



ประกาศจังหวัดนันทบุรี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลปากเกร็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี

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

จังหวัดนันทบุรีได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวแพรวพลอย ช่างยันต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการ
ประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมิน
บุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลปากเกร็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวพรพลอย ช่างยันต์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๑๑๕๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๑๑๕๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ – วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรค ความหมาย สาเหตุ ปัจจัย พยาธิสรีระ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การพยาบาล

๓.๑.๑ โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วยถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย อาการที่สำคัญ คือ ไข้ ไอ เหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจอกบุ๋ม (chest retraction) จมูกบาน (nasal flaring) ฟังเสียงปอดอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือเสียงเหมือนการขยี้ม (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามที่จะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำหรือมูก (rhonchi) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

๓.๑.๒ พยาธิสรีรวิทยาของโรคปอดอักเสบ แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ

๑. ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็วร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดงไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาในแบคทีเรีย ระยะนี้กินเวลา ๒๔ – ๔๖ ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด

๒. ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่าเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้นทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้นเพื่อกินเชื้อโรคระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization) เนื่องจากมีหนอง(exudate) ไฟบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัวเล็กลง ระยะนี้กินเวลา ๓ – ๕ วัน

๓. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบรินเม็ดเลือดขาวและหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไปหรือมีพังพืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมาก แต่ในคนสูงอายุจะมีระยะการฟื้นตัวที่ยาวนานกว่าในเด็กประมาณ ๕ วัน ในผู้ใหญ่ใช้เวลาประมาณ ๒ สัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน ๖ สัปดาห์ ถ้าเกิน ๖ สัปดาห์ ต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นฐานอยู่เดิม เช่น มะเร็งที่ปอดหรือมะเร็งที่หลอดลม เป็นต้น

๓.๑.๓ สาเหตุของโรคปอดอักเสบ

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ โดยเฉพาะจากแบคทีเรียมีเพียงส่วนน้อยเกิดจากสารเคมี ซึ่งการติดเชื้อที่สำคัญ มีดังนี้

๑. เชื้อแบคทีเรีย เป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุของปอดอักเสบที่พบบ่อยที่สุดในคนทุกวัย ได้แก่ เชื้อปอดอักเสบที่มีชื่อว่า สเตรปโตค็อกคัสนิวโมเนียอี (Streptococcus pneumoniae) หรือมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า นิวโมค็อกคัส (Pneumococcus) ซึ่งเป็นเชื้อที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบเฉียบพลันและมีความรุนแรง

ห้องพักโรงแรม เชื้อ *Haemophilus influenzae* ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบในทารกและผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น

๓. เชื้อไมโคพลาสมา นิวโมเนียอี (*Mycoplasma pneumoniae*) ซึ่งเป็นเชื้อคล้ายแบคทีเรียแต่ไม่มีผนังเซลล์ จัดว่าอยู่ก้ำกึ่งระหว่างเชื้อไวรัสกับแบคทีเรีย มักทำให้เกิดโรคปอดอักเสบที่มีอาการไม่ชัดเจน ทำให้มีอาการไข้ ไอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย คล้ายโรคไข้หวัดใหญ่ หรือโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันได้ โดยไม่มีอาการหอบที่มีความรุนแรง การตรวจและการฟังปอดในระยะแรกมักไม่พบเสียงที่มีความผิดปกติ มักพบได้ในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว ถ้าพบในวัยกลางคนและผู้สูงอายุอาจมีอาการรุนแรงและบางครั้งอาจพบมีการระบาดได้

๔. เชื้อไวรัสที่พบบ่อย ได้แก่ ไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza virus) ส่วนไวรัสค็อกแซกกี (*Coxsackie virus*) และไวรัสซาร์ส (SARS coronavirus) พบได้ไม่บ่อย

๕. เชื้อราที่สำคัญ ได้แก่ นิวโมซิสติส จิโรเวซิอี (*Pneumocystis jirovecii* pneumonia-PCP) เป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากเชื้อราอื่นๆ เช่น แอสเปอร์จิลลัส (*Aspergillus*) คริปโตค็อกโกซิส (*Cryptococcosis*) ฮิสโตพลาสมา แคปซูลาทัม (*Histoplasma capsulatum*) ซึ่งจะพบในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ เป็นต้น

๓.๑.๔ อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ

ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อยเป็นสำคัญ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจจะไม่ครบทุกอย่าง ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีความสามารถในการสื่อสารได้อย่างจำกัด เช่น ในผู้สูงอายุอาจมีเพียงไข้หรือตัวอุ่นๆ และซึมลงเท่านั้น อาจมีอาการไอเพียงเล็กน้อยหรืออาจจะไม่มีอาการไอก็ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงพอที่จะมีความสามารถพอที่จะไอได้ แพทย์จะให้ความสนใจและสงสัยผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้มากขึ้นเป็นพิเศษเนื่องจากอาการอาจแสดงได้ไม่ชัดเจน

๑. ไข้ มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือมีไข้ตัวร้อนตลอดเวลา บางรายก่อนมีไข้จะมีอาการหนาวสั่นมากซึ่งมักจะเป็นเพียงครั้งเดียวในช่วงแรกเท่านั้น

๒. อาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากขึ้นจะมีอาการปากเขียว ตัวเขียว ส่วนในรายที่มีอาการไม่มากอาจจะไม่มีอาการหอบเหนื่อยชัดเจน

๓. อาการไอ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ แล้วต่อมาจะมีเสมหะสีขาวหรือขุ่นข้นออกเป็นสีเหลืองสีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปนร่วมด้วย

๔. อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บแปลบเวลาหายใจเข้าหรือเวลาที่ไอแรงๆ ตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สี่ข้าง หรือท้อง ต่อมาจะมีอาการหายใจหอบเร็วมากขึ้น

๕. ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาเจียน และมีอาการอ่อนเพลียร่วมด้วย

๖. ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น หรือโรคหวัดนำมาก่อนแล้วจึงมีอาการไอ หายใจหอบตามมา โดยเฉพาะเชื้อที่เกิดจากเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* หรือเชื้อ *Haemophilus influenza*

๗. อาจมีอาการซึม สับสน

๘. ในรายที่เป็นโรคปอดอักเสบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้ออื่นๆจะมีอาการของโรคติดเชื้อนั้นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัด โรคอีสุกอีใส โรคไทรน โรคสครับไทฟัส โรคฉี่หนู เป็นต้น

๓.๑.๕ การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ

แพทย์วินิจฉัยโรคปอดอักเสบได้โดยการซักประวัติของผู้ป่วยและสอบถามอาการโดยเฉพาะอาการไอแบบมีเสมหะ มีไข้และอาการหายใจหอบเหนื่อย ในกรณีที่สงสัยว่าเกิดจากการติดเชื้อร่วมกับการตรวจร่างกาย เช่น การฟังเสียงปอด โดยการฟังเสียงปอดได้ยินเสียง crepitations หรือ bronchial breath sounds และการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน ในรายที่มั่นใจในการวินิจฉัยแล้วไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีทรวงอก นอกจากที่แพทย์จะต้องการที่จะประเมินว่าผู้ป่วยนั้นมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโรคปอดอักเสบหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ การเจาะเลือด CBC เพื่อดูจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดเพื่อดูว่ามี การติดเชื้อหรือไม่ แต่ยังไม่สามารถแยกชนิดของเชื้อโรคได้อย่างชัดเจน
- การตรวจวัดค่าออกซิเจนในเลือด เพื่อดูประสิทธิภาพของปอดในการแลกเปลี่ยนและลำเลียงก๊าซออกซิเจนเข้าสู่กระแสเลือดว่าลดลงหรือไม่
- การตรวจและเพาะเชื้อจากเสมหะและเลือด เพื่อหาชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค

๓.๑.๖ การรักษาโรคปอดอักเสบ

การรักษาโรคปอดอักเสบ มี ๒ วิธี ดังนี้

๑. การให้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน ๔ ถึง ๖ ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ แพทย์ควรพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วภายใน ๑ ชั่วโมง เนื่องจากทุกๆ ๑ ชั่วโมงของการให้ยาต้านจุลชีพช้า จะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงร้อยละ ๘ ดังนั้น การเลือกให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและรวดเร็วจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการรอดชีวิต ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรอดชีวิตคือ ความรุนแรงของเชื้อมาก่อน อายุ และโรคประจำตัวของผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วไม่สามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้ได้ แต่สามารถให้การดูแลประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตินี้ไปได้ ดังนั้นการพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพ จึงต้องอาศัยข้อมูลทางระบาดวิทยาโดยเฉพาะถ้ามีข้อมูลระดับประเทศหรือข้อมูลของสถานพยาบาลนั้นๆ จะทำให้สามารถดัดแปลงเพื่อนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม โดยแนวทางการรักษาจะพิจารณาตามตำแหน่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาให้การรักษา (site of care) โดยสรุปหลักของการเลือกยาต้านจุลชีพควรเริ่มให้ยาต้านจุลชีพภายใน ๔ – ๖ ชั่วโมงแรก และหากผู้ป่วยมีภาวะ sepsis ควรรีบให้ภายในเวลา ๑ ชั่วโมง

๒. การรักษาประคับประคองตามอาการ

๒.๑ ดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรือเขียวบริเวณปลายมือปลายเท้า โดยปกติผู้สูงอายุมีอัตราการหายใจอยู่ในช่วง ๑๒ – ๒๐ ครั้งต่อนาที ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการหายใจมากกว่า ๒๐ ครั้งต่อนาที แสดงถึงการหายใจเหนื่อยหอบ ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน โดยประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ไม่ควรต่ำกว่า ๙๔ %

๒.๒ ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ คือ วันละ ๑,๕๐๐ – ๒,๐๐๐ มิลลิลิตร หรือ ประมาณ ๘ – ๑๐ แก้วต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบจะมีการสูญเสียน้ำจากการมี อาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว หรือมีไข้สูง นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีเสมหะมาก หากได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ เสมหะจะเหนียว และมีอาการไอทำให้มีการขับเสมหะลำบาก โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ โดยที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของผู้ป่วย เช่น ไม่มีภาวะน้ำท่วมปอด โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น หากผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมาก อาเจียน มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและให้ผู้ป่วยได้รับ

อาหารที่มีเกลือแร่ที่เพียงพอและเหมาะสม โดยคุณแลมิได้รับสารน้ำเกิน เนื่องจากมีโอกาสดังกล่าวจะน้ำเกิน ทำให้เกิดภาวะ pulmonary edema ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นได้

๒.๓ คุณแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยจะสูญเสียพลังงานไปมากกับการหายใจ หายใจเร็ว หายใจหอบ ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ แพทย์อาจให้งดอาหารและน้ำทางปากหรือให้อาหารทางสายยางให้อาหาร แต่เมื่ออาการดีขึ้น เสมหะลดลง อัตราการหายใจลดลงสู่ระดับปกติควรให้อาหารและสารน้ำโดยเริ่มจากอาหารเหลวไปจนกระทั่งอาหารธรรมดา เมื่อรับประทานอาหารได้ดีไม่มีการสำลักหรือมีอาการหายใจลำบาก จึงควรเริ่มให้อาหารครั้งละน้อยๆ และค่อยๆ เพิ่มความเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ เช่น จากอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดา ตามลำดับ

๒.๔ คุณแลให้ได้รับการระบายการคั่งค้างของเสมหะ เนื่องจากการคั่งค้างของเสมหะในปอดเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่สามารถไอเพื่อขับเสมหะออกได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากสมรรถภาพการหายใจที่ลดลง แรงในการไอหรือหายใจลดลง ความรู้สึกตัวที่ลดลง จึงอาจทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจได้ ทำให้หายใจไม่สะดวก ควรช่วยเหลือโดยการเคาะปอด สอนการไอและการหายใจที่มีประสิทธิภาพ โดยแนะนำการเคาะปอดที่ถูกต้อง คือ ใช้อุ้งมือทำเป็นรูปถ้วย นิ้วทั้ง ๕ ชิดกัน ใช้วิธีสับัดหรือเคลื่อนไหวส่วนข้อมือ เคาะแต่ละครั้งติดกัน ๓ – ๕ นาที และสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพโดยการให้หายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ แนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสูดไอน้ำร้อน (heat nebulizer) โดยการใช้ น้ำกลั่นปลอดเชื้อหรือน้ำธรรมดาทำให้อุ่น แล้วให้ออกซิเจน ใช้ face mask แบบรูปใหญ่ โดยผ่าน nebulizer นาน ๑๕ – ๓๐ นาที โดยให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ให้ท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ และคุณแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ไอ ยาละลายเสมหะที่ถูกต้องเหมาะสม

๓.๑.๗ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

๑. ร่วมมือกับแพทย์ในการวินิจฉัยโรค เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันที

๒. ดูแลเก็บเสมหะส่งตรวจ และเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ ก่อนเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์

๓. การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะ เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบ เนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดีพอ เพราะมีน้ำ (exudate) ในถุงลม ทำให้ปอดแฟบ มีเสมหะในทางเดินหายใจ และอาจมีการหดตัวของหลอดลม การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจนี้ จะต้องเหมาะสมกับแต่ละบุคคล

๔. คุณแลให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยที่ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียมักจะสูญเสียน้ำและโซเดียมมาก จากเหงื่อออกมาก และบางครั้งมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วยนอกจากนั้นผู้ป่วยมีไข้สูง หายใจเร็ว และมีเสมหะเพิ่มขึ้น จึงต้องคุณแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

๕. อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ นอกจากจะได้น้ำแล้วยังได้แคลอรีทดแทนอีกด้วย ในผู้ป่วยที่เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

๖. ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้ป่วยเหนื่อย และต้องมียากระตุ้นทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

๗. ให้อาบน้ำและเช็ดตัวเมื่อไข้สูง ควรจะให้อาบน้ำก่อน เมื่อยาเริ่มออกฤทธิ์ ผู้ป่วยจะเริ่มร้อนและมีเหงื่อออก แล้วจึงทำการเช็ดตัวลดไข้ทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น

๘. ดูแลความสะอาดปากและฟันเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีไข้ ขาดน้ำ และเสมหะเป็นหนอง หรือเจ็บคอ ปากและฟันที่สะอาดจะช่วยให้อาหารรับประทานได้มากขึ้น

๙. ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยท้องอืด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สบาย

๑๐. การสังเกตและการประเมินสภาพของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสังเกตข้อบ่งชี้ของการหายใจไม่เพียงพอ หรือภาวะการหายใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด อุณหภูมิสูง ช็อค ปอดแฟบ ท้องอืด ถ้าได้เป็นอัมพาต ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและความนึกคิดของผู้ป่วย

๑๑. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ เนื่องจากปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัส สามารถติดต่อได้ถ้าผู้ป่วยมีไข้ จึงต้องระมัดระวังการแพร่กระจายของเชื้อ

๓.๒ ทฤษฎีการใช้กระบวนการพยาบาล

๓.๒.๑ แนวคิดกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ดังนี้

- การประเมินสภาพ (assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล และการแก้ปัญหา
- การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นข้อความที่บอกถึงการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลไม่ใช่ความต้องการหรือโรค
- การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายบุคคล
- การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention/implementation) เป็นการเตรียมพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล โดยทบทวนแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน โดยเป็นการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง การให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางแผนไว้และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล
- การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายของผู้ป่วยหรือไม่

๓.๒.๒ แนวคิดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of care) ในการประเมินและกำหนดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้

- การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment) อย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและประเมินปัญหา และความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งถึงการจำหน่ายผู้ป่วย
- การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management) การช่วยเหลือและการบรรเทาอาการรบกวน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การบรรเทาอาการปวด การนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล และความกลัว เป็นต้น
- การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) การจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน
- การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง
- การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (Facilitation of Patient and Family Self Care) การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ

๙. ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยท้องอืด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สบาย

๑๐. การสังเกตและการประเมินสภาพของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสังเกตข้อบ่งชี้ของการหายใจไม่เพียงพอ หรือภาวะการหายใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด อุณหภูมิสูง ช็อค ปอดแฟบ ท้องอืด ลำไส้เป็นอัมพาต ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและความนึกคิดของผู้ป่วย

๑๑. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ เนื่องจากปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัส สามารถติดต่อได้ถ้าผู้ป่วยมีไข้ จึงต้องระมัดระวังการแพร่กระจายของเชื้อ

๓.๒ ทฤษฎีการใช้กระบวนการพยาบาล

๓.๒.๑ แนวคิดกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ดังนี้

- การประเมินสภาพ (assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล และการแก้ปัญหา
- การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นข้อความที่บอกถึงการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลไม่ใช่ความต้องการหรือโรค
- การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายบุคคล
- การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention/implementation) เป็นการเตรียมพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล โดยทบทวนแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน โดยเป็นการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง การให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางแผนไว้และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล
- การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายของผู้ป่วยหรือไม่

๓.๒.๒ แนวคิดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of care)

ในการประเมินและกำหนดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้

- การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment) อย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและประเมินปัญหา และความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งถึงการจำหน่ายผู้ป่วย
- การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management) การช่วยเหลือและการบรรเทาอาการรบกวน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การบรรเทาอาการปวด การนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล และความกลัว เป็นต้น
- การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) การจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน
- การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง
- การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (Facilitation of Patient and Family Self Care) การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ

ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

- การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction) การพยาบาล การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

๓.๒.๓ ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง ๔ ด้าน ให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี โดยให้ความหมายของแต่ละด้าน ดังนี้

- ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์
- ด้านจิตใจ (Mental) คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย
- ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม
- ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้รับบริการได้ให้ความสำคัญกับทุกด้านของร่างกาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดี มีความรู้สึกที่เป็นสุข สามารถปรับตัวต่อการรักษาและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ที่สำคัญ คือ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

๓.๓ การพยาบาลเฉพาะโรคที่ศึกษา

๓.๓.๑ ระยะวิกฤติ

การพยาบาลในระยะวิกฤติ เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันที ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ ยาต้านจุลชีพ เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ เพื่อให้มีความพร้อมใช้งานตลอดเวลา

๑. ร่วมมือกับแพทย์ในการวินิจฉัยโรค เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลาที่
๒. ดูแลเก็บเสมหะเพื่อทำการส่งตรวจ และเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ ก่อนเริ่มให้ยาปฏิชีวนะกับผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์

๓. การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบ เนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดีพอ เพราะมีน้ำ (exudate) ในถุงลม ปอดแฟบ มีเสมหะในทางเดินหายใจ และอาจมีการหดตัวของหลอดลม การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจนี้ จะต้องมีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล

๔. ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียมักจะสูญเสียน้ำและโซเดียมมาก จากภาวะที่มีเหงื่อออกมาก และบางครั้งมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วยนอกจากนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง หายใจเร็ว และมีเสมหะเพิ่มมากขึ้น จึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

๕. อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ นอกจากจะได้น้ำแล้วยังได้แคลลอรีแทนด้วย ในผู้ป่วยที่เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน

๖. ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้ป่วยเหนื่อยและต้องมีกิจกรรมทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

๗. ให้ยาลดไข้และเช็ดตัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการไข้สูง ควรที่จะให้ยาลดไข้ก่อน เมื่อยาเริ่มออกฤทธิ์ ผู้ป่วยจะเริ่มร้อนและมีเหงื่อออก แล้วจึงทำการเช็ดตัวลดไข้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายยิ่งขึ้น

๘. ดูแลความสะอาดช่องปากและฟันเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีไข้ ชาदन้าและเสมหะเป็นหนอง หรือเจ็บคอ ช่องปากและฟันที่สะอาดจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากยิ่งขึ้น

๙. ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยท้องอืด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สบาย

๑๐. การสังเกตและประเมินสภาพของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสังเกตข้อบ่งชี้ของการหายใจไม่เพียงพอ หรือภาวะการหายใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด อุณหภูมิสูง ซีด ปอดแฟบ ท้องอืด ลำไส้เป็นอัมพาต ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและความนึกคิด

๑๑. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ เนื่องจากโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อไวรัส สามารถติดต่อได้ ถ้าผู้ป่วยมีไข้ จึงต้องระมัดระวังการแพร่กระจายของเชื้อ

๓.๓.๒. ระยะดูแลต่อเนื่อง

เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีความรู้การเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อน อาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ซ้ำ ผิดทักษะการพ่นยา การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสมกับโรค

การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความเหมาะสม ดังนี้

๑. ประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เพียงใด และมีสาเหตุอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ตามควรแก่สภาพของผู้ป่วย
๒. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างถูกวิธี โดยวิธีการสอนให้ผู้ป่วยหายใจออกโดยการเป่าปาก เพื่อป้องกันการปิดของหลอดลมเร็วเกินไป ช่วยให้ระยะเวลาการหายใจออกนานขึ้น และลดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์โดยการให้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูก

๓.๓.๓ ระยะวางแผนจำหน่าย

ทีมสุขภาพได้ร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ METHOD โดยมุ่งเน้นการใช้ยา การรับประทานยา การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การพยาบาลสำหรับปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม

พยาบาลจะต้องทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามข้อข้องใจต่าง ๆ รวมทั้งควรให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค วิธีการรักษาพยาบาล ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ การช่วยเหลือในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

การพยาบาลสำหรับปัญหาขาดความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

ควรให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ วิธีการรักษาพยาบาล การออกกำลังกายที่เหมาะสม พยาบาลควรเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และควรประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือหรือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตนเองในขณะที่บ้านได้เป็นอย่างดี

- จัดตารางการออกกำลังกายให้ก่อนอาหาร และให้อาหารผู้ป่วยน้อย ๆ เพราะถ้ามีอาหารในกระเพาะมากเกินไป จะทำให้ปอดมีภาวะการขยายตัวที่ไม่ดี
- หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในระยะที่ผู้ป่วยได้รับยา เช่น อัลฟา หรือเบต้าซิมพาโทมิเมติกส์ (alpha or beta sympathomimetic) หรือยาต้านฮิสตามีน กำลังออกฤทธิ์สูงสุด เพราะระยะนั้น อัตราการเต้นของหัวใจ และการหายใจจะสูง
- สอนวิธีการหายใจที่ถูกต้อง โดยหายใจช้าๆและลึกๆ ขณะหายใจออกให้ห่อปากและหดยกแขนขึ้น หน้าท้อง ทั้งนี้เพื่อให้อากาศถูกขับออกมาได้มากที่สุด
- สอนวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยในการกำจัดเสมหะออกมา
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ intermittent positive pressure breathing (IPPB) ซึ่งจะทำให้การถ่ายเทของอากาศดีขึ้น
- แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ระดับประสาทที่อาจกดการหายใจ
- ในรายที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ อาจต้องทำการ hyperventilate lung ให้บ่อยๆ โดยการ hyperventilate ปอด ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (ETT -Tube) ไม่ควรทำบ่อยๆ แต่ควรทำเป็นระยะๆ เพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น การดูแลเสมหะ หรือเมื่อจำเป็นต้องเพิ่มการระบายอากาศในปอด การทำเช่นนี้ไม่ได้ทำเป็นประจำ เนื่องจากอาจมีผลข้างเคียงได้
- สังเกตระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

๓.๓.๔. ระยะตรวจตามนัดและติดตามต่อเนื่อง

๑. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และติดตามการนัดผู้ป่วยกลับมาทำการตรวจซ้ำตามนัด สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
 ๒. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยการกลับมาตรวจตามที่แพทย์นัด
 ๓. การให้คำแนะนำและความรู้ตามปัญหาของผู้ป่วย
 ๔. ประสานงานติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
 ๕. ประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์ของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง
- ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน**

๔.๑ หลักการและเหตุผล

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบมากที่สุดคือ การติดเชื้อไวรัสแบคทีเรีย หรือเชื้อรา แต่ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ โรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย *Streptococcus pneumoniae* หรือเชื้อนิวโมคอคคัส ปอดอักเสบจำแนกเป็น ๒ ชนิด คือ โรคปอดอักเสบในชุมชน (Community Acquired Pneumonia : CAP) หมายถึง โรคปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล โดยไม่รวมอาการปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน ๒ สัปดาห์ และโรคปอดอักเสบที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia : HAP) หมายถึง โรคปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลแล้วอย่างน้อย ๔๘ – ๗๒ ชั่วโมง โรคปอดอักเสบเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงมาก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มีความรุนแรงของโรคมก โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า ๒ ปี ผู้ที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สร้างความสูญเสียให้กับครอบครัวและสังคม มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และการจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศชาติ ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคปอดอักเสบในประเทศไทย จากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance : DDS) กองระบาดวิทยา ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม – ๒๒

มิถุนายน ๒๕๖๗ พบว่า มีผู้ป่วยสะสม จำนวน ๑๖๗,๙๒๑ ราย อัตราป่วย ๒๕๙.๑ ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม จำนวน ๓๒๓ ราย อัตราป่วยตาย ๐.๔๙ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๐ – ๙ ปี และ กลุ่มอายุ ๐ – ๕๙ ปี ตามลำดับ โรงพยาบาลปากเกร็ด พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗ จำนวน ๙๘, ๑๔๗ และ ๒๘๑ ราย ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นความพร้อมและประสิทธิภาพของการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบจึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาล ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรสามารถให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) พยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลควบคู่กันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และเหมาะสมตามแต่ละบุคคล

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการจำหน่าย
๒. เพื่อให้บุคคลากรทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ของโรงพยาบาลปากเกร็ด

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการประเมิน วางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

๔.๔ สรุปสาระสำคัญ

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๑ ปี น้ำหนัก ๖๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร สถานภาพ คู่ นักร้องศาสนา พุทธ จบการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา จังหวัดนนทบุรี

วันที่รับไว้ดูแล วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

รวมวันที่รับไว้ดูแล จำนวน ๔๔ วัน

แหล่งที่มาข้อมูล

จากครอบครัวของผู้ป่วย คือ ภรรยาและบุตรชาย จากเวชระเบียนผู้ป่วย

อาการสำคัญแรกเริ่ม

มีอาการไข้สูง หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติแจ้งว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมลง ไม่พูด แต่ยังตื่นและรับประทานอาหารได้ ไม่สลัก ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุก ประมาณ ๑ นาที ไม่มีปัสสาวะหรืออุจจาระราด มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น อาการไม่ดีขึ้น มีไข้สูง ไอแห้ง ๆ ซึมลง ตาเหลือนลอย ปัสสาวะออกน้อย ท้องบวมโต ญาติจึงโทรแจ้ง ๑๖๖๙ รถ EMS ออกรับ และนำส่งโรงพยาบาลปากเกร็ดด้วยรถนอน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลปากเกร็ด เคยได้รับการผ่าตัดทั้งหมด ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ การผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ.๒๕๖๖ ครั้งที่ ๒ อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้า เดือนกรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๗ มีแผลเย็บที่ศีรษะทั้งหมด ๔๕ เข็ม กระดูกสันหลังหัก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ไม่สามารถขยับแขนขาได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง ปัสสาวะเองได้ ขับถ่ายบนเตียงโดยใช้แพมเพิส

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อหรือโรคร้ายแรง

ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี

แพ้ยา Ibuprofen รับประทานแล้วจะมีอาการผื่นคันตามร่างกาย ปากบวม หน้าบวมแดง

ประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา มีประวัติการสูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวล/วัน สูบบุหรี่มากกว่า ๒๐ ปี เลิกสูบบุหรี่มา ๑ ปี มีประวัติเคยดื่มสุรา ดื่มวันละ ๑ - ๒ ขวด/วัน ดื่มสุรามากกว่า ๒๐ ปี (ดื่มทั้งสุราสีและสุราขาว) เลิกดื่มสุรา ๑ ปี

ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สมาชิกทุกคนในครอบครัวปฏิเสธโรคร้ายแรง และโรคติดต่อทางพันธุกรรมใด ๆ

ตารางแสดงข้อมูลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับทฤษฎี

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
โรคปอดอักเสบ (pneumonia)เป็นโรคที่มีภาวะจากการอักเสบของเนื้อปอดทำให้เกิดหนองได้ และเป็นการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด ซึ่งประกอบไปด้วยถุงลมและเนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น Streptococcus Pneumoniae เป็นต้น ไวรัส เชื้อรา พยาธิสรีรวิทยา ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ เชื้อที่อยู่ในเสมหะหรือเมือกตามปกติของร่างกาย	ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๑ ปี เป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถขยับแขนขาเองได้ อาการสำคัญแรกเริ่ม มีอาการไข้สูง หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลญาติแจ้งว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมลง ไม่พูด แต่ยังตื่นและรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการสำคัญ ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุก ประมาณ ๑ นาที ไม่มีปัสสาวะหรืออุจจาระรด มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น อาการไม่ดีขึ้น มีไข้สูง ไอแห้ง ๆ ซึมลง ตาเลื่อนลอย ปัสสาวะออกน้อย ท้องบวมโต ญาติจึงโทรแจ้ง ๑๖๖๙ รถ EMS ออกรับและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลปากเกร็ดด้วยรถนอน ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า "เหนื่อย แน่นๆ หายใจไม่อิ่ม" O : ผล CXR พบ infiltration both lung O : ฟังเสียงปอดพบ minimal crepitation Rt. Lung O : ผู้ป่วยหายใจ ๓๒ - ๓๔ ครั้ง/นาที O : ปีกจมูกบาน หายใจลำบาก O : ค่า SpO₂ ๙๓%

ตารางแสดงข้อมูลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับทฤษฎี

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
พยาธิสรีรวิทยา เช่น การโบกพัดของซิเลียและการไอ เพื่อขจัดเชื้อในเสมหะหรือเมือกออกไป ขณะเดียวกันแมกโครฟาจจะเข้าไปทำลายเชื้อโรคที่อยู่ในถุงลม และซิเลียจะโบกพัดขับออกโดยการไอ เพื่อขับเชื้อออกจากเสมหะหรือกลืนลงสู่กระเพาะอาหาร แต่ถ้ำร่างกายไม่มีกลไกดังกล่าวปอดจะมีการอักเสบดังกล่าว ปอดจะมีการอักเสบ โดยมีการสร้างน้ำและเมือกเพิ่ม คาร์บอนไดออกไซด์จะลดลงและยังมีการขจัดเชื้อโรคออกไปยังต่อมน้ำเหลืองและกระแสเลือดเพื่อขจัดออกจากร่างกายซึ่งจะมีเม็ดเลือดขาว และเม็ดเลือดแดงมารวมตัวบริเวณที่มีการอักเสบมากขึ้น ทำให้บริเวณถุงลมแคบลงและมีลักษณะแข็ง มีเมือกที่ติดเชื้อมีแพร่กระจายไปยังปอดส่วนอื่นๆทำให้ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ อาจจะมีเสมหะร่วมด้วย ซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุของปอดอักเสบ หากมีอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย <i>Streptococcus pneumoniae</i> เป็นต้น ไวรัส เชื้อรา สารเคมี การสำลักเอาเชื้อเข้าไปในปอด (Aspirated pneumonia) และภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ	ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๑ ปี เป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถขยับแขนขาเองได้ อาการสำคัญแรกเริ่ม มีอาการไข้สูง เหนื่อย อ่อนเพลีย ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลญาติแจ้งว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมลง ไม่พูด แต่ยังตื่นและรับประทานอาหารได้ไม่มีอาการสำคัญ ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุกประมาณ ๑ นาที ไม่มีปัสสาวะหรืออุจจาระราดมีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น อาการไม่ดีขึ้น มีไข้สูง ไอแห้ง ๆ ซึมลง ตาเลือนลอย ปัสสาวะออกน้อย ท้องบวมโต ญาติจึงโทรแจ้ง ๑๖๖๙ รถ EMS ออกรับ และนำส่งโรงพยาบาลปากเกร็ดด้วยรถนอน ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า "เหนื่อย แน่นๆ หายใจไม่อิ่ม" O : ผล CXR พบ infiltration both lung O : ฟังเสียงปอดพบ minimal crepitation Rt. Lung O : ผู้ป่วยหายใจ ๓๒ - ๓๔ ครั้ง/นาที O : ปีกจมูกบาน หายใจลำบาก O : ค่า SpO₂ ๙๓% (Room Air) O : แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) อาการสำคัญแรกเริ่ม มีอาการไข้สูง เหนื่อย อ่อนเพลีย ๑ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลญาติแจ้งว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมลงไม่พูด แต่ยังตื่นและรับประทานอาหารได้ไม่มีอาการสำคัญ ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล

ตารางแสดงข้อมูลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับทฤษฎี

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
อาการที่สำคัญ คือ ใช้สูง ไอ หายใจหอบเหนื่อยถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจอกบุ๋ม (chest retraction) จมูกบาน (nasal flaring) ฟังเสียงปอดอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือได้ยินเสียงเหมือนขี้ผงไถๆ (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำหรือมูก (rhonchi) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย การรักษาโรคปอดอักเสบ มี ๓ วิธี คือ การให้ยาปฏิชีวนะ การรักษาประคับประคองตามอาการ การรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ สำหรับการติดเชื้อแบคทีเรียหรือการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น ยาแก้ปวด ยาลดไข้ ยาละลายเสมหะและการบำบัดทางระบบหายใจ สำหรับการติดเชื้อไวรัส หากอาการรุนแรงอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับออกซิเจนหรือในกรณีที่อาการหนักมากอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ	ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๑ ปี เป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถขยับแขนขาเองได้ อาการสำคัญแรกพบ มีอาการไข้สูง เหนื่อย อ่อนเพลีย ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลญาติแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการซีดลงไม่พูด แต่ยังตื่นและรับประทานอาหารได้ไม่สำคัญ ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุก ประมาณ ๑ นาที ไม่มีปัสสาวะหรือ อุจจาระรด หายใจเหนื่อยมากขึ้น อาการไม่ดีขึ้น มีไข้สูง ไอแห้ง ๆ ซีดลง ตาเลื่อนลอย ปัสสาวะออกน้อย ท้องบวมโตญาติจึงโทรแจ้ง ๑๖๖๙ รถ EMS ออกรับ และนำส่งโรงพยาบาลปากเกร็ดด้วยรถนอน ฟังเสียงปอด พบ minimal crepitation Rt lung with infiltration both lungs ผลการเอกซเรย์ปอด Chest x – ray : Rt pulmonary infiltration both lungs ผล Sputum culture (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗) - พบเชื้อ Acinetobacter baumannii complex , Moderate - พบเชื้อ Staphylococcus aureus, Moderate - พบเชื้อ Candida albicans, Moderate ผลการตรวจจากการเพาะเชื้อ Hemoculture : Micrococcus luteus ผลการตรวจจากการเพาะเชื้อ Urine : Pseudomonas aeruginosa (MDR) การรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Ceftriaxone ๒ กรัม ผสมใน ๐.๙ % NSS ๑๐๐ มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๒๔ ชั่วโมง , Meropenem ๑ กรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๘ ชั่วโมง (ให้ยาเป็นเวลา ๑๔ วัน) , Vancomycin ๙๐๐ มิลลิกรัม + NSS ๒๐๐ มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๘ ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดไข้ Paracet ๕๐๐ มิลลิกรัม ๑x๑ เมื่อมีอาการ ทุก ๔ – ๖ ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Oxygen High Flow Nasal Cannular Oxygen Pipe line ๔๐ , Flow ๕๐ , FiO๒ ๐.๕ ตามแผนการรักษาของแพทย์

ตารางแสดงข้อมูลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับทฤษฎี

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
อาการที่สำคัญ คือ ใช้สูง ไอ หายใจหอบ เหนื่อยถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจ ลำบาก หายใจอกบุ๋ม (chest retraction) จมูกบาน (nasal flaring) ฟังเสียงปอด อาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือได้ยินเสียง เหมือนขี้ผงไถๆ (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิด จากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลม ที่มีสารน้ำหรือมูก (rhonchi) ผู้ป่วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย การรักษาโรคปอดอักเสบ มี ๓ วิธี คือ การให้ยาปฏิชีวนะ การรักษา ประคับประคองตามอาการ การรักษาด้วย การให้ยาปฏิชีวนะ สำหรับการติดเชื้อ แบคทีเรียหรือการรักษาแบบ ประคับประคองตามอาการ เช่น ยาแก้ปวด ยาลดไข้ ยาละลายเสมหะและ การบำบัดทางระบบหายใจ สำหรับการติดเชื้อ ไวรัส หากอาการรุนแรงอาจต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับออกซิเจน หรือในกรณีที่อาการหนักมากอาจต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจ	และติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก ๑ ชั่วโมง ดูแลติดตาม Monitor EKG และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแส เลือดของผู้ป่วย ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ มี ๓ ระยะ คือ ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดคั่ง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. จากการซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย มีอาการไอและมีเสมหะสีขาวขุ่น
๒. ตรวจสัญญาณชีพ ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ ๓๘ องศาเซลเซียส , อัตราการหายใจ ๓๒ - ๓๔ ครั้ง/นาที ซีฟจร ๑๐๘ ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต ๑๓๘/๘๘ mm/Hg. , ค่า SpO₂ = ๙๓ % ต่ำ
๓. ฟังปอดพบ minimal crepitation
๔. ผล CXR พบ infiltration both lung
๕. ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวล/วัน สูบบุหรี่มากกว่า ๒๐ ปี
๖. วินิจฉัยโรค Pneumonia c Sepsis c UTI c Bed ridden
๗. CBC (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗) ตรวจพบ WBC ๒๒,๑๖๐ cells สูง, Neutrophil = ๙๕ % สูง Lymph ๙๓ % ต่ำ
๘. ผล Sputum culture (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗)
 - พบเชื้อ Acinetobacter baumannii complex , Moderate
 - พบเชื้อ Staphylococcus aureus, Moderate
 - พบเชื้อ Candida albicans, Moderate

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
๒. เพื่อให้ทางเดินหายใจสะอาดโล่ง อากาศผ่านเข้าออกจากปอดได้สะดวก

เกณฑ์การประเมิน

๑. ฟังเสียงปอดพบ minimal crepitation Rt lung ลดลงหรือไม่มีเลย
๒. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ RR = ๑๔ - ๒๐ ครั้ง/นาที
๓. ค่า SpO₂ ≥ ๙๕ %
๔. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต Systolic ๙๐ - ๑๒๐ mmHg. , Diastolic ๖๐ - ๘๐ mm/Hg. ซีฟจร ๖๐ - ๑๐๐ ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ ๑๔ - ๒๐ ครั้ง/นาที , อุณหภูมิ ๓๖.๕ - ๓๗.๔ องศาเซลเซียส
๕. ผล CXR : Infiltration ลดลง
๖. ปริมาณเสมหะของผู้ป่วยลดลง
๗. ผล Sputum culture ไม่พบเชื้อ
๘. ผู้ป่วย OFF Oxygen High Flow Nasal canular และผู้ป่วยสามารถกลับมาหายใจเอง Room Air

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ มี ๓ ระยะ คือ ระยะวิกฤติ ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดคั่ง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. จากการซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย มีอาการไอและมีเสมหะสีขาวขุ่น
๒. ตรวจสัญญาณชีพ ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ ๓๘ องศาเซลเซียส , อัตราการหายใจ ๓๒ - ๓๔ ครั้ง/นาที ซีฟร ๑๐๘ ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต ๑๓๙/๘๙ mm/Hg. , ค่า SpO₂ = ๙๓ % ต่ำ
๓. ฟังปอดพบ minimal crepitation
๔. ผล CXR พบ infiltration both lung
๕. ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวล/วัน สูบบุหรี่มากกว่า ๒๐ ปี
๖. วินิจฉัยโรค Pneumonia c Sepsis c UTI c Bed ridden
๗. CBC (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗) ตรวจพบ WBC ๒๒,๑๖๐ cells สูง, Neutrophil = ๙๕ % สูง Lymph ๙๓ % ต่ำ
๘. ผล Sputum culture (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗)
 - พบเชื้อ Acinetobacter baumannii complex , Moderate
 - พบเชื้อ Staphylococcus aureus, Moderate
 - พบเชื้อ Candida albicans, Moderate

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
๒. เพื่อให้ทางเดินหายใจสะอาดโล่ง อากาศผ่านเข้าออกจากปอดได้สะดวก

เกณฑ์การประเมิน

๑. ฟังเสียงปอดพบ minimal crepitation Rt lung ลดลงหรือไม่มีเลย
๒. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ RR = ๑๔ - ๒๐ ครั้ง/นาที
๓. ค่า SpO₂ ≥ ๙๕ %
๔. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต Systolic ๙๐ - ๑๒๐ mmHg. , Diastolic ๖๐ - ๙๐ mm/Hg. ซีฟร ๖๐ - ๑๐๐ ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ ๑๔ - ๒๐ ครั้ง/นาที , อุณหภูมิ ๓๖.๕ - ๓๗.๔ องศาเซลเซียส
๕. ผล CXR : Infiltration ลดลง
๖. ปริมาณเสมหะของผู้ป่วยลดลง
๗. ผล Sputum culture ไม่พบเชื้อ
๘. ผู้ป่วย OFF Oxygen High Flow Nasal canular และผู้ป่วยสามารถกลับมาหายใจเอง Room Air

ผลการประเมิน

๑. ผล CXR พบ infiltration ลดลง ผู้ป่วยบอกว่า หายเหนื่อยเบาลง สามารถนอนราบได้ อัตราการหายใจ ๒๒ - ๒๔ ครั้ง/นาที แต่จากการสังเกตผู้ป่วยยังมีการหายใจเหนื่อยหอบเล็กน้อยแต่ไม่มีอาการปึกจมูกบาน

๒. ฟังเสียงหัวใจปกติเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสน หายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบากหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ความดันโลหิตที่สูงในช่วงแรกเหวี่ยงออกผิวน้ำขึ้น

๓. ค่า SpO₂ ของผู้ป่วยได้ $\geq 95\%$

๔. ผู้ป่วยสามารถไอและขับเสมหะออกเองได้

๕. ปริมาณเสมหะลดน้อยลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากประสิทธิภาพในการไอและขับเสมหะลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ ๓๐ - ๓๒ ครั้ง/นาที

๒. ปลายมือ ปลายเท้าซีด SpO₂ ต่ำ = ๙๓ %

๓. ผู้ป่วยมีเสมหะเหนียวข้น ไม่สามารถขับเสมหะออกเองได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอสำหรับการแลกเปลี่ยนแก๊สในการเผาผลาญของเซลล์

เกณฑ์การประเมิน

๑. อาการเหนื่อยหอบลดลง หายใจเข้าออกปกติ

๒. ค่า SpO₂ ของผู้ป่วยได้ $\geq 95\%$

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ช่วยให้การระบายอากาศและการหายใจดีขึ้น โดยให้ผู้ป่วย On Oxygen High Flow Nasal Cannula Oxygen Pipe line ๔๐, Flow ๕๐, FiO₂ ๐.๕ ตามแผนการรักษาของแพทย์ (keep SpO₂ $\geq 95\%$ keep RR < ๓๐/min) ตามแผนการรักษาของแพทย์

๒. ดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจ เพื่อช่วยในการระบายอากาศในปอด

๓. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง Semi Fowler Position ๓๐ - ๔๕ องศา ซึ่งให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงช่วยให้ปอดขยายได้ดีขึ้น อากาศกระจายไปทั่วทุกส่วนของปอดและช่วยให้มีการระบายเสมหะออกจากปอดบางส่วน ป้องกันการ Aspirate

๔. ดูแลดูดเสมหะให้ผู้ป่วยเพื่อทำให้ทางเดินหายใจของผู้ป่วยโล่งและทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกมากขึ้น

๕. สังเกตอาการ Cyanosis

๖. ดูแลติดตามผลการส่งเสมหะเพาะเชื้อ

ผลการประเมิน

๑. ผู้ป่วยบอกว่า อาการเหนื่อยหอบลดลง สามารถนอนหลับได้นานขึ้น โอนานๆครั้ง อัตราการหายใจ

๒๐ - ๒๒ ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจเข้าออกปกติ ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย ปลายมือ ปลายเท้าซีด

๒. ผู้ป่วยมีเสมหะสีขาวขุ่นเล็กน้อย

๓. SpO₂ ของผู้ป่วย ๙๘ - ๑๐๐ %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. มีสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๘.๖ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๓๒ ครั้ง/นาที
ชีพจร ๑๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๒ mm/Hg SpO₂ ๙๖ % ระดับความรู้สึกตัว
E๓V๑M๒ pupil ๓ mm
๒. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗) พบ WBC ๒๒,๑๖๐ cells สูง
Neutrophil = ๙๕ % สูง ,Lymph ๔ % ต่ำ, WBC (UA) พบ ๑๐ - ๒๐ cell/mm*๓
Leukocyte (UA) ๑+
๓. ผล Sputum culture (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗)
 - พบเชื้อ Acinetobacter baumannii complex, Moderate
 - พบเชื้อ Staphylococcus aureus, Moderate
 - พบเชื้อ Candida albicans, Moderate
๔. ผล Urine culture พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa (MDR)
๕. ผู้ป่วยมีอาการไอและมีเสมหะสีขาวขุ่นปนเหลือง มีอาการหายใจหอบเหนื่อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมิน

๑. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต Systolic ๙๐ - ๑๒๐ mm/Hg. , Diastolic ๖๐ - ๙๐ mm/Hg .
ชีพจร = ๖๐ - ๑๐๐ ครั้ง/นาที, RR = ๑๖ - ๒๐ ครั้ง/นาที , อุณหภูมิ = ๓๖.๕ - ๓๗.๔ องศา
เซลเซียส
๒. SpO₂>๙๔ %
๓. ผลการตรวจ CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ ๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ Cells.)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ ส่งเลือด เสมหะ และปัสสาวะส่งตรวจเพาะเชื้อ
๒. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก ๑๕ นาทีในช่วงแรกที่ให้สารน้ำทุก ๆ
๓๐ นาที ในช่วงที่ ๒ แล้วยืดเวลาออกไปเป็นทุก ๆ ๔ ชั่วโมง
๓. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันทีเพื่อการแก้ไข
๔. ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิค
ปลอดเชื้อต่าง ๆ
๕. ลดการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการการส่งตรวจเพาะเชื้อ โดยใช้เทคนิค
ปลอดเชื้อในการให้การพยาบาล
๖. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน ๘ ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต
๗. ส่งเสริมความสบายของผู้ป่วยรักษาความสะอาดของปากและฟันเช็ดทำความสะอาดร่างกาย
๘. ติดตามผลโลหิตวิทยา โดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และค่านิวโทรฟิล (neutrophil) และผลการตรวจ
ปัสสาวะ WBC (UA) และ Leukocyte (UA) เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อย ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจเหนื่อย

๒. ค่าผลทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗) BUN ๓๙.๖ mg/dL, Creatinine ๒.๙๖ mg/dL, eGFR ๒๑.๗๘ mL/min/๑.๗๓ m^๒

๓. ตรวจพบ minimal crepitation Rt lung

ผล CXR พบ infiltration both lungs

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดบวม น้ำจากภาวะน้ำเกิน

เกณฑ์การประเมิน

๑. ค่าผลทางห้องปฏิบัติการ ค่า BUN อยู่ในช่วง ๖-๒๐ mg/dL, Creatinine อยู่ในช่วง ๐.๕-๑.๒ mg/dL, ค่า eGFR มากกว่า ๖๐ mL/min/๑.๗๓ m^๒

๒. ค่าความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ mm/Hg. ชีพจร ๖๐ - ๑๐๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๖ - ๒๐ ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๕ - ๑๐๐ % ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย

๓. นอนราบได้ ฟังปอดปกติ ไม่มีเสียง crepitation ผล CXR พบ infiltration ลดลง

๔. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ

๕. ได้รับปริมาณสารน้ำตามแผนการรักษา

๖. เอกซเรย์ปอดไม่มี pulmonary edema

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สังเกตอัตราการหายใจ อาการปัสสาวะออกน้อย ฟังปอดและวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก ๔ ชั่วโมง

๒. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับให้สารน้ำทดแทน ๐.๙%NSS ๑๐๐๐ cc rate ๖๐ mL/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์

๓. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ

๔. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ดูแลให้ Urine output ออก ๐.๕ cc/kg/hr IV ๘๐ mL/hr

๕. ติดตามผลเอกซเรย์ปอดเพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำท่วมปอด pulmonary edema

ผลการประเมิน

๑. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐ - ๑๕๐ / ๖๐ - ๘๐ SpO_๒ ๙๘%

๒. ฟังเสียงปอดไม่พบ crepitation with infiltration both lungs

๓. อาการเหนื่อยลดลง นอนราบได้

๔. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ผล EKG วันที่ ๒๔/ต.ค./๒๕๖๘ Normal sinus rhythm rate ๗๒ ครั้ง/นาที)

๕. ได้รับปริมาณสารน้ำตามแผนการรักษา

๖. เอกซเรย์ปอดไม่มี pulmonary edema

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ค่าผลทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗) Hemoglobin ๘ g/dL, Hematocrit ๒๔ % BUN ๓๙.๖ mg/dL, Creatinine ๒.๙๖ mg/dL, eGFR ๒๑.๗๘ mL/min/๑.๗๓ m^๒

๒. ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ ๓๐ - ๓๒ ครั้ง/นาที อ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. ป้องกันภาวะโลหิตจางเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่

เกณฑ์การประเมิน

๑. Hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติ ๔๒ - ๕๒%

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายพยาธิสภาพของโรคไตที่มีผลทำให้เกิดภาวะซีด และผลของการมีภาวะซีดต่อหัวใจ เนื้อเยื่อต่างๆ หรือระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย

๒. การเก็บเลือดส่งตรวจให้ใช้เท่าที่จำนวนต้องการ ไม่เอาเลือดออกมากเกินไป

๓. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง และอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดภาวะซีดได้ เช่น เนื้อสัตว์ เนื้อปลา ไข่ขาว เป็นต้น

๔. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์พิจารณาให้เลือดชนิด PRC ๓ Unit และเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือด ได้แก่ ผื่นคัน ลมพิษ มีไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปัสสาวะสีแดง แน่นหน้าอก หอบเหนื่อยที่คอโป่งพอง ความดันโลหิตสูงกว่าเดิม >๒๐ mm/Hg. DIC Shock ร่วมกับผื่นแดงและแห้ง เป็นต้น

๕. ดูแลให้ผู้ป่วย Bed rest ระวังอุบัติเหตุไม่ให้ร่างกายมีการกระทบกระแทกแรงๆ เพราะผู้ป่วยมีปัญหาเลือดออกง่าย จะทำให้มีการเสียเลือด และซีดมากขึ้น

๖. แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังเกี่ยวกับการติดเชื้อ ซึ่งส่งเสริมให้มีภาวะซีดมากขึ้น

๗. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา FF ๑x๓ oral pc. และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Folic ๑x๑ oral pc. ตามแผนการรักษาของแพทย์

ผลการประเมิน

๑. ผล Hemoglobin (วันที่ ๒๑ ต.ค./๒๕๖๗) ๑๐ g/dl, ผล (วันที่ ๒๑ ต.ค./๒๕๖๗) Hematocrit ๓๑ % (เพิ่มมากขึ้น)

๒. อาการเหนื่อย อ่อนเพลียลดลง ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด

๓. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด PRC เช่น อาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการหนาวสั่น ปวดหลัง หรือบั้นเอว ปวดรื้อนบริเวณผิวหนังรอบที่แทงหลอดเลือดดำ ปัสสาวะสีคล้ำ ภาวะปัสสาวะออกน้อย หรือ ไม่ออกเลย

๔. ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ กลับได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๕ ผู้ป่วยไม่สุขสบายพักผ่อนไม่เพียงพอจากการไอ และหอบเหนื่อย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๓๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ SpO๒ ๙๓ %

๒. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ไอมีเสมหะสีขาว

๓. ผู้ป่วยนอนวันละ ๔ ชั่วโมง ตอนกลางคืนตื่นขึ้นมาไอบ่อยๆ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการไอและเหนื่อยหอบน้อยลง สามารถนอนพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมิน

๑. อาการไอลดลง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ
๒. นอนหลับกลางคืนได้ประมาณ ๖ - ๘ ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการไอ และหายใจเหนื่อยหอบติดต่อกันหลายวันอาการไอบ่อยๆ ทำให้นอนไม่หลับทำให้เกิดการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ จัดให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูงให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นให้อยู่ในสภาพที่สบาย ท้องน้อยหย่อนลดอาการเกร็งจากอาการไอ เสื้อผ้าไม่รัดแน่นเกินไปเพราะจะทำให้ทรวงอกและหน้าท้องขยายตัวได้ไม่เต็มที่

๒. สอนและสาธิตวิธีการไอแบบมีประสิทธิภาพ (Effective cough) ได้ดังนี้

- จัดให้อยู่ในท่าที่จะสามารถหายใจเข้าและออกลึก ๆ ได้ และทรวงอกขยายตัวได้มากที่สุด จัดทำนอนศีรษะสูง ๔๕ - ๙๐ องศา หรือนอนตะแคงและงอเข่าเล็กน้อย
- หายใจลึก ๆ ช้าๆ เพื่อให้เสมหะเคลื่อนเข้าไปลึกกว่าตำแหน่งเดิม และช่วยทำให้อากาศที่อยู่ลึกกว่าตำแหน่งที่มีเสมหะจับเอาเสมหะออกมาได้ดี
- กลั้นหายใจประมาณ ๒ วินาที
- อ้าปากหายใจออกพร้อมกับไอเบา ๆ ๒ ครั้งติดกัน และไอแรง ๆ ๑ ครั้ง ถ้าผู้ป่วยอ่อนแรงขณะไอให้พยาบาลวางมือไว้บนหน้าท้องผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าให้ใช้มือกดหน้าท้องไปด้านหลัง พร้อมกับดันขึ้นไปยังกระบังลมในขณะที่ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่ ทั้งนี้แรงดันช่วยดังกล่าวจะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหดตัว และช่วยให้มีแรงในการไอที่จะทำให้ขับเสมหะออกได้มากขึ้นหยุดพักสักครู่ โดยการหายใจเข้าและออกช้าๆ เบาๆ พักเต็มที่

๓. ดูแลให้อาหารทางสายยาง BD (๑:๑) ๓๐๐ x ๔ Feed น้ำตาม ๕๐ ml. ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยให้ผู้ปวยได้รับน้ำหลังจากการให้อาหารทางสายยางตามแผนการรักษาของแพทย์

๔. แนะนำจัดท่าให้ผู้ปวยนอนท่าศีรษะสูง ๓๐ - ๔๕ องศา เพื่อให้ปอดขยายตัว

๕. ดูแลดูแลเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจของผู้ปวยโล่ง หายใจสะดวกยิ่งขึ้น

๖. ดูแลให้ได้รับยาแก้ไอ ละลายเสมหะตามอาการตามแผนการรักษาของแพทย์สั่งยา GG ๑x๓ oral pc, Acetylcysteine ๑๐๐ mg ๑x๓ oral pc ตามแผนการรักษาของแพทย์

๗. แนะนำให้ผู้ปวยนอนพักผ่อนในช่วงกลางวันบ้างอย่างน้อย ๑ - ๒ ชั่วโมง

๘. แนะนำญาติให้ช่วยนวดบริเวณหลังส่วนบน คอ ไหล่ เพื่อช่วยคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่มีผลต่อการหายใจ

๙. แนะนำญาติหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดการไอ เช่น ควัน ผุ่น ต่าง ๆ และสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่มาเยี่ยมผู้ป่วย

ผลการประเมิน

๑. อาการเหนื่อยหอบน้อยลงหลังได้รับการรักษาจากแพทย์ อัตราการหายใจ ๒๐ - ๒๒ ครั้ง/นาที
๒. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับในช่วงเวลากลางคืนได้ประมาณ ๖ - ๘ ชั่วโมง และตอนกลางวัน ๑ - ๒ ชั่วโมง และผู้ป่วยไอน้อยลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๖ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกว่าผิวแห้งๆ และเหมือนจะมีอาการเจ็บที่บริเวณก้น
๒. ผู้ป่วยบอกว่า ไม่ค่อยอยากขยับตัว ขยับตัวแล้วมีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจ ๒๐ - ๒๒ ครั้ง/นาที

ข้อมูลสนับสนุน

๓. Braden score ได้ ๑๓ คะแนน (มีความเสี่ยงระดับปานกลาง)
๔. ผู้ป่วยติดเตียง เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย นอนหงายเกือบตลอดเวลา
๕. ผิวหนังแห้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. เพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน

๑. Braden score เพิ่มขึ้น
๒. ผิวหนังสะอาด ไม่มีอาการบวม แดง หรือเป็นผื่น
๓. ผิวหนังชุ่มชื้นและมีความยืดหยุ่นดี

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพผิวหนัง โดยการสังเกตว่ามีรอยแดงหรือรอยกดทับหรือไม่ โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณที่มีปุ่มกระดูกต่างๆ
๒. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง และให้คำแนะนำกับญาติของผู้ป่วยให้ช่วยพลิกตะแคงตัวเมื่อผู้ป่วยต้องการ ซึ่งการพลิกตะแคงตัวจะต้องเลื่อนตัวของผู้ป่วยขึ้นไปทีละบริเวณหัวเตียง การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยควรทำด้วยความนุ่มนวล ไม่ควรให้ผิวหนังถูเสียดสีกับที่นอนเพราะจะทำให้เกิดแผลลอกได้ง่าย
๓. ดูแลทำความสะอาดผิวหนังของผู้ป่วยวันละ ๒ ครั้ง และทำความสะอาดทุกครั้ง หลังจากเปลี่ยนผ้าอ้อม พร้อมทั้งทาโลชั่นบริเวณที่ผิวหนังแห้ง
๔. สอนญาติให้นวดหลังและผิวหนังบริเวณที่มีปุ่มกระดูก เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ถ้าผิวหนังแห้งให้ทาน้ำมันหรือโลชั่น ช่วยทำให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้นขึ้น
๕. ประเมิน Braden score เวนละครั้ง
๖. ดูแลความสะอาดผ้าปูที่นอน ให้สะอาดและมีความเรียบตึงอยู่เสมอ อาจเสริมที่นอนฟองน้ำหรือที่นอนลม (Alpha – bed) ให้กับผู้ป่วยเพื่อช่วยกระจายแรงกดทับไม่ให้กดทับผิวหนังบริเวณใดบริเวณหนึ่งมากเกินไป
๗. ดูแลสอนญาติให้ช่วยบริหารข้อต่างๆตามหลัก ROM (Range of motion) และทำ Passive Exercise
๘. ดูแลส่วนต่างๆของร่างกายให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องโดยใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น หมอนทราย เพื่อป้องกัน

ข้อสะโพกบิดออกด้านนอก

ผลการประเมิน

๑. ผิวหนังของผู้ป่วยมีความชุ่มชื้น ไม่แตกแห้ง รอยแดงที่บริเวณผิวหนังบริเวณก้นกบหายไป ไม่เกิดรอยแดงบริเวณอื่นๆ
๒. Braden score ได้ ๑๖ คะแนน
๓. ญาติสามารถช่วยออกกำลังแขนขาให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องวันละ ๒ - ๓ ครั้ง
๔. ข้อต่อต่างๆไม่เกิดการยึดติด

การพยาบาลผู้ป่วยระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๗ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยอายุ ๖๑ ปี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
๒. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง

๓. ผู้ป่วยและญาติสอบถามถึงอาการและการรักษาของโรคปอดอักเสบ

๔. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบสามารถเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยได้

๒. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและญาติบอกถึงแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยต่อไปได้

๒. ผู้ป่วยและญาติบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยา การบริหารการหายใจ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียด เพื่อวางแผนจำหน่ายให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและประสานส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

๑.๑ Disease : อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ สั้น ๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ

๑.๒ Medication : ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา

๑.๓ Environment/Economic/Equipment : ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ

๑.๔ Treatment : ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรับประทานอาหาร และการเปลี่ยนท่านอนเพื่อป้องกันผลกดทับความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

๑.๕ Health care : การดูแลสุขอนามัยการดูแลสุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

๒. ให้กำลังใจแก่ญาติและผู้ป่วย

๓. ให้ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของการหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ การปรับตัวในเรื่องการทำกิจกรรมต่าง ๆ วิธีการรักษา การใช้ยา ฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา วิธีการใช้ยา การระบายนเสมหะ การบริหารการหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาได้

๔. สอนวิธีการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การฟื้นฟูปอด การไออย่างถูกวิธี การดูแลเสมหะหากผู้ป่วยมีเสมหะที่เหนียวมากและไม่สามารถขับออกเองได้ เป็นต้น

๕. ให้ความรู้การปฏิบัติตนเมื่ออาการกำเริบแก่ญาติและผู้ป่วย เพื่อลดอาการตื่นตระหนก และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธี

๖. ให้ความรู้การปฏิบัติตนในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ

๗. ให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ให้ความมั่นใจลดความท้อแท้ หดหู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการใช้ชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๘. แนะนำญาติเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรค การดูแลระดับประคองผู้ป่วย เข้าใจปัญหาและสภาพผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยและญาติบอกถึงแผนการดำเนินชีวิตต่อไปได้

๒. ผู้ป่วยและญาติบอกถึงวิธีการปฏิบัติตนในการใช้ชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตนเมื่ออาการกำเริบได้

๓. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการไออย่างถูกวิธี การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้
๔. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน
๕. สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นญาติและผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง ผู้ป่วยมีความเข้าใจ มั่นใจ การปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคได้ ให้ความสนใจ มีการซักถามถึงตัวโรค

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ ๖๑ ปี น้ำหนัก ๖๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร สถานภาพคู่ นับถือศาสนา พุทธ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา จังหวัดนนทบุรี

โรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลปากเกร็ด ประวัติการผ่าตัด เคยได้รับการผ่าตัดทั้งหมด ๒ ครั้ง

ครั้งที่ ๑ โรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๒ อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้า เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

มีแผลเย็บที่ศีรษะ ๔๕ เซม กระดูกสันหลังหักไม่สามารถขยับแขนขาได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียงและใส่สายสวนปัสสาวะ ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อหรือโรคร้ายแรง มีประวัติแพ้ยา Ibuprofen ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวล/วัน สูบบุหรี่มากกว่า ๒๐ ปี เลิกมา ๑ ปี เคยดื่มสุรา ดื่มวันละ ๑ - ๒ ขวด/วัน ดื่มมากกว่า ๒๐ ปี (ดื่มทั้งสุราสีและสุราขาว) เลิกมา ๑ ปี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว สมาชิกทุกคนในครอบครัวปฏิเสธโรคร้ายแรงและโรคติดต่อทางพันธุกรรมใดๆ

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากเกร็ด เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ด้วยอาการไข้สูง หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลญาติแจ้งว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมลง ไม่พูด แต่ยังตื่นทานอาหารได้ ไม่มีอาการสำลัก ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุก ประมาณ ๑ นาที ไม่มีปัสสาวะหรืออุจจาระราด หายใจเหนื่อยมากขึ้น อาการไม่ดีขึ้น มีไข้สูง ไอแห้ง ๆ ซึมลง ตาเลื่อนลอย ปัสสาวะออกน้อย ท้องบวมโตญาติจึงโทรแจ้ง ๑๖๖๙ รถ EMS ออกรับและนำส่งโรงพยาบาลปากเกร็ดด้วยรถนอน แพทย์รับผู้ป่วยไว้รักษาในแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด

อาการแรกเริ่มขณะที่ผู้ป่วย Admit ที่แผนกหอผู้ป่วยในนั้น ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดตรวจพบ minimal crepitation Rt lung จากผล CXR ของผู้ป่วยพบ infiltration both lungs

แรกรับที่แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๘.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๒๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๓๒ - ๓๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๒ mm./Hg. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดได้ ๙๐ % Room Air ซึ่งขณะนั้นผู้ป่วยหายใจเอง ดูแลให้การพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยได้รับ Oxygen ทันที เนื่องจากค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดต่ำลง ได้ ๙๐ % Room Air ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดตรวจพบ minimal crepitation Rt lung ดูแลให้การพยาบาลโดยให้ผู้ป่วย On Oxygen High Flow Nasal Cannula Oxygen Pipe line ๔๐ , Flow ๕๐ , FiO2 ๐.๕ ตามแผนการรักษาของแพทย์ DTX ๑๒๗ mg% Stat ระดับความรู้สึกตัว E4V4M2 motor power grade ๒ แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ (pneumonia) จากข้อมูลและการตรวจพบ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีน้ำในเยื่อหุ้มปอดคั่ง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากหลอดลมหลอดเกร็งอากาศผ่านเข้าปอดลดลง ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบและมีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗) พบ WBC ๒๒,๑๖๐ cells สูง Neutrophil = ๙๕ % สูง Lymph ๔ % ต่ำ, WBC (UA) พบ ๑๐ - ๒๐ cell/mm^๓ , Leukocyte (UA) ๑+

ตรวจพบผล Sputum culture (วันที่ ๑/ต.ค./๒๕๖๗) พบเชื้อ Acinetobacter baumannii complex Moderate , พบเชื้อ Staphylococcus aureus, Moderate พบเชื้อ Candida albicans , Moderate ผล Urine culture พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa (MDR) และผู้ป่วยยังมีการไอมาก มีเสมหะสีขาวขุ่นปนเหลือง มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมีภาวะ Hypokalemia และภาวะ Hypomagnesemia เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากปอดบวมน้ำ เนื่องจากไตไม่สามารถขับน้ำออกได้และเกิดภาวะน้ำเกิน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ผู้ป่วยไม่สุขสบายพักผ่อนไม่เพียงพอจากอาการไอ และอาการหายใจหอบเหนื่อยความทนทานในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากมีอาการหายใจลำบากร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยาบาลที่ให้ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ได้รับยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากนอนพักรักษาตัวเป็นเวลา ๔๔ วัน (ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ - วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๗)

แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยก่อนกลับบ้านผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยสามารถลดระดับความแรงของการใช้ Oxygen ลงได้ โดยดูแลให้ผู้ป่วย On Oxygen Canular ๓ LPM. SpO₂ ๙๘ % - ๙๙ % ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ไม่มีอาการสับสน ถามชื่อ นามสกุล ถามสถานที่ที่ผู้ป่วยนอนอยู่ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ สัญญาณชีพเป็นปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๖/๙๘ mm/Hg. แพทย์ยังให้ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารกลับบ้านไปด้วย เพื่อป้องกันอาการสำลักอาหารเนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถขยับแขนขาได้ ผู้ป่วยยังมีการไอนานๆครั้ง มีเสมหะเหนียวเป็นบางครั้ง และยังมีอาการไอขับเสมหะออกมาได้เล็กน้อย แพทย์จึงแนะนำให้ญาติยืมเครื่องผลิตออกซิเจน , เครื่องดูดเสมหะจากทางโรงพยาบาลปากเกร็ด กลับไปใช้ที่บ้านเพื่อที่จะให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความปลอดภัยกับผู้ป่วย ไม่กลับมาป่วยซ้ำอีก โดยก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านพยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้สอนญาติในเรื่องของการให้อาหารทางสายยาง , สอนการใช้เครื่องผลิตออกซิเจน และสอนการใช้เครื่องดูดเสมหะ เพื่อที่ญาติจะได้ นำเครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะไปใช้ที่บ้านกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม หากผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ญาติสามารถใช้เครื่องผลิตออกซิเจนได้อย่างถูกต้อง พยาบาลแผนกหอผู้ป่วยในได้สอนการใช้เครื่องดูดเสมหะกับญาติ เพื่อทำให้ทางเดินหายใจของผู้ป่วยโล่งขึ้น ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ดูแลแนะนำให้ญาติช่วยดูดเสมหะให้ผู้ป่วยก่อนการให้อาหารทางสายยางทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำลักซึ่งจะนำไปสู่ภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจได้ ดูแลสอนการให้อาหารทางสายยางกับญาติของผู้ป่วย โดยอาหารปั่น (Blenderized Diet) ที่ให้ผู้ป่วยทางสายยางให้อาหารนั้น มีนักโภชนาการของทางโรงพยาบาลมาสอนและให้คำแนะนำในเรื่องของสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน ซึ่งสูตรอาหารปั่นของผู้ป่วยที่แพทย์สั่งให้ คือ สูตร BD (๑:๑) ๓๐๐ x ๔ Feed น้ำตาม ๕๐ ml. ตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านได้ ในวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๗ และมีนัดติดตามอาการ ๑ เดือน มียากลับบ้าน คือ Losec (๒๐) ๑x๑ oral ac. Clotrimazole ๑ tab ๑๐๐ mg q.i.d , Para (๕๐๐) ๑ tab oral prn. , Madiplot (๒๐) ๑x๑ oral pc. , ASA (๘๑) ๑x๑ oral pc. , Bco ๑x๓ oral pc. , Folic acid ๑x๑ oral pc. , Atorvas(๔๐) ๑x๑ oral hs. , GG ๒x๓ oral pc. , Nac (๑๐๐) ๑x๓ oral pc. , Nacl (๓๐๐) ๓x๓ oral pc.

โดยผู้ป่วยมาตรวจตามนัด วันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ผู้ป่วยมาโดยรถยนต์ มีสีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจเองได้ ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี Room Air SpO₂ ๙๘ % - ๙๙ % สัญญาณชีพขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๓/๙๒ mm./Hg. ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ญาติแจ้งว่าขณะอยู่บ้าน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางสายยางได้ทุกมื้อ มีเสมหะสีขาวเล็กน้อย ไอนานๆครั้ง ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย อยู่บ้านผู้ป่วย On Oxygen Canula ๓ LPM. สลับกลับหายใจเอง Room Air ซึ่งหลังจากที่ผู้ป่วยหายใจเองนั้น ญาติบอกว่า

เวลาที่ทำการกิจกรรมกับผู้ป่วย เช่น พาผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว , หลังจากการดูดเสมหะ , มีอาการไอ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อยเป็นพักๆ On Oxygen Canular ๓ LPM. SpO₂ ๙๘ % - ๙๙ % หลังจากผู้ป่วย On Oxygen Canular ๓ LPM. ญาติบอกว่า ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเบาลง นอนหลับได้ แพทย์พิจารณาให้ยากลับบ้านเป็นยาเดิมของผู้ป่วย มีดังนี้ Losec (๒๐) ๑x๑ oral ac. , Clotrimazole ๑ tab อม q.i.d , Para (๕๐๐) ๑ tab oral prn. Madiplot (๒๐) ๑x๑ oral pc. , ASA (๘๑) ๑x๑ oral pc. , Bco ๑x๓ oral pc. , Folic acid ๑x๑ oral pc., Atorvas (๔๐) ๑x๑ oral hs. , GG ๒x๓ oral pc. , Nac (๑๐๐) ๑x๓ oral pc. , Nacl (๓๐๐) ๓x๓ oral pc. และมีนัดรับยาโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย ในวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๕.๑ เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยจากปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีอาการป่วยรุนแรงและมีผลกระทบต่ออัตราการตายสูง จากภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย

๔.๕.๒ ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน ๑ ราย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และติดตามอาการของผู้ป่วย

๔.๕.๓ เกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้รับการวินิจฉัย โรคปอดอักเสบ (Pneumonitis) ที่รับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด

๔.๕.๔ ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางทฤษฎีจากตำราทางวิชาการและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ สหสาขาวิชาชีพในการรักษาพยาบาล เช่น แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม พยาบาลเฉพาะทางนักรักษาภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร

๔.๕.๕ กำหนดความรับผิดชอบเพื่อดูแลให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล และติดตามอาการผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๔.๕.๖ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ นำปัญหามาวางแผนงาน วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล แก้ไขปัญหาตามกระบวนการพยาบาล โดยเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อนำมาเป็นกรณีตัวอย่างในการศึกษาผู้ป่วยในรายต่อ ๆ ไป โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน คือ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

๔.๕.๗ เรียบเรียงเนื้อหาเป็นลักษณะเอกสารทางวิชาการ

๔.๕.๘ จัดพิมพ์เพื่อนำเสนอผลงาน

๔.๕.๙ เผยแพร่ผลงาน

๔.๖ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรคปอดอักเสบ การประเมินและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลและติดตามอาการของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

๔.๗ เป้าหมายของงาน

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง สามารถให้การพยาบาลได้ตามปัญหาทางการพยาบาลที่พบตลอดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเอง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เวลาที่ทำการกิจกรรมกับผู้ป่วย เช่น พาผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว , หลังจากการดูดเสมหะ , มีอาการไอ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อยเป็นพักๆ On Oxygen Canular ๓ LPM. SpO₂ ๙๘ % - ๙๙ % หลังจากผู้ป่วย On Oxygen Canular ๓ LPM. ญาติบอกว่า ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเบาลง นอนหลับได้ แพทย์พิจารณา ให้ยากลับบ้านเป็นยาเดิมของผู้ป่วย มีดังนี้ Losec (๒๐) ๑x๑ oral ac. , Clotrimazole ๑ tab อม q.i.d , Para (๕๐๐) ๑ tab oral prn. Madiplot (๒๐) ๑x๑ oral pc. , ASA (๘๑) ๑x๑ oral pc. , Bco ๑x๓ oral pc. , Folic acid ๑x๑ oral pc., Atorvas (๔๐) ๑x๑ oral hs. , GG ๒x๓ oral pc. , Nac (๑๐๐) ๑x๓ oral pc. , Nacl (๓๐๐) ๓x๓ oral pc. และมีนัดรับยาโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย ในวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๕.๑ เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยจากปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีอาการป่วยรุนแรงและมีผลกระทบต่ออัตราการตายสูง จากภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย

๔.๕.๒ ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน ๑ ราย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และติดตามอาการของผู้ป่วย

๔.๕.๓ เกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้รับการวินิจฉัย โรคปอดอักเสบ (Pneumonitis) ที่รับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด

๔.๕.๔ ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางทฤษฎีจากตำราทางวิชาการและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ สหสาขาวิชาชีพในการรักษาพยาบาล เช่น แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม พยาบาลเฉพาะทางนักรักษาภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร

๔.๕.๕ กำหนดความรับผิดชอบเพื่อดูแลให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล และติดตามอาการผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๔.๕.๖ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ นำปัญหามาวางแผนงาน วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล แก้ไขปัญหาตามกระบวนการพยาบาล โดยเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อนำมาเป็นกรณีตัวอย่างในการศึกษาผู้ป่วยในรายต่อ ๆ ไป โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน คือ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

๔.๕.๗ เรียบเรียงเนื้อหาเป็นลักษณะเอกสารทางวิชาการ

๔.๕.๘ จัดพิมพ์เพื่อนำเสนอผลงาน

๔.๕.๙ เผยแพร่ผลงาน

๔.๖ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรคปอดอักเสบ การประเมินและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลและติดตามอาการของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

๔.๗ เป้าหมายของงาน

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง สามารถให้การพยาบาลได้ตามปัญหาทางการพยาบาลที่พบตลอดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเอง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ได้ศึกษากรณีศึกษา ๑ เรื่อง คือ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

๕.๒ เชิงคุณภาพ

สามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤติให้ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่มีการใช้ความรู้ในด้านการประเมิน มีการวางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติดังกล่าวตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย มีการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะรักษาต่อเนื่อง และระยะวางแผนการจำหน่าย จนผู้ป่วยสามารถลดการใช้ Oxygen ได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เมื่อกลับไปอยู่บ้านญาติสามารถดูแลผู้ป่วยและดำรงชีวิตได้ตามปกติ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน

๖.๑.๒ เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่สำคัญของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

๖.๑.๓ เป็นแนวทางศึกษาเพิ่มพูนทักษะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลและเป็นแนวทางการสอน การแนะนำบุคลากรในหน่วยงานและผู้สนใจที่จะศึกษา

๖.๒ ผลกระทบ

เนื่องจากแผนกหอผู้ป่วยสามัญมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่อย่างจำกัด อาจมีผลทำให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมีความอ่อนล้าและชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องจัดสรรอัตรากำลังเพิ่มเพื่อบริหารจัดการอัตรากำลังให้มีความเพียงพอ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติต้องใช้เครื่อง Oxygen High Flow Nasal Cannula ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ซึ่งควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก แต่เนื่องจากไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพมากกว่าได้ เนื่องจากเตียงในหอผู้ป่วยหนักเต็ม จึงต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญที่จัดไว้ ซึ่งเป็นโซนผู้ป่วยกึ่งวิกฤติและมีภาวะโรคติดเชื้อมาก ทางเดินหายใจ สิ่งสำคัญที่พยาบาลสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ คือ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานอาการกับแพทย์เจ้าของไข้ได้ทันที เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามกระบวนการดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จ ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ สามารถลดระดับความแรงของการใช้ Oxygen ลงได้อย่างปลอดภัย โดยดูแลให้ผู้ป่วย On Oxygen Canular ๓ LPM. SpO₂ ๙๘ - ๙๙ % ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ปกติและแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากโรงพยาบาลปากเกร็ดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง ไม่มีบริการหอผู้ป่วยหนักจึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสามัญภายใต้อัตรากำลังที่จำกัด อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ การแก้ปัญหาโดยการจัดอัตรากำลังเสริมและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวแลกเปลี่ยนทัศนคติและประสบการณ์ ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๙.๒ ควรมีแผนเปิดบริการหอผู้ป่วยวิกฤติ จะทำให้สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๙.๓ ควรมีการฟื้นฟูความรู้เฉพาะโรค เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยได้กลับบ้าน

๙.๔ ควรจัดอบรมส่งเสริมความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจากโรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

๙.๕ ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนให้ทราบเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและภาวะแทรกซ้อน

๙.๖ สนับสนุนให้มีการผลิตสื่อหรือจัดหาสื่อในการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่อง โรคปอดอักเสบ เช่น คลิปวิดีโอเมนูอาหาร แผ่นพับและควอาร์โค้ด ในการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เป็นต้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวแพรวพลอย ช่างยันต์ เป็นผู้ศึกษา ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวแพรวพลอย ช่างยนต์ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... แพรวพลอย ช่างยนต์

(นางสาวแพรวพลอย ช่างยนต์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)/ 17 พ.ย. 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวแพรวพลอย ช่างยนต์	<u>แพรวพลอย ช่างยนต์</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... จิตาภา รอดโพธิ์ทอง

(นางจิตาภา รอดโพธิ์ทอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่)/ 17 พ.ย. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... สรยุทธ ส่งเสริมพงษ์

(นายสรยุทธ ส่งเสริมพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่ รักษาการ

ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่)/ 17 พ.ย. 2568

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
๒. หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ(Urinary tract infection หรือ UTI) หมายถึง โรคหรือภาวะที่เกิดจากอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะเกิดการอักเสบจากการติดเชื้อ ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ การติดเชื้อจะเกิดขึ้นที่ใดก็ได้ เช่น ไต กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อปัสสาวะ และสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นได้ อาจเป็นได้อย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาที่พบบ่อย โดยมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือผู้ป่วยที่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ อาการทางคลินิกขึ้นอยู่กับว่าการติดเชื้ออยู่ระดับใดของทางเดินปัสสาวะ ในกรณีที่มีการติดเชื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะ (Cystitis) ผู้ป่วยมักให้ประวัติกลั้นปัสสาวะหรือตึมน้ำน้อย มีอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อยหรือมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะมีสีขุ่น มีอาการปวดท้องน้อย กดเจ็บท้องน้อย ปัสสาวะเหมือนไม่สุด ปัสสาวะไม่ค่อยออก ส่วนถ้ามีการติดเชื้อระดับเหนือขึ้นไปถึงไต (Acute Uncomplicated Pyelonephritis) มักมีอาการดังกล่าวร่วมกับมีอาการไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องปวดเอวและปวดหลังร่วมด้วย ถ้ามีอาการมากขึ้นอาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความดันโลหิตต่ำ ไม่รู้สึกตัว ไตวายเฉียบพลันและอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน ๓๙, ๔๗ และ ๕๗ ราย ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ ๐.๔๐, ๐.๙๕ และ ๑.๐๘ ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด งานการพยาบาลผู้ป่วยในให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะทั้งในภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤต โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินซึ่งต้องการการบริการที่รวดเร็วและถูกต้อง การประเมินที่ถูกต้องแม่นยำการวิเคราะห์ตัดสินใจที่เหมาะสม การให้การพยาบาลการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาล ดูแล ช่วยเหลือ และเฝ้าระวัง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยการสอนและให้คำแนะนำกับญาติของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในผู้ป่วยรายที่คาสายสวนปัสสาวะกลับบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ดูแลผู้ป่วยพร่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้เห็นสมควรเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ในรูปแบบแผ่นพับเสริมความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลผู้ป่วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection หรือ UTI) เป็นภาวะการติดเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะและก่อให้เกิดการอักเสบ ซึ่งสามารถเกิดได้ตั้งแต่บริเวณท่อปัสสาวะ (Urethra) กระเพาะปัสสาวะ (Bladder) ไปจนถึงท่อไตและไต (Kidney) จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลสายสวนปัสสาวะ เช่น ไม่เข้าใจเรื่องการรักษาความสะอาด วางถุงปัสสาวะผิดตำแหน่ง (สูงกว่ากระเพาะปัสสาวะ หรือวางกับพื้น) ผู้ป่วยบางรายมีภาวะจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้สายดิ่งรั้งหรือพับงอ ผู้ดูแลไม่มีเวลาหรือขาดความเข้าใจในขั้นตอนการดูแล และผู้ป่วยบางรายมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน , โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการจัดทำแผ่นพับให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่สายสวนปัสสาวะ เพื่อช่วยเสริมความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่สายสวนปัสสาวะและลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การสอนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่สายสวนปัสสาวะกับญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพัฒนาความรู้ นอกจากการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธีแล้วเนื้อหาในแผ่นพับยังสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วย นำไปสู่การได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและเป็นประโยชน์ในการรักษาโรคที่ดียิ่งขึ้น

๓.๒ แนวความคิด

มโนทัศน์ทฤษฎีของโอเร็ม

เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล และความสามารถในการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลและใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า "การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี" ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น) แนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมี ๖ มโนทัศน์หลักประกอบด้วย การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาล

๑.๑ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (theory of self-care)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง (Orem et al, ๒๐๐๑) โดยมีมโนทัศน์ที่สำคัญ ได้แก่

๑.๑.๑ การดูแลตนเอง (self-care; SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ

๑.๑.๒ ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency: SCA) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย ๒ ระดับ คือ

๑.๑.๒.๑ ความสามารถและคุณสมบัติ ขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ ความสามารถที่จะกระทำและคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ เช่น ความสามารถและ ทักษะในการเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเองตาม สภาพที่เป็นจริง

๑.๑.๒.๒ พลังความสามารถ ๑๐ ประการ (ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

- ๑) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง
- ๒) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย
- ๓) ความสามารถของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง
- ๔) ความสามารถที่จะใช้เหตุผล
- ๕) มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง
- ๖) มีทักษะในการตัดสินใจ
- ๗) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้การดูแลตนเองและนำไปใช้ได้
- ๘) มีทักษะในการใช้ความคิด
- ๙) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- ๑๐) มีความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

๑.๑.๓ ความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมด (therapeutic self-care demand: TSCD) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควร ต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตนเอง เป้าหมายสูงสุดของการดูแลตนเอง คือ ภาวะสุขภาพหรือความผาสุก กิจกรรมที่ต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites: SCR) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็นมี ๓ อย่าง คือ

๑.๑.๓.๑ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

๑.๑.๓.๒ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (developmental self-care requisites: DSCR) เป็นการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับกระบวนการ พัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ สามารถแบ่งออกได้เป็น

- ๑) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และ พัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าสู่ภาวะตามระยะพัฒนาการ
- ๒) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการบรรเทาเพื่อลดความเครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต

๑.๑.๓.๓ ความต้องการการดูแลตนเอง ที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรม และความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของ บุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรคและการรักษา

๑.๑.๓.๔ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors: BCFs) เป็นปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ๑๐ ประการ ได้แก่ อายุเพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการ สุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม สภาพที่อยู่อาศัย และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

๑.๒ ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit) Orem et al. (๒๐๐๑)

กล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการพยาบาลช่วยเหลือในการดูแลแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง

ความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดใน ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมี ๓ แบบ (Pichayapinyo, ๒๐๑๓) คือ

๑) ความต้องการ ที่สมดุล (TSCD = SCA)

๒) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (TSCD < SCA)

๓) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (TSCD > SCA) ในความสัมพันธ์ของ ๒ รูปแบบแรกนั้นถือว่าไม่มี ภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ ๓ เป็นความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้ง ความพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด

๑.๓ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ให้ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น ๓ ระบบ (Hanucharornkul, ๒๐๐๑; Orem et al., ๒๐๐๑) คือ

๑) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) เป็นบทบาทของพยาบาลที่กระทำทดแทนความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตราย

๒) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยกับพยาบาล

๓) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาล ที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาล ทั้ง ๓ ระบบ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน ๕ วิธี ได้แก่

๓.๑ การกระทำให้หรือกระทำแทน (acting for or doing for)

๓.๒ การชี้แนะ guiding

๓.๓ การสนับสนุน (supporting)

๓.๔ การสอน (teaching)

๓.๕ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment)

แนวคิดเกี่ยวกับวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง PDCA (Plan-DO-Check-Act)

PDCA คือ วงจรที่พัฒนามาจากวงจรที่คิดค้นโดยวอลท์เตอร์ ชิวฮาร์ต (Walter Shewhart) ผู้บุกเบิกการใช้สถิติสำหรับวงการอุตสาหกรรมและต่อมาวงจรนี้เริ่มเป็นที่รู้จักกันมากขึ้นเมื่อเอดเวิร์ด เดมมิ่ง (W. Edwards Deming) ปรมาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพเผยแพร่ให้เป็น เครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพนักงานภายในโรงงานให้ดียิ่งขึ้น และช่วยค้นหาปัญหาอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนการผลิตโดยพนักงานเอง จนวงจรนี้เป็นที่รู้จักกันในอีกชื่อว่า “วงจรเดมมิ่ง” ต่อมาพบว่า แนวคิดในการใช้วงจร PDCA นั้นสามารถนำมาใช้ได้กับทุกกิจกรรม จึงทำให้เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายมากขึ้น ทั่วโลก PDCA เป็นอักษรนำของศัพท์ภาษาอังกฤษ ๔ คำคือ P: Plan = วางแผน D: DO = ปฏิบัติตามแผน C: Check = ตรวจสอบ/ประเมินผล และนำผลประเมินมาวิเคราะห์ A: Action = ปรับปรุงดำเนินการให้เหมาะสมตามผลการประเมิน

๑. การวางแผน (Plan: P) หมายถึง ส่วนประกอบของวงจรที่มีความสำคัญ เนื่องจากการวางแผนเป็นจุดเริ่มต้นของงานและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การทำงานในส่วนอื่น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนในวงจรเดมมิ่ง เป็นการหาองค์ประกอบของปัญหา โดยวิธีการระดมความคิด การหาสาเหตุของปัญหา

การหาวิธีการแก้ปัญหา การจัดทำตารางการปฏิบัติงาน การกำหนดวิธีดำเนินการ การกำหนดวิธีการตรวจสอบ และประเมินผลในขั้นตอนนี้มีการดำเนินการ

๒. การปฏิบัติตามแผน (Do: D) หมายถึง การลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ใน ตารางการปฏิบัติงาน ทั้งนี้สมาชิกกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นในแผนนั้น ๆ ความสำเร็จของการนำแผนมาปฏิบัติต้องอาศัยการทำงานด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสมาชิก ตลอดจนการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานตามแผนนั้น ๆ ในขั้นตอนนี้ ขณะที่ลงมือปฏิบัติจะมีการตรวจสอบ ไปด้วย หากไม่เป็นไปตามแผน อาจจะต้องมีการปรับแผนใหม่และเมื่อ แผนนั้นใช้งานได้นำไปใช้เป็นแผนและ ถือปฏิบัติต่อไป

๓. การตรวจสอบ (Check: C) หมายถึง การตรวจสอบดูว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผน หรือการแก้ปัญหาทางตามแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายที่กลุ่มตั้งใจหรือไม่ การไม่ประสบผลสำเร็จอาจจะเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่ปฏิบัติตามแผน ความไม่เหมาะสมของแผน การเลือกใช้เทคนิคที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

๔. การปรับปรุงแก้ไข (Action: A) หมายถึง การกระทำภายหลังที่ กระบวนการ ๓ ขั้นตอน ตามวงจรได้ดำเนินการเสร็จแล้ว ขั้นตอนนี้เป็นการนำเอาผลจากขั้นการ ตรวจสอบ (C) มาดำเนินการให้เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอ

โดยมีขั้นตอนในการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ตามวงจรคุณภาพเต็มมิ่ง ดังนี้

ขั้นที่ ๑ ขั้นวางแผน (Plan)

๑. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคที่คาสายสวนปัสสาวะประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด
๒. จัดเตรียมข้อมูล/เอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการดำเนินการ

ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติ (DO)

๑. สรุปปัญหาที่พบบ่อยจากการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่มาเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด
๒. จัดทำแผ่นพับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
๓. นำแผ่นพับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะมาใช้ เพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ขั้นที่ ๓ ขั้นตรวจสอบ (Check)

๑. ประเมินผลการใช้แผ่นพับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
๒. จัดทำสรุปผลรายงาน สรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการพยาบาล

ขั้นที่ ๔ ขั้นปรับปรุงแก้ไข (Action)

ปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่อง ปัญหาอุปสรรคที่พบโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดร่วมประเมิน และนำเสนอวิธีการแก้ไข โดยร่วมกันหาวิธีเพื่อนำแผ่นพับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคที่คาสายสวนปัสสาวะมาใช้ร่วมกันโดยมีการทบทวนปีละ ๑ ครั้ง เพื่อติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ผู้ป่วยบางรายอ่านหนังสือไม่ออกหรือสายตาไม่ดี

แนวทางแก้ไข

๑. ใช้สื่อประกอบเป็นภาพสัญลักษณ์/การ์ตูน, ตัวอักษรขนาดใหญ่, พยาบาลอธิบายประกอบ ทุกครั้ง ให้หลัก teach-back ให้ผู้ป่วยทวนความเข้าใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
ระยะเวลาในการดำเนินการ

ใช้เวลาในการดำเนินการทั้งหมด ๖ เดือน (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๘) วิธีดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรม	เดือนที่					
	๑	๒	๓	๔	๕	๖
๑. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด	↔					
๒. จัดเตรียมข้อมูล/เอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการดำเนินการ	↔					
๓. สรุบบัญหาที่พบบ่อยจากการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่มารับการรักษาของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากเกร็ด	↔					
๔. จัดทำแผนปฏิบัติการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ		↔				
๕. นำแผนปฏิบัติการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะมาใช้ เพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ			↔			
๖. ประเมินผลการใช้แผนปฏิบัติการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่					↔	
๗. จัดทำสรุปผลรายงาน สรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการพยาบาล					↔	
๘. ปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่อง ปัญหาอุปสรรคที่พบโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดร่วมประเมิน และนำเสนอวิธีการแก้ไข						↔

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีแนวทางในการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

๔.๒ ลดอัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ร้อยละของการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะได้ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ (จากการซักประวัติ) ร้อยละ ๘๐

๕.๒ ลดจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำหลังจากการคาสายสวนปัสสาวะ ที่มาจากสาเหตุของการจัดการที่ไม่ถูกต้อง (อ้างอิงจากการซักประวัติ) ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....||ผพนว ช่างยนต์

(นางสาวแพรวพลอย ช่างยนต์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)/.....17 พ.ย. 2568..... ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวแพรวพลอย ช่างยนต์

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๘
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๘
๓. ค่าโครงการงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๘
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	๑๐
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะ ทักษะ เสี่ยงสูง ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๑๐
รวม	๑๐๐	๙๖

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(/) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

() ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นางจิตภา รอดโพธิ์ทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่)/ 17 พ.ย. / 2568

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(/) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายสรภัญ ส่งเสริมพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่ รักษาการ

ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

(วันที่)/ 17 พ.ย. / 2568

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล (ต่อ)

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๘