ประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดนนทบุรีได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๔ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวจิตราพร ยงเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวณลาภา เมืองซอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๓.	นางสาวขวัญชนก ปัญญาวงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๔.	นางสาวภัสพร โชตินุชิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ...

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

ประกาศ ณ วันที่ ๓ ก.ย. ๒๕๖๘

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)
ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
๑	นางสาวจิตราพร ยงเพชร	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๑๐๑๖๙	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านบริการพยาบาล)	๒๑๐๑๖๙	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “**การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ**” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มา admitted ด้วยภาวะ Hypoglycemia**” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐%

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑.ความรู้เรื่องโรค

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลหรือกลูโคสในเลือดต่ำกว่า ๗๐ mg/dL ซึ่งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างกลูโคสที่มีอยู่ การใช้กลูโคสและอินซูลินรวมทั้งการตอบสนองต่อ counter-regulatory hormones ที่ลดลง และการหลั่งกลูคากอนและอิพิเนฟรินที่ไม่เพียงพอ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 mg/dL counter-regulatory hormones จะหลั่งออกมาร่วมกับมีอาการแสดงออกระบบประสาทอัตโนมัติ หรืออาการชนิด autonomic จากนั้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg/dL จะแสดงอาการทางระบบประสาท หรือชนิด neuroglycopenic และเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 40 mg/dL จะเกิดอาการชักหรือโคม่า

สาเหตุ

๑. การรับยาเกินขนาดหรือผิดเวลา เช่น การฉีดอินซูลินเกินขนาดหรือการใช้ยากลุ่ม ซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas)

๒. การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ เช่น การงดอาหารมื้อหลักหรือลดปริมาณอาหารโดยไม่ได้ปรับยาลดน้ำตาล

๓. การออกกำลังกายมากเกินไป เช่น โดยไม่ได้เพิ่มอาหารหรือปรับลดขนาดยา

๔. การดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในขณะท้องว่าง ซึ่งลดการสร้างน้ำตาลจากตับ

๕. โรคหรือภาวะร่วมอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติของตับหรือต่อมหมวกไต

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีดังต่อไปนี้

๑. อาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติหรืออาการชนิด autonomic เป็นผลจากการที่ตัวรับกลูโคสที่สมองรับรู้ว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดขึ้น และมีการส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้นระบบประสารทอัตโนมัติ ทำให้มีการหลั่ง catecholamine เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดอาการ adrenergic ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว มือสั่น ความดันโลหิตซิสโตลิคสูง วิตกกังวล กระสับกระส่าย และมีการหลั่ง acetylcholine ทำให้เกิดอาการ cholinergic ได้แก่ เหงื่อออกมาก หิว หรือชา

๒. อาการแสดงทางระบบประสาท (neuroglycopenic symptom) หรืออาการสมองขาดกลูโคส อาการจะเกิดขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ทำให้เกิดอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติได้แก่ การมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย รู้สึกร้อนทั้งที่ผิวหนังเย็นและชื้น ตาพร่ามัว มึนศีรษะ เป็นลม ชัก สับสน หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนแรงครึ่งซีกคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง หากรุนแรงมาก อาจหมดสติและ/หรือชักได้

การวินิจฉัย

เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย Hypoglycemia อาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย อาการ และอาการแสดงทางคลินิกร่วมกับผลตรวจตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่สำคัญดังนี้

๑. การซักประวัติ

๑.๑ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ พบว่ามีปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การฉีดอินซูลินเกินขนาด

๑.๒ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ พบว่ามีปัจจัยกระตุ้น ที่ทำให้ร่างกายขาดอินซูลินได้อย่างสิ้นเชิง ได้แก่ การติดเชื้อรุนแรง การผ่าตัดใหญ่ ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ภาวะเครียดรุนแรง

๒. การตรวจร่างกาย

๒.๑ ความดันโลหิตต่ำหรือชีพจรเต้นช้า

๒.๒ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มือสั่น เหงือออก ตัวเย็น มึนงง หมดสติ

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การพยาบาล

กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ไม่ได้งดอาหารและน้ำดื่ม ให้ดำเนินการดังนี้

๑. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๗๐ mg/dL น้ำหวาน ๓๐ มิลลิลิตร ผสมน้ำดื่มตามความต้องการ หากผู้ป่วยต้องจำกัดน้ำดื่ม เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ให้ผสมน้ำในปริมาณ ๕๐ มิลลิลิตร

๒. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำอีกครั้ง หลังจากดื่มน้ำหวาน ๑๕ นาที และให้พิจารณาระดับน้ำตาล

๓. ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วยังคงน้อยกว่า ๗๐ md/dL ให้น้ำหวาน ๓๐ มิลลิลิตร ผสมน้ำดื่ม และดำเนินการดังนี้

๓.๑ เจาะระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วซ้ำอีกครั้งหลังจากให้ดื่มน้ำหวาน ๑๕ นาที ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วมีค่า ๗๐ mg/dL ขึ้นไป และใกล้เวลารับประทานอาหารมื้อหลัก ให้รับประทานอาหารมื้อหลัก แต่ถ้ายังไม่ใกล้เวลาให้รับประทานอาหารว่าง

๓.๒ เจาะระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วซ้ำอีกครั้งหลังจากให้ดื่มน้ำหวาน ๑๕ นาที ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วมีค่าน้อยกว่า ๗๐ mg/dL ให้น้ำหวาน ๓๐ มิลลิลิตรผสมน้ำดื่ม รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาติดตามและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

๓.๓ งดการให้ยารักษาเบาหวานทั้งชนิดฉีดและรับประทาน แล้วรายงานแพทย์

กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว และ/หรืออยู่ในภาวะงดอาหารและน้ำดื่ม (NPO) ให้ดำเนินการดังนี้

๑. เปิดเส้นเลือดดำ เพื่อเตรียมให้สารน้ำและยา

๒. ให้กลูโคส ๒๕ กรัม (๕๐% glucose ๕๐ ml.) ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

๓. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วซ้ำหลังให้กลูโคส ๑๕ นาที และประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

๔. ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วมีค่าน้อยกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา

๕. ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ให้ประเมิน และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ

๓.๒ เภสัชศาตร์

๑. Insulin

<u>ยารับประทาน</u> แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ ๑ ออกฤทธิ์โดยการสร้างอินซูลินจากตับอ่อน : กลุ่ม Sulfonylureas เช่น Glipizide (Minidiab) Glibenclamide(Daonil) , Gliclazide(Diamicron) ยานี้ควรทานก่อนอาหาร ๓๐ นาที เพื่อให้มีระดับอินซูลินที่สูงขึ้นทันกับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจากมื้ออาหาร ผลข้างเคียง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา หรืออกกำลังกายมากกว่าปกติ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศรีษะ เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ร่วม ผื่นแพ้ยา ในระยะแรกอาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

กลุ่มที่ ๒ ออกฤทธิ์โดยเพิ่มประสิทธิภาพของอินซูลิน ลดการสร้างน้ำตาลจากตับ เช่น Metformin (Glucophage) ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ให้ทานยาหลังอาหารเพื่อบรรเทาอาการกลุ่ม Thaizolidinedione เช่น Piogitazone (Actos) ผลข้างเคียง อาจเกิดอาการบวมน้ำ ยากลุ่มนี้ไม่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจึงไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

กลุ่มที่ ๓ ออกฤทธิ์โดยการลดการดูดน้ำตาลจากลำไส้ ทำให้ควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้น เช่น Acarbode (Glucobay) ควรทานยานี้พร้อมอาหารคำแรก เพื่อลดการดูดซึมน้ำตาลจากอาหารในมื้อนั้น ผลข้างเคียง พบบ่อยด้านทางเดินอาการ เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ มีลมมาก และท้องเสีย

<u>ยาฉีดอินซูลิน</u>

ฮอร์โมนอินซูลินถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะอาหาร ดังนั้นจึงไม่มียาชนิดนี้ในรูปแบบยากิน อินซูลินแบ่งเป็น ๔ ชนิด คือ

๑. อินซูลินที่ออกฤทธิ์เร็วและสั้น เช่น Humulim-R , Gensulin-R , Actrapid ยามีลักษณะเป็นน้ำใส มีผลลดน้ำตาลได้เร็ว ออกฤทธิ์ภายใน ๑๐ นาที ดังนั้นเมื่อฉีดเสร็จ ควรรับประทานอาหารทันที เพื่อป้องกันการลืม และป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ปลอดภัยในสตรีมีครรภ์ มีฤทธิ์อยู่ได้ นาน ๕ - ๗ ชั่วโมง

๒. อินซูลินที่ออกฤทธิ์เร็วปานกลาง เช่น Humulim-N , Gensulin-N , Insulatard ยามีลักษณะเป็นน้ำขุ่นออกฤทธิ์ภายในเวลา ๒ - ๔ ชั่วโมง มีฤทธิ์อยู่นาน ๑๘ - ๒๔ ชั่วโมง

๓. อินซูลินชนิดผสมที่ออกฤทธิ์เร็วปานกลาง เช่น Mixtard , Gensulin-mix , Novomix ยามีลักษณะเป็นน้ำขุ่น ออกฤทธิ์ภายใน ๑๕ - ๓๐ นาที ดังนั้นควรฉีดก่อนอาหารตามคำแนะนำในเอกสารกำกับยา มีฤทธิ์อยู่นาน ๒๔ ชั่วโมง

๔. อินซูลินที่ออกฤทธิ์นาน เช่น Insulin glargine ระดับอินซูลินจะเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ภายใน ๑๘ - ๒๔ ชั่วโมง หลังฉีดแล้วคงที่มีฤทธิ์อยู่นาน ๓๖ ชั่วโมง

การเก็บรักษาอินซูลิน

๑. ยาที่เก็บอยู่ในปากกาฉีดไม่ต้องเก็บใส่ตู้เย็น

๒. ยาที่ยังไม่เปิดใช้ ควรเก็บยาไว้ในตู้เย็น ห้ามแช่ในช่องแช่แข็ง เพราะทำให้อินซูลินเสื่อมสภาพ

๓. กรณีพกพาระหว่างเดินทาง ถ้าแช่เย็นไม่ได้ ให้เก็บในอุณหภูมิที่ไม่เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส อยู่ได้นาน ๔ - ๖ สัปดาห์

คำแนะนำการใช้ยาอินซูลิน

๑. สามารถฉีดยาได้หลายบริเวณ เช่น หน้าท้อง ต้นแขน ต้นขา สะโพก ฉีดหน้าท้องจะสม่ำเสมอและดีที่สุด

๒. อย่าฉีดยาซ้ำที่จุดเดียวกัน เพราะอาจเกิดเป็นไตแข็ง ทำให้ยาดูดซึมได้ไม่ดี ตำแหน่งที่ฉีดใหม่ควรมีระยะห่างจากครั้งล่าสุดประมาณ ๑ นิ้ว

๓. ถ้าฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลางหรือนาน (น้ำขุ่น) ควรเขย่าปากาขึ้นลงช้า ๆ ประมาณ ๑๐ ครั้งก่อนฉีด

๔. ไม่ควรใช้เข็มฉีดยาร่วมกันเพราะอาจทำให้ติดเชื้อโรคจากคนอื่นได้

๒. ๕๐% Glucose

รูปแบบที่มีใช้ในโรงพยาบาล

๑. ๕๐ % Glucose inj : ใน ๑๐๐ มิลลิลิตร ประกอบด้วยตัวยา Dextrose ๕๐ กรัม

ข้อบ่งใช้ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

๑. ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๗๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

๒. ใช้ร่วมกับการฉีดอินซูลินในภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในโรคหรือภาวะที่อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่

๑. Hyperglycemia

๒. แพ้คาร์โบไฮเดรต

<u>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</u>

มักพบไม่บ่อย อาจเกิดขึ้นได้หากได้รับในปริมาณที่เข้มข้นมากเกินไป

๑. Hyperosmolality ทำให้เกิดอาการสับสนหรือหมดสติ

๒. หลอดเลือดดำอุดตันหรือหลอดเลือดดำอักเสบที่ลามไปจากบริเวณที่ฉีด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข พบว่าภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้เสียชีวิตได้ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี อัตราการตายจากโรคเบาหวานของอำเภอปากเกร็ดในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๕, ๐.๒๖ และ ๐.๗๕ ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลปากเกร็ดที่วินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ จำนวน ๕๔, ๘๕ และ ๖๙ คน ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่นานขึ้น เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน ๒๘ วันหลังจำหน่าย (Re-admit) ในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๑.๘, ๔.๗ และ ๒.๘ ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ปัญหาร่มกันของสหสาขาวิชาชีพและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ (PCT) โรงพยาบาลปากเกร็ด ผลวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยและญาติยังพร่องความรู้ ความเข้าใจในโรคที่เป็น ขาดการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมิน และการวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และติดตามอาการเพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) แก่หน่วยงานและผู้สนใจต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

๒. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ของโรงพยาบาลปากเกร็ด

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้รับการดูแลรักษาและปฏิบัติการพยาบาลตามมาตราฐานการพยาบาลในทุกระยะ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลวางแผนจำหน่าย เสริมพลัง สามารถดูแลตนเอง ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

๔.๔ สรุปสาระสำคัญ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๑ ปี สถานภาพหม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ มีประวัติเป็นเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลปากเกร็ด ประมาณ ๑๐ ปี ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธแพ้ยาและอาหาร ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๖ เวลา ๒๐.๑๒ น. ผู้ป่วยมารถนอน จากการซักประวัติญาติ ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ไม่ขาดยา วันนี้ มีอาการเพ้อ พูดจาสับสน พูดไม่ชัด 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ดูอ่อนเพลีย พูดไม่ชัด ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๗.๔ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจรสม่ำเสมอ ๙๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๙๐ mmHg ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๙ % ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว ๔๑ mg/dl, Glucose ๕๒ mg/dL แพทย์วินิจฉัย มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยให้ ๕๐% glucose ๕๐ ml iv และให้สารน้ำ ๑๐% DN/2 1000 ml iv rate ๘๐ ml/hr ติดตามประเมินระดับน้ำตาลซ้ำหลังให้สารน้ำ ๑ ชั่วโมง ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว ๑๙๑ mg/dl แพทย์ให้สารน้ำเดิม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จึงพิจารณาให้รับการรักษาโดยนอนโรงพยาบาล เพื่อติดตามระดับค่าน้ำตาลในเลือด และปรับยาให้ระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมกับผู้ป่วย

แรกรับที่หอผู้ป่วยในหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีใจสั่น ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ อัตรา ๙๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๕๘/๙๖ mmHg ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว ๙๖ mg% แพทย์ให้ ๑๐ % DN/2 1,000 ml rate ๘๐ ml/hr ต่อเนื่อง **ปัญหาการพยาบาลที่ ๑** มีโอกาสระดับความรู้สึกตัวลดลง เนื่องจาก ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ **การพยาบาลที่สำคัญ** ติดตามค่าน้ำตาลในเลือดทุก ๑ ชั่วมง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงเหตุผลในการเจาะติดตามผลน้ำตาลในเลือดทุก ๑ ชั่วโมง สังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น ซึม อ่อนเพลีย เหงื่อออก ตัวเย็น บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก ๔ ชั่วโมง **ประเมินผล** ผู้ป่วยเริ่มทานอาหารได้เล็กน้อย ไม่มีอาการซึม ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๘๓ - ๒๐๑ mg/dL สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๘๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๔/๗๒ mmHg ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอ่อนเพลียเล็กน้อย เบื่ออาหาร อุณหภูมิ ๓๗.๓ องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ อัตรา ๘๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๗/๕๕ mmHg ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว เวลา ๑๑.๐๐ น. น้ำตาลในเลือด ๘๔ mg/dL รายงานแพทย์ ให้สารน้ำเป็น ๕% DN/2 1,000 ml rate ๘๐ ml/hr ต่อเนื่อง และให้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ทุก ๔ ชั่วโมง **ปัญหาการพยาบาลที่ ๒** อ่อนเพลียเนื่องจาก เบื่ออาหารและพักผ่อนไม่เพียงพอ **การพยาบาลที่สำคัญ** จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเพื่อไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยมากเกินไป แนะนำให้ญาติจัดเตรียมอาหารที่ผู้ป่วยต้องการโดยที่ไม่มีน้ำตาลมากเกินไป มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสตว์ ตับ เพื่อลดปัญหาภาวะซีดซึ่งเป็น

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย **การประเมินผล** ผู้ป่วยทานอาหารที่ญาติทำมาให้ได้มากขึ้น พักผ่อนได้มากขึ้น สีหน้าสดชื่น อ่อนเพลียลดลง ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว ๒๐๐ mg% ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทานอาหารได้มากขึ้น ชอบทานผลไม้หลังทานอาหาร ไม่มีใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๔/๕๖ มิลลิเมตรปรอท เวลา ๑๑.๐๐ น. ค่าน้ำตาล ปลายนิ้ว ๒๑๒ mg% รายงานแพทย์ ให้หยุดสารน้ำและติดตามค่าน้ำตาลวันละ ๑ ครั้ง หลังอาหารเช้า **ปัญหาการพยาบาลที่ ๓** ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เนื่องจาก บกพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง **การพยาบาลที่สำคัญ** ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค รับประทานอาหารและยาตรงเวลาและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่าอาหารเบาหวานแบ่งเป็น ๓ ประเภท ดังนี้ ประเภทที่ ๑ ควรงดรับประทาน ได้แก่ ขนมหวาน น้ำอัดลม น้ำหวานชนิดต่างๆ ผลไม้เชื่อมหรือกวน ผลไม้บรรจุกระป๋อง ประเภทที่ ๒ รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ประเภทที่ ๓ รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง ผลไม้ต่าง เช่น ขนุน น้อยหน่า ละมุด มะม่วงสุก มะละกอสุก สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น สามารถบอกอาหารที่ถูกและเหมาะกับโรคที่ได้ ญาติเข้าใจและสามรถดูแลเรื่องการทานอาหารของผู้ป่วยได้ในระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ทานอาหารได้ปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๐ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของชีพจร ๙๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๔/๗๕ mmHg ตรวจค่าน้ำตาลปลายนิ้ว เวลา ๐๖.๐๐ น. ๑๘๗ mg% แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ อนุญาตให้จำหน่ายผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่าได้ดูแลตนเองอย่างดีแล้ว ทำไมถึงยังควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีเลย **ปัญหาการพยาบาลที่ ๔** ผู้ป่วยและญาติกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และแนวทางการรักษา **การพยาบาลที่สำคัญ** ประเมินความวิตกกังวล ความสามารถในการรับรู้ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพเป็นมิตร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและค้นหาสาเหตุ พร้อมทั้งรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษาของแพทย์เป็นระยะตามความเหมาะสม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายแผนการรักษา เหตุผลความจำเป็นให้ผู้ป่วยทราบก่อนทำหัตถการหรือกิจกรรมทางการพยาบาล สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ให้ความรู้ อาการที่ต้องระวัง ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น มึนงง สับสน เหงื่อออก ตัวเย็น หรือหมดสติ เป็นสัญญาณ ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้รีบมาพบแพทย์ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น สามารถบอกสาเหตุ อาการ อาการแสดงของโรค การปฏิบัติตัว และบอกอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลและเข้าใจถึงแนวทางการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม

ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ นักโภชนาการสอนเรื่องอาหารผู้ป่วยเบาหวาน และประสานทีมเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง นัดตามตามอาการที่คลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ๑ สัปดาห์ จำหน่ายผู้ป่วย วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ รวมผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ๔ วัน

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาและคัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เข้ารับการรักษาตึกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลปากเกร็ดจำนวน ๑ ราย

๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา

๓. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางด้านวิชาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน

๔. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยในขณะทำการศึกษา

๕. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลตามแผนการพยาบาลสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

๖. เรียบเรียงและเขียนเป็นเอกสารทางวิชาการ(กรณีศึกษา) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และมีประสบการณ์

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : กรณีศึกษา จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตราฐาน ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาล

๕.๒.๒ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตั้งแต่การพยาบาลการประเมิน การดูแล และการวางแผนการจำหน่าย ให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน เป็นประโยชน์

ต่อผู้ป่วย และหน่วยงานในการพัฒนาความรู้และความเข้าใจของบุคคลากรในการดูแล และการวางแผนการจำหน่ายต่อไป

๖.๒ เป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนความรู้ ทางวิชาการและสามารถนำความรู้และกระบวนการทางการพยาบาลไปใช้ ในการพัฒนางานต่อไป

๖.๓ เป็นแนวทางการศึกษาเพิ่มพูนทักษะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรและผู้ที่สนใจ

๖.๔ เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นผู้สูงอายุ ต้องประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ต้องประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ และเจาะน้ำตาลปลายนิ้วทุก ๑ ชั่วโมง ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักในช่วงแรก เนื่องจากไม่มีหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยจึงต้องรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ สิ่งสำคัญที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยคือ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างทันท่วงที ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว สามารถแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลจนผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ และมีการติดตามต่อเนื่องหลังจากกลับบ้าน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ เนื่องจากโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง ไม่มีบริการหอผู้ป่วยหนัก จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยที่หอสามัญ

๘.๒ อัตรากำลังที่จำกัด ส่งผลให้ไม่สามารถให้การดูแลและเฝ้าระวังใกล้ชิดได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ จัดอัตรากำลังเสริมและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

๙.๒ จัดพื้นที่ให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ Nurse station จัดให้พยาบาลผู้มีประสบการณ์ให้ดูแล

๙.๓ ควรมีการให้ความรู้โดยสหสาขาวิชาชีพในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ในรูปแบบการ Checklist หรือ Flowchart และมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยทีมเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวจิตราพร ยงเพชร	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐ %
๒)	สัดส่วนของผลงาน .....
๓)	สัดส่วนของผลงาน .....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....จิตราพร.....

(นางสาวจิตราพร ยงเพชร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ...๑๙.../...กรกฎาคม.../...๒๕๖๘...

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางสาวจิตราพร ยงเพชร	จิตราพร
๒. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ(ถ้ามี).....	-
๓. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ(ถ้ามี).....	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด
(วันที่) ..... ๒ ๑ ก.ค. ๒๕๖๘ .....

(ลงชื่อ) .....
(นายอนุกูล เอกกุล)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด
(วันที่) ..... ๒ ๑ ก.ค. ๒๕๖๘ .....

(ลงชื่อ) .....
(นายปริพนท์ จุลเจิม)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(วันที่) ..... ๑ ส.ค. ๒๕๖๘ .....

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มา admitted ด้วยภาวะ Hypoglycemia

๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกพบว่ามีประชากรโรคป่วยเป็นโรคเบาหวานเกือบ ๑๗๐ ล้านคน ดังนั้น ประชากรทั่วไป ๑๑ คนจะป่วยเป็นโรคเบาหวาน ๑ คน ซึ่งหากไม่มีการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น ๖๒๙ ล้านคนต่อปีในปี ๒๕๘๘ และโรคเบาหวานมีอัตราการตายร้อยละ ๓๗ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และยังพบว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง๔.๔ ล้านคนโดยมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ ๔ รองจากจีน อินเดีย ญี่ปุ่น (กรมควบคุมโรค,๒๕๖๔)

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และวิถีชีวิตที่เร่งรีบของคนในสังคมเมือง นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และภาวะอ้วน ซึ่งทำให้การจัดการกับโรคเบาหวานเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมากขึ้น จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า ๑๕ ปี อยู่ที่ประมาณ ๘.๙ % ของประชากรทั้งหมด และในบางภูมิภาค เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง มีแนวโน้มของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การเข้าถึงการรักษาและการติดตามผลที่เหมาะสมจึงเป็นเรื่องสำคัญในการควบคุมโรคนี้ (กรมควบคุมโรค,๒๕๖๕)

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากเกร็ดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้เรื่องโรคที่เป็น รับประทานอาหารไม่เหมาะกับโรค ไม่เข้าใจถึงแนวทางการรักษา ไม่เห็นความสำคัญของการมารักษาตามนัดส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้จัดทำได้เห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้จัดทำการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษากระบวนการและแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia ของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากเกร็ด

๒. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานและเหมาะสมสำหรับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia

๓. เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน ๒๘ วัน (Re-admit)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมของร่างกาย ก่อให้เกิดระดับในเลือดสูงมาก จากที่ร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ลดลง ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ ทั้งคาร์โบไฮเดตรและโปรตีน มีลักษณะเด่นชัดคือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆของร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะคั่งของคีโตนทำให้มีเลือดเป็นกรด มีอันตรายถึงชีวิตถ้าได้รับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ทัน จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลปากเกร็ด ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเมีจำนวนเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๔๓๕.๔๘,๓๙๖.๖๑ และ ๔๘๙.๔๖ ตามลำดับ นอกจากนี้จากข้อมูลสถิติหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วย โรคเบาหวาน ปี พ.ศ.๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ มีจำนวน ๕๔, ๘๕ และ ๖๙ คนตามลำดับ พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน ๒๘ วันหลังจำหน่าย(Re-admit) ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ ๑.๘, ๔.๗ และ ๒.๘ ตามลำดับซึ่งติดอันดับ ๑๐ โรคแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากเกร็ด ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ดพบว่าเกิดจากสาเหตุ ดังนี้

๑. ด้านผู้ป่วย

- มีโรคร่วม เช่น โรคไตวายเรื้อรังหรือโรคตับ ที่ทำให้การขจัดยาลดน้ำตาลช้าลง
- ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การไม่แจ้งพยาบาล เมื่องดอาหาร
- ผู้สูงอายุที่มีการตอบสนองต่อระดับน้ำตาลต่ำลดลง (hypoglycemia unawareness)

๒. ด้านยาและการรักษา

- การให้ยาอินซูลินหรือยาลดน้ำตาลในขนาดเดิมโดยไม่ปรับตามสภาพร่างกาย (เช่น ขณะงดอาหารก่อนผ่าตัด หรือมีการติดเชื้อ)
- การขาดแนวทางการประเมินความเสี่ยงหรือการปรับขนาดยาเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย

๓. ด้านกระบวนการพยาบาล

- การขาดระบบประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ
- การสังเกตอาการผิดปกติของภาวะน้ำตาลต่ำไม่ทัน โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่แสดงอาการชัดเจน
- ขาดแผนการดูแลเฉพาะรายหรือระบบเตือนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในแผนการรักษา

การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สะท้อนถึงช่องว่างของการดูแลทั้งในด้านยา พฤติกรรมการใช้ชีวิต และความรู้ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลในโรงพยาบาลและได้รับการรักษาจนอาการคงที่ การวางแผนจำหน่ายจึงไม่ใช่เพียงการ “อนุญาตให้กลับบ้าน” แต่ต้องเป็นกระบวนการจัดการแบบองค์รวมที่มีเป้าหมายเพื่อลดการเกิดเหตุซ้ำ และเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย

ในการใช้ชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานอย่างปลอดภัย โดยการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) มีบทบาทสำคัญ ดังนี้

๑. ป้องกันการกลับมาเกิดภาวะน้ำตาลต่ำซ้ำ (Recurrence)

๑.๑ วางแผนการใช้ยาให้เหมาะสมกับกิจวัตรของผู้ป่วย

๑.๒ สอนวิธีตรวจระดับน้ำตาลและการจัดการตนเองในภาวะฉุกเฉิน

๑.๓ กำหนดแนวทางการปรับยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรืองดอาหาร

๒. ส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

๒.๑ ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนภัยของน้ำตาลต่ำ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น มือสั่น

๒.๒ ฝึกการใช้กลูโคสเจลหรือกลูคากอนชุดฉุกเฉิน

๓. เสริมความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ดูแล

๓.๑ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การเตรียมอาหารที่เหมาะสม

๓.๒ ให้หมายเลขฉุกเฉินหรือคำแนะนำเมื่อเกิดอาการผิดปกติ

๔. ประสานระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

๔.๑ นัดหมายคลินิกเบาหวานหรือส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้าน

๔.๒ จัดระบบติดตามอาการและพฤติกรรมหลังจำหน่าย เช่น โทรติดตามผล 3 วัน 7 วัน

๓.๒ แนวความคิด

ในการดำเนินงานแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้นำแนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

๓.๒.๑ ทฤษฎีของโอเร็ม (โดโรธี โอเร็ม) ผู้คิดค้นทฤษฎีการพยาบาลที่มีชื่อเสียงได้พัฒนาทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองขึ้น เพื่อเน้นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพโดยรวม การใช้กรอบแนวคิดนี้มีรากฐานมาจากอุตสาหกรรมการพยาบาล โดยผู้ปฏิบัติงานใช้รากฐานนี้เพื่อประเมินความสามารถและความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แล้วรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกัน

วัตถุประสงค์หลักของโอเร็มคือการเปลี่ยนหลักสำคัญของพยาบาล จากการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้การดูแลเพียงอย่างเดียวเท่านั้นไปสู่การทำให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาวะของตนเองผ่านการดูแลตนเองได้

ทฤษฎีของโอเร็มมีเพื้นฐานมาจากแนวคิดพื้นฐาน ๓ ประการ

๑. การดูแลตนเอง: แก่นของทฤษฎีโอเร็มตั้งอยู่บนแนวคิดของการดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลใดๆเริ่มต้นและดำเนินการด้วยตนเอง เพื่อรักษาและเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ซึ่งครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลและการจัดการอาการเรื้อรังไปจนถึงการแสวงหาการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีเมื่อจำเป็น

๒. การพร่องในการดูแลตนเอง: โอเร็มระบุว่าบุคคลอาจเผชิญสถานการณ์ที่พวกเขาไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองเอย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดการพร่องในการดูแลตนเอง ความบกพร่องเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ หรือการขาดความรู้และทรัพยากร เมื่อผู้คนไม่สามารถจัดการความต้องการในการดูแลตนเองด้วยตนเองได้ พวกเขาต้องได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากผู้อื่น

๓. ระบบการพยาบาล : ตามแนวความคิดของโอเร็ม ระบบการพยาบาลจะเข้ามามีบทบาทเมื่อบุคคลความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการช่วยเหลือจากภายนอกในการจัดการสถขภาพและสุขภาวะ ในบริบทนี้การพยาบาลครอบคลุมถึงบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากพยาบาลตลอดจนการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแลอื่นๆ

ซึ่งทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเชื่อในศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเองจะมีความพร่องในการดูแลตนเอง แต่ถ้าได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีอีกด้วย

๓.๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมมีลักษณะเฉพาะบุคคล เน้นที่พฤติกรรมโดยการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีพลังอำนาจสามารถเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความรู้ทักษะ ความสามารถส่วนตน รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้เชี่ยวชาญพร้อมลงมือปฏิบัติให้ปัญหาสำเร็จลุล่วงไปด้วยตนเองส่งผลให้บุคคล สามารถควบคุมปัจจัยหรือสถานการณ์ต่างๆในชีวิต เกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าและตนเองพึงพอใจ

๓.๒.๓ รูปแบบ D-METHOD เป็นแนวทางการวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) เพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M : Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอยางละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E : Education (การให้ความรู้) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการที่ต้องเฝ้าระวังการใช้ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์การปรับตัวกับชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาล

E : Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

T : Team การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ เภสัชกร ของโรงพยาบาลปากเกร็ด เพื่อวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายการจัดระบบส่งต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

H : Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O: Out patient การติดตามผลการจำหน่ายเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น การติดตามการใช้ยา การตรวจวัดสุขภาพโดยทีมเยี่ยมบ้าน และการตรวจตามนัด

D : Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๓.๓ ข้อเสนอ

ผู้จัดทำมีแนวคิดที่จะพัฒนาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยนำแนวคิดทฤษฎีดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่าย จัดทำแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเพิ่มประสิทธิภาพการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นในในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกลับมา Re admit ซ้ำใน ๒๘ วัน มีแนวทางคือ

นำรูปแบบ D-METHOD มาใช้วางแผนจำหน่ายโดยบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้การวางแผนจำหน่ายได้อย่างควบคลุมตามประเด็นของปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย มีระบบติดตามเยี่ยมและ ประเมินผลการวางแผนการจำหน่าย อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการนำ D-METHOD มาใช้วางแผนจำหน่าย

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. พยาบาลอาจมีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการให้คำปรึกษาและจัดแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุม

๒. ขาดพยาบาลเฉพาะทางหรือผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคเบาหวาน

๓. ไม่มีระบบเยี่ยมบ้านหรือติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑. ออกแบบแนวปฏิบัติให้ใช้ได้ภายในเวลาจำกัด เช่น แบบ checklist หรือ flowchart

๒. จัดระบบแบ่งหน้าที่ เช่น มอบหมายพยาบาล case manager ดูแลแผนจำหน่าย

๓. ประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุน เช่น นักโภชนาการ เภสัชกร หรือคลินิก NCD

กลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยหญิงทุกคน และญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

๒. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหญิง จำนวน ๑๒ คน

๓. ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน ๔ คน ประกอบด้วย เภสัชกร ๑ คน นักโภชนาการ ๑ คน พยาบาลเยี่ยมบ้านจากกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม ๑ คน และพยาบาล NCD ๑ คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ขั้นเตรียมการ

๑.๑ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

๑.๒ สืบค้นและรวบรวมข้อมูลจากตำราวิชาการ อินเตอร์เน็ตเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

๑.๓ ปรึกษาในหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ นักโภชนาการ เภสัชกร ทีมเยี่ยมบ้าน และพยาบาลประจำคลินิก NCD เพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๑.๔ เสนอผู้บังคับบัญชา เพื่อขออนุมัติการจัดทำแบบฟอร์มบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

๒. ขั้นดำเนินการ

๒.๑ จัดทำแบบฟอร์มบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และแจ้งให้พยาบาลในหอผู้ป่วยทราบ และกำหนดแนวทางให้การพยาบาลร่วมกันในหอผู้ป่วย

๒.๒ นำรูปแบบ D-METHOD มาใช้วางแผนการจำหน่าย โดยบูรณาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตามประเด็นของปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย

๒.๓ ประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวาน/ญาติ โดยจะมีการให้ความรู้และคำแนะนำ สื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลกับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อวางแผนจำหน่าย

๓. ขั้นประเมินผล

๓.๑ ประเมินผลร่วมกันในหอผู้ป่วย หลังปฏิบัติตามแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการทบทวนเคส หาแนวทางแก้ไขร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลปากเกร็ด

๓.๒ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการจำหน่ายกลับบ้านทางโทรศัพท์ แนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงช่องทางการให้คำปรึกษา เน้นให้ผู้ป่วยมาตามนัดและสามารถขอคำปรึกษากับคลินิกโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปากเกร็ด

๓.๓ ติดตามประเมิลผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน

ระยะเวลาดำเนินการ

๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ ระยะเวลา ๖ เดือน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เข้าใจแนวทางการรักษาและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

๒. มีการวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๓. ผู้ป่วยเบาหวานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผลการประเมินความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวหลังวางแผนจำหน่ายผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๒ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย ตามรูปแบบ D-MEDTHOD ร้อยละ ๑๐๐

๕.๓ อัตราการการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน ๒๘ วัน (Re-admit) น้อยกว่าร้อยละ ๕

(ลงชื่อ) .....จิตราพร.....

(นางสาวจิตราพร ยงเพชร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ...๑๘...../.....กรกฎาคม...../...๒๕๖๕.....

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๔ แบบสรุปความคิดเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวจิตราพร ยงเพชร

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๘
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๗
๓. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๗
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	๙
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทัศนคติ เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๘
รวม	๑๐๐	๘๙

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(✓) เหมาะสม (ระบุเหตุผล) มีความรู้ความสามารถในหลายด้าน สู่งานที่ทำได้ดีและปฏิบัติงาน.....

( ) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อ) .....

(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) ๒๑ ก.ค. ๒๕๖๘

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(✓) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....

(นายอนุกูล เอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่) ..... ๒ ๑ มิ.ย. ๒๕๖๗ .....

(ลงชื่อ) .....

(นายปริพนท์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ..... ๓/๑ มิ.ย. ๒๕๖๗ /.....

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวจิตราพร ยงเพชร

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

( ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

( ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) .....

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) ๗ มิ.ย. ๒๕๖๗

หมายเหตุ : เอกสารประกอบการขอประเมินบุคคล ของ นางสาวจิตราพร ยงเพชร

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช		
๒	นางสาวณลาภา เมืองชอง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๗๐๘๑	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านบริการพยาบาล)	๒๐๗๐๘๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน **“การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง : กรณีศึกษา”** ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน **“การพัฒนาระบบการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System”** รายละเอียดเค้าโครงผลงาน **“แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. **เรื่อง** การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง: กรณีศึกษา

2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** มกราคม 2568 ถึง เมษายน 2568

3. **ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน**

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด(Diabetic Ketoacidosis : DKA) เป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง (absolute insulin deficiency) อาจเกิดจากความเครียด การเจ็บป่วย การติดเชื้อหรือการได้รับอินซูลินไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในเลือด คือ น้ำตาลในเลือดสูง (hypoglycemia) ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่ง (Ketoacidosis) เมื่อร่างกายมีภาวะขาดอินซูลินจะมีการหลั่งของ Counter regulatory hormones ได้แก่ ฮอร์โมน glucagon, catecholamine , cortisol, growth hormone เพิ่มขึ้น ทำให้มีการสร้างน้ำตาลขึ้นมาใหม่ น้ำตาลในเลือดยิ่งสูงขึ้น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่างกายจะขับน้ำตาลที่มากเกินจากกระบวการ osmotic diuresis ทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ออกทางปัสสาวะผู้ป่วยจะมีภาวะขาดน้ำ อาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ กระหายน้ำ อ่อนเพลียริมฝีปากแห้ง ผิวหนังเหี่ยวย่น ความดันโลหิตต่ำ และช็อคในรายที่เป็นรุนแรง จากภาวะขาดอินซูลินร่างกายจะมีการสลายไขมันให้เป็นกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) และถูกเปลี่ยนเป็นคีโตนเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่ง (Ketoacidosis) ผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้นเร็วในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดแน่น เนื่องจากกระเพาะอาหารขยายตัว ปวดท้องในภาวะเลือดเป็นกรดรุนแรง ผู้ป่วยอาจจะมีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจหอบลึกแบบ Kussmaul's breathing ทำให้สูญเสียน้ำทางการหายใจเพิ่มมากขึ้นหรือพบระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน อาจถึงขั้นหมดสติได้

สาเหตุการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด

เมื่อร่างกายขาดอินซูลินจะทำให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลในเลือดมาเป็นพลังงานได้ ร่างกายจึงปล่อยฮอร์โมนที่ช่วยในการเผาผลาญไขมันเพื่อใช้ทดแทนน้ำตาล โดยในการเผาผลาญพลังงานนี้จะทำให้เกิดการสร้างกรดคีโตน (ketone) ขึ้นมา และหากคีโตน (ketone) ถูกสร้างขึ้นอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดการสะสมในเลือด สารเคมีในเลือดจึงเสียสมดุลและกระทบต่อระบบการทำงานในร่างกาย สาเหตุที่พบบ่อยและเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ DKA มีดังนี้

1. การขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง ร่วมกับมีฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อความเครียดมากขึ้น ได้แก่ glucagon catecholamine, cortisol และ growth hormone ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์น้อยลง มักพบในเบาหวานชนิดที่ 1
2. การได้รับอินซูลินน้อยเกินไป หรือ ขาดการได้รับอินซูลินที่ต่อเนื่อง
3. การที่ร่างกายไม่สามารถเพิ่มปริมาณอินซูลินได้ตามที่ร่างกายต้องการเพิ่มมากขึ้นในภาวะต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้ออย่างรุนแรง การได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด หรือ มีความเครียดรุนแรงทางจิตใจ เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เมื่อร่างกายขาดอินซูลิน จะมีการเพิ่มของกลูคากอน (glucagon) ทำให้การเผาผลาญน้ำตาลกลูโคสลดน้อยลง กระตุ้นให้ตับผลิตน้ำตาลกลูโคสเพิ่มมากขึ้น ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูง มีการรั่วของน้ำตาลในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อยและมากจากภาวะออสโมติก (osmotic dieresis) เกิดการขาดน้ำและเกลือแร่ ผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและการขาดอินซูลินนั้นจะไปกระตุ้นให้มีการสลายโปรตีนและไขมันเป็นผลทำให้เกิดสารคีโตนในเลือดจากกระบวนการสร้างสารคีโตน (ketogenesis) ตรวจพบคีโตนในเลือดและในปัสสาวะเกิดภาวะกรดในเลือด การที่ร่างกายมีภาวะกรดในเลือดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผลต่อระบบประสาททำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีผลทำให้เกิดการหายใจหอบลึก (Kussmaul breathing) ผลจากการขาดอินซูลินทำให้กลูคากอน (glucagon) เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการสูญเสียน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ที่สำคัญในร่างกาย

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

1. ปัสสาวะบ่อยดื่มน้ำมาก ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะออสโมซิส (osmotic diuretic)
2. ภาวะเลือดเป็นกรด
3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน
4. หายใจหอบลึก
5. อาจพบผู้ป่วยมีอาการปวดท้องร่วมด้วย

วินิจฉัยโรค

1. ประวัติการเจ็บป่วย
2. อาการและอาการแสดงทางคลินิก
3. ระดับพลาสมากลูโคสสูงกว่า 300 - 350 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
4. มีภาวะกรดเมตาบอลิคชนิดไอออนแก็บกว้าง (wind anion gap)
5. ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีความรุนแรงน้อย มีระดับซีรั่มไบคาร์บอเนต < 15 - 18 มิลลิอิควิวาเลนต์ต่อลิตรและค่า pH ในเลือดแดง > 7
6. ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีความรุนแรงปานกลาง มีระดับซีรั่มไบคาร์บอเนต < 10 - 15 มิลลิอิควิวาเลนต์ต่อลิตรและค่า pH ในเลือดแดง
7. ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีความรุนแรงมาก มีระดับซีรั่มไบคาร์บอเนต < 10 มิลลิอิควิวาเลนต์ต่อลิตร และค่า pH ในเลือดแดง < 7.1
8. ตรวจพบคีโตนในเลือดโดยตรงสูงกว่า 5 มิลลิโมลต่อลิตร หรือตรวจพบคีโตนในปัสสาวะ

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีหลักการดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียด พร้อมทั้งการส่งตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าคีโตนทั้งในเลือดและในปัสสาวะ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจรังสีปอด

2. การให้อินซูลิน โดยเลือกใช้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องในอัตรา 5 - 10 ยูนิตต่อชั่วโมง (0.1 ยูนิต / น้ำหนักตัว 1 กก./ชม.) ควบคุมให้ระดับน้ำตาลลดลงชั่วโมงละ 75 - 100 มก./ดล. ควรให้อินซูลินออกฤทธิ์สั้นทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องอย่างน้อย 24 – 48 ชั่วโมงแรก อาการจะคงที่จึงเปลี่ยนเป็นอินซูลินออกฤทธิ์ยาว (NPH)

3. การให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะสูญเสียน้ำ 5 - 6 ลิตร ดังนั้นควรแก้ไขภาวะขาดน้ำให้ได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกโดยให้สารน้ำ 0.9 % โซเดียมคลอไรด์(0.9%NaCl) ใน 24 ชั่วโมงแรกของการรักษา หลังจากนั้นการเลือกใช้ สารน้ำขึ้นอยู่กับภาวะเกลือแร่ของผู้ป่วยขณะนั้น และเมื่อระดับน้ำน้ำตาลในเลือด < 250 - 300 มก./ดล. ให้ เปลี่ยนเป็น 5% เด็กโตสโซเดียมคลอไรด์แทน (5%D/NSS)

4. การให้โพแตสเซียมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีการขับโพแตสเซียมทางปัสสาวะและจากการรักษาด้วยอินซูลินที่ทำให้โพแตสเซียมเคลื่อนเข้าสู่เซลล์จึงจำเป็นต้องให้โพแตสเซียมทดแทนโดยเริ่มให้เมื่อโพแตสเซียมมีค่าต่ำกว่า 5.5 มิลลิอิควิวาเลนต์

5. การพิจารณาให้โซเดียมไบคาร์บอเนต ($NaHCO_3$) เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หมดสติความดันโลหิตต่ำ มีอาการหอบลึกค่าซีรั่มไบคาร์บอเนต < 7 หรือค่าก๊าซในเลือดแดง < 6.9 – 7

6. การติดตามระหว่างการรักษา ได้แก่

6.1 การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ระยะแรกควรทำทุก 1 ชั่วโมงและห่างลงเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดคงที่

6.2 การติดตามค่าก๊าซในเลือดแดง

6.3 การติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์

6.4 การติดตามรักษาระยะพักฟื้นและต่อเนื่อง ในผู้ป่วยเบาหวานจะต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีการหยุดอย่างเด็ดขาด

ภาวะแทรกซ้อน

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) การรักษาด้วยอินซูลินทำให้เซลล์ได้รับน้ำตาลเพื่อใช้เป็นพลังงาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง หากน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างรวดเร็วอาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย

2. ภาวะโพแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia) การรักษาด้วยอินซูลินของเหลวทดแทน อาจทำให้ระดับโพแทสเซียมต่ำลง ส่งผลให้การทำงานของหัวใจ กล้ามเนื้อ และเส้นประสาททำงานผิดปกติ

3. ภาวะสมองบวม (Cerebral Edema) การปรับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็ว อาจทำให้สมองบวม มักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มักพบในเด็ก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

การดูแลป้องกันไม่ให้เลือดเป็นกรด

1. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับปกติเสมอ หากไม่สามารถควบคุมได้ ควรปรึกษาแพทย์โดยเร็วที่สุด

2. หมั่นสังเกตค่าคีโตนเป็นประจำ หรือตรวจสอบเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

3. ถ้าพบค่าคีโตน หรือระดับน้ำตาลในเลือดสูง ให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย

4. ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน ควรปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

5. ไม่ควรงดอาหาร แต่ควรเลือกทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และโภชนาการ

6. หากสังเกตว่ามีสัญญาณผิดปกติ เช่น ปัสสาวะมาก อาเจียน มีอาการเหม่อลอยให้ปรึกษาแพทย์ทันที

การรักษา

หลักการที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ DKA มีดังต่อไปนี้

1. การให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NaCl 15-20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ในชั่วโมงแรก ในชั่วโมงต่อไปการให้สารน้ำขึ้นอยู่กับค่าอิเล็กโทรไลต์ ถ้าซีรัมโซเดียมสูงกว่า 150 มิลลิโมลต่อลิตร ให้เปลี่ยนสารน้ำเป็น 0.45% NaCl 4-14 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเหลือต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จึงเปลี่ยนสารน้ำให้อยู่ในรูปแบบ 5% Dextrose เพื่อป้องกันการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. การให้อินซูลิน ต้องเป็นอินซูลินออกฤทธิ์ชนิดเร็ว Regular insulin (RI) เท่านั้น โดยการให้ RI เข้าทางลอดเลือดดำ 0.1 ยูนิตต่อกิโลกรัม โดยมีเป้าหมายที่จะลดระดับของน้ำตาลที่ 75-100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรต่อชั่วโมง

3. การให้โพแทสเซียมทดแทน ควรเริ่มให้โพแทสเซียมเมื่อมีค่าต่ำกว่า 5.5 มิลลิโมลต่อลิตร ในกรณีที่มีระดับโพแทสเซียมต่ำกว่า 3.3 มิลลิโมลต่อลิตร ควรให้โพแทสเซียมก่อนที่จะให้อินซูลิน เพื่อป้องกันการเต้นของหัวใจผิดปกติ หรือหัวใจหยุดเต้น

4. การให้ไบคาร์บอเนตทดแทน ควรเริ่มให้ไบคาร์บอเนต เมื่อ pH น้อยกว่า 6.9 หรือมีภาวะกรดเมตะบอลิคที่รุนแรง ได้แก่ หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ มีการหายใจหอบลึก (Kussmaul's breathing)

5. การรักษาสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้น เช่น การให้ยาปฏิชีวนะในรายที่ติดเชื้อ

การพยาบาล

1. การแก้ไขภาวะขาดน้ำ โดยการให้สารน้ำเพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ ภาวะขาดน้ำ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ mild DKA คือ ขาดน้ำ 3-5 % ,moderate DKA คือ 5-7 %, Severe DKA คือ ขาดน้ำ 7- 10 %

1.1 กรณีมีภาวะช็อค ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9%NaCl หรือ Ringer Lactate Solution (LRS) 10-20 ml/kg ภายใน 15-30 นาทีแรก ถ้าภาวะช็อคยังอยู่จะพิจารณาให้ต่อ

1.2 กรณีไม่มีภาวะช็อค ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NaCl 10-20 ml/kg/hr ภายใน 1-2 ชั่วโมงแรก

1.3 อัตราเร็วของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนใน 48 ชั่วโมง ควรให้ในอัตราที่เร็วสม่ำเสมอ โดยใน 4-6 ชั่วโมงแรก จะให้สารน้ำชนิด 0.9% NaCl โดยทั่วไปสารน้ำที่ให้ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4ml/m^2/day

1.4 ประเมิน intake/output ทุก 2-3 ชั่วโมง ไม่ควรให้สารน้ำทดแทนตามปริมาณปัสสาวะที่ออก เพราะอาจทำให้ได้รับสารน้ำมากเกิน เนื่องจากปริมาณปัสสาวะที่ออกมา เป็นผลจาก Osmotic diuresis ของภาวะน้ำตาลที่สูงในเลือด

1.5 ดูแลให้งดน้ำและอาหารทางปาก ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ moderate และ severe DKA กรณีปากแห้งแต่ผู้ป่วยรู้สึกตัวให้อมน้ำแข็งได้

2. การลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยการให้อินซูลินซึ่งจะเริ่มหลังผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน

ไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง (initial rehydration) เพราะระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลง 50-200 mg/dl จากการแก้ไขภาวะขาดน้ำการให้อินซูลิน ปฏิบัติดังนี้

2.1 ดูแลให้อินซูลิน(RI) ขนาด 0.1 unit/kg/hr โดยใช้ infusion pump เพื่อความแม่นยำของปริมาณที่ให้ และเนื่องจากอินซูลินจะจับกับ infusion set ดังนั้นก่อนต่อเข้าตัวผู้ป่วยต้องเปิดไล่สายทิ้งไป 10-20 ml เพื่อ saturate binding site ด้านในสายก่อน แล้วจึงต่อเป็น side-line คู่ไปกับสารน้ำที่ให้ ควรเป็น infusion set ที่ให้อินซูลินทุก 24 ชั่วโมง ไม่นิยมให้ insulin IV bolus ก่อนให้ insulin infusion เพราะจะทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงเร็วเกินไป เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองบวม

2.2 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทุกชั่วโมง ควรลดลงในอัตรา 75-100 mg/dl/hr เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 250-300 mg/dl ให้เปลี่ยนเป็นสารน้ำที่มี 5% dextrose เป็นส่วนประกอบ เช่น 5%D/N/2

2.3 ดูแลให้ RI infusion อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะ ketonemia และ acidosis และรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 150-250 mg/dl เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น เปลี่ยน RI ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ซึ่งจำเป็นต้องให้ก่อนหยุด RI infusion ประมาณ 30-60 นาที เพื่อป้องกันการขาดอินซูลินชั่วคราวที่อาจทำให้เกิด Rebound hyperglycemia

3. การแก้ไขภาวะไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์

3.1 การให้โพแทสเซียม (Potassium :K) ผู้ป่วย DKA จะมีซีรัม K ต่ำเพราะสูญเสียไปทางปัสสาวะ แต่ซีรัม K จะมีระดับปกติหรือสูงก็ได้ การให้ K ทดแทนควรเริ่มหลังจาก initial rehydration และ เริ่มให้ insulin infusion แล้ว ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีซีรัม K ≤2.5 mmol/L อาจให้ K ไปพร้อมกับ initial rehydration ได้เลย โดยผสม KCL ในสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งอัตราที่ให้ต้องไม่เกิน 0.5 mmol/L ขณะที่ให้ ต้องติดตามประเมิน EKG และอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

3.2 การให้โซเดียม (Sodium :Na) ระยะ initial rehydration สารน้ำที่ให้ทดแทนคือ 0.9 % NaCl 10 ml/kg/hr หลังจากนั้นให้ต่ออีก 4-6 ชั่วโมงแรกของการรักษา แล้วจึงเปลี่ยนชนิดของสารน้ำให้เหมาะสมกับผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ การแก้ไขภาวะขาดน้ำ 24 ชั่วโมงแรก ควรลดระดับน้ำตาลในเลือดลงมาอยู่ในช่วง 200-300 mg/dl โดยที่ระดับโซเดียมปกติหรือเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยทำได้โดยการให้ 0.45 % หรือ 0.9 %NaCl

3.3 การให้ไบคาร์บอเนต (HCO_3) จะให้ในกรณีที่ผู้ป่วย 1) มีภาวะช็อค และ 2) persistent severe acidosis (pH <6.9 หรือ HCO_3 < 5mmol/L) กล่าวคือภาวะ acidosis ไม่ดีขึ้นหลังการให้ initial rehydration และ insulin infusion จึงพิจารณาให้ $NaHCO_3$ 1-2 mmol/L ทางหลอดเลือดดำอย่างช้าๆในเวลา 1 ชั่วโมงโดยให้เพียงครั้งเดียวภาวะแทรกซ้อนที่ควรระวังจากการให้ไบคาร์บอเนต ได้แก่ cerebral edema, severe hypokalemia

4. การค้นหาปัจจัยกระตุ้นและแก้ไข ควรค้นหาปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ที่ทำให้เกิด DKA เช่น การติดเชื้อที่ปอด ทางเดินปัสสาวะ หรือในกระแสเลือด ถ้าพบการติดเชื้อจึงดูแลให้ยาปฏิชีวนะ

5. การป้องกันและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

1. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริง เกี่ยวข้องกับการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์คือ การเปลี่ยนหลักสำคัญของการพยาบาล จากการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไปสู่การทำให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาวะของตนเองผ่านการดูแลตนเองได้ ทุกคนต่างมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่มีความสามารถโดยธรรมชาติในการดูแลตนเองและผู้อื่น ทฤษฎีของโอเร็มมีพื้นฐานมาจากแนวคิดพื้นฐานสามประการ ได้แก่

การดูแลตนเอง แก่นของทฤษฎีของโอเร็มตั้งอยู่บนแนวคิดของการดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลใด ๆ เริ่มต้นและดำเนินการด้วยตนเองเพื่อรักษาและเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ซึ่งครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลและการจัดการอาการเรื้อรัง ไปจนถึงการแสวงหาการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีเมื่อจำเป็น

ความพร่องในการดูแลตนเอง โอเร็มระบุว่าบุคคลอาจเผชิญกับสถานการณ์ที่พวกเขาไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ความบกพร่องเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ หรือการขาดความรู้และทรัพยากร เมื่อผู้คนไม่สามารถจัดการความต้องการในการดูแลตนเองด้วยตนเองได้ พวกเขาจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากผู้อื่น

ระบบการพยาบาล ตามแนวคิดของโอเร็ม ระบบการพยาบาลจะเข้ามามีบทบาทเมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการความช่วยเหลือจากภายนอก ในการจัดการสุขภาพและสุขภาวะ ในบริบทนี้ การพยาบาลครอบคลุมถึงบริการ ที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากพยาบาลตลอดจนการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแลอื่น ๆ

2. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินสุขภาพของบุคคล โดยพิจารณาจากแบบแผนพฤติกรรม 11 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนี้

2.1 แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health Perception-Health Management Pattern) เกี่ยวข้องกับความเข้าใจและการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2.2 แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ (Nutritional-Metabolic Pattern) เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและน้ำ รวมถึงการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย

2.3 แบบแผนการขับถ่าย (Elimination Pattern): เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

2.4 แบบแผนการออกกำลังกายและการพักผ่อน (Activity-Exercise Pattern) เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย และการพักผ่อน

2.5 แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อน (Sleep-Rest Pattern) เกี่ยวข้องกับคุณภาพและปริมาณการนอนหลับ

2.6 แบบแผนการรับรู้และการรู้คิด (Cognitive-Perceptual Pattern) เกี่ยวข้องกับการรับรู้

ความรู้สึก การคิด และการตัดสินใจ

2.7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-Perception-Self-Concept Pattern) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง

2.8 แบบแผนบทบาทและความสัมพันธ์ (Role-Relationship Pattern) เกี่ยวข้องกับบทบาทในสังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.9 แบบแผนความเครียดและการปรับตัว (Coping-Stress Tolerance Pattern) เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดและการปรับตัวต่อปัญหา

2.10 แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ (Value-Belief Pattern) เกี่ยวข้องกับคุณค่า ความเชื่อ และ
เป้าหมายในชีวิต

2.11 แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-Reproductive Pattern) เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจทางเพศและการเจริญพันธุ์

ประโยชน์ของแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

1. ใช้ในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (holistic) โดยพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ
2. ช่วยให้เข้าใจความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลได้ดีขึ้น
3. เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม
4. ใช้ในการพยาบาลอย่างกว้างขวาง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความสำคัญและความเป็นมา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข พบว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเสียชีวิตได้ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำหนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี อัตราการตายจากโรคเบาหวาน ของอำเภอปากเกร็ดในปี 2561-2565 คิดเป็นร้อยละ 0.95,0.90,0.78,0.66 และ1.46 ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานจะเป็นกลุ่มที่มีโรคร่วมหลายโรคและภาวะแทกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต คือภาวะเลือดเป็นกรด (Diabetic Ketoacidosis : DKA) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคเบาหวาน ที่มีภาวะขาดฮอร์โมนอินซูลินเป็นภาวะที่ร่างกาย ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลให้ร่างกายสร้างคีโตนทำให้เลือดมีภาวะเป็นกรดและเป็นอันตรายถึงชีวิต จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่ง (Diabetic Ketoacidosis : DKA) ในปี 2565-2567 จำนวน 26, 28 และ 25 คน ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่นานขึ้น เสี่ยงต่อการเสียชีวิต และในจำนวนนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วันหลังจำหน่าย (Re-admit) ในปี 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 2.80 , 2.63 และ 2.54 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยและญาติ พร่องความรู้ความเข้าใจโรคที่เป็น ขาดการตระหนักในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การประเมินและวินิจฉัย การรักษาพยาบาล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้รับการพยาบาลอย่างรวดเร็วตามมาตรฐาน

สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตร รูปร่างผอม สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรส โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด และไตเสื่อมระยะที่ 2 รักษาที่โรงพยาบาลปากเกร็ด รับประทานยาและฉีดยาอินซูลิน ไม่สม่ำเสมอ ไม่มาตามนัด ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด อาศัยอยู่กับมารดา ภรรยาและบุตร มีภรรยาเป็นผู้ดูแล ปัจจุบันประกอบอาชีพ พนักงานรักษาความปลอดภัย

19 มกราคม 2568 เวลา 23.28 น. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อย หายใจเร็ว อาเจียนเป็นน้ำ 2 ครั้ง เป็นมา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะทำงานอยู่ รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย อาเจียน ถ่ายเหลว เจาะน้ำตาลเองได้ 300 mg/dl แรกรับที่ห้องฉุกเฉินรู้สึกตัวดี ถามตอบและทำตามคำสั่งได้ หายใจหอบลึก สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียล อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 - 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/64 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ตรวจร่างกายฟังเสียงปอดและหัวใจปกติทั้งสองข้าง หายใจหอบลึกมีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เอกซเรย์ทรวงอกไม่พบความผิดปกติ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับน้ำตาลในเลือด (Blood sugar) =269 mg/dL ค่าน้ำตาลสะสม (HbA_1C) = 10.1 ติดตามค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง (arterial blood gas analysis: ABG) pH=7.1 HCO_3 = 9.3 PCO2 = 23.8 แปลได้ว่า Partially metabolic acidosis หรือสภาวะเลือดเป็นกรด ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าเซลล์เม็ดเลือดขาว (white blood cell :WBC) 24,190 cell/mm^3 เซลล์เม็ดเลือดขาวนิวโตรฟิล (Neutrophil) 84% การตรวจเกลือแร่ในเลือด(Electrolytes) พบว่าNa = 133.5 mmol/L K = 5.36 mmol/L Cl = 91.7 mmol/L Co_2 = 7.2 mmol/L ผลเพาะเชื้อจากโลหิต (Hemoculture) พบ เชื้อ Staphylococcus haemolyticus โดยแผนการรักษาของแพทย์และการให้การพยาบาล คือ นอนจัดท่าศีรษะสูง 45 องศา ลดการมีกิจกรรมให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (HFNC) อัตราการไหล (flow) 40 ลิตรต่อนาที และควบคุมระดับความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO_2) 0.4 ระหว่างสังเกตอาการ อาการเหนื่อยไม่ทุเลา ปรับมาใส่ท่อหลอดลมคอ(Endotracheal tube) โดยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาโซเดียมไบคาร์บอเนต ($NaHCO_3$) ทางหลอดเลือดดำ ยาลดระดับค่าโพแทสเซียม และมีการติดตามค่าผลเลือดอย่างต่อเนื่อง แพทย์มีความเห็นให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม **ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1** มีภาวะการหายใจล้มเหลวและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ **การพยาบาลที่สำคัญ** ประเมินและให้การพยาบาลระบบหายใจ ดูแลให้ การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อทางเดินหายใจและท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม อธิบายให้

ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลของการใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ PCV mode TV 500 PEEP 5 RR 16 FiO_2 0.4 keepSpO_2 ≥ 95% จัดท่าสูงศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อน และเพิ่มปริมาตรในช่องอก ให้ปอดขยายตัวได้ดี ช่วยเคาะปอดและดูดเสมหะ ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจ ให้อยู่ในระบบปลอดเชื้อ โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) ตามหลัก VAP bundle =WHAPOC (Weaning assessment ,Hand hygiene ,Aspiration ,Prevent contamination ,Oral care ,Consult physical therapy) ติดตามประเมินค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว และสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoxia ประเมินระบบประสาท สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยและวางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็ว **ประเมินผล** ผู้ป่วยไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ถามตอบ รู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีอาการปลายมือปลายเท้าเขียว วันที่ 5 ของการรักษา Try T-pice 10 LPM, อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที , SpO_2 98-100% วันที่ 7 ของการรักษาสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ off ETT-tube ,On HFNC Flow 0.4 FiO_2 0.4 วันที่ 8 on Oxygen Canular 3 LPM , อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที SpO_2 98-100% **ปัญหาการพยาบาลที่ 2** มีภาวะกรดในร่างกาย เนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและการคั่งโซเดียมไบคาร์บอเนต($NaHCO_3$) **การพยาบาลที่สำคัญ** ประเมินระดับความรู้สึกตัว จัดท่านอนให้ผู้ป่วยศีรษะสูง แก้ไขภาวะขาดน้ำโดยดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยให้ 0.9 % NaCl loading 2000 cc then 120 cc/hr ลดระดับกลูโคส ดูแลให้อินซูลินตามแผนการรักษา RI 8 Unit IV stat และ RI (1:1) IV drip 6 cc/hr โดยใช้ infusion pump ควบคุมอัตราการไหลให้ได้ตามแผนการรักษา สังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้อินซูลิน บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกที่ได้รับ ลดภาวะเป็นกรด โดยดูแลให้ 7.5 % $NaHCO_3$ 1 amp IV slowly then 7.5 % $NaHCO_3$ 1 amp drip in 1 hr ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดกิจกรรม โดยมีการให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (oxygen high flow) อัตราการไหล (flow) 40 ลิตรต่อนาที และควบคุมระดับความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO_2) 0.4 ปรับความเข้มข้นผู้ป่วยไม่ทุเลาเหนื่อย ปรับมาใส่ท่อหลอดลมคอจนอาการเหนื่อยคงที่ ตรวจวัดและบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทางปลายนิ้ว ติดตามผลการตรวจโลหิตทางห้องปฏิบัติการ **ประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องทำตามสั่งได้ ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา อาการเหนื่อยทุเลาลง หายใจได้โดยสามารถ ลดการให้ออกซิเจนจากท่อหลอดลมคอ ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (oxygen high flow) เป็นสายออกซิเจนทางจมูก (oxygen cannula) 3 ลิตรต่อนาที และสามารถหายใจได้โดยไม่พึ่งเครื่องออกซิเจน อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้ยาอินซูลินทางหลอดเลือดตามแผนการรักษา ระดับน้ำตาลลดลง DTX=135 mg/dl VBG : pH 7.473 mmol/L Hco_3 21.5 mmol/L ไม่พบ Protein และsugar ในปัสสาวะ ระหว่างนอนพักโรงพยาบาลมีการติดตามค่าน้ำตาลปลายนิ้วอย่างใกล้ชิด **ปัญหาการพยาบาลที่ 3** มีการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง **การพยาบาลที่สำคัญ** ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ติดตามการตอบสนองของยาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่นแดง แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตต่ำ ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อมเข้าสู่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิต้านทานต่ำจากหลอดเลือดผิดปกติจากน้ำตาลในเลือดสูง ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และเปลี่ยนชุดอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจทุก 7 วัน แยกอุปกรณ์ข้างเตียงเฉพาะผู้ป่วย

เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยรายอื่น ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และทำความสะอาดช่องปากแปรงฟันทุก 8 ชั่วโมง ลดปริมาณเชื้อโรคในช่องปากลำคอ ดูแลและป้องกัน การเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยดูแลให้สายสวนปัสสาวะเป็นระบบปิดตลอดเวลา ไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เช้า-เย็น และหลังขับถ่ายอุจจาระดูแลไม่ให้ปลายสายสวนสัมผัสพื้น ล้างมือก่อนและหลังตวงปัสสาวะ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิ เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกายติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือการตรวจพบเม็ดเลือดขาวในเลือด การตรวจเพาะหาเชื้อในเลือด เสมหะ และปัสสาวะ เพื่อติดตามการติดเชื้อในร่างกาย **ประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ไม่มีอาการแพ้ยาและผลข้างเคียงระหว่างให้ยา การติดตามผลตรวจโลหิตทางห้องปฏิบัติการ ค่าเม็ดเลือดขาวลดลงอยู่ในค่าปกติ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ **ปัญหาการพยาบาลที่ 4** มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็ว เนื่องจากแนวทางการรักษาด้วยอินซูลิน **การพยาบาลที่สำคัญ** ให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่องให้สารน้ำเพื่อให้ได้ปริมาณอินซูลินตามการรักษา ดูแลให้สารน้ำ 10 % เดกซ์โทรส ในนอร์มัลเซอไรด์ส่วนสอง 1000 มิลลิลิตร (10%DN/2 1000 ml) ผสมโพแทสเซียมคลอไรด์ 40 มิลลิอิควิวาเลนต์ (KCL 40 mEq) ทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยใช้เครื่องช่วยให้สารน้ำเพื่อให้ได้ปริมาณตามแผนการรักษา ติดตามและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ซึมลง เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ **ประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีการติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ตามแผนการรักษา ได้รับ 50 %กลูโคส 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่ซึม ไม่สับสน **ปัญหาการพยาบาลที่ 5** ขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง **การพยาบาลที่สำคัญ** ประเมินความต้องการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสภาพเศรษฐกิจ ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลตนเอง อธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและป้องการภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนแผนการรักษาและการรับประทานยา การดูแลตนเองที่บ้าน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการพบแพทย์ตามนัด และอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น **ประเมินผล** ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถอธิบายการวิธีการดูแลตนเอง สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการฉีดยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างถูกต้อง และอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดได้

29 มกราคม 2568 เวลา 10:00 น ผู้ป่วยอาการทุเลา ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข แพทย์ตรวจเยี่ยมพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568 ติดตามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ อาการทั่วไปปกติ ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ รับประทานยาสม่ำเสมอ นัดติดตามอาการ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยมาติดตามอาการตามนัด รับประทานยาโรคประจำตัวสม่ำเสมอ อาการทั่วไปปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 87 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/92 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 1 ราย

2. ศึกษาเอกสารวิชาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานและเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วย

3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การผ่าตัด การแพ้ยา ประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและแผนการรักษาของแพทย์

6. ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรค

8. นำเสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้าหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง

9. จัดทำผลงานวิชาการ

เป้าหมายของงาน

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และพัฒนาศักยภาพในกระบวนการพยาบาล ในผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (กรณีศึกษา) จำนวน 1 เรื่อง

เชิงคุณภาพ

การทบทวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ตามทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วตามมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปลอดภัย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ส่งเสริมให้ผู้ศึกษาเกิดการค้นคว้าหาความรู้ ทำให้มีความรู้ ความสามารถที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เป็นส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

2. ใช้เป็นแนวทางสำหรับตนเองและหน่วยงาน ในการใช้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

3. ใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจาก โรงพยาบาลปากเกร็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษาคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้การรักษาด้วยอินซูลินเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต้องประเมินอาการใกล้ชิด ควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก แต่เนื่องจากไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพมากกว่าได้ จึงต้องให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญที่ทั้งยังขาดแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลา และผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลัน การใช้อินซูลินอย่างถูกต้อง ทั้งขาดการตระหนักรู้ในการรักษาการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรงพยาบาลปากเกร็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ไม่มีบริการหอผู้ป่วยหนัก จำเป็นต้องดูแลในหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาด้วยเรื่องเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการขั้นวิกฤต ต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก และให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติหรือผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยรายนี้เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องทำงานเลี้ยงชีพ ทำให้ละเลยปัญหาสุขภาพ ไม่มาติดตามนัด ไม่ได้ควบคุมอาหาร หลังจากศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำด้วยภาวะเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในระยะเวลา 3 เดือน เนื่องจากขาดยาและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงแก้ไขวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่บ้านและหากอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ ผู้ป่วยและญาติรับทราบและให้ข้อมูลย้อนกลับได้

9. ข้อเสนอแนะ

1. มีการจัดตั้งกิจกรรมกลุ่มของโรค โดยพยาบาลในคลินิกโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีการแลกเปลี่ยนทัศนคติและประสบการณ์ ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ซึ่งเป็นการให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีการพัฒนาด้านการประเมินผู้ป่วยและจัดอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีกรดคั่งในร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวณลาภา เมืองซอง สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100
2) ..... สัดส่วนของผลงาน.....
3) ..... สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ณ.ส. ณลาภา เมืองซอง .....
(นางสาวณลาภา เมืองซอง)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ..... 8 / ก.ค / 2568 .....
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวณลาภา เมืองซอง	ณ.ส. ณลาภา เมืองซอง
2.	
3.	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด
(วันที่) ..... ๒๑ ก.ค. ๒๕๖๘ .....
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(นายอนุกูล เอกกุล)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด
(วันที่) ..... ๒๑ ก.ค. ๒๕๖๘ .....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) .....
(นายปริพนท์ จุลเจิม)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(วันที่) ..... ๕ ส.ค. ๒๕๖๘ /.....

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาระบบการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System

2. หลักการและเหตุผล

การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัยถือเป็นประเด็นที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลปากเกร็ด ได้มีการขยายขนาด และเพิ่มการดูแลรักษาผู้รับบริการมากขึ้น มีการสร้างอาคารสนับสนุน เพื่อให้บริการการแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีนและเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นอาคารแยกตัวออกไป อาจเกิดความเสี่ยงขึ้นได้ แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม คือการออกแบบและพัฒนาระบบงานที่ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพและปลอดภัย ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมมากขึ้น และเข้าใจตัวส่งสัญญาณ (Early Warning Sing : EWS) ผู้ป่วยวิกฤตที่จะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และมีความเชื่อมโยงกับนโยบายความสี่ยง การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด บุคลากรในโรงพยาบาลสามารถใช้เครื่องมือและดูแลผู้ป่วยได้

จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่ามีผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรอรับบริการ โดยพบที่อาคารสนับสนุน จำนวน 4 ราย และงานทันตกรรม 2 ราย ซึ่งบริเวณดังกล่าว ขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ เป็นผลให้การเฝ้าระวังอาการวิกฤต ขาดประสิทธิภาพ นำมาซึ่งภาวะการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นและเพิ่มระยะเวลาในการรักษา การประเมินผู้ป่วยเพื่อช่วยประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงจะช่วยลดอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่คาดหมายได้ ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาประยุกต์ใช้ โดยสร้างเครื่องมือที่ให้บุคลากรมีสมรรถนะในการเฝ้าระวังอาการ ส่งเสริมให้มีการทำงานเป็นทีมและสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง อาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการดักจับความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกเริ่มนำไปสู่การให้การรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาแนวทางระบบการดูแล การตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System

2.เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความพึงพอใจในการใช้แนวทางการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง มีความสำคัญในการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาปรับปรุงระบบการให้การดูแล กระบวนการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ที่จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี การใช้สัญญาณเตือนภัย (Modifiend Early Warning Sing : MEWS) เป็นวิธีหนึ่งในการนำเครื่องมือมาใช้ประเมิน เฝ้าระวังเชิงรุกเพื่อให้การตอบสนองอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที การเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงได้ถูกต้อง สามารถพยากรณ์อาการผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง เสี่ยงต่อการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และการส่งต่อโดยไม่ได้คาดหมาย ช่วยลดอุบัติการณ์ การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและเพิ่มความตระหนักของบุคลากร ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น

3.2 แนวความคิด

ระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต เป็นระบบบปฏิบัติการที่มีความจำเพาะขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ควรมีระบบพัฒนาคุณภาพ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการปฏิบัติงานและมีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน ของสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบตลอดช่วงการนำไปปฏิบัติ (implementation) และระยะการติดตามผล (monitoring) เพื่อประเมินความสำเร็จของทีม และระบุโอกาสในการพัฒนาโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อมูลสำคัญที่ใช้ติดตามเพื่อประเมินผล ประกอบด้วย

1) Outcome measures คือ เป้าหมายที่ต้องการจากระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยมีอาการทรุดลงนอกหอผู้ป่วยวิกฤต

2) Process measures เพื่อดูว่าขั้นตอนต่างๆ ในระบบเป็นไปตามแนวทางที่วางไว้หรือไม่ แนวทางมีความเหมาะสม น่าเชื่อถือ มีประสิทธิภาพหรือไม่ ได้แก่เช่น จำนวนครั้งของการเรียกทีมตอบสนอง ถ้ามีจำนวนน้อย อาจมีการประเมินว่าระบบการระบุตัวมีประสิทธิภาพหรือไม่ หรือเป็นจากวัฒนธรรมองค์กร ถ้ามีจำนวนมากอาจมองว่าเป็นโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของทีมดูแลผู้ป่วย (bedside staff) หรือระยะเวลาตั้งแต่แจ้งทีมตอบสนอง ถึงทีมตอบสนองมาที่หน้างาน (score to door time)

3) Balancing measures ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์หรือผลกระทบอื่นที่ไม่อยู่ในเป้าหมายของ กระบวนการ ได้แก่ การเรียกทีมตอบสนองต้องใช้บุคลากรจากหอผู้ป่วยวิกฤต balancing measures คือผลเสียที่เกิดขึ้นจากการที่เสียบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤตไป หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเรียกทีมตอบสนองแต่ละครั้ง เป็นต้น

ในการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System ได้นำแนวคิดทฤษฎีวงจรพัฒนาคุณภาพงาน (PDCA) ปรับใช้ในการทำงาน PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้น คือ วางแผนปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง การดำเนินกิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบ ให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่องหมุนเวียนไป ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ขั้นวงจร PDCA มีดังนี้ 1. Plan

(วางแผน) หมายถึง การกำหนด เป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานวิธีการและขั้นตอน การวางแผนกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน เป้าหมายที่กำหนดต้องเป็นไป ตามนโยบาย วิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2. Do (ปฏิบัติ) หมายถึง การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ 3. Check (ตรวจสอบ) เป็นกิจกรรมเพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติงานตามแผนหรือไม่มี มีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติงานหรือไม่ ในการดำเนินงานใด ๆ มักจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ทำให้ การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการทำงาน การติดตามการตรวจสอบ และการประเมิน ปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำควบคู่ไปกับการดำเนินงาน ทำให้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงาน ควรตรวจสอบและการประเมินการปฏิบัติงานว่าการปฏิบัตินั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ 4. Act (การปรับปรุง) เป็นกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากได้ทำการตรวจสอบแล้ว การปรับปรุงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำรอยเดิม การปรับปรุงจะนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงานที่ต่างจากเดิม เมื่อมีการดำเนินงานตาม วงจร PDCA ในรอบใหม่ ข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุง จะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพ

จากแนวคิด นำทฤษฎีวงจรพัฒนาคุณภาพงาน (PDCA) ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้น คือ วางแผน ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุงการดำเนินกิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่อง จากการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมคิด ร่วมมือ ร่วมตัดสินใจในการพัฒนาระบบการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต จัดทำแผนพัฒนางานร่วมกันระหว่าง ทีมสหวิชาชีพ

3.3 ข้อเสนอ

1. สร้างทีมตอบสนองเมื่อได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยอาการทรุดลงในโรงพยาบาล เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล นำทีมโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 3 ปี และมีสมรรถนะ ดังนี้

- ประเมินความระดับความดูแลที่ผู้ป่วยต้องการได้อย่างรวดเร็ว (rapidly assess patient needs)
- สามารถให้การรักษาเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่
- สามารถย้ายผู้ป่วยไปตามระดับการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น intermediate care unit หรือ intensive care unit เป็นต้น

2. เสริมสร้างการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพที่มีคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลกระชับ เป็นประโยชน์มากที่สุด วิธีการ สื่อสารที่แนะนำสำหรับการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่พบว่ามีประสิทธิภาพและใช้กันทั่วไป ได้แก่ ISBAR

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. บุคลากรขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังผู้ป่วย
2. การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมและสหวิชาชีพ

3.5 แนวทางแก้ไข

1. อบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาความเข้าใจและกระบวนการในการเฝ้าระวังผู้ป่วย
2. พัฒนาการสื่อสารระหว่างทีมและสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย

1. หน่วยงานทันตกรรม
2. หน่วยงานแพทย์ทางเลือก
3. หน่วยงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู
4. พยาบาลที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 14 คน
5. เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 2 คน
6. พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นเตรียมการ
   1.1 ศึกษาสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
   1.2 วิเคราะห์ปัญหา
   1.3 ชี้แจงแนวทางและแผนการดำเนินงานให้กับกลุ่มเป้าหมาย
2. ขั้นดำเนินการ
   2.1 จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System
   2.2 จัดอบรมโครงการพัฒนาระบบการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System
   2.3 รวบรวมข้อมูลปัญหา เพื่อปรับปรุงและพัฒนา
3. ขั้นตอนประเมินผล
   3.1 ประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารวมอบรม
   3.2 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ การนำแนวทางไปใช้
   3.3 เก็บรวบรวมข้อมูล ข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาปรับปรุงต่อไป
   3.4 สรุปผลการดำเนินการ นำเสนอต่อหัวหน้างาน

ระยะเวลาดำเนินการ

กุมภาพันธ์ 2568 – เมษายน 2568

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีระบบการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System

2. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความพึงพอใจในการใช้แนวทางการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. เจ้าหน้าที่นำแนวทางการตอบสนองการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System มาใช้ 100%

2. เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือติดตามอาการผู้ป่วย และเตือนอาการทรุดลงของผู้ป่วยร้อยละ 90%

(ลงชื่อ) น.ส. ลลภา เมืองซอง

(นางสาวณลาภา เมืองซอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๙ / ก.ค. / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

4. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวณลาภา เมืองซอง
ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ (ด้านพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	28
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	28
4. ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	10	8
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทัศนคติ เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทศน์	10	8
รวม	100	90

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(✓) เหมาะสม (ระเหตุผล) มีความมุ่งมั่นตั้งใจปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย มีความรับผิดชอบ.
( ) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อ) .....
(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด
(วันที่) ...../๒ ๑ ก.ค. ๒๕๖๘.....

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

(✓) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....
(นายอนุกูล เอกกุล)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด
(วันที่) .....๒ ๑ ก.ค. ๒๕๖๘.....

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

3. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ

(/) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) .....

(นายปริพนท์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...5/ ต ส.ค. ๒๕๖๘/.....

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

4. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวณลาภา เมืองซอง

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(/) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

( ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) .....

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) ...7 ต ก.ย. ๒๕๖๘.....

หมายเหตุ : เอกสารประกอบการขอประเมินบุคคล ของ นางสาวณลาภา เมืองซอง

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก		
๓	นางสาวขวัญชนก ปัญญาวงค์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๑๐๑๖๕	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านบริการพยาบาล)	๒๑๐๑๖๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน **“การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมือ เท้า ปาก : กรณีศึกษา”** ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน **“แผ่นพับให้ความรู้โรค มือ เท้า ปาก”** รายละเอียดเค้าโครงผลงาน **“แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมือ เท้า ปาก : กรณีศึกษา

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 22 มีนาคม 2568 – 25 มีนาคม 2568

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมาเป็นระยะเวลา 6 ปีปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดในระยะรอคลอดระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยการเฝ้าระวังสภาวะความก้าวหน้าของการคลอดให้การพยาบาลผู้คลอดสอดคล้องตามปัญหาพยาธิสภาพและแผนการรักษาของแพทย์จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำคลอดทำคลอดปกติในรายที่มีภาวะปกติประมาณ 10 รายต่อเดือนและเย็บแผลฝีเย็บประมาณ 8 – 10 รายต่อเดือนรวมทั้งช่วยแพทย์ทำคลอดในรายที่มีภาวะผิดปกติให้การพยาบาลทารกแรกเกิดมารดาหลังคลอดประมาณ 30 - 40 รายต่อเดือนและช่วยชีวิตมารดาและทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤตเป็นระยะเวลา 5ปี และได้ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางบัวทองมีประสบการณ์ในการให้บริการคัดกรอง คัดแยก ประเมินสภาพอาการวางแผนพยาบาลรับผิดชอบให้บริการตรวจ วินิจฉัยรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไปที่มิได้เกิดจากอุบัติเหตุหรือภาวะฉุกเฉิน ซึ่งได้แก่การตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป การตรวจรักษา ผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง การตรวจสุขภาพ และออกใบรับรองแพทย์ การให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อดูแลต่อเนื่อง งานสอนและฝึกอบรม งานวิจัยและพัฒนา เป็นระยะเวลา 1 ปี

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำหน้าที่ คัดกรอง คัดแยก ซักประวัติ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมือ เท้า ปาก โดยจากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2567 และ 2568 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 165 และ 30 คน ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาล เป็นจำนวน 18 และ 3 คน ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและสหสาขาอื่นเช่นกัน พยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การแพร่กระจายเชื้อ และการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไป จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก
จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลโรคมือ เท้า ปาก ให้เป็นไปตามมาตรฐานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเกิดประสิทธิภาพต่อไป

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคมือเท้าปาก เป็นโรคติดต่อที่พบในผู้ป่วยเด็กและ พบว่ามีการระบาดทั้งในประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียอาคเนย์ ได้ก่อปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญโดยพบผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ทำให้บิดามารดา ผู้ปกครองเกิดความกังวลใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าโรคนี้จะไม่มีการรักษาเฉพาะ แต่การวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วและการรักษาแบบประคับประคองตามอาการในระยะแรกของโรคมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดมากขึ้นและบรรเทาความพิการจากโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ดังนั้น พยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การแพร่กระจายเชื้อ และการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไป ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้

โรคมือ เท้า ปากเกิดจาก Enteroviruses เป็น non-enveloped RNA virus อยู่ใน Piconaviridae family ซึ่งแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อไม่ได้ เพราะไม่มี envelop เชื้อจึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นาน เป็นเชื้อที่พบบ่อยในเอเชียแปซิฟิกส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ coxsackie A16, A6, A10, B ส่วนน้อยเกิดจาก enterovirus 71 (EV-71) พบมากในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งก่อความรุนแรง บางครั้งพบเชื้อเข้าไปที่สมองเกิด encephalomyelitis และมี cardiopulmonary collapse เสียชีวิตได้ บางคนที่รอดชีวิตจะมีความพิการทางสมอง
สำหรับประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยมากในช่วง ปี 2015 - 2020 เกือบหนึ่งแสนคนต่อปีแต่จะลดลงในช่วงที่มีการระบาดของ covid-19 แต่หลังจากที่ covid-19 มีการระบาดลดลง โรงเรียนเปิดเทอม ทำให้ในปีนี้ประเทศไทยพบการระบาดของ HFMD กลับมาอีกครั้ง อัตราการเสียชีวิตจาก EV-71 แต่ละปี 0 - 10 ราย หรือประมาณ 1 ต่อ 30,000 ราย กลุ่มอายุที่พบบ่อย คือ ต่ำกว่า 5 ปี และพบมากในช่วงฤดูฝน

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำหน้าที่ คัดกรอง คัดแยก ซักประวัติ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมือ เท้า ปาก โดยจากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2567 และ 2568 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 165 และ 30 คน ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาล เป็นจำนวน 18 และ 3 คน ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและสหสาขาอื่นเช่นกัน พยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การแพร่กระจายเชื้อ และการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไป จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลโรคมือ เท้า ปาก ให้เป็นไปตามมาตรฐานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเกิดประสิทธิภาพต่อไป

การติดต่อแพร่กระจายเชื้อ

เชื้อเข้าสู่ร่างกายทางปาก (fecal-oral route) ผ่านการปนเปื้อนของไวรัสที่ออกมากับอุจจาระและทางเดินหายใจผ่านทางน้ำมูก น้ำลาย ตุ่มน้ำ แพร่เชื้อทางการสัมผัส (contact transmission) ทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่วนใหญ่แพร่ทางมือหรือผิวสัมผัสอื่นที่ปนเปื้อน เชื้อจะเพิ่มจำนวนที่คอหอยและต่อมน้ำเหลือง แบ่งตัวในลำไส้และเข้าสู่กระแสเลือดไปสู่อสู่วัยวะต่างๆ เช่นช่องเยื่อบุปาก ผิวหนังมีระยะฟักตัว 3-6 วัน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถขับเชื้อออกมาทางอุจจาระได้ประมาณ 2-4 สัปดาห์ (shedding) สำหรับ EV-71 ทำ ให้เกิดอาการรุนแรงทางระบบประสาทเกิดจากเชื้อไวรัสเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางโดยผ่านทางกระแสเลือดหรือเข้าโดยตรงทางเส้นประสาทสมอง

อาการและอาการแสดง

อาการเริ่มต้น คือ มีไข้ ระยะฟักตัวของโรคประมาณ 3 - 6 วัน มักจะเริ่มจากการมีไข้ต่ำ ๆ ประมาณ 38-39 องศาเซลเซียส และมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัวประมาณ 1 - 2 วัน จากนั้นจะเริ่มมีอาการเจ็บปาก พบรอยโรคในปาก มือ และเท้า รอยโรคบริเวณปากที่พบบ่อยคือ เพดานปาก ลิ้น และเยื่อบุกระพุ้งแก้ม ในระยะเริ่มต้นลักษณะเป็นรอยสีแดง อาจนูนเล็กน้อย ขนาด 2 - 10 มิลลิเมตร จากนั้นจะเปลี่ยนเป็นตุ่มน้ำขนาดเล็กขอบแดง ช่วงที่รอยโรคเป็นตุ่มน้ำจะสั้นอาจตรวจไม่พบ หรืออาจพบเป็นลักษณะแผลตื้นๆแทน รอยโรคที่ผิวหนัง อาจเกิดขึ้นพร้อมรอยโรคที่ปาก หรือหลังจากนั้นเล็กน้อย พบที่มือบ่อยกว่าเท้าลักษณะเป็นรอยสีแดง อาจนูนเล็กน้อย ขนาด 2 - 10 มิลลิเมตร บางรอยโรคมีลักษณะเป็นตุ่มน้ำใสขอบแดง อาจเจ็บหรือไม่เจ็บก็ได้หลังจากนั้นจะตกสะเก็ดและค่อยๆหายไปใน 7 - 10 วัน นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจมีอาการอาเจียน และรับประทานอาหารได้น้อย

ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบ มักพบจากเชื้อ เอนเทอโรไวรัส 71 ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น สมองหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรงคล้ายโปลิโอ ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อ หรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้

ความรุนแรงของโรคอาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่

1. abnormal elevation of cytokines/chemokines หรือ cell mediated immunity ที่บกพร่องไป
2. ปัจจัยทางพันธุกรรม high viral inoculums, host factors อื่นๆ
3. สายพันธุ์ของไวรัส สายพันธุ์ที่มักทำให้เกิดอาการรุนแรง ได้แก่ EV71 อย่างไรก็ตาม EV7-1 มี genetically diverse ค่อนข้างมาก บางสายพันธุ์อาจจะไม่ทำให้อาการรุนแรง

หากเป็น herpangina มักเกิดจากเชื้อ coxsackie A 16, enterovirus 71 และ coxsackie B มีอาการของแผลในปากอย่างเดียว โดยไม่มีผื่นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า

Encephalitis จาก EV7-1 มักเกิดอย่างรวดเร็วและเป็นในเด็กเล็ก ซึ่งอาจมีผื่น หรือไม่มีผื่นร่วมด้วยก็ได้ ลักษณะที่สำคัญคือ brain stem encephalitis (rhombencephalitis) ที่พบใน midbrain, pons, medulla อาการนำ อาจมาด้วย cerebellar sign, myoclonic jerk, tremor แล้วตามด้วย neurogenic shock, respiratory distress และ neurogenic pulmonary edema อย่างรวดเร็วและเสียชีวิตได้ ซึ่งเกิดจากการอักเสบของสมองเป็นหลักไม่ได้เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ซึ่งการอักเสบของสมองที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic nervous system) ทำให้มีอาการหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ แกว่งไปมา น้ำตาลในเลือดสูงและดำเนินไปจนเกิด cardiopulmonary failure

อาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่

1. ไข้สูง > 39 องศาเซลเซียส นานเกิน 48 ชั่วโมง
2. อาเจียนมาก รับประทานอาหารไม่ได้
3. กระสับกระส่าย ร้องกวนตลอดเวลา
4. ซึม ชักเกร็งกระตุก แขนขาอ่อนแรง กรอกตาผิดปกติ เดินเซ
5. ตัวลาย ซีด
6. หอบเหนื่อย

การวินิจฉัยแยกโรค

สามารถวินิจฉัยได้จาก การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การซักประวัติ อาการสำคัญได้แก่ มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อย บ่นเจ็บปากกลืนน้ำลายไม่ได้ พบตุ่มแผลในปาก มือ หรือเท้า รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยของพี่ น้องในครอบครัว และเพื่อนที่โรงเรียน
2. การตรวจร่างกาย มักพบมีไข้สูงในระยะแรก พบตุ่มแผลตื้นๆ ในปาก ส่วนใหญ่พบที่เพดานอ่อนกระพุ้งแก้ม มักพบมากกว่า 1 แผล ขนาด 2 - 8 มิลลิลิตร ร่วมกับพบผิวหนังมีตุ่มพอง สีขาวขุ่นบนฐานรอบสีแดง บริเวณด้านข้างของนิ้วมือ นิ้วเท้า บางครั้งพบที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ส้นเท้า เขา ก้น ส่วนมากมีจำนวน 5 - 6 ตุ่มเวลากดจะเจ็บเล็กน้อย

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจนับและแยกชนิดเม็ดเลือดขาวในเลือด เม็ดเลือดขาวมักต่ำในรายที่ติดเชื้อไวรัส ส่วนการตรวจหาเชื้อสาเหตุของ โรคมือ เท้า ปาก นั้น โดยการเพาะแยกเชื้อไวรัสจากอุจจาระ หรือป้ายสารคัดหลั่งจากลำคอ หรือ ในโพรงจมูก ใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ควบคู่กับการตรวจทางน้ำเหลือง (serology) ในตัวอย่างเลือด
4. การตรวจแยกโรค ในกรณีของผู้ป่วย โรคมือ เท้า ปาก ที่มีตุ่มขึ้นตามตัวเป็นจำนวนมาก อาจต้องแยกจากโรคอีสุกอีใส โดยผู้ป่วยโรค มือ เท้า ปาก มักมีการกระจายที่แขนขามากกว่าลำตัว ในขณะที่โรคอีสุกอีใสมักพบตุ่มที่บริเวณส่วนกลางลำตัวมากกว่าเมื่อเทียบกับที่แขนขา หรือถ้าไม่แน่ใจอาจทำการตรวจ vesicular fluid ด้วยวิธี Tzank's smear ซึ่งจะให้ผลเป็นลบต่อ multinucleated giant cell ในกรณีที่ไม่ใช่โรคอีสุกอีใส

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรค

1. RT-PCR จากลำคอ (throat swab),น้ำไขสันหลัง ใส่ใน viral transport media ในสัปดาห์แรกหลังเริ่มป่วย
2. RT-PCR จากอุจจาระ (8 กรัม) ภายใน 14 วัน หลังเริ่มมีอาการ พบเชื้อได้นานถึง 6 สัปดาห์
3. การตรวจทางซีโรโลยี (enterovirus IgM และ IgG) ครั้งแรกทำเร็วที่สุดภายใน 3 วันหลังเริ่มป่วย ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 14 วัน พบระดับแอนติบอดีในซีรัมคู่ต่างกันอย่างน้อย 4 เท่า มีข้อจำกัดคือความไวต่ำ ผลบวกปลอมและผลลบปลอมได้

การรักษา ไม่มียาต้านไวรัสที่จำเพาะ

การรักษาตามอาการ

1. ยาลดไข้แก้ปวด, ใช้ยาชาเฉพาะที่ป้ายปาก หากรับประทานอาหารไม่ได้ ทานอาหารที่ไม่ร้อน เช่น ไอศกรีม
2. เฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ไข้สูง ซึม อาเจียน อาการทางประสาทและสมอง หอบเหนื่อยควรรับไว้นอนโรงพยาบาล และตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุ
3. IVIG ใน severe life threatening HFMD โดยแนะนำ ให้ IVIG 1 - 2 กรัม/กก. ในรายที่อาการรุนแรง ได้แก่ brain stem encephalitis, paralysis และ cardiopulmonary failure ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก

โรคมือเท้าปากที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	โรคมือเท้าปากที่มีภาวะแทรกซ้อน	
	ทางระบบประสาท	ระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต
เฝ้าระวังอาการ	**อาการ**	**อาการ**
ภายใน 3-5 วันหลังป่วย	1.คอแข็ง ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนบ่อย	1.hypotension / shock
1.ไข้ > 39°c และ > 48 ชม.	2.ซึมลง เดินเซ	2.pulmonary edema
2.ซึม เดินเซ	3.กระสับกระส่าย ร้องกวน	3.pulmonary hemorrhage
3.กระสับกระส่าย ร้องกวน	4.กลอกตาผิดปกติ	4.heart failure
4.กลอกตาผิดปกติ	5.กล้ามเนื้อกระตุก ชัก ไม่รู้สึกตัว	
5.ปวดศีรษะอย่างรุนแรง	6.กล้ามเนื้ออ่อนแรง	

6.อาเจียนบ่อย 7.กล้ามเนื้อกระตุก ชัก ไม่รู้สึกตัว 8.หอบเหนื่อย 9.ตัวเย็น ตัวลาย ซีด	7.ความดันโลหิตสูง 8.อัตราการเต้นของหัวใจ >150ครั้ง/นาที 9.จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ	
	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1.blood sugar 2.chest X-ray 3.CSF examination 4.การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัย	**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** 1.blood sugar 2.chest X-ray 3.CSF examination 4.serum troponin-T 5.CK-MB 6.การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัย
การรักษา รักษาตามอาการ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ 1.ลดไข้ โดยเช็ดตัว และกินยาลดไข้พาราเซตามอล ห้ามใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ 2.ลดอาการเจ็บปาก ดื่มน้ำเย็น ไอศกรีม ใช้ยาชาเฉพาะที่ 3.การให้ยาปฏิชีวนะไม่จำเป็นหากไม่มีข้อบ่งชี้	**การรักษา** 1.จำกัดน้ำ ให้สารน้ำและเกลือแร่ 2.ให้ออกซิเจน พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจในระยะแรก 3.monitor O_2sat, การหายใจ, EKG, RR, BP, blood gas, I/O 4.ยากันชัก ยาลดความดันโลหิตในกลุ่มยาขยายหลอดเลือด 5.ให้ IVIG หากมีอาการสมองอักเสบ	**การรักษา** 1.ให้สารน้ำและเกลือแร่ 2.ใส่ท่อช่วยหายใจในระยะแรก 3.monitor O_2sat, การหายใจ, EKG, RR, BP, blood gas, I/O, CVP 4.ยากันชัก ยาลดความดันโลหิตให้ IVIG หากมีautonomic nervous system involvement ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจร่วมด้วย 5.พิจารณาให้ยา inotropes

การป้องกันโรค

1. วัคซีนป้องกัน EV-71 เป็น inactivated-whole virus EV-71 vaccine ผลิตจาก EV-71 สายพันธุ์ C4 ทั้งตัวมา inactivate โดยการเพาะเชื้อใน human diploid cell อนุมัติให้ใช้ในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 71 เดือน ฉีดเข้ากล้าม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน สามารถป้องกัน EV-71 ได้ร้อยละ 89.7 ป้องกันความรุนแรงได้ ร้อยละ 100 สามารถป้องกันข้ามไปสายพันธุ์ย่อยอื่นของ EV-71 ได้ทุก subtype วัคซีนมีความปลอดภัย ไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรง สำหรับประเทศไทยมีวัคซีนนี้ใช้แล้ว ในปัจจุบันไม่สามารถป้องกัน coxsackievirus หรือ echovirus ได้ แต่ป้องกันความรุนแรงและทำให้เสียชีวิตได้จาก EV-71
2. การป้องกันอื่นๆ ที่สำคัญคือ แยกผู้ป่วยอย่างน้อย 5 - 7 วัน และรักษาสุขอนามัยของสิ่งแวดล้อม เนื่องจากโรคมักระบาดในเด็กเล็กซึ่งอยู่รวมกันในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงดูเด็กจึงควรเน้นเรื่อง
   2.1 การล้างมือด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งหลังขับถ่ายหรือเปลี่ยนผ้าอ้อมให้เด็กก่อนรับประทานอาหาร
   2.2 ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน เช่น ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ของเล่นที่อาจเปื้อนน้ำลายร่วมกัน
   2.3 ทำความสะอาดของเล่นและสิ่งแวดล้อมด้วยสบู่หรือน้ำยาทำความสะอาดทั่วไปสำหรับพื้นผิวที่เปื้อนเชื้ออย่างมากให้ใช้น้ำยาฟอกขาว 0.5% - 1%
   2.4 กรณีเกิดการระบาดในโรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็ก พิจารณาปิดห้องเรียนหากมีเด็กป่วย

มากกว่า 2 คนและหากป่วยหลายชั้นเรียนแนะนำให้ปิดโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กเป็นเวลา 5 - 7 วันพร้อมทำความสะอาดพื้นห้อง สิ่งแวดล้อม พื้นผิวที่เด็กมีโอกาสสัมผัสบ่อยๆ

การพยาบาลผู้ป่วยโรค มือ เท้า ปาก

1. แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกให้การพยาบาลโดยยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเฉพาะการล้างมือของบุคลากรและญาติ พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลและวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลแก่ผู้ดูแล
2. ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารตามแผนการรักษา เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย และมีการสูญเสียน้ำจากภาวะไข้
3. เช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย
4. ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
5. จัดกิจกรรมหรือหาของเล่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อคลายความเครียดและกลัวการอยู่โรงพยาบาลและให้ข้อมูลแก่บิดามารดาเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร

เภสัชกรรมที่ใช้

1. Amoxicillin Syrup (125 มิลลิกรัม ต่อ 5 มิลลิลิตร) เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนิซิลินที่ใช้ ขจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ผลข้างเคียงได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีการแพ้รุนแรงแบบ anaphylaxsis เช่นหายใจลำบาก บวม หัวใจเต้นเร็ว และมีพื้นการพยาบาล ก่อนเริ่มยามื้อแรกควรถามประวัติการแพ้ยาก่อน และควรเก็บสิ่งส่งตรวจต่างๆก่อนยามื้อแรก
2. Xylocain Viscous เป็นยาสำหรับทำให้ชาในช่องปาก ทางเดินอาหารส่วนบน มีความเหนียวและแรงดึงผิวต่ำจึงแทรกตามซอกต่างๆ ได้ดีเมื่ออมในปากจะทำให้รู้สึกชา ช่วยลดความเจ็บปวด สามารถกลืนลงไปได้ อาการไม่พึงประสงค์ อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้
3. Paracetamol Syrup (120 มิลลิกรัม ต่อ 5 มิลลิลิตร) เป็นยาระงับปวด ลดไข้ ผลข้างเคียงได้แก่อาการง่วง ซึม คลื่นไส้ อาเจียน ในขนาดที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดตับวายได้การพยาบาล ให้ดื่มน้ำมากๆ หลังรับประทานยา และระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับ

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 5 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางบัวทองเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2568 ด้วยอาการ เจ็บคอ มีแผลในปาก รับประทานอาหารไม่ได้ แรกรับวัดสัญญาณชีพได้ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 133 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที แพทย์เห็นสมควรให้นอนโรงพยาบาลเนื่องจากทานอาหารได้น้อยมีปากแห้ง โดยมีแผนการรักษาคือ ให้สารน้ำเป็น 5% Dextrose in Half Normal Saline 1000 ซีซี ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 ซีซีต่อชั่วโมง เจาะเลือด Complete Blood Count , Electrolyte Urinalysis , Hemoculture 1 ขวด ให้ทานอาหารอ่อน มีให้ยาปฏิชีวนะเป็น ceftriaxone 1.5 กรัมทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง มีเกลือแร่ให้ทานและมียา Xylocain viscous 2% หยอดก่อนทานอาหาร ให้ยา Paracetamol ชนิดน้ำ 8 ซีซี ถ้ามีอาการทุก 4 – 6 ชั่วโมง และในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล ได้เพิ่มยา Ibuprofen ชนิดน้ำ 5 ซีซี ทานเช้า กลางวัน เย็น เริ่มตั้งแต่วันที่ 22 ถึง 24 มีนาคม 2568 และให้สารน้ำชนิดเดิมเนื่องจากผู้ป่วยยังทานไม่ค่อยได้ ในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล ได้เปลี่ยนสารน้ำเป็น 5% Dextrose in Half Normal Saline 1000 ซีซี ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 60 ซีซีต่อชั่วโมงและในวันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยพอรับประทานอาหารได้มากขึ้น กุมารแพทย์ได้เห็นสมควรให้กลับบ้านได้ในวันที่ 25 มีนาคม 2568 โดยมียาให้กลับบ้านคือ Paracetamol ชนิดน้ำ 8 ซีซี ถ้ามีอาการทุก 4-6ชั่วโมง และ Xylocain viscous 2% หยอดก่อนทานอาหาร รวมนอนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 4 วัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาข้อมูลจากการซักประวัติผู้ป่วยและผู้ปกครองถึงอาการ และอาการแสดงของโรค
2. ศึกษาข้อมูลจากชาร์จผู้ป่วยและแบบสอบสวนเบื้องต้นผู้ป่วยเฉพาะรายรายจากฝ่ายงานปฐมภูมิฯ เพื่อดูแผนการรักษาของแพทย์ สาเหตุของการเกิดโรค และอาการของผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล
3. ติดตามอาการของผู้ป่วยหลังกลับบ้านครบ 1 สัปดาห์โดยการโทรสอบถามอาการจากผู้ปกครอง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ได้กรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมือ เท้า ปาก 1 เรื่อง และได้พัฒนาแนวทางการจัดทำแผ่นพับการให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยเด็กโรคมือ เท้า ปาก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ซึ่งแพทย์ได้อนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2568 รวมระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา 4 วัน และได้ติดตามอาการต่อหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์ ได้ให้การพยาบาลศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค มือ เท้า ปาก พบปัญหาทางการพยาบาล 6 ข้อ ได้รับการแก้ไขพร้อมทั้งให้คำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ และเจ็บแผลในปาก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากเจ็บแผลในปาก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเด็ก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการบกพร่อง เนื่องจากทานอาหารไม่ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลเด็กเมื่อกลับบ้าน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ต่อตนเอง

1. ได้ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมือ เท้า ปาก ที่เป็นปัจจุบัน
2. เป็นแนวทางการพัฒนาตนเองเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมือ เท้า ปาก ได้อย่างถูกต้อง

ต่อหน่วยงาน

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล สำหรับบุคลากร ได้ถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
2. ได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมือ เท้า ปาก โรงพยาบาลบางบัวทอง
3. สามารถนำเอกสารแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมือ เท้า ปาก ไปใช้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง

ต่อผู้รับบริการ

1. ผู้ป่วยเด็กโรคมือ เท้า ปาก สามารถทราบปัจจัยการเกิดโรค วิธีป้องกัน เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ และดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน
2. ลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคมือ เท้า ปาก

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้รับบริการเป็นเด็ก จึงทำให้การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลเป็นไปค่อนข้างยาก จึงต้องสื่อสารข้อมูลกับทางผู้ปกครองเพื่อส่งต่อวิธีการดูแล การป้องกันไม่ให้แพร่กระจายเชื้อ การให้การพยาบาล และการดูแลสังเกตอาการเมื่อกลับบ้าน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ
   1. ด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องด้านการพยาบาลนั้นต้องค้นหาจากหลายสถานที่เนื่องจากห้องสมุดของโรงพยาบาลไม่มีหนังสือที่เกี่ยวกับการพยาบาลมากนักและส่วนใหญ่เป็นหนังสือเก่า
   2. การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลต่างๆ กับผู้ป่วยและญาติต้องให้ซ้ำๆ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคมือ เท้า ปาก มาก่อน
   3. ผู้รับบริการเป็นเด็ก จึงทำให้การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลเป็นไปค่อนข้างยาก

9. ข้อเสนอแนะ
   1. การดูแลให้การรักษาพยาบาลควรทำเป็นสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม ให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับบ้าน
   2. ทีมพยาบาลที่ให้การดูแล ควรได้รับการอบรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและทันสมัยอยู่เสมอ

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)
    (ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน)

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

1) นางสาวขวัญชนก ปัญญาวงค์ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ขวัญชนก.....
(นางสาวขวัญชนก ปัญญาวงค์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ....24..../....ก.พ..../....2568....
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวขวัญชนก ปัญญาวงค์	ขวัญชนก ปัญญาวงค์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางสาธิตา ภู่แก้ว)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
(วันที่) ..... 24 / ก.ค. 2568 /.....

(ลงชื่อ).....
(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง
(วันที่) ..... 24 / ก.ค. 2568 /.....

(ลงชื่อ).....
(นายปริพนท์ จุลเจิม)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(วันที่) ..... ๒๑ ส.ค. ๒๕๖๘.....

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี)ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แผ่นพับให้ความรู้โรค มือ เท้า ปาก

2. หลักการและเหตุผล

โรคมือเท้าปาก เป็นโรคติดต่อที่พบในผู้ป่วยเด็กและ พบว่ามีการระบาดทั้งในประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียอาคเนย์ ได้ก่อปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญโดยพบผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ทำให้บิดามารดา ผู้ปกครองเกิดความกังวลใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าโรคนี้จะไม่มีการรักษาเฉพาะ แต่การวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วและการรักษาแบบประคับประคองตามอาการในระยะแรกของโรคมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดมากขึ้นและบรรเทาความพิการจากโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ดังนั้น พยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การแพร่กระจายเชื้อ และการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไป ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. เสนอปัญหาแนวคิดและขอความร่วมมือในการดำเนินงานในที่ประชุมของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
2. ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาเพื่อขออนุมัติจัดทำแผ่นพับ
3. จัดทำแผ่นพับเรื่องโรคมือ เท้า ปาก มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรคมือ เท้า ปาก อาการของโรคมือ เท้า ปาก การรักษา การดูแลตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความต่าง ๆ นำมาปรับปรุงเนื้อหาให้ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้ โดยได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จากกุมารแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญ 1 ท่าน
4. นำเสนอแผ่นพับแก่บุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ประชุมร่วมกันในหน่วยงาน เพื่อประเมินผลการใช้แผ่นพับและการปรับปรุงแก้ไข
5. สรุปและประเมินผลหลังการใช้แผ่นพับ เมื่อไม่พบปัญหา นำแผ่นพับมาใช้กับผู้ป่วยและญาติ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองเมื่อเป็นโรค มือ เท้า ปาก ขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้านได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค มือ เท้า ปากเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการสอน สามารถตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจได้ร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....
(นางสาวขวัญชนก ปัญญาวงค์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ..24../..ก.ค../..2568..
ผู้ขอประเมิ

ตอนที่ 4 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวขวัญชนก ปัญญาวงค์
ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	27
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงานให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงานรวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	27
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	8
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทัศนคติ เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	8
รวม	100	88

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(✓) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

( ) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อ).....
(นางสาธิตา ภู่แก้ว)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
(วันที่) 24 / ก.ค. / 2568

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

(✓) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ).....

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) ...24/ก.ค. 2568/.....

(ลงชื่อ).....

(นายปริพนท์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...- ๑ ส.ค. ๒๕๖๘.....

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวขวัญชนก ปัญญาวงค์

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(✓) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

( ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

(ตำแหน่ง) ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...- ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๘.....

หมายเหตุ แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล ของ นางสาวขวัญชนก ปัญญาวงค์

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด		
๔	นางสาวภัสพร โชตินุชิต	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๕๐๖๙	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านบริการพยาบาล)	๑๕๐๖๙	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “**การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา**” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “**แนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนในแรกเกิด**” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐%

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 20 ธันวาคม 2566 – 31 พฤศจิกายน 2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมาเป็นระยะเวลา6ปีปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดในระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยการเฝ้าระวังสภาวะความก้าวหน้าของการคลอดให้การพยาบาลผู้คลอดสอดคล้องตามปัญหาพยาธิสภาพ และแผนการรักษาของแพทย์ จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำคลอด ทำคลอดปกติในรายที่มีภาวะปกติ ประมาณ 10 รายต่อเดือน และเย็บแผลฝีเย็บ ประมาณ 8 – 10 รายต่อเดือน รวมทั้งช่วยแพทย์ทำคลอดในรายที่มีภาวะผิดปกติ ให้การพยาบาลทารกแรกเกิด มารดาหลังคลอด ประมาณ 30 - 40 รายต่อเดือน และช่วยชีวิตมารดาและทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ปฏิบัติการพยาบาลให้อยู่ในมาตรฐานและครอบคุลมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลบางบัวทองเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะทำคลอด และหลังคลอด ให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ที่มีอาการเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด พบว่าในปี พ.ศ. 2563 – 2567 มีจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 491,514,411, 380,338ตามระดับ มีจำนวนมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 25,18,15,7,11 ตามระดับ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนเสียค่าใช่จ่ายมากขึ้นหรือส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด และทารก จึงเห็นความสำคัญในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพถูกต้องและเหมาะสม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์พยาธิสภาพหลักอยู่ที่รกมีการแบ่งระยะของการดำเนินโรคออกเป็นระยะที่มีความผิดปกติของการฝังตัวของรก (abnormal placentation) ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เกร็ดเลือดต่ำ จากหลอดเลือดหดเกร็ง (Vasospasm) ทั่วร่างกาย ส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง มีเกล็ดเลือดจับตัวกันเป็นไฟบรินสะสม (Platelet aggregation and fibrin deposition) เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เกิดอาการ HELLP Syndrome (Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet Count) และเกิดลิ่มเลือดเล็ก ๆ (Microthrombi) ในหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว (Disseminated Coagulation : DIC)

การแบ่งชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์

1. Chronic hypertension คือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งพบก่อนการตั้งครรภ์ หรือ ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือ ภาวะความดันโลหิตสูงยังคงอยู่นานกว่า 12 สัปดาห์หลังคลอด

2. Gestational hypertension (Transient hypertension) คือ ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) เมื่อติดตามจนหลังคลอด 12 สัปดาห์ ความดันจะต้องลดลงเป็นปกติ

3. Pre-eclampsia คือ ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งพบเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ และ มีโปรตีนในปัสสาวะ (300 mg ต่อ 24 ชม. หรือ urine protein โดย random specimen ตั้งแต่ 30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ dipstick ตั้งแต่ 1+)

4. Eclampsia คือ ภาวะชัก ซึ่งหาสาเหตุอื่นไม่พบ ในผู้ป่วย pre-eclampsia

5. Superimposed pre-eclampsia (ครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อน) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นอย่างน้อย 30 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต Diastolic สูงขึ้นอย่างน้อย 15 มิลลิเมตรปรอท และมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ

ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงต่อหญิงตั้งครรภ์

1. อัตราการเสียชีวิต เนื่องจากภาวะ Shock เลือดออกง่ายหยุดยาก เช่น เลือดออกในสมอง เลือดออกในตับ การมีเลือดออกระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น
2. เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการชัก
3. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด จากภาวะ Preload ลดลง และ Afterload เพิ่มขึ้น ภาวะนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังรกคลอด
4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Severe Pre-eclampsia อากเกิดภาวะ HELLP syndrome Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet Count) และภาวะโรคการแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (DIC: Disseminating intravascular coagulation) จะมีเกล็ดเลือดลดลง (Thrombocytopenia) Platelets count < 100,000 /uL มีความผิดปกติของค่าการแข็งตัวของเลือด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและ ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด
5. ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) จากการเสียเลือดทำให้มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลงไตสูญเสียหน้าที่ในการขับของเสียออกจากร่างกาย

ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ต่อทารก

1. แท้ง (Spontaneous abortion)
2. คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอ ทำให้รกเสื่อมเร็ว
3. ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Death Fetus in Utero) เนื่องจากรกเสื่อมหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด

การพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์

1. การประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์โดยการคัดกรองความเสี่ยง จากการซักประวัติเพื่อค้นหาความเสี่ยง ได้แก่ มีภาวะอ้วน อายุมากกว่า 35 ปี , ครรภ์แรก และอายุน้อยกว่า 20 ปี , มีประวัติคนในครอบครัวมีความดันโลหิตสูง , มีประวัติ Pre-eclampsia หรือ Eclampsia ในครรภ์ก่อน , มีโรคทางอายุกรรม เช่น ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคไต หรือ โรคหลอดเลือดอื่น ๆ

2. การตรวจร่างกาย การวัดความดันโลหิต หากพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง ส่งปรึกษาสูติแพทย์ เพราะมีความจำเป็นโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ที่มีอายุครรภ์ < 32 สัปดาห์ , การประเมินอาการบวมประเมินจากการใช้นิ้วกดบริเวณกระดูกหน้าแข้งนาน 10 - 30วินาทีอาการบวมที่บ่งบอก Pathological edema , ประเมินน้ำหนักตัว หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 2 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์ สามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้ของภาวะ Pre-eclampsia , การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจปัสสาวะ ค่าการทำงานของไต

การพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด

1. ดูแลซักประวัติตรวจร่างกาย ตามแนวทางการดูแลรับใหม่ผู้มาคลอด งดการสวนอุจจาระ
2. ประเมินภาวะครรภ์เป็นพิษ ดังนี้ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มี BP ≥ 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยให้พักและวัดซ้ำ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 15 - 30 นาทีให้ ปฏิบัติดังนี้ ตรวจ Urine Albumin (dipstick) ประเมินเบื้องต้นเมื่อแรกรับ สวนปัสสาวะทิ้ง เก็บปัสสาวะส่งห้อง Lab ตรวจ Urine Albumin ซ้ำ
3. บันทึกสัญญาณชีพ , บันทึกความดันโลหิตสูง ทุก 1 ชั่วโมง
4. ประเมินภาวะการณ์เต้นของหัวใจทารกในครรภ์และการหดรัดตัวของมดลูกโดย on monitor EFM ไว้
5. สังเกตอาการที่พบร่วมได้เมื่อมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ เป็นต้น
6. รายงานสูติแพทย์ ทราบอาการ
7. รายงานแพทย์ทราบอาการซ้ำ และปฏิบัติตาม order แพทย์ หรือ ตาม standing order for pre-eclampsia ของโรงพยาบาลบางบัวทอง ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเป็น ≥ 160/110 มิลลิเมตรปรอท (หลังจากนอนพัก 15 นาที วัดซ้ำห่างกัน 2 ครั้ง)
8. ดูแล on Oxygen mask with bag 10 LPM และ monitor oxygen saturation ไว้
9. เตรียมความพร้อมบุคลากรและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือฉุกเฉิน (ปฏิบัติตาม WI การดูแลมารดาที่มีภาวะชักจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลบางบัวทอง)
10. ดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา high alert drug ในผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เช่น การให้ยา Magnesium sulfate เป็นต้น

บทบาทพยาบาลในการบริหารยา

$MgSO_4$ เป็นยาป้องกันการชักในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่า Preeclampsia with Severe Feature หรือ Severe Preeclampsia และหรือ Eclampsia ขณะบริหารยา ต้องเฝ้าระวังภาวะ Hypermagnesemia มีการติดตามระดับของแมกนีเซียมซัลเฟตในซีรั่ม การให้ $MgSO_4$ ต้องให้จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอดและหยุดให้ถ้ามีอาการของ Hypermagnesemia

Nicadipine ยาลดความดันโลหิตขณะให้ต้องติดตามระดับความดันโลหิต

การพยาบาลในการดูแลมารดาระยะหลังคลอด

การนัดตรวจติดตาม 6 สัปดาห์ในมารดาระยะหลังคลอด โดยการติดตามประเมินระดับความดันโลหิตและการตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะ มารดาหลังคลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงและควรได้รับการรักษาและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองเพื่อรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ คำแนะนำเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเหมาะสม ประสานส่งต่อข้อมูลผู้คลอด มารดาทารกหลังคลอด กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคลินิกในเครือข่ายอำเภอบางบัวทอง ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

มารดา ชาวไทย อายุ 25 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 4 วัน มาโรงพยาบาลเมื่อ วันที่ 15 ธันวาคม 2566 เวลา 17.30 น. มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจภายในแรกรับพบว่าปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกบาง 25 เปอร์เซ็นต์ พบถุงน้ำคร่ำอยู่ ส่วนนำเป็นศีรษะ ระดับส่วนนำ -1 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 146 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวทุก 3 นาที นาน 50 วินาที ความรุนแรง 2^+ ตรวจสัญญาณชีพแรกรับ พบว่ามีระดับความดันโลหิตสูง 162/87 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้นอนพักและประเมินระดับความดันโลหิตใหม่ได้ 178/90 มิลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่ายกาย 36.5 องศาเซลเซียส จากการประเมินเบื้องต้นจึงรายงานแพทย์รับไว้ดูแลในห้องคลอดส่งตรวจเลือดและปัสสาวะตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ให้ยาป้องกันการชัก $MgSO_4$ 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำช้าๆ ใน 15 นาที และ ให้ยาป้องกันการชักในสารน้ำ ($MgSO_4$ 20 กรัม ใน 5% Dextrose in Water 460 มิลลิลิตร) หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 50 ซีซีต่อชั่วโมง ตรวจปัสสาวะ พบระดับโปรตีน ระดับ 3^+ ไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ ค่า Urine albumin/ Creatinine ratio (UPCR) ได้ 2.75 (ค่าปกติ น้อยกว่า 0.3) ปากมดลูกเปิดหมดเวลา 21.30 น. คลอดปกติทางช่องคลอด เวลา 21.40 น. รกคลอดเวลา 21.48 น. ประมาณการเสียเลือดในระยะคลอด 200 มิลลิลิตร ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก syntocinon 5 ยูนิต ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และ 5 ยูนิตผสมในสารน้ำ Acetate ringer หยดทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตรวจสัญญาณชีพหลังคลอดรกพบว่า ความดันโลหิตสูง 150/96 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่ายกาย 36.5 องศาเซลเซียส เมื่อมดลูกหดรัดตัวดี กลับมาให้ให้ยาป้องกันการชักในสารน้ำ ($MgSO_4$ 20 กรัม ใน 5% Dextrose in Water 460 ml) หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 50 ซีซีต่อชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ขณะได้รับยาป้องกันการชักไม่พบภาวะแทรกซ้อน ปัสสาวะออกปกติมากกว่า 50 ซีซีต่อชั่วโมง , ตรวจระบบประสาทอัตโนมัติ (Deep tendon reflex) คะแนน 2^+ , อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18 – 20 ครั้ง/นาที. ขณะอยู่โรงพยาบาลอาการปกติ สัญญาณชีพ ความดันโลหิตค่าตัวบน (Systolic pressure) อยู่ในช่วง 130 - 142 มิลลิเมตรปรอท ค่าตัวล่าง (Diastolic pressure) อยู่ในช่วง 68 - 83 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 80 - 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่ายกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.0 องศาเซลเซียส สูติแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้พร้อมทารก เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอด และมีการนัดติดตามตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์หลังคลอด และนัดติดตามระดับความดันโลหิต 12 สัปดาห์หลังคลอด ผู้คลอดมานัดของแพทย์ 1 ครั้ง ตรวจหลังคลอดปกติ ระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ คือ ผู้คลอดที่มีภาวะภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น จากตำราวารสารและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคลอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและสูติแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิจารณ์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อทราบถึงปัญหาและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา กรณีการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ได้กรณีศึกษาผู้คลอด คลอดปกติทางช่องคลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 1 เรื่อง

เชิงคุณภาพ

ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ได้รับการประเมินค้นหาความเสี่ยง เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ภาวะฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพถูกต้อง และเหมาะสม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ช่วยให้สามารถกลับมาใช้

ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ แพทย์อนุญาตให้หลับบ้านได้ วันที่ 18 ธันวาคม 2566 และนัดมาพบแพทย์ในวันที่ 22 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 3 วัน ส่งต่อข้อมูลติดตามการเยี่ยม ได้ให้การพยาบาลศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาล ตามลำดับความสำคัญของปัญหาทั้ง 7 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากอาการเจ็บครรภ์คลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาป้องกันการชัก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากยา $MgSO_4$ มีฤทธิ์ทำให้การหดรัดตัวมดลูกลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้มีการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่หลังคลอด และปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ต่อตนเอง

- ได้ศึกษาทบทวนแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ใช้ในปัจจุบัน
- เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษาโดยนำแนวคิดทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับการพยาบาลผู้คลอดในระยะรับใหม่ ระยะก่อนคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระยะหลังคลอดและแผนการจำหน่ายกลับบ้าน

6.2 ต่อหน่วยงาน

- เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในหน่วยงานในการให้พยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะรับใหม่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด หลังคลอด ได้ถูกต้องรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
- ได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะรับใหม่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด หลังคลอด ใช้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง
- สามารถนำเอกสารแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระยะรับใหม่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด หลังคลอด ไปใช้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง
- มีแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะรับใหม่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด หลังคลอด ไปพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

6.3 ต่อผู้รับบริการ

- ผู้คลอดที่มีภาวะภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล รวดเร็ว และเหมาะสม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอัตรายต่อชีวิต ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ด้านผู้คลอดรายนี้ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลฝากครรภ์ตามนัด ไม่พบความดันโลหิตสูงมาก่อน เมื่อแรกรับผู้ศึกษาจึงต้องมีการประเมินให้ครบถ้วนทั้งจากประวัติ อาการและอาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะความดันโลหิตสูง และผู้คลอดได้รับยาป้องกันการชัก ($MgSO_4$)

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลต่าง ๆ กับผู้คลอดและญาติต้องให้ซ้ำ ๆ เนื่องจากผู้คลอดและญาติไม่ทราบถึงการมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดมาก่อน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้คลอดควรได้รับการอบรมฟื้นฟูวิชาการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การพยาบาล มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลที่ให้การดูแลผู้คลอด

9.2 ทีมพยาบาลจะต้องศึกษาหาความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น มีการนำเสนอกรณีศึกษาผู้คลอดเฉพาะรายที่มีปัญหาต่าง ๆ ภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

9.3 ทีมพยาบาลต้องมีประสิทธิภาพในการเตรียมทีม อุปกรณ์ การใส่ท่อช่วยหายใจ การได้รับยาป้องกันการชัก เมื่อผู้คลอดมีภาวะครรภ์ความดันโลหิตสูง

9.4 การดูแลรักษาพยาบาลควรทำเป็นสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม ให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอัตรายต่อชีวิต

9.5 ควรมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยส่งต่อข้อมูลการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

9.6 ส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้คลอด การปฏิบัติตัวออกกำลังกาย การรับประทานยาสม่ำเสมอ การมาติดตามนัดของแพทย์ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดศีรษะรุนแรง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เท้าบวม ให้มาโรงพยาบาลทันที

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางสาวภัสพร โชตินุชิต สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ภัสพร โชตินุชิต.....

(นางสาวภัสพร โชตินุชิต)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ...24.../...ก.ค..../...2568...

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวภัสพร โชตินุชิต	ภัสพร โชตินุชิต

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาธิตา ภู่แก้ว)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) ...24 ก.ค. 2568...

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

24 ก.ค. 2568

(ลงชื่อ) .....

(นายปริพนท์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...๒๔ ส.ค. ๒๕๖๘...

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการ)

1. **เรื่อง** แนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนในแรกเกิด

2. **หลักการและเหตุผล**

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) เป็นภาวะฉุกเฉินที่แม้จะพบไม่บ่อย แต่หากเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อทารกอย่างรุนแรง เช่น ภาวะ สมองพิการ พิการถาวร หรือเสียชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (Neonatal Resuscitation) อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วง "5 นาทีภายหลังคลอด" ซึ่งต้องอาศัยความพร้อมของอุปกรณ์ ความเป็นระบบของทีม และความเชี่ยวชาญของบุคลากร หน่วยงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง ได้จัดทำรายการตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ใช้ในหน่วยงาน แต่ยังพบปัญหาหลายประการ ได้แก่ กุมารแพทย์ต้องการใช้อุปกรณ์ที่นอกเหนือจากสิ่งที่มี เช่น เครื่องติดคลื่นไฟฟ้าหัวใจของทารก การมีบุคลากรพยาบาลต่อเวรที่จำกัด การปฏิบัติงานโดยพยาบาลรุ่นใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ การจัดเตรียมอุปกรณ์และการช่วยฟื้นคืนชีพยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ทำให้ขาดความมั่นใจในการเตรียมอุปกรณ์และขั้นตอนช่วยฟื้นคืนชีพ การสื่อสารหรือแบ่งหน้าที่ระหว่างทีมขณะเกิดเหตุการณ์ยังไม่เป็นระบบ รวมถึงการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ที่ไม่บ่อย ทำให้ไม่มีโอกาสฝึกปฏิบัติจริง จึงได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน พร้อมรายการการเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ให้ครบถ้วนพร้อมใช้งานก่อนนำไปใช้จริง

จากข้อมูลสถิติ กระทรวงสาธารณสุขอัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ของประเทศไทย 3 ปีย้อนหลัง ปี 2565 , 2566 , 2567 สถิติเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 1.46,1.35,1.61 สถิติของโรงพยาบาลบางบัวทอง ร้อยละ 0.24 ,0 ,0 ถึงแม้อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ของโรงพยาบาลบางบัวทองเป็น 0 ยังพบปัญหาขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ การเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ช่วยฟื้นคืนชีพไม่สมบูรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่รอจัดซื้อ จึงพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนในแรกเกิด พร้อมรายการตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งเป็นเครื่องมือเชิงระบบที่ครอบคลุม ใช้งานง่าย ชัดเจน และเหมาะกับทุกระดับประสบการณ์ สามารถตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนเกิด เหตุการณ์จริง และนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างรวดเร็วทันเวลา และสามารถบูรณาการเข้ากับการทำงานจริงของหน่วยงานได้ทันที แนวทางนี้ไม่เพียงลดความเสี่ยงจากการขาดอุปกรณ์หรือเตรียมไม่ครบถ้วน แต่ยังส่งเสริมให้บุคลากรเกิดการทบทวนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนในแรกเกิด ให้เป็นไปตามมาตรฐานเกิดความปลอดภัยและเกิดประสิทธิภาพในการพยาบาล ช่วยสร้างความมั่นใจ และลดความเครียดขณะปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งยังสามารถวัดผลการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนจากลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ซึ่งได้แก่ ภาวะสมองพิการ (Cerebral Palsy), ความล่าช้าทางพัฒนาการ (Developmental Delay), ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวและพฤติกรรม , โรคลมชักเรื้อรัง, ในบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต เพิ่มโอกาสรอดชีวิตอย่างปลอดภัยของทารกแรกเกิด และอัตราความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนคลอดและระยะเวลาเริ่มต้นช่วยชีวิตหลังคลอด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) เป็นภาวะที่ประกอบด้วยภาวะขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด (hypercapnia) และเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ (วิไล เลิศธรรมเทวี, 2559) นิยมใช้คะแนนประเมินสุขภาพทารก (Apgar score) เพื่อบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจน จากการจำแนกขององค์การอนามัยโลก ใช้คะแนน (Apgar score) การแปลความหมายของคะแนนแอพการ์มีช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 10 แปลผลได้ว่า ทารกสุขภาพดีที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนจะมีค่า (Apgar score) 8 - 10 คะแนน หากค่า (Apgar score) แรกเกิดที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 โดยแบ่งเป็นสองระดับความรุนแรง โดยคะแนน 0 - 3 จะถือว่ามีภาวะขาดออกซิเจนระดับรุนแรงมาก (Severe birth Asphyxia) ส่วนคะแนน 4 - 7 ถือว่ามีภาวะขาดออกซิเจนระดับรุนแรงปานกลางเล็กน้อย (Moderate or mild birth Asphyxia

จากข้อมูลสถิติ กระทรวงสาธารณสุขอัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ของประเทศไทย 3 ปีย้อนหลัง ปี 2565 , 2566 , 2567 สถิติเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 1.46,1.35,1.61 สถิติของโรงพยาบาลบางบัวทอง ร้อยละ 0.24 ,0 ,0 ถึงแม้อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ของโรงพยาบาลบางบัวทองเป็น 0 ยังขาดการนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน และปัญหาในการเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพไม่สมบูรณ์ มาประยุกต์ใช้ในงานห้องคลอด จึงพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งเป็นเครื่องมือเชิงระบบที่ครอบคลุม ใช้งานง่าย ชัดเจน และเหมาะกับทุกระดับประสบการณ์ สามารถตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนเกิดเหตุการณ์จริง และนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างรวดเร็วทันเวลา และสามารถบูรณาการเข้ากับการทำงานจริงของหน่วยงานได้ทันที แนวทางนี้ไม่เพียงลดความเสี่ยงจากการขาดอุปกรณ์หรือเตรียมไม่ครบถ้วน แต่ยังส่งเสริมให้บุคลากรเกิดการทบทวนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน ให้เป็นไปตามมาตรฐานเกิดความปลอดภัยและเกิดประสิทธิภาพในการพยาบาล ช่วยสร้างความมั่นใจ และลดความเครียดขณะปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งยังสามารถวัดผลการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนจากลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ซึ่งได้แก่ ภาวะสมองพิการ (Cerebral Palsy), ความล่าช้าทางพัฒนาการ (Developmental Delay), ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวและพฤติกรรม, โรคลมชักเรื้อรัง, ในบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต เพิ่มโอกาสรอดชีวิตอย่างปลอดภัยของทารกแรกเกิด และเพิ่มอัตราความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนคลอด และระยะเวลาเริ่มต้นช่วยชีวิตหลังคลอด

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงสนใจพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งส่งผลให้บุคลากรเกิดการทบทวนแนวทางการปฏิบัติในการดูทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน การเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้แนวคิดหลักการของวงจรคุณภาพ (PDCA) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน โดยศึกษาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน , การปฏิบัติตามแผน จัดทำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน , การตรวจสอบเสนอ

แนวทางการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน แก่กุมารแพทย์และบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดนำมาทดลองใช้ และการปรับปรุงแก้ไข โดยใช้ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรงานการพยาบาลผู้คลอดต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน ให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน พร้อมรายการตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ให้ทันสมัยและครอบคลุม

2. เพื่อเพิ่มอัตราความพร้อมของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้ครบถ้วน 100%

3. เพื่อสนับสนุนการทำงานเป็นทีมที่มีความพร้อมและลดความผิดพลาดในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)

ระยะเวลาดำเนินงาน

มกราคม 2569 - มิถุนายน 2569

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากรทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง
2. ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ทบทวนกรณีศึกษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)
3. ทบทวนปัญหาข้อบกพร่องในการเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ความไม่พร้อม และความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์เพิ่มเติมจากกุมารแพทย์
4. ปรึกษาหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอดและกุมารแพทย์ เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
5. ดำเนินการจัดทำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน ดำเนินการจัดทำ รายการตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์แบบกระชับ (checklist) แยกหมวดหมู่การเตรียม เช่น อุปกรณ์ให้ความร้อน, การดูดสารคัดหลั่ง, การช่วยหายใจ
6. ประชุมชี้แจงทีมบุคคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การใช้แนวทางการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน และรายการตรวจสอบอุปกรณ์และเวชภัณฑ์แบบกระชับ(checklist)
7. ดำเนินการทดลองใช้ในหน่วยงานกับการซ้อมเหตุการณ์จำลองการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด (Simulation Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation)
8. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น
9. รวบรวมข้อมูลความพึงพอใจหลังการใช้ จากกุมารแพทย์และทีมช่วยเหลือการกู้ชีพทารก

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านบุคลากร ได้รับความร่วมมือจากกุมารแพทย์และทีมช่วยเหลือการกู้ชีพทารก ได้นำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนทารกแรกเกิด พร้อมรายการตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ในการเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีม มั่นใจการปฏิบัติงาน ลดความเครียด และเกิดความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

ด้านผู้รับบริการ ทารกได้รับการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพจากกุมารแพทย์และพยาบาลทีมช่วยฟื้นคืนชีพ มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมใช้งาน ได้รับการวินิจฉัยโรค วางแผนการักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และมีโอกาสรอดชีวิตอย่างปลอดภัย

ด้านระบบงาน มีการนำพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน พร้อมรายการตรวจสอบความพร้อมใช้อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ มาใช้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง และมีอัตราความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดมีความพร้อมใช้ 100%

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1.อัตราความพึงพอใจของบุคลากรใช้แนวทางการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน และใบรายการตรวจสอบการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ร้อยละ 80

2.อัตราความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้ครบถ้วน ร้อยละ 100

3.อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) < ร้อยละ 25:1,000

(ลงชื่อ) .....ภัสพร โชตินุชิต.....

(นางสาวภัสพร โชตินุชิต)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ....24..../....ต.ค..../....2565.....

ผู้ขอประเมิน

4. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวภัสพร โชตินุชิต
ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	28
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	28
4. ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน	10	9
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทัศนคติ เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	9
รวม	100	92

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(✓) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
( ) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) .....
(นางสาธิตา ภู่แก้ว))
(ตำแหน่ง) หัวหน้าการพยาบาล
(วันที่) 24 กค. 2568

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

(✓) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) .....

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) ...24 ก.ค. 2568...

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) .....

(นายปริพนท์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ...๑๐ ส.ค. ๒๕๖๘...

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวภัสพร โชตินุชิต

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(✓) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

( ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล) .....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) .....

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) ...๗ ก.ย. ๒๕๖๘...

หมายเหตุ เอกสารประกอบการประเมินบุคคลของนางสาวภัสพร โชตินุชิต