิดปัญหาในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้นในบทบาทพยาบาลชุมชนผู้รับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพตามระดับ PPS

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ย่างยากซับซ้อน มุ่งตอบสนองปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ครอบครัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้ายของชีวิต จึงเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพและ

ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงหลายระบบด้วยกันตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้บรรเทาจากอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และความสุขสบายต่างๆ การดำเนินงานที่ผ่านมาสถานบริการสาธารณสุข มีวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย ซึ่งการดูแล เริ่มจากการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค สามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะ สำหรับโรคนั้นๆ โดยตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเอง และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในเรื่องแนวทางการรักษา และเป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต รวมถึงการเน้นไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษาใดๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วย โดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และไม่เป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ ซึ่งทุกขบวนการของการดูแลต้องมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) มีแนวปฏิบัติที่ดูแลที่มีระบบอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ที่โรงพยาบาลจนกระทั่งการจำหน่ายกลับบ้าน

แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) เป็นขั้นตอนวิธีการปฏิบัติที่ทำให้องค์การประสบความสำเร็จหรือนำไปสู่ความเป็นเลิศตามเป้าหมายมีหลักฐานของความสำเร็จปรากฏชัดเจน หรือเป็นขั้นตอนการปฏิบัติที่บันทึกเป็นเอกสารและเผยแพร่ให้หน่วยงานภายในหรือภายนอกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เป็นการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีเครื่องมือสำคัญคือ แนวปฏิบัติทางคลินิก(Clinical practice guidelines -CPGs) สามารถเป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการวิจัยกับการปฏิบัติได้ CPGs มาจากการบูรณาการหลักฐานที่เป็น sound scientific research ร่วมกับการตัดสินใจ (consensus) ของผู้เชี่ยวชาญจึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีซึ่ง CPGs ทำให้รูปแบบการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย (variation) เนื่องจาก CPGs เป็นตัวชี้แนวทางการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้วิจารณญาณร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายการพัฒนาและใช้ CPGs เป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางที่ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่องมีมาตรฐานลดโอกาสเกิดความผิดพลาดตกกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุด ค่าใช้จ่ายต่ำ และปรับปรุงคุณภาพการบริการสม่ำเสมอและผลลัพธ์ที่ทั้งผู้ให้บริการผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปรารถนาสูงสุด คือ ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการดีขึ้น เช่น อัตราตาย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายลดลงในขณะที่คุณภาพชีวิตดีขึ้น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนรวมทั้งผู้ป่วยแบบประคับประคอง

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ใช่ผู้ป่วยสิ้นหวัง ผู้ป่วยทุกคนมีความหวังที่จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ และคงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไว้ ตราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ไม่ทุกข์ทรมาน และจากไปอย่างสงบเมื่อถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวสามารถเผชิญกับการสูญเสีย ปรับตัวได้กับภาวะเศร้าโศก ภายหลังการเสียชีวิตโดยไม่ทุกข์ทรมานมากนัก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาทุกข์ทรมาน บรรเทาอาการ การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือป่วยในระยะท้ายของชีวิตเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน และอาการเจ็บป่วย ทั้งนี้การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่มี การวินิจฉัยเบื้องต้นจนถึงวาระสุดท้าย โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ปัจจุบันในประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นเนื่องจากมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น

การดูแลแบบประคับประคอง PPS v๒

การใช้ PPS v๒ เป็นเครื่องมือในการประเมินการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ซึ่งจะใช้ประเมินผู้ป่วยตามความสามารถในการดูแลตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน ในเรื่องของ ๑) ความสามารถในการเคลื่อนไหว ๒) กิจกรรมและความรุนแรงของโรค ๓) การดูแลตนเอง ๔) การรับประทานอาหาร และ ๕) ระดับความรู้สึกตัว PPS v๒ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในการจัดการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติที่อยู่ในระยะคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย สามารถสื่อสารส่งต่อข้อมูลการดูแลในทีมและสหวิชาชีพ รวมถึงชุมชน การพยากรณ์โรคอย่างคร่าวๆ และติดตามผลการรักษา ตามระยะอาการของผู้ป่วย คือระยะคงที่ (stable) มีค่า PPS v๒ = ๗๐ - ๑๐๐ % ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) มีค่า PPSV v๒ = ๔๐ - ๖๐ % และระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS v๒ = ๐ - ๓๐ %

ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองคือ ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบอาการของตนเองเพราะญาติปิดบัง ผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตัวเอง ขณะเดียวกันญาติก็ไม่กล้าตัดสินใจ หรือกรณีที่มีผู้ป่วยมีญาติหลายคน ความเห็นของญาติอาจไม่ตรงกัน ฝ่ายหนึ่งอาจให้ดูแลเต็มที่ แต่อีกฝ่ายไม่ต้องการให้ ยื้อชีวิต ล้วนแล้วแต่จะสร้างความลำบากใจแก่ทุกฝ่าย เมื่อเป็นเช่นนี้ผู้ป่วยที่มาถึงระยะสุดท้ายจึงมักถูกยื้อชีวิตโดยไม่จำเป็นทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บปวดและทรมาน จากเครื่องมือกักขังต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องปั๊มหัวใจ การต่อสายให้อาหาร ฯลฯ มีผลให้จากไปอย่างไม่สงบ และยังเกิดค่าใช้จ่ายสูงซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจทั้งแก่ผู้ป่วยญาติและทีมผู้ดูแล การทำความเข้าใจเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้าจึงเป็นกระบวนการของการปรึกษาหารือระหว่าง ผู้ป่วยญาติและทีมผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายให้การดูแลที่จะเกิดขึ้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด วิธีการทำความเข้าใจ เรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

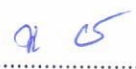
การเขียนขั้นตอนการปฏิบัติต้องระบุให้ชัดเจนเพื่อใช้ในการสื่อสารและติดตามว่าใคร ทำอะไร อย่างไร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติที่คาดหวัง มีการระบุเงื่อนไขการปฏิบัติทางเลือกและเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจ รวมทั้งการระบุวิธีการป้องกันความเสี่ยงสำคัญ ในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติหรือเกิดเหตุไม่คาดฝันจะมีแนวทางอย่างไร และระบุการ feedback loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามี การส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพตามระดับ PPS
๒. ผู้ป่วยประคับประคองจัดการอาการต่างๆ อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยประคับประคองของโรงพยาบาลบางใหญ่ทุกราย ได้รับการเยี่ยมบ้าน
๒. ผู้ป่วยประคับประคอง ได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ ๘๐
๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ประคับประคองได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ

(ลงชื่อ) 

(นางทัศนีย์ จินสุกแสง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๒ / กรกฎาคม / ๒๕๖๑

ผู้ขอประเมิน

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางพัชรินทร์ สวสสวัสดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๕๔๓๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๕๔๑๖	เลื่อน ระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						๑๐๐ % <i>Wp</i>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง

๑. ชื่อ – สกุล นางพัชรินทร์ สวีสวัสดิ์ ตำแหน่งปัจจุบัน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๕๕๓๓ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลไทรน้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เงินเดือน ๕๘,๓๔๐.๐๐ บาท
๒. วุฒิการศึกษา ประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตรบัณฑิตเทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง ๒ ปี)
๓. ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑
๔. ดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะเข้ารับการประเมินบุคคล เมื่อวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑
๕. สรุปผลการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักย้อนหลัง ๓ ปี (พ.ศ.๒๕๖๔ – ๒๕๖๖)

ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานผู้ป่วยใน มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการวางแผน บริหารจัดการ วางระบบบริการ ให้คำปรึกษา ควบคุม กำกับ นิเทศ ติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ร่วมงานในแผนกผู้ป่วยใน ในการดูแลผู้ป่วยในทุกประเภทที่รับไว้รักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน และบรรลุเป้าหมายตามนโยบายขององค์กร ปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยากมากขึ้น ร่วมประเมินปัญหาผู้ป่วยวางแผนร่วมกับทีมการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการปัญหา บริหารอัตรากำลังให้บุคลากรปฏิบัติงานในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้คำปรึกษา ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้กับทีมพยาบาลผู้ป่วย บริหารจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้เพียงพอ และพร้อมใช้ จัดการดูแลสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรและผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รวมถึงมีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญงาน ทักษะและประสบการณ์สูงทางการพยาบาล โดยมีการศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์เพื่อการปฏิบัติงานหรือพัฒนางาน แก้ไขปัญหาในงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่มีความยุ่งยาก และมีขอบเขตกว้างขวาง โดยปรับทัศนคติบุคลากร ให้มีพฤติกรรมบริการที่ดี มุ่งเน้นหน้าที่หลักและเป้าหมายสำคัญคือ ทีมให้การพยาบาลที่มีมาตรฐาน รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย มีคุณภาพ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ไม่มีข้อร้องเรียน รวมถึงการพัฒนางานบริการด้านการพยาบาลผู้ป่วยในส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการศึกษาพัฒนาเพื่อนำมากำหนดแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลภายในหน่วยงาน ให้บริการทางการพยาบาลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการดูแลรักษา การส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟูผู้ป่วยทุกประเภท ให้รอดพ้นจากระยะวิกฤติ ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษา ประสานงานกับภาคีเครือข่ายในการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งได้ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนางานขององค์กรและปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหาร โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง (ต่อ)

๑. ด้านการปฏิบัติการ

๑.๑ ปฏิบัติการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยในที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน หรือภาวะวิกฤติตามมาตรฐานวิชาชีพในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง ๕ ขั้นตอน ครอบคลุมองค์รวมในการพยาบาลผู้รับบริการรายบุคคล

๑.๒ คัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุม

๑.๓ มีแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนการดูแลทางสหวิชาชีพ ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ เฝ้าระวังปัญหาภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และวางแผนช่วยเหลือ ที่ฉับไวต่อสัญญาณอันตราย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยในที่มีปัญหาซับซ้อน

๑.๔ มีการติดตาม ประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะ และเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

๑.๕ มีการกำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัดความสำเร็จในการนำกระบวนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ ในหน่วยงาน

๑.๖ กำกับ ติดตามการนำกระบวนการลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน

๑.๗ ประเมินผลการดำเนินงาน การส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา พันฟูสุขภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและผลลัพธ์ สนับสนุนการนำกระบวนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานแก่ผู้บริหารการพยาบาล เพื่อนำสู่การปรับปรุงแนวทาง การสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลในภาพรวม ให้มีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ด้านการวางแผน

๒.๑ ร่วมวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยง ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนในหน่วยงานที่รับผิดชอบร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพและทีมนำทางคลินิก

๒.๒ พัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์กรคุณภาพและสอดคล้องกับนโยบาย ๓ P safety เน้นความปลอดภัยของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ชุมชน เพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา

๒.๓ มอบหมายงานและวางแผนบริหารอัตรากำลัง และพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน ให้มีความรู้ ความชำนาญ ทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน วางแผนการพัฒนาศักยภาพการบริการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในให้สอดคล้องกับทิศทางและนโยบายขององค์กร จนเกิดผลสัมฤทธิ์และเป้าหมายที่กำหนดในการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้รับบริการ ให้บรรลุตัวชี้วัดคุณภาพในระดับหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาล และระดับเขตสุขภาพ

๓. ด้านการประสานงาน

๓.๑ ประสานการทำงานร่วมกันกับบุคลากรภายในหน่วยงานและในโรงพยาบาล โดยมีบทบาทในการชี้แนะ จูงใจทีมงาน และหน่วยงานอื่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง (ต่อ)

๓.๒ ชี้แจง ให้ข้อคิดเห็นในที่ประชุมคณะกรรมการ หรือคณะทำงานต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์และความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน

๔. ด้านการบริการ

๔.๑ จัดทำระบบบริการพยาบาลภายในหอผู้ป่วยใน เป็นแนวทางให้บุคลากรปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมกระบวนการหลักของงานการพยาบาล การพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการและการบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วนตาม care process

๔.๒ ควบคุม กำกับ ติดตามผลการปฏิบัติงานของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ด้วยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ

๔.๓ ให้คำปรึกษา อำนวยการ ถ่ายทอดความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยในที่ยุ่งยากซับซ้อนให้กับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน รวมทั้งให้คำแนะนำปัญหาด้านสุขภาพที่ยุ่งยาก ซับซ้อนแก่ผู้ใช้บริการ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

๔.๔ กำกับ ติดตาม สื่อสารด้านพฤติกรรมบริการแก่เจ้าหน้าที่ตามเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ เน้นเรื่อง CARE D PLUS รวมทั้งโครงสร้างอาคารสถานที่ เพื่อพัฒนา ปรับปรุง ให้เกิดความสะดวกสบาย และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการและญาติ โดยประเมินความพึงพอใจบริการของหน่วยงานทุกเดือน ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ร้องเรียนจากพฤติกรรมบริการ

๔.๕ สนับสนุนการลงตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังรับเวร ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในงานประจำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

๔.๖ กำกับ ติดตามการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการพยาบาล ดูแลที่ไม่ทั่วถึง การเฝ้าระวังแผลกดทับ การเกิด CA UTI Phlebitis HAP VAP การ identify ผิดพลาด med error

๔.๗ ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมให้บุคลากรในทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล ตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

๔.๘ ทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E UP ร่วมกับทีมพยาบาล และวางแผนทำ RCA ประเมิน และ PDCA CQI ให้งานเกิดประสิทธิภาพ ภายในงาน และทีมนำทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

๔.๙ วางระบบการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มโรคที่พบบ่อยในงานและตามแผนงาน ๕ โรคหลักของทีมนำทางคลินิก ทบทวนวิธีการดูแลตนเองรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยญาติ ตั้งแต่แรกรับดูแลในหอผู้ป่วย จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถกลับไปดูแลตนเองได้ถูกต้อง ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นาน ลดภาวะแทรกซ้อน ไม่ให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการกลับมาอนรักษซ้ำภายใน ๒๘ วัน ด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่อง กายวิภาคศาสตร์ และพยาธิสรีรวิทยาของไต

ไตเป็นอวัยวะหลักที่สำคัญของร่างกายมีรูปร่างคล้ายเมล็ดถั่ว แบ่งออกเป็น ๒ ข้าง คือ ไตข้างขวาตั้งอยู่ระดับกระดูกซี่โครงที่ ๑๒ และไตด้านซ้ายตั้งอยู่ระหว่างกระดูกซี่โครงที่ ๑๑ และ ๑๒ มีขนาดประมาณกำปั้นมือ (๑๐-๑๓ เซนติเมตร) มีน้ำหนักประมาณข้างละ ๑๑๕ – ๑๕๕ กรัม อยู่ด้านหลังบริเวณบั้นเอวทั้ง ๒ ข้าง ไตมีหน้าที่สำคัญคือ การรักษาสมดุลของน้ำ และสารต่างๆ ในร่างกายให้คงที่ โดยอาศัยกระบวนการทำงานหลักของหน่วยไต ๓ กระบวนการ คือ กระบวนการกรองของโกลเมอรูลัส กระบวนการดูดกลับสารน้ำ และเกลือแร่ กระบวนการหลั่งสาร ผลสุดท้ายจะขับถ่ายสารที่ร่างกายไม่ต้องการ ไตมีหน้าที่หลัก ดังนี้ การขับของเสียผ่านทางปัสสาวะ ควบคุมปริมาณสารน้ำเกลือแร่และกรดต่างๆ ในร่างกาย ผลิตฮอร์โมนอิริโทรพอยอิตินที่ช่วยกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ผลิตฮอร์โมน และวิตามินที่เสริมสร้างกระดูก และ ควบคุมความดันโลหิต

๓.๒ 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 m^๒ มาเป็นเวลานานกว่า ๓ เดือน โดยmarker ของ Kidney damage ได้แก่ การตรวจปัสสาวะพบ Proteinuria มี urine sediment หรือความผิดปกติจากการตรวจรังสีวิทยา (imaging study) ของไต (กรมการแพทย์, ๒๕๖๓) ค่าปกติของ GFR ในผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาวมีค่าประมาณ ๑๒๐-๑๓๐ ml/min/๑.๗๓ m^๒ เมื่ออายุเกิน ๓๐ ปีขึ้นไประดับ GFR จะลดลงตามอายุในอัตรา ๑ ml/min/๑.๗๓ m^๒ ต่อปี ดังนั้นระดับ GFR ที่ลดลงต่ำกว่า ๖๐ ml/min/๑.๗๓ m^๒ จึงแสดงถึงระดับการทำงานของไตลดลงแล้วประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะปกติ และเป็นระดับที่จะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆของ CKD ได้มากขึ้น

โรคไตเรื้อรัง แบ่งออกเป็น ๕ ระยะ โดยแบ่งตามระดับอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) คือ ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที ดังนี้ (ธานี, ๒๕๖๒)

ระยะที่ ๑ เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อมค่า eGFR ปกติซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ ๙๐ ml/min/๑.๗๓ m^๒

ระยะที่ ๒ ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อย ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR ลดลงเล็กน้อย ซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ ๖๐ – ๘๙ ml/min/๑.๗๓ m^๒

ระยะที่ ๓ ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อยถึงรุนแรง ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR ลดลงปานกลางซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ ๓๐-๕๙ ml/min/๑.๗๓ m^๒

ระยะที่ ๔ ไตเสื่อมลดลงอย่างรุนแรง ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR ลดลงมาก ซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ ๑๕-๒๙ mL/min/๑.๗๓ m^๒

ระยะที่ ๕ ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR น้อยกว่า ๑๕ mL/min/๑.๗๓ m^๒

อาการ และอาการแสดง

อาการของผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia) หรือในเวลากลางวันปัสสาวะออกน้อยลง เป็นต้น อาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนเป็นอาการในระยะ แรกๆ ที่สังเกตเห็นได้ มีอาการแสบร้อนเวลาถ่ายปัสสาวะ (dysuria) ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะ urinary tract infection หรือ อาการปัสสาวะสะดุด หรือมีเศษนิ่วปนออกมา ซึ่งบ่งบอกถึงการมี nephrolithiasis หรือ bladder stone ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะมีสีน้ำตาลน้ำเนื้อ (hematuria) ซึ่งอาจเกิดจาก glomerular หรือ non glomerular hematuria หรืออาการปัสสาวะเป็นฟอง (foamy urine) ซึ่งอาจบ่งบอกถึงภาวะ proteinuria การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเป็นสิ่งตรวจพบได้ในโรคไตหลายชนิด หากตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะทุกครั้งที่ทำ การตรวจนานเกิน ๓ เดือน แสดงว่ามีโรคไตเรื้อรังซ่อนเร้นอยู่ ทำให้ปัสสาวะเป็นฟองมากผิดปกติ อาจมีอาการบวมของใบหน้า เท้า และท้อง อาการบวมจะสังเกตเห็นได้ง่ายเวลาตื่นนอนเช้า ผู้ป่วยจะมีหน้าและหนังตาบวมและช่วงที่นั่งหรือยืนนานๆ ขาแล้วเท้าทั้ง ๒ ข้าง จะบวมชัดเจนมากขึ้น เวลาเอานิ้วกดที่หน้าแข้งจะเกิดรอยบุ๋ม (pitting edema) ให้เห็นได้อย่างชัดเจน อาการอาจเกิดจากโรคไต nephritic syndrome หรือในผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ของไตลดลงแล้ว อาการปวดเอวหรือด้านหลัง อาจบ่งถึงอาการ urinary obstruction หรือ pyelonephritis ถ้ามีไข้ร่วมด้วย อาการปวดหลังในไตพบไม่บ่อยนัก ปวดตำแหน่งเอวหรือด้านหลัง การกด หรือ นวด ทำให้ปวดมากขึ้นหรือไม่ดีขึ้น ถ้ามีอาการปวดหลังแบบโรคไต โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเตือนอื่นๆ ของโรคไตร่วมด้วย เช่น ปัสสาวะมีเศษนิ่วออกมาด้วย ปัสสาวะปนเลือด ความดันโลหิตสูง เป็นอาการที่สำคัญควบคู่ไปกับโรคไต โดยเฉพาะหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง หรือ อานมีอาการซีด หรือโลหิตจาง (anemia of chronic kidney disease)

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เนื่องจากไตทำหน้าที่ควบคุมสมดุลน้ำ เกลือแร่ สมดุลกรด-ด่าง ขับถ่ายของเสีย รวมทั้งผลิตฮอร์โมนบางชนิด การเสื่อมในหน้าที่ของไตย่อมมีผลกระทบต่อร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ได้แก่ มีภาวะของเสียคั่ง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ปัสสาวะมากจากระดับยูเรียเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ สมดุลของโซเดียม โพแทสเซียม กรดและคลอไรด์ แคลเซียม ฟอสฟอรัส ความดันเลือดสูงขึ้นจนผิดปกติมากจะเป็นอันตรายต่อไตและเร่งการเกิดยูริเมียได้เร็วกว่าที่ควร มีภาวะยูเรียสูงมากมีภาวะเลือดจาง ระบบประสาทส่วนปลายอักเสบ เป็นโรคกระดูกพรุน ผู้ป่วยที่ต่อมไร้ท่อทำงานอย่างผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองโดยตรง ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคได้ง่าย และ มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีภูมิคุ้มกันต่ำ ร่างกายจึงติดเชื้อโรคได้ง่าย ส่งผลทำให้มีอาการติดเชื้อบ่อย หากไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลต่อชีวิตได้ ส่วนโรคที่ผู้ป่วยสามารถติดเชื้อได้บ่อย และค่อนข้างที่จะอันตรายอย่างเช่น เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ ปอดอักเสบ น้ำท่วมปอด หัวใจขาดเลือด เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยไตวาย มักมีอาการน้ำท่วมปอดเนื่องจากไตไม่สามารถขับน้ำได้เป็นปกติหรือขับน้ำไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ซึ่งผู้ป่วยอาจจะมีน้ำภายในร่างกายมากขึ้น

การรักษาโรคไตวายเรื้อรัง

ประกอบด้วยหลักการใหญ่ๆ คือ การรักษาแบบประคับประคองโดยการรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดไตวายเรื้อรัง รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสียเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น ให้ยาขับปัสสาวะ การแก้ไขปัญหาน้ำเกิน และควบคุมความดันโลหิต การหยุดยั้งหรือชะลอการเกิดความก้าวหน้าของโรคไตวายเรื้อรัง โดยการให้ยาลดภาวะกรดในเลือด ยาลดการหลั่งกรดเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ส่วนการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) ประกอบด้วย การขจัดของเสียด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไต และการขจัดของเสียที่เยื่อช่องท้อง

๓.๓ การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care)

การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง ๔ ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี โดยให้ความหมายของแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์

ด้านจิตใจ (Mental) คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย

ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม

ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ

ปรัชญา จริยธรรม และทฤษฎีองค์รวม (holistic philosophy, ethics, and theory) ปรัชญา ขององค์รวมคือสุขภาพของมนุษย์ที่มีภาวะซับซ้อน มีความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตระหว่างร่างกาย ความเจ็บป่วย สุขภาพที่ดี และให้คุณค่าการรักษาสุขภาพมาจากผลของการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีศาสตร์พื้นฐานมาจากทฤษฎี งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสะท้อนคิด และศิลปะที่ผสมผสานการสื่อสารสัมพันธ์ภาพ ความคิดสร้างสรรค์ และการดูแลการพยาบาลองค์รวมเป็นการนำความรู้และทักษะทางการพยาบาลมาใช้โดยมีทฤษฎีทางการพยาบาลนำ ได้แก่ Theory of human caring and caring science ของ Jean Watson และ Theory of cultural care diversity and universality ของ Madeleine Leininger เป็นต้น การนำทฤษฎีทางการพยาบาลต่างๆ มารวมเข้าไว้ด้วยกันเพื่อการดูแลที่เป็นองค์รวม พยาบาลต้องมีจริยธรรมในการให้บริการพยาบาลโดยให้ความสำคัญของผู้รับบริการเป็นอันดับแรก ให้ข้อมูลเสนอทางเลือกในการรักษา และให้สิทธิ์ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการดูแลแบบองค์รวม (holistic caring process) พยาบาลให้การดูแลโดยคำนึงถึง ความเป็นมนุษย์ ซึ่งรวมถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม กระบวนการดูแลแบบองค์รวมประกอบไปด้วย การประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ส่วนการพยาบาลองค์รวมเป็นการรวมหลายบทบาทเข้าไว้ด้วยกัน ได้แก่ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา การเป็นพี่เลี้ยง ผู้บริหารผู้นำ และนักวิจัย

พยาบาลที่ให้การดูแลแบบองค์รวมต้องมีทักษะในการสื่อสาร มีความเมตตา และมีความจริงใจ รวมทั้งการไม่ด่วนตัดสินใจและปราศจากอคติ การพยาบาลองค์รวมจะนำไปสู่การดูแลที่ให้คุณค่าตามความเชื่อของบุคคลนั้น และให้ความสำคัญหลักกับจิตวิญญาณของบุคคล ในการเฝ้าระวังรักษาการ

พยาบาลองค์รวม ยังเน้นการบำบัดรักษาสิ่งแวดล้อมที่ให้คุณค่าของการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการผสมผสานการดูแลรักษาแบบดั้งเดิม และการให้ทางเลือกในการรักษา การดูแลรักษาสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (อากาศบริสุทธิ์ แสง สี และเสียง) เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัย และสะดวกสบาย อีกทั้งการดูแลที่คงไว้ซึ่งความเชื่อ การให้คุณค่าบนความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ไม่ว่าจะมีความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา และภูมิหลังทางสังคม

๓.๔ ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ เป็นการดูแลควบคู่กับการรักษาหลัก โดยคำนึงถึงความต้องการ และความปรารถนาของผู้ป่วย และครอบครัวร่วมด้วย เป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกะดับของการดูแล การดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังแบบประคับประคอง เป็นการดูแลรักษาสนับสนุนผู้ป่วยโรคไต หมายถึง การนำหลักการ และแนวทางปฏิบัติของการรักษาประคับประคองมาผสมผสานร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไต ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลโรคไตแบบบูรณาการ โดยครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (advanced chronic kidney disease) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใกล้เข้าสู่ระยะท้าย และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งที่กำลังบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาประคับประคองที่ไม่ได้ล้างไตหรือหยุดการล้างไต โดยเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสมรรถนะร่างกายไว้ให้ได้มากที่สุด และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และญาติที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ด้วยวิธีการประเมินและจัดการปัญหาโดยเร็วและครอบคลุม สื่อสารด้วยความเข้าใจ รวมถึงรักษาอาการปวด และอาการอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นองค์รวมดูแลสุขภาพ ทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญกับทุกด้านของร่างกาย ดูแลคนแบบคนทั้งคน เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดี มีความรู้สึกที่เป็นสุข สามารถปรับตัวต่อการรักษา และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ที่สำคัญคือสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข

ความชำนาญ /ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน

ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล ดูแลผู้รับบริการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล ใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย และครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาความต้องการผู้ป่วย ให้การพยาบาลที่เป็นองค์รวม ให้การปรึกษาครอบครัว เสริมความรอบรู้ในการดูแลตนเอง และแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย เสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติ ประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการ และเหตุผล

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจะมีการดำเนินของโรคเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease : ESRD) ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ต่อปี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วย การเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคอ้วน และการเข้าสู่สังคม

ผู้สูงอายุทำให้โรคไตเรื้อรังมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ ๑ ใน ๑๐ ของโลก ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง (สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์, ๒๕๖๓) โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังหรือการปลูกถ่ายไต อื่นๆ โรคไตเรื้อรังเกิดจากการสูญเสียการทำงานของไตอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่โรคไตเรื้อรังดำเนินไป ไตจะสูญเสียความสามารถในการกำจัดสารพิษและของเหลวส่วนเกินออกจากร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ การสูญเสียการทำงานของไตแบ่งเป็น ๕ ระยะ ซึ่งโรคจะค่อยๆ ดำเนินไปโดยใช้เวลาหลายปี โรคไตเรื้อรังอาจไม่จำเป็นต้องพัฒนาเป็นโรคไตระยะสุดท้าย หรือไตวายเสมอไปขึ้น หากมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้การลุกลามของโรคช้าลงได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยเน้นที่การชะลอการเสื่อมของไต รักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของไตที่ลดลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด การเตรียมผู้ป่วย และการบำบัดทดแทนไต

โรคไตเป็นการสูญเสียความสามารถของการทำหน้าที่ของหน่วยไต หากมีการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดที่นำไปสู่ความรุนแรงทำให้เกิดไตวายเฉียบพลัน AKI (Acute Kidney Injury) เช่น การติดเชื้อรุนแรง ภาวะร่างกายขาดน้ำรุนแรง การบาดเจ็บของเนื้อไต เป็นต้น หากมีอาการค่อยเป็นค่อยไปพบอัตราการกรองของไตค่อยๆ ลดหน้าที่ลงจนแสดงอาการไตวายออกมา เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ระยะเวลาป่วยมากกว่า ๓ เดือน การทำหน้าที่ของไตสูญเสียอย่างถาวรเรียกว่าโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) (กมลทิพย์, ๒๕๖๕) ซึ่งหมายถึง เป็นภาวะที่เนื้อไตทั้ง ๒ ข้างถูกทำลายจนทำงานไม่ได้หรือทำงานได้น้อยกว่าปกติ ในระยะแรกมักจะยังไม่แสดงอาการแต่จะแสดงอาการเมื่อระยะต่อมา ไตจะสูญเสียความสามารถในการทำงานทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้น (Concentrating ability) ซึ่งอาการเริ่มแรกคือปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน สิ่งที่จะตรวจพบในระยะแรก คือ การตรวจพบ ไนโตรอัลบูมินในปัสสาวะ (ปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ ๓๐-๓๐๐ มก./วัน) บ่งชี้ว่าไตมีอัตราการกรองผ่านโกลเมอรูลัสมากกว่าปกติ (Glomerular hyperfiltration) มักจะบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของพื้นผิว ในการกรองของโกลเมอรูลัส ก่อให้เกิดการทำลายของ Tubulointerstitial ตามมา (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๘) โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการสูญเสียหน้าที่ (End Stage Renal Disease) มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร ซึ่งสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมักมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ ๓๗) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๒๖.๖) โรคจากการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ ๔.๓) และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ (ร้อยละ ๒.๔) นอกจากนี้อาจมีสาเหตุจากโรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ โรคเกาต์ โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น polycystic kidney (ประเสริฐ, ๒๕๕๕) ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต มี ๓ วิธี ได้แก่ การล้างไตทางหน้าท้อง (Hemodialysis: HD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) การผ่าตัดเปลี่ยนไต หรือ ปลูกถ่ายไต (kidney transplantation : KT) ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการทำงานของไตลดลงน้อยกว่า ๑๕% จะมีอาการมากขึ้นโดยมีภาวะ Uremia เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ซีด เป็นต้น

โรคไตเรื้อรังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในด้านต่างๆ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ เยื่อหุ้มปอดอักเสบ ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไป ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง ซึ่งส่งผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้นได้ ภาวะกระดูกพรุน เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ง่าย (National kidney foundation, ๒๐๒๑) และยังพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) ซึ่งเกิดขึ้นประมาณ ๒๐% ของผู้ป่วย CKD และอาจนำไปสู่ความผิดปกติของระบบ และอวัยวะ

ต่างๆ การรักษาโรคไตเรื้อรัง เป็นการรักษาตามสาเหตุ การชะลอการเสื่อมของไต รักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทดแทนไต (กัณฑ์พร, ๒๕๖๒)

โรงพยาบาลไทรน้อยดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมาก โดยพบว่ามีผู้ป่วยเรื้อรังไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลไทรน้อยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔, ๒๕๖๕, และ ๒๕๖๖ จำนวน ๕๓๖, ๔๘๕, และ ๕๓๘ รายตามลำดับ ในจำนวนนี้ ต้องเข้ารับการรักษากลับในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔, ๒๕๖๕, และ ๒๕๖๖ เป็นจำนวน ๓๑๖, ๓๕๕, และ ๓๖๕ ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๙๕, ๗๒.๕๙, และ ๖๗.๘๔ ของผู้ป่วยไตทั้งหมด มากกว่าร้อยละ ๕๐ ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคปอดอักเสบ โรคติดเชื้อ หรือมีภาวะช็อค โดยเฉพาะผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าในบางรายผู้ป่วย และญาติยังขาดความพร้อมในการดูแล และเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่รุนแรง รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคไตวายเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย

ผู้ศึกษามีบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลไทรน้อยจึงเลือกที่จะศึกษาผู้ป่วยรายนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจที่รุนแรง ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อนำกรณีศึกษามาพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน
- ๒) เพื่อเสริมสร้าง ความรอบรู้ ในการผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แก่ญาติ และผู้ดูแล
- ๓) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดย

การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ ครอบครัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัว
- ๒) มีรูปแบบการดูแล และจำหน่ายผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ขอบเขตของการศึกษา

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในหญิงโรงพยาบาลไทรน้อยตั้งแต่เข้ารับการรักษ จนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน ๑ ราย

คำจำกัดความเบื้องต้น

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า ๑๕ มล./นาที่/๑.๗๓ ตรม.

ปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง กระบวนการอักเสบของเนื้อปอด โดยทั่วไปพบบริเวณหลอดลมฝอย (terminal และ respiratory bronchioles) ตลอดจนถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อโดยรอบ (interstitium) ซึ่งการอักเสบนี้ อาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอดใน Lobar pneumonia หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด ปอดอักเสบพบได้บ่อย พบได้ทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า ๒ ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ประเทศไทยมีอัตราป่วย ๑๗๖.๑๐ ต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา, ๒๕๖๒) มีตั้งแต่อาการรุนแรงเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก อาจทำให้เสียชีวิตได้

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ โดยเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสมรรถนะร่างกายไว้ให้ได้มากที่สุด และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และญาติที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต

วิธีดำเนินการศึกษา

๑. คัดเลือกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในหญิง จำนวน ๑ ราย เพื่อศึกษา
๒. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และ เอกสารงานวิจัย เกี่ยวข้อง
๓. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และ ครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
๔. วางแผนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายผู้ป่วย และส่งต่อเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
๕. สรุปผลการศึกษา

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในหญิง จำนวน ๑ ราย

๕.๒ เชิงคุณภาพ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดการล้างไต ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค คือภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure: CRF) : ซึ่งเป็นภาวะที่ไตมีการเสื่อมหน้าที่ โดยการเสื่อมนี้ไม่สามารถกลับฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ เกิดการเสื่อมของไต และการถูกทำลายเนื้อไต มีผลต่ออัตราการกรองทั้งหมดลดลง และการขับถ่ายของเสียลดลง ผลที่เกิดขึ้นทำให้ไตเสียความสามารถในการปรับความเข้มข้นของปัสสาวะโดยถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่

สามารถดุดกลับเกลือแร่ต่างๆได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกาย จากการที่ไตถูกทำลายมากขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ พบภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุลจากพยาธิสภาพของโรค โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัว ทั้งสองโรค ครั้นนี้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่มีแรง เบื่ออาหาร กินไม่ได้ ขาบวม pitting edema ๓ + ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผิดปกติ โดยพบภาวะกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) โดยผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบำบัดรักษาทดแทนไต แต่ในผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการอธิบายจากแพทย์ที่รักษาพร้อมใบส่งตัว เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง แต่เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวล และได้รับรู้ว่าผู้ป่วยรักษาบำบัดไตแล้วเสียชีวิต จึงเกิดความกลัวและคิดว่าเป็นการะบุดรหลาน จึงยังไม่ตัดสินใจไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัด จนเกิดการเจ็บป่วยครั้งนี้ ที่ตรวจพบว่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๑๕ มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย ๑.๗๓ เมตร^๒ ซึ่งเป็นไตวายระยะที่ ๕ ทำให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิก (metabolic alteration) คือ มีระดับยูเรียไนโตรเจนสูง และ creatinine ในกระแสเลือดสูง จะทำให้เกิดอาการซีด โซเดียมในเลือดต่ำ เนื่องจากปัสสาวะออกมาก การขาดโซเดียมทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ไตจึงเสื่อมมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูง ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีภาวะความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นขณะรักษา อาจทำให้หัวใจวาย และน้ำท่วมปอดได้ ระดับโปแตสเซียมสูง ที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า ๑๐ -๑๕ มล./นาที่ ส่งผลให้การขับปัสสาวะลดลง อาการแสดง ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซิฟจรซ้ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากมีอาการมากถึงขั้นยูริเมีย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คัน คลื่นไส้ อาเจียน สะอึก เป็นตะคริว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากน้ำเกิน และภาวะความดันโลหิตสูงได้

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยูริเมีย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะยูริเมีย การเปลี่ยนแปลงของภาวะสมดุลกรด-ด่าง ทำให้มีการรื้อของไบคาร์บอเนตที่หลุดไตส่วนต้น ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีอาการดังกล่าว ได้รับการรักษาที่เหมาะสม แก้ไขได้ ผู้ป่วยรายนี้พบภาวะการเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำในร่างกาย โดยพบภาวะน้ำเกิน เนื่องจากผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตลดลงเหลือ ๔-๕ มล./นาที่ ปัญหานี้ได้รับการรักษา โดยให้ยาขับปัสสาวะ จนระดับน้ำเข้าและออกสมดุล มีการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินหายใจ พบปัญหาการติดเชื้อในปอด ได้รับการรักษาโดยแพทย์ให้ยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม สามารถลดการติดเชื้อที่ปอดจนเป็นปกติ อาการเหนื่อยดีขึ้น ไม่มีไข้ การเปลี่ยนแปลงของระบบเลือด พบมีภาวะเลือดจาง ได้ให้เลือดตามแผนการรักษา จนสู่ภาวะปกติ และพบปัญหาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสมองส่วนต่างๆ ทำงานผิดปกติ เช่น พุดซาลง พุดไม่ชัด ซึมลง ซึ่งแพทย์มีแผนการส่งตรวจพิเศษ CT scan หลังรักษาการติดเชื้อแล้วดีขึ้น ซึ่งในที่สุดผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกตินี้ได้เอง การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ผู้ป่วยมีภาวะเครียด รู้สึกควบคุมโรคไม่ได้ต้องทนทุกข์กับบทบาทหน้าที่ สูญเสียภาพลักษณ์ วิธีชีวิตที่เปลี่ยนไป ซึ่งนำไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคมได้ โดยในผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลได้มีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นองค์รวม โดยแนวคิดในการดูแลแบบประคับประคอง โดยให้ข้อมูลเสริมสร้างความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ สนับสนุน เสริมพลัง ให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามมาตรฐาน โดยส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประสานทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. ติดตาม ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาผู้ป่วย และตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

- ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
- เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต
- ประยุกต์ใช้ในหน่วยงานด้านการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยเฉพาะรายกรณี
- เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลเชื่อมโยงสู่ชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๖.๒ ผลกระทบ

ผลการศึกษากรณีศึกษาทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคองทั้ง กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วย และญาติเผชิญหน้ากับปัญหา ความเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงตามพยาธิสภาพของโรค และลดความวิตกกังวล ตลอดจนสามารถเลือกวิธีการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย และญาติ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพสามารถประเมิณผู้ป่วย ได้อย่างครอบคลุม และการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงมีรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสม รวมถึงการพยาบาล และการเตรียมความพร้อมตั้งแต่เริ่มรับไว้ในหอผู้ป่วยจนผู้ป่วยได้จำหน่ายกลับบ้าน มีผลต่อการสร้างความรอบรู้แก่ญาติ และผู้ดูแล ให้มีความรู้ และทักษะเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายให้แก่ญาติในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดการกลับมาอนงค์ก่อนภายใน ๒๘ วัน โดยไม่ได้วางแผน

๗. ความยุ่งยาก และซับซ้อนในการดำเนินงาน

๗.๑ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติ ต้องใช้ความรู้ ทักษะในการประเมิน และให้การปรึกษาผู้ป่วย และญาติในการเผชิญกับภาวะคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง

๗.๒ ผู้ป่วยกรณีศึกษาเรื่องนี้ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตทำให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

๗.๓ บุคลากรไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีญาติดูแลใกล้ชิดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

๘ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

๘.๑ ศักยภาพของโรงพยาบาลไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ไม่มีแพทย์เฉพาะทางโรคไต ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของโรค

๘.๒ ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ทำให้การรักษาผู้ป่วยในครั้งนี้เป็นแบบประคับประคอง ตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย

๙. ข้อเสนอแนะ

๑) ควรมีการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีม แพทย์พยาบาล CKD ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ควรได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการใช้ระบบ MI เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติได้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับการรักษา ซึ่งคุ้มค่ากับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนอุบัติการณ์เสียชีวิต

๒) ควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการประเมิน ให้การพยาบาลที่ครอบคลุม เหมาะสมในทุกระยะของการเข้ารับการรักษา เพื่อการชะลอไตผู้ป่วย

๓) ควรมีระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังทุกระดับ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการป้องกันแก้ปัญหาไตเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐. การเผยแพร่

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางพัชรินทร์ สายสวัสดิ์ สัดส่วนผลงาน๑๐๐%.....
- ๒).....-.....สัดส่วนผลงาน.....-.....
- ๓).....-..... สัดส่วนผลงาน.....-.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ชื่อ).....

(นางพัชรินทร์ สายสวัสดิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

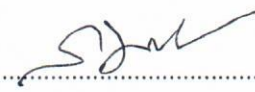
วันที่....๑๐...กรกฎาคม....๒๕๖๗...

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพัชรินทร์ สวีสวัสดิ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวกรณรัตน์ วายโสกา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) ๒๑ ก.ค. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ).....

(นางมาลี สิริสุนทรานนท์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรน้อย

(วันที่) ๒๑ ก.ค. ๒๕๖๗


(นายรุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๒๑ ก.ย. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๒. หลักการและเหตุผล

เนื่องจากในปัจจุบันสังคมมีความคาดหวังในการเข้ารับบริการสุขภาพที่สูงขึ้นโดยอยู่ภายใต้การบริการที่มีมาตรฐาน คุณภาพและมีความเป็นเลิศ (Wolf, Bradles, Greenhouse , ๒๐๐๖) รวมถึงการเลือกใช้รูปแบบในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดีและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ โดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้บริการทางด้านสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ความรับผิดชอบ มีบทบาทในด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และการเป็นนักวิชาการควบคู่กันไป โดยต้องปฏิบัติให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพการปฏิบัติงานพยาบาล ซึ่งการเลือกใช้รูปแบบหรือระบบการดูแลผู้ป่วยนี้ถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของพยาบาล โดยรูปแบบและขั้นตอนของการบริการมีอยู่หลายรูปแบบ ซึ่งการนำไปใช้งานนั้น มีทั้งการใช้แบบผสมผสานและการใช้รูปแบบเดียว (Sullivan and Decker, ๒๐๐๐) เช่น ระบบการพยาบาลเป็นทีม (Team nursing) ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing) ระบบการจัดการด้านผู้ป่วย (Case management) ระบบการดูแลเป็นรายบุคคล (Case method or total patient care) และการมอบหมายงานระบบทำงานเป็นหน้าที่ (Functional nursing) ซึ่งในปัจจุบันระบบการพยาบาลเป็นทีม ร่วมกับการมอบหมายงานระบบทำงานเป็นหน้าที่ยังเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคน เนื่องจากมีการหมุนเวียนเปลี่ยนเวรกันในแต่ละเวรทำให้พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยดีพอและไม่สามารถทราบปัญหาและเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งและชัดเจน เนื่องจากไม่มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโดยการศึกษาการพัฒนาพยาบาล Total Care งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้มีการนำระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลมาพัฒนาในหน่วยงาน โดยเชื่อว่าระบบนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่อง และครอบคลุม สามารถกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสม สามารถบริหารจัดการเวลาในการให้พยาบาลได้ดี รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถทำได้เร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น พยาบาลได้พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานได้มากขึ้นเป็นการเพิ่มคุณภาพการให้ที่มีประสิทธิภาพ (วัชรินทร์ โปธาเมือง, ๒๕๖๕)

การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) ผู้ป่วยเป็นหนึ่งในกระบวนการบริการพยาบาลผู้ป่วยของพยาบาลที่มีความสำคัญ และมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้การวางแผนจำหน่ายเป็นเครื่องมือ (กฤษดา แสงวดี และคณะ, ๒๕๓๙)แบบบันทึกเฉพาะรายโดยใช้หลัก D-METHOD เพื่อให้มีความจำเพาะและง่ายต่อการบันทึกข้อมูลมากขึ้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถทำได้เร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการประสานงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยมีการศึกษาถึงผลของการเพิ่มประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายเฉพาะรายแบบ D-METHOD ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ๑๘/๒ และ Stroke Unit พบว่าผู้ป่วย stroke ลดการ readmit ภายใน ๒๘ วัน ได้ร้อยละ ๑.๔๔ (Target<๑.๕%) หลังจากใช้ระบบ

การจำหน่ายแบบ D-METHO (พ.ต.หญิง ฉัตรสุตา ธาระพุม และ ร.ท.หญิง วราภรณ์ เสือคง, ๒๕๖๒) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจ และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ พบว่า หลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ (เรวดี ศรีสุข, ๒๐๑๕)

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลไทรน้อย ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกประเภท ทุกกลุ่มวัย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี ตามมาตรฐานรายโรค และมีความปลอดภัย ประทับใจในบริการ ในปี พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวน ๑,๕๔๒ ,๑,๒๖๗ และ ๑,๕๖๕ ราย ตามลำดับ จากสถิติการ re-admit ของโรงพยาบาลไทรน้อย พบว่า ๕ อันดับโรคแรกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ด้วยโรคเดิม ได้แก่ ๑) CKD ๒) Hypertension ๓) UTI ๔) ภาวะ Hyperglycemia หรือ Hypoglycemia และ ๕) Pneumonia โดยมีอัตราการ การ Re-admit ในปี ๒๕๖๖ เป็น ร้อยละ ๑๗.๒๙ , ๘.๑๒, ๖.๒๕, ๔.๑๗ และ ๓.๐๖ ตามลำดับ ผู้ป่วย CKD มีแนวโน้ม Re-admit เพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ ๙.๙๓ ในปี ๒๕๖๔ เป็น ร้อยละ ๑๗.๒๙ ในปี ๒๕๖๖ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ ทำหน้าที่ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยทำงานแบบเป็นทีม ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการแบบไม่เฉพาะเจาะจง และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลต่างมีทักษะในการจำหน่ายตามบริบทของแต่ละคน ทำให้ไม่มีรูปแบบการจำหน่ายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน และไม่มีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งก่อให้เกิดปัญหา ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา การให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิด ปัญหาความไม่มั่นใจในการปฏิบัติตัวเมื่อนอนรักษาและเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า มีผู้ป่วยกลับมานอนซ้ำภายใน ๒๘ วันโดยไม่ได้อาบน้ำ กินเป้าหมายที่กำหนด โดยมีการศึกษาเรื่องการ พัฒนาระบบพยาบาล Total Care งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระบบการดูแลผู้ป่วย และมีการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม มากขึ้น (วัชรินทร์ โปธาเมือง, ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้รับบริการที่ นอนรักษาในโรงพยาบาล โดยมอบหมายพยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบ total Care บูรณาการร่วมกับการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีรูปแบบ๒๕๖๕)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ชัดเจน คือ การวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ร่วมกับญาติ เพื่อ ช่วยตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็น ครอบคลุมตั้งแต่ขณะนอนรักษาจน ได้จำหน่ายกลับบ้าน ช่วยลดการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อาบน้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้ป่วย ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข เพราะมีระบบการดูแลเฉพาะราย รวมทั้งการวางแผน จำหน่ายที่ดีและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน ๒๘ วันโดยไม่ได้อาบน้ำ
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบริการขณะนอนรักษา

เป้าหมาย : ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเฉพาะราย และการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

หอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่สำคัญหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาล เป็นสถานที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลและให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมงไม่มีวันหยุด เนื่องจากงานบริการผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยที่นอนพักรักษาจำนวนมาก และมีโรคที่ซับซ้อน สลับไปมากับผู้ป่วยที่อาการคงที่ และไม่คงที่ ทำให้ยากต่อ

การบริหารจัดการเรื่องระบบการดูแลของพยาบาล ทำให้ไม่สามารถรับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายแบบเฉพาะเจาะจงได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลในการตอบสนองต่อความต้องการและการแก้ปัญหาที่ตรงประเด็น ขาดความรู้ ความเข้าใจในโรคที่เจ็บป่วย เกิดความสับสน ไม่รู้ว่าควรขอข้อมูลจากใครได้ รวมถึงเมื่อแพทย์สั่งให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลจะดำเนินการในวันที่รับคำสั่ง ซึ่งผู้ป่วยบางรายยังไม่พร้อมกลับบ้านเนื่องจากยังไม่ได้รับทราบวิธีการปฏิบัติตัวในโรคที่เจ็บป่วยเมื่อต้องกลับไปพักที่บ้าน และบางรายญาติยังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขาดความรู้ ทักษะ ขาดความมั่นใจ วิตกกังวล ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน ดังนั้น เมื่อระบบบริการยังไม่ถูกปรับเปลี่ยนและพัฒนาให้สามารถบริการได้ทั่วถึงและเฉพาะเจาะจง โรงพยาบาลอาจพบปัญหาจำนวนเตียงที่ล้น ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาได้ ซึ่งจะเป็นปัญหาด้านระบบบริการที่ไม่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วย ก่อให้เกิดปัญหาความไม่เข้าใจในระบบบริการ และในที่สุดอาจเกิดปัญหาการร้องเรียนระบบบริการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการปรับระบบการทำงานของพยาบาลและกระบวนการวางแผนจำหน่ายที่มีระบบชัดเจนขึ้น โดยใช้รูปแบบระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram, Barrett, & Bevis, (๑๙๗๙) เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลวิชาชีพเพราะเป็นการพยาบาลดูแลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นหลัก ได้มีการศึกษาผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้กับการมีส่วนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงขึ้น แสดงให้เห็นถึงรูปแบบการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการพัฒนาการมอบหมายงานที่ส่งเสริมความเป็นอิสระ (ศุภลักษณ์ ปูประเสริฐ และชนิษฐา แซ่เอ็ง, ๒๕๖๔)

ระบบการดูแลเป็นรายบุคคล (Case method or total patient care) เป็นการมอบหมายให้พยาบาลดูแลให้การพยาบาลโดยทั้งหมดแก่ผู้ป่วย ๑ ราย หรือมากกว่า ซึ่งเป็นการพยาบาลเบ็ดเสร็จอย่างสมบูรณ์แบบ (Total Care) ซึ่งพยาบาลจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทุกเรื่องตลอดระยะเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงาน และมีความต่อเนื่องในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มีความมั่นใจในการดูแลรักษาพยาบาล และเกิดความพึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย พยาบาลจะสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้รูปแบบการมอบหมายงานจะเป็นสิ่งที่เอื้อให้พยาบาล สามารถวางแผนและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้สำเร็จมากที่สุด ผลการดำเนินงานในรูปแบบนี้ในโครงการ การพัฒนาระบบพยาบาล Total Care งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ พบว่า พยาบาลให้การดูแลแบบองค์รวมได้ดีขึ้น พยาบาลรู้จักผู้ป่วยในการดูแลรับผิดชอบมากขึ้น ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการหลังการใช้ระบบ Total Care ร้อยละ ๘๘.๙๙ (วัชรินทร์ โพธิ์เมือง, ๒๕๖๕)

การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยแบบเฉพาะรายก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจและปลอดภัย ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ และการติดตามผล โดยเน้นการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม จัดการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้เข้าใจในการปฏิบัติอย่างเป็นแนวทางเดียวกัน มีสื่อการสอน เชื่อมโยงการดูแล ส่งต่อให้เครือข่ายได้ดูแลต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ มีการติดตามผลทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Jackson, ๑๙๙๖) ด้วยการบูรณาการร่วมกับรูปแบบ DMETHOD (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๓๙; สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๐) โดยมีรายละเอียด คือ ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ

เรื่องโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ และการเลือกใช้แหล่งประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา มีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจภาวะสุขภาพ ข้อจำกัด ผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ความสำคัญการมาตรวจตามนัด แหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นขณะอยู่บ้าน และการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับการจำหน่ายแบบ D-METHOD อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกับผู้ป่วย เกิดการทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพ (เพ็ญนภา สมสุขจิระวัฒน์, ๒๕๖๔)

ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๑. เสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลแบบเฉพาะราย ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายที่มีระบบชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกันแก่ทีมผู้ปฏิบัติงาน
๒. ประชุมเพื่อวางแผนการมอบหมายงาน โดย
 - ๒.๑ หัวหน้างานมอบหมายงานตามลักษณะวิชาชีพที่เหมาะสม ทั้งวิทยุฒิ และคุณวุฒิ
 - ๒.๒ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และมอบหมายโดยจัดทำใบมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้ปฏิบัติต้องลงลายมือชื่อรับทราบการรับมอบหมายงานของตนเองในแต่ละเวร
๓. ประชุมเพื่อวางระบบการจำหน่ายให้เป็นแบบเดียวกันทั้งหน่วยงาน ในรูปแบบ D-METHOD
๔. จัดทำแบบการจำหน่ายผู้ป่วยรายโรค โดยเริ่มที่ ๕ กลุ่มโรคที่พบบ่อยของโรงพยาบาล ตามที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพทางคลินิกกำหนด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ Community acquire pneumonia (CAP) โรค Hyperglycemic crisis โรค asthma/COPD และเพิ่มการจำหน่ายผู้ป่วยในโรค Top ๕ ของหน่วยงาน ได้แก่ Pneumonia UTI CHF Anemia CKD stage ๕ และตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้านของหน่วยงานและงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาล CKD stage ๕
๕. จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจในระบบบริการแบบใหม่
๖. ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนด
๗. ควบคุม กำกับ และติดตามผลการดำเนินงานโดยหัวหน้าเวรและหัวหน้างาน
๘. หัวหน้างานตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกวัน เพื่อดูความครอบคลุม
๙. สรุปผลการดำเนินงานตาม KPI ที่กำหนด ระดมทีม เพื่อสรุปปัญหา อุปสรรคที่พบ และวางแผนแก้ไข PDCA ต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยที่นอนรักษาได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในบริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการกลับมา readmit ใน ๒๘ วัน ด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผน อยู่ในเป้าหมายที่กำหนด (target<๑%)

๒. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการ ตามเป้าหมายที่กำหนด (target ≥ ๘๕.๐%)

ลงชื่อ.....

(นางพัชรินทร์ สวยสวัสดิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน