



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๑ ๕๓๖๔

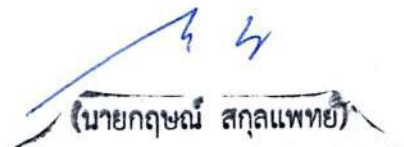
วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาภิรมย์คุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนสนิม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ขอส่งประกาศผลการคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ ลงวันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ดังบัญชีรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้
จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้อื่นมีโอกาสทักท้วงเป็นเวลา
๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป


(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน ๘ ราย ดังนี้

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑	นางวิลาวัลย์ พันภัยพาล	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย
๒	นางทรัพย์คำพอง สัตนา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค
๓	นางสาวกัลยา เหลืองกมลจินดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลหนองใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๔	นางวัชรลี ลือนาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม

<u>ลำดับ</u> <u>ที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๕	นางสาวปิยะรัตน์ คุ่มพลาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ (ด้านการพยาบาล วิสัญญี)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล
๖	ร.ต.อ.หญิงมยุรี บุรณะโอสถ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลสตึก กม.๑๐ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๗	นางสาวอัญชลี พรหมฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะสีชัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์รวม
๘	นางสาวฤทัยรัตน์ ศรีขวัญ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะจันทร์ กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา
ดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใด
จะหักท้วงให้หักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายเกษม สกุลแพทย์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางวิลาวัลย์ พันภัยพาล	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม</u> <u>และอาชีวอนามัย</u>	๒๔๑๘๗	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม</u> <u>และอาชีวอนามัย</u>	๒๒๗๙๑	เลื่อนระดับ
		นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)		นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)		
		ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑		ศึกษาประสบการณ์การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพในจังหวัดชลบุรี		๑๐๐%
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน		การพัฒนาชุมชนสุขภาพดีวิถียั่งยืน ด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ กับการจัดการสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม		
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”		สรุป เสนอแนวคิด		

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ศึกษาประสบการณ์การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพในจังหวัดชลบุรี
๒. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนเมษายน ๒๕๖๘ - เดือนกันยายน ๒๕๖๘
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - ๓.๑ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - ๓.๒ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
 - ๓.๓ ความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ
 - ๓.๔ ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - ๓.๕ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์" (Aged Society) และกำลังมุ่งหน้าไปสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" (Super-Aged Society) ซึ่งหมายถึง สัดส่วนของประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จะมีมากกว่าร้อยละ ๒๘ ของประชากรทั้งหมด แนวโน้มดังกล่าวเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สำคัญ โดยมีอัตราการเกิดที่ลดลง และอายุขัยของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ การสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการสำรวจ พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๓๗ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๖.๘ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐ ในปี ๒๕๖๗ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ อยู่ที่ ๗๑.๙ ปี สำหรับเพศชาย และ ๗๙.๙ ปี สำหรับเพศหญิง อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) อยู่ที่ ๖๘ ปี สำหรับเพศชาย และ ๗๒ ปี สำหรับเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าประชากรไทยมีอายุยืนมากขึ้น แต่ก็เผชิญช่วงเวลาที่มีปัญหาสุขภาพยาวนานขึ้นเช่นกัน

สำหรับจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดเศรษฐกิจสำคัญของประเทศ ก็ประสบกับแนวโน้มประชากรสูงวัยเช่นเดียวกัน โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติจังหวัดชลบุรี ระบุว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จังหวัดชลบุรี มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน ๒๕๐,๐๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๗๓ ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๑๑.๒๒ โดยมีดัชนีการสูงวัย (Aging Index) เพิ่มขึ้นจาก ๕๖.๒๕ ในปี ๒๕๕๖ เป็น ๑๓๗.๑๖ ในปี ๒๕๖๕ จากข้อมูลล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (NSO) ปี ๒๐๒๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖) พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรจังหวัดชลบุรี อยู่ที่ ๗๔.๖ ปี สำหรับเพศชาย และ ๘๑.๔ ปี สำหรับเพศหญิง ส่วนอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ ๖๐ ปี อยู่ที่ ๒๐.๖ ปี สำหรับเพศชาย และ ๒๔.๗ ปี สำหรับเพศหญิง ซึ่งหมายความว่า ผู้ชายที่อายุ ๖๐ ปี ในปี ๒๕๖๖ คาดว่าจะมีอายุเฉลี่ยถึง ประมาณ ๘๐.๖ ปี และผู้หญิงที่อายุ ๖๐ ปี ในปี ๒๕๖๖ คาดว่าจะมีอายุเฉลี่ยถึง ประมาณ ๘๔.๗ ปี แสดงให้เห็นว่าประชากรจังหวัดชลบุรีมีอายุยืนมากขึ้น แต่ก็เผชิญช่วงเวลาที่มีปัญหาสุขภาพยาวนานขึ้นเช่นกัน แม้จังหวัดชลบุรีจะมีความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยยังคงประสบปัญหาในหลายด้าน เช่น ปัญหาสุขภาพ การขาดรายได้ ความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว การขาดผู้ดูแล และการเข้าถึงบริการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและยั่งยืน โดยได้จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ เพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์" (Aged Society) และกำลังมุ่งหน้าไปสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" (Super-Aged Society) ซึ่งหมายถึง สัดส่วนของประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จะมีมากกว่าร้อยละ ๒๘ ของประชากรทั้งหมด แนวโน้มดังกล่าวเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สำคัญ โดยมีอัตราการเกิดที่ลดลง และอายุขัยของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ การสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการสำรวจ พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๓๗ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๖.๘ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐ ในปี ๒๕๖๗ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ อยู่ที่ ๗๑.๙ ปี สำหรับเพศชาย และ ๗๙.๙ ปี สำหรับเพศหญิง อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) อยู่ที่ ๖๘ ปี สำหรับเพศชาย และ ๗๒ ปี สำหรับเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าประชากรไทยมีอายุยืนมากขึ้น แต่ก็เผชิญช่วงเวลาที่มีปัญหาสุขภาพยาวนานขึ้นเช่นกัน

สำหรับจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดเศรษฐกิจสำคัญของประเทศ ก็ประสบกับแนวโน้มประชากรสูงวัยเช่นเดียวกัน โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติจังหวัดชลบุรี ระบุว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จังหวัดชลบุรี มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน ๒๕๐,๐๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๗๓ ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๑๑.๒๒ โดยมีดัชนีการสูงวัย (Aging Index) เพิ่มจาก ๕๖.๒๕ ในปี ๒๕๕๖ เป็น ๑๓๗.๑๖ ในปี ๒๕๖๕ จากข้อมูลล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (NSO) ปี ๒๐๒๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖) พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรจังหวัดชลบุรี อยู่ที่ ๗๔.๖ ปี สำหรับเพศชาย และ ๘๑.๔ ปี สำหรับเพศหญิง ส่วนอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ ๖๐ ปี อยู่ที่ ๒๐.๖ ปี สำหรับเพศชาย และ ๒๔.๗ ปี สำหรับเพศหญิง ซึ่งหมายความว่า ผู้ชายที่อายุ ๖๐ ปี ในปี ๒๕๖๖ คาดว่าจะมีอายุเฉลี่ยถึง ประมาณ ๘๐.๖ ปี และผู้หญิงที่อายุ ๖๐ ปี ในปี ๒๕๖๖ คาดว่าจะมีอายุเฉลี่ยถึง ประมาณ ๘๔.๗ ปี แสดงให้เห็นว่าประชากรจังหวัดชลบุรีมีอายุยืนมากขึ้น แต่ก็เผชิญช่วงเวลาที่มีปัญหาสุขภาพยาวนานขึ้นเช่นกัน แม้จังหวัดชลบุรีจะมีความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยยังคงประสบปัญหาในหลายด้าน เช่น ปัญหาสุขภาพ การขาดรายได้ ความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว การขาดผู้ดูแล และการเข้าถึงบริการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาประเด็นปัญหา และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้อง

๒. กำหนดรูปแบบการวิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามระเบียบวิธีวิจัย

๓. จัดทำแบบสอบถาม ทดสอบหาความตรงของเครื่องมือวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ

๔. ยื่นขอดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์

๕. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

๖. สรุปผล อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ เขียนรายงานวิจัย จัดทำรูปเล่ม และนำเสนอ

๕. ผลสำเร็จของงาน

๕.๑ เชิงปริมาณ ได้ผลงานวิจัยเรื่อง ศึกษาประสบการณ์การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ในจังหวัดชลบุรี จำนวน ๑ เรื่อง ระยะเวลาดำเนินการ เดือนเมษายน ๒๕๖๘ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๘

๕.๒ เชิงคุณภาพ ได้ผลงานวิจัยที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ดำเนินการได้เสร็จสิ้นตามแผนดำเนินการวิจัย และสามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนและระดับจังหวัดต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์และผลกระทบ

ผลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ซึ่งนำไปสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ แก่นประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ปัจจัยส่งเสริมคุณภาพชีวิตอุปสรรคหรือความทุกข์ที่พบเจอ เพื่อนำไปกำหนดแนวทางในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนและระดับจังหวัด และส่งเสริมให้สังคมตระหนักและเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

ผลกระทบจากโครงการ ไม่มี

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ไม่มี

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมาก จึงอาจใช้เวลาในการสัมภาษณ์ค่อนข้างมาก การใช้คำถามต้องสามารถเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทุกประเด็น

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรใช้คำถามที่เข้าใจง่าย ไม่คลุมเครือ

๙.๒ แก่นนำสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรให้ความสำคัญ ยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุที่มีอายุยืน ให้เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างจัดทำผลงานและเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑. นางวิลาวัลย์ พันภัยพาล สัตส่วนของผลงาน ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางวิลาวัลย์ พันภัยพาล)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

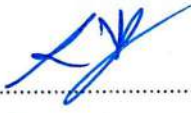
วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวิลาวัลย์ พันภัยพาล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

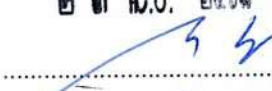
(ลงชื่อ).....

(นายริก ณะไพบุลย์)

ศึกษาธิการนโยบายและแผนวัฒนธรรมพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

(วันที่).....ผู้อำนวยการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

๒๓ มิ.ย. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ).....

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง).....นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.....

(วันที่).....๒๖ มิ.ย. ๒๕๖๕.....

แบบการเสนอข้อเสนอนโยบายการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

.....

๑. เรื่อง การพัฒนาชุมชนสุขภาพดีวิถียั่งยืน ด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการจัดการสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม

๒. หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมถือเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชนอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทของชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ประชาชนใช้ชีวิตประจำวัน ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมล้วนส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทั้งติดต่อและไม่ติดต่อ ในปัจจุบันพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาลและโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ยังขาดการจัดการอย่างเหมาะสม เช่น การกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ การมีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ฯลฯ ส่งผลให้ประชาชนในหลายพื้นที่มีความเสี่ยงต่อโรคและภาวะสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรคที่เกิดจากแมลงพาหะ และโรกระบบทางเดินอาหาร แม้ว่าที่ผ่านมาหน่วยงานภาครัฐจะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมสิ่งแวดล้อมในระดับหนึ่ง แต่ยังพบข้อจำกัดในด้านการบูรณาการระหว่างส่งเสริมสุขภาพกับการดูแลสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักดำเนินการแยกส่วน ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จและยั่งยืน รวมทั้งยังมีข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวคิดและแนวทางใหม่ที่บูรณาการ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยส่งเสริมให้ประชาชนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแก้ไขปัญหาในชุมชนของตนเอง ภายใต้กรอบแนวคิด “ชุมชนสุขภาพดี วิถียั่งยืน” ซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการพึ่งตนเองของชุมชนในระยะยาว การดำเนินงานภายใต้แนวคิดนี้ จะไม่เพียงแต่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย “สาธารณสุขเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง” และการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการศึกษาและประเมินสถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน พบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมยังคงเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และโรคจากสภาพแวดล้อม เช่น โรคไข้เลือดออก โรกระบบทางเดินอาหาร ฯลฯ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายพื้นที่ การดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นการรณรงค์หรือกิจกรรมรายครั้งในลักษณะโครงการ ซึ่งแม้จะมีประโยชน์ในช่วงสั้น แต่ขาดกลไกที่ยั่งยืนและการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจากประชาชน อีกทั้งการแยกดำเนินงานระหว่าง “การส่งเสริมสุขภาพ” และ “อนามัยสิ่งแวดล้อม” ยังส่งผลให้ขาดการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ แนวคิด “ชุมชนสุขภาพดีวิถียั่งยืน” ที่เน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวทางที่ตอบโจทย์กับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยมีจุดแข็งสำคัญคือ

- การรวมพลังของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และประชาชน
- การใช้ข้อมูลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากระบบสารสนเทศ มาวิเคราะห์และวางแผนเชิงยุทธศาสตร์
- การสร้างพื้นที่ต้นแบบสุขภาพดี ที่เป็นแรงจูงใจให้ชุมชนใกล้เคียงปรับใช้แนวทางเดียวกัน

นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ เช่น ระบบแผนที่ GIS การเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ การสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ยังเป็นแนวทางที่ทันสมัยและสามารถขยายผลได้ง่ายในระดับจังหวัดและประเทศ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามแนวคิดนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ความต่อเนื่องของงบประมาณ ความพร้อมของบุคลากร และแรงจูงใจของภาคีเครือข่าย ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ สร้างระบบติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนจากผู้บริหารในทุกระดับ

แนวคิด

การพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจำเป็นต้องดำเนินงานเชิงรุกอย่างบูรณาการ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาและปรับปรุงงานในปัจจุบัน ควรใช้ แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)” ควบคู่กับ แนวคิด “ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community-based Approach)” และการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างสมดุล โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระดับปัจเจก ควรดำเนินควบคู่กับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การจัดการขยะอย่างถูกสุขลักษณะ การจัดให้มีพื้นที่สีเขียวสำหรับออกกำลังกาย การดูแลคุณภาพน้ำและอาหาร ฯลฯ ซึ่งหากประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล จะช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้ และความรับผิดชอบร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน

นอกจากนี้ การนำ เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม มาใช้ในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ ติดตาม และเผยแพร่ เช่น การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) การจัดการข้อมูลออนไลน์ หรือแอปพลิเคชัน แจ้งปัญหาสิ่งแวดล้อม ก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและสามารถตอบสนองได้อย่างทันท่วงที แนวคิดดังกล่าวจึงเป็นแนวทางการพัฒนางานที่เน้น การบูรณาการระหว่างสุขภาพกับสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ มีเป้าหมายเพื่อสร้างชุมชนสุขภาพดีที่ยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันจะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง มีความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอ

ปัญหาที่พบ	แนวทางแก้ไข/พัฒนา
๑. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมยังขาดการบูรณาการ	๑. จัดทำแผนงาน/โครงการร่วมระหว่างสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างกิจกรรมแบบองค์รวมที่ตอบโจทย์พื้นที่
๒. ประชาชนยังขาดความตระหนักและมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพของชุมชน	๒. การจัดเวทีประชาคม การสร้างแกนนำสุขภาพ/สิ่งแวดล้อม การฝึกอบรมอาสาสมัครให้เป็น “นักจัดการสุขภาพชุมชน” เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่สุขภาพ
๓. ขาดกลไกติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนอย่างเป็นระบบ	๓. การใช้แบบประเมินชุมชนสุขภาพ การจัดทำระบบรายงานผลรายเดือน/ไตรมาส และการถอดบทเรียนจากชุมชนต้นแบบเพื่อใช้เป็นแนวทางขยายผล
๔. สิ่งแวดล้อมในชุมชนยังไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี	๔. ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสร้างสวนสุขภาพ พื้นที่ปลอดขยะ ตลาดปลอดภัย โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีพื้นที่ออกกำลังกายและบริโภคอาหารปลอดภัยได้จริงในชุมชน
๕. บุคลากรด้านสาธารณสุขมีภาระงานมาก และขาดทรัพยากรในการดำเนินงาน	๕. จัดสรรทรัพยากรและลดภาระงานบุคลากร โดยการมอบหมายภารกิจตามความเชี่ยวชาญ การสนับสนุนงบประมาณร่วมกับท้องถิ่น และพัฒนาอาสาสมัครหรือแกนนำชุมชนให้สามารถดำเนินงานบางส่วนแทนเจ้าหน้าที่ได้
๖. ขาดการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพในชุมชน	๖. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการบริหารจัดการ เช่น การใช้แอปพลิเคชันแจ้งปัญหาสิ่งแวดล้อม ระบบ GIS เพื่อติดตามข้อมูลเชิงพื้นที่ และการสื่อสารผ่านโซเชียลมีเดียเพื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

๓.๑ ระยะเตรียมการ

๑. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและบริบทพื้นที่

๑.๑ รวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนจากแหล่งข้อมูล เช่น HDC, สถิติรายงานโรค, ข้อมูลของ อปท.

๑.๒ ศึกษานโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายกระทรวงสาธารณสุข SDGs และนโยบายสุขภาพระดับพื้นที่

๒. วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของพื้นที่ (SWOT Analysis)

๒.๑ ใช้การสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน และจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๒.๒ ประเมินศักยภาพชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น กลุ่ม อสม. แกนนำสุขภาพ ศูนย์เรียนรู้ เป็นต้น

๓. จัดตั้งคณะทำงาน/ทีมพัฒนาโครงการ

๓.๑ แต่งตั้งคณะทำงานในระดับอำเภอ/ตำบล โดยประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
อปท. อสม. ผู้นำชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง

๓.๒ ระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน เพื่อใช้ในการวางแผนและขับเคลื่อนร่วมกัน

๔. จัดประชุมระดมความคิดเห็นและวางแผนเบื้องต้น

๔.๑ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อระดมความคิดเห็น กำหนดเป้าหมาย
และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

๔.๒ ออกแบบแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับศักยภาพของชุมชนและทรัพยากรที่มี

๕. เตรียมเครื่องมือ/สื่อและแบบประเมิน

๕.๑ พัฒนาแบบฟอร์มสำรวจ แบบติดตามผล และสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย

๕.๒ หากมีการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันหรือ GIS ควรวางระบบล่วงหน้า และจัด
อบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

๓.๒ ระยะดำเนินการ

๑. ประชุมคณะทำงานและภาคีเครือข่ายเพื่อกำหนดรายละเอียดแผนปฏิบัติงาน

๑.๑ ทบทวนเป้าหมาย กิจกรรม ตัวชี้วัด และกรอบเวลาในการดำเนินงาน

๑.๒ กำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน

๒. ดำเนินการรณรงค์และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพควบคู่กับการจัดการสิ่งแวดล้อม

๒.๑ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายประจำสัปดาห์, กิจกรรมลดหวาน
มัน เค็ม, โครงการอาหารปลอดภัย

๒.๒ ดำเนินกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม เช่น รณรงค์แยกขยะในครัวเรือน, ทำความสะอาด
พื้นที่เสี่ยง, กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

๒.๓ จัดทำ “พื้นที่ต้นแบบสุขภาพ” เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตลาด วัด โรงเรียน หรือ
หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๓. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม

๓.๑ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมชุมชน หรือกิจกรรมกลุ่มย่อย

๓.๒ ส่งเสริมให้ประชาชนร่วมคิด ร่วมทำ เช่น ตั้งชมรมสุขภาพ หรือกลุ่มจัดการ
สิ่งแวดล้อมชุมชน

๔. ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพ

๔.๑ นำระบบฐานข้อมูล/แอปพลิเคชันมาใช้ในการรายงานปัญหาและติดตามผล

๔.๒ ใช้ GIS หรือ Dashboard แสดงข้อมูลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมแบบพื้นที่ (พื้นที่เสี่ยง/
พื้นที่ต้นแบบ)

๕. ดำเนินการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ (Monitoring & Evaluation)

๕.๑ ติดตามความก้าวหน้าตามแผนงานรายเดือน/รายไตรมาส

๕.๒ ประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรม เช่น จำนวนครัวเรือนที่แยกขยะ จำนวนประชาชนที่
เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ

๕.๓ สรุปผลและถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาต่อยอด

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน
- ๔.๒ สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีความสะอาด ปลอดภัย และเอื้อต่อสุขภาพ
- ๔.๓ ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง
- ๔.๔ เกิดชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- ๔.๕ หน่วยงานสาธารณสุขมีระบบข้อมูลและกลไกบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ๔.๖ เกิดความร่วมมืออย่างยั่งยืนระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม
- ๕.๒ ร้อยละของครัวเรือนที่มีการจัดการขยะมูลฝอยอย่างถูกหลักอนามัย
- ๕.๓ ร้อยละของแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ลดลงในพื้นที่เสี่ยง
- ๕.๔ ร้อยละของประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ/สิ่งแวดล้อมของชุมชนไม่น้อยกว่า ๗๐%
- ๕.๕ จำนวนชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ "ชุมชนสุขภาพดีวิถียั่งยืน" อย่างน้อย ๑ แห่ง

ลงชื่อ.....

(นางวิลาวัลย์ พันภัยพาล)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

ผู้ขอประเมิน

วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางทรัพย์คำพอง สัตนา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกร ชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๑๓๙๓๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๒๒๘๕๘	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลบ้านบึง				ลำดับ ๑๓๙๓๒
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เมื่อผ่านจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการใชยาอย่างสมเหตุผล(RDU),การจัดการระบบยาในโรงพยาบาล
- ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินการใชยา (Drug Use Evaluation)
- มีประสบการณ์อบรมหลักสูตร การใชยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มโรค URI และ Acute diarrhea และการวางระบบรับและส่งต่อข้อมูลการใชยาที่ส่งเสริมระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อสำหรับเขตสุขภาพที่ ๖
- ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เพื่อนำมาใช้ในการประเมินความเหมาะสมของการสั่งใชยา

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่คุกคามความสามารถในการรักษาโรคติดเชื้อทั่วไป และส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๒) ปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเป็นวิกฤตทางสาธารณสุขที่ทั่วโลกกำลังเผชิญและต้องเร่งแก้ไข โดยสาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการใชยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล โดยเฉพาะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Tract Infections: URI) และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea: AD) ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสและสามารถหายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องใชยาปฏิชีวนะ (Walsh et al., ๒๐๒๐) การใชยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมในโรค URI และ AD เป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชน การสั่งใชยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในโรคเหล่านี้นอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาแล้ว ยังส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใชยา ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองทรัพยากรโดยไม่จำเป็น และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งต่อผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข (Degan et al., ๒๐๒๒)

ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดนโยบายการส่งเสริมการใชยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) เป็นนโยบายระดับชาติตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๙ และได้บรรจุเป็นหนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดการใชยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสองกลุ่มโรคที่มีการสั่งใชยาปฏิชีวนะสูงแต่ส่วนใหญ่ไม่มีความจำเป็น (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล และคณะ, ๒๕๖๐) นโยบายดังกล่าวได้กำหนดให้สถานพยาบาลทุกระดับดำเนินการตามมาตรการส่งเสริมการใชยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการติดตามประเมินผลผ่านตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ร้อยละการใชยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยกำหนดเป้าหมายให้มีการสั่งใชยาปฏิชีวนะไม่เกินร้อยละ ๒๐ (คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใชยาอย่างสมเหตุผล, ๒๕๕๘)

จากการศึกษาของ Waleekhachonloet et al. (๒๐๒๑) พบว่า นโยบายการส่งเสริมการใชยาอย่างสมเหตุผลในระดับประเทศส่งผลให้อัตราการสั่งใชยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ขึ้นอยู่กับบริบทและปัจจัยแวดล้อมของแต่ละสถานพยาบาล ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานมีความแตกต่างกัน

การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งในประเทศไทยพบว่า การดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลส่งผลให้อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การศึกษาของ สัญชัย ปลื้มสุด และคณะ (๒๕๖๕) ที่โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การดำเนินงานตามนโยบาย RDU สามารถลดอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนจากร้อยละ ๓๒.๕๑ เหลือร้อยละ ๑๘.๒๔ และลดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจากร้อยละ ๔๓.๑๘ เหลือร้อยละ ๑๗.๓๒ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มลิวัลย์ จิระวิโรจน์ และจุภาภา โสมาบุตร (๒๕๖๔) ที่โรงพยาบาลโยธธรร พบว่า การดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสามารถลดอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI จากร้อยละ ๒๓.๘๗ เป็นร้อยละ ๑๔.๐๙ และลดอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD จากร้อยละ ๓๖.๓๐ เป็นร้อยละ ๑๙.๐๓ นอกจากนี้ ปางชนม์ เตี้ยแจ้ และวรางคณา จันทรงค์ (๒๕๖๖) ได้ศึกษาผลการดำเนินงานตามนโยบาย การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ การพัฒนาแนวทางการรักษาที่ชัดเจน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์ และคณะ (๒๕๖๔) พบว่า กลวิธีที่ใช้ในการลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน และมีผลลัพธ์ที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยพบว่ามาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่แพทย์ผู้สั่งใช้ยา การใช้การเตือนในระบบคอมพิวเตอร์ และการพัฒนาแนวทางการรักษาที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อธิษฐ พรมจันทร์ และคณะ (๒๕๖๔) ที่พบว่า การใช้มาตรการควบคุม การใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับเปรียบเทียบกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ และการกำหนดค่าเริ่มต้นในระบบสั่งยา สามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านการดำเนินงานระดับจังหวัด การศึกษาของ กัญญนวรรณ์ รอนณรงค์ (๒๕๖๔) เกี่ยวกับผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับจังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การขับเคลื่อนนโยบายในระดับจังหวัดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้โรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจน การสร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการใช้ข้อมูลในการติดตามและประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกษศิลป์ และสิริลักษณ์ รื่นรวย (๒๕๖๕) ที่พบว่า การพัฒนาจังหวัดอุทัยธานีสู่การเป็นจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จได้ด้วยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และการพัฒนาระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากการดำเนินงานในโรงพยาบาล การศึกษาของ อธิษฐ วรปานิ และปองพล วรปานิ (๒๕๖๖) เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและชุมชน จังหวัดสุโขทัย พบว่า การขยายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปสู่ชุมชนมีความสำคัญในการสร้างความยั่งยืนของการดำเนินงาน โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของเชื้อดื้อยา ช่วยให้ประชาชนมีความเข้าใจและยอมรับแนวทางการรักษาที่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร และสมคิด เจนกลาง (๒๕๖๐) ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ประชาชนและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมในระดับชุมชน

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย แต่ยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๑๒๐ เตียงที่มีบริบทเฉพาะ ตั้งอยู่ในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท และมีประชากรที่หลากหลายทั้งคนไทยและแรงงานต่างด้าว จึงมีความสำคัญที่จะศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการที่ใช้ และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

โรงพยาบาลบ้านบึงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๑๒๐ เตียง จากข้อมูลย้อนหลังใน ปี ๒๕๕๙ มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน ๒๑,๓๖๖ และ ๖,๓๑๘ ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ๙,๒๖๗ และ ๓,๐๖๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๓๗ และ ๔๘.๔๘ ตามลำดับ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้เล็งเห็นถึงปัญหานี้ จึงได้เริ่มนำนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาใช้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๐ จนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล พัฒนาแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ การใช้แบบฟอร์มขอใช้ยาปฏิชีวนะ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พบว่ายังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดำเนินงานดังกล่าว จะสามารถลดอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคเป้าหมายได้มากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
๒. เพื่อประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะตามรหัสการวินิจฉัย ICD-๑๐ ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
๓. เพื่อศึกษามูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
๔. เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โดยมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ด้านการลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ตามกรอบแนวคิดการประเมินกระบวนการเชิงระบบ (Process Evaluation)

สมมติฐานการวิจัย

๑. สมมติฐานหลัก: อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหลังการดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่ำกว่าก่อนการดำเนินมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๒. สมมติฐานรอง

๒.๑ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนหลังการดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่ำกว่าร้อยละ ๒๐ ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหลังการดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่ำกว่าร้อยละ ๒๐ ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ ความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก/ตามรหัสการวินิจฉัย ICD-๑๐ ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหลังการดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสูงกว่าก่อนการดำเนินมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๒.๔ แนวโน้มของอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลา ๘ ปีที่ศึกษา

๒.๕ องค์ประกอบของกระบวนการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการพัฒนาแนวทางการรักษา การใช้แบบฟอร์มขอใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการลดลงของอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคเป้าหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน) โดยแบ่งการศึกษาเป็น ๒ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ ศึกษาผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (Upper respiratory tract infection; URI), โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use) โดยทบทวนข้อมูลย้อนหลังเป็นระยะเวลา ๘ ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยทำการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๒ ศึกษาความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะตามรหัสการวินิจฉัย ICD-๑๐ ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เปรียบเทียบปี ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๗ เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

ส่วนที่ ๓ ประเมินประสิทธิผลของกระบวนการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) เวอร์ชัน ๒๕.๐ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

เปรียบเทียบค่าร้อยละการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ, มูลค่าการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะและผลลัพธ์ทางคลินิกใน RI, AD โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยเปรียบเทียบร้อยละการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะด้วย Chi-square test เปรียบเทียบความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะตามรหัสการวินิจฉัย ICD-๑๐ ใน RI, AD ด้วยการทดสอบ Chi-square เปรียบเทียบมูลค่าการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะด้วย Time Series Analysis โดยทั้งหมดกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ (p-value < ๐.๐๕)

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงกระบวนการประเมินประสิทธิผลของกระบวนการส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ใช้หลักเกณฑ์ตามหลักการแนวทางการประเมินศักยภาพการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพด้านการควบคุมกำกับดูแลการจ่ายยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ในคู่มือการประเมินจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล ที่ประกาศเผยแพร่โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยประเมินตามองค์ประกอบที่ ๑ การลดใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในโรคที่ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรีย (Reducing unnecessary antibiotic use in non-bacterial infections) ทำการวิเคราะห์เทียบกับเกณฑ์เป้าหมาย และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดูแนวโน้มผลลัพธ์ในส่วนต่าง ๆ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

๑. อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ ๔๓.๓๗ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เหลือร้อยละ ๑๓.๓๘ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ($p < 0.001$) บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และรักษาระดับได้อย่างต่อเนื่อง
๒. อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ ๔๘.๔๘ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เหลือร้อยละ ๑๖.๘๙ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ($p < 0.001$) บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และรักษาระดับได้อย่างต่อเนื่อง

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. มีแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรค URI และ AD ที่ชัดเจนตามหลักฐานเชิงประจักษ์
๒. มีการพัฒนาแบบฟอร์มขอจ่ายยาปฏิชีวนะให้แพทย์ได้ทบทวนก่อนสั่งจ่ายยา
๓. มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาเป็นประจำทุกเดือน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสั่งจ่ายยา
๔. มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชนอย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยและประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ทำให้ทราบถึงผลลัพธ์ของการดำเนินการมาตรการส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะเป็หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินนโยบายการจ่ายยาอย่างสมเหตุผลในระดับประเทศ
๒. นำผลการวิจัยไปใช้ในการประเมินความสำเร็จของการดำเนินการมาตรการส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และนำไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๓. ช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศและของโลก

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลัง จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล มีข้อจำกัดในการดึงข้อมูลจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็นต่อการประเมินความเหมาะสมซึ่งข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์อาจไม่ครบถ้วน ขาดรายละเอียดสำคัญเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่จำเป็นสำหรับการประเมินความเหมาะสมและไม่สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้สั่งใช้ยาถึงเหตุผลในการตัดสินใจทางคลินิก

การประเมินการลดการใช้ยาปฏิชีวนะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิกต้องการข้อมูลการติดตามผู้ป่วยที่ครบถ้วน ซึ่งอาจไม่มีในเวชระเบียนย้อนหลัง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์อาจมีข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะรายละเอียดของอาการและอาการแสดงที่จำเป็นต่อการประเมินความเหมาะสมและหากข้อมูลไม่ครบในระบบ อาจต้องเปิดแฟ้มเวชระเบียนแบบ manual ทำให้ใช้เวลานานในการประเมิน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการพัฒนากระบวนการกำกับติดตามการสั่งใช้ยาแบบ Real-time โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการเตือนทันทีเมื่อมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สอดคล้องกับรหัส ICD-๑๐
๒. ควรมีการพัฒนากระบวนการติดตามผลการรักษาผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะตามนโยบาย RDU เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างจัดทำผลงานเพื่อเผยแพร่

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑.นางทรัพย์คำพอง สัตนา สัตส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *wa*

(นางทรัพย์คำพอง สัตนา)

ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ

วันที่๒๑..../.....เมษายน...../.....๒๕๖๘.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางทรัพย์คำพอง สัตนา	๗๓

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ศ.ชา

(นางสาวสุภาดา ทองสดา)

ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานเกษตรกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

(วันที่).....๒๑...../.....เมษายน...../.....๒๕๖๘.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) นว

(นางแววดาว พิมลเรศ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง

(วันที่).....๒๑...../.....เมษายน...../.....๒๕๖๘.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อผู้ประเมิน) (นายภรณ์ สกลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) - ๖ มี.ย. ๒๕๖๘ /

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลบ้านบึง

๒. หลักการและเหตุผล

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เป็นปัญหาสำคัญในระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการศึกษาของสมถวิล คำมาบุตรและคณะ (๒๕๕๑) พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลห้างฉัตรมีอัตราสูงถึง ๑.๒๖% โดยพบในกระบวนการก่อนการจ่ายยามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ศรีสุขศิริและวัลลภา ชูราศีเวช (๒๕๕๔) ที่พบว่าในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยมีความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในถึง ๐.๖๙% ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๐.๕%

งานผู้ป่วยในมีความซับซ้อนในการจัดการระบบยามากกว่างานผู้ป่วยนอก เนื่องจากมีการสั่งใช้ยาจำนวนมาก หลากหลายรายการ มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งบ่อยครั้ง และมีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) มากกว่า ซึ่งยุพา วิภาสวัชรโยธินและมาศรินทร์ ธรรมสิทธิ์บุรณ์ (๒๕๕๑) พบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์เกิดในกระบวนการก่อนการจ่ายยาสูงถึง ๓๙.๘๙% โดยเฉพาะในขั้นตอนการจัดยาและการตรวจสอบก่อนจ่ายยา

โรงพยาบาลบ้านบึงเริ่มนำโปรแกรม IPD paperless ซึ่งเป็นการสั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์บนหอผู้ป่วยมาใช้ตั้งแต่ เดือนธันวาคม ปี พ.ศ ๒๕๖๖ แต่ก็ยังพบปัญหาความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในอยู่ ซึ่งจากการทบทวนระบบงานเภสัชกรรมผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบ้านบึง ในปี พ.ศ ๒๕๖๗ เกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยาและให้ยาผู้ป่วยในทั้งหมด ๕๗๘ ครั้ง แยกเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) ๑๐๗ ครั้ง ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (transcribing error) ๑๘ ครั้ง ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (pre-dispensing error) ๑๕๐ ครั้ง ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) ๒๑๙ ครั้ง ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (administration error) ๘๔ ครั้ง ซึ่งความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา-จ่ายยา ส่วนใหญ่คือ การจัดยาผิดชนิด ผิดความแรง ผิดรูปแบบ และจำนวนไม่ครบถ้วน รวมถึงการจ่ายยาที่แพทย์สั่งหยุดแล้ว จากการศึกษาของสุรรัตน์ ลำเลาและรพีพรรณ ฉลองสุข (๒๕๖๐) พบว่าปัญหาความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลหลวงพ่อกวักศักดิ์ฯ เกิดจากระบบการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการตรวจสอบซ้ำ และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เอื้ออำนวย

ดังนั้น การพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และมาตรฐานระบบยาของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) (๒๕๖๓) ที่กำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีระบบที่ปลอดภัยในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการยา

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการวิเคราะห์ระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบ้านบึง พบปัญหาที่เป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนี้

๑. ด้านระบบและกระบวนการทำงาน

- การคัดลอกคำสั่งใช้ยาจากระบบคอมพิวเตอร์มีโอกาสผิดพลาดเนื่องจากการดึงยามาจากที่แพทย์สั่งในหน้า Medication ถ้าแพทย์สั่งผิดก็จะผิดตาม
- ขาดระบบการตรวจสอบซ้ำที่มีประสิทธิภาพในแต่ละขั้นตอน
- การจัดเตรียมยาไว้ล่วงหน้าทำให้เกิดมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนเมื่อแพทย์เปลี่ยนความแรงยา หยุดยา หรือเปลี่ยนวิธีใช้ยา

๒. ด้านบุคลากร

- ภาระงานมาก เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีปริมาณงานสูง
- บุคลากรขาดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยา

๓. ด้านสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์

- พื้นที่ในการจัดเตรียมยาคับแคบ ไม่เหมาะสม
- สภาพแวดล้อมมีเสียงรบกวน แสงสว่างไม่เพียงพอ
- ขาดเทคโนโลยีที่ช่วยในการลดความคลาดเคลื่อน เช่น ระบบแจ้งเตือนด้านยา
- มียาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย และบรรจุภัณฑ์คล้ายกันจำนวนมาก

จากการศึกษาของกรีนธรีตัน ทิวถนอมและศุภลักษณ์ ธนานนท์นิवास (๒๕๕๒) พบว่าการปรับปรุงระบบงานโดยใช้หลักการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างเป็นระบบสามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณา แซ่อือ (๒๕๕๑) ที่พบว่าการปรับกระบวนการทำงานและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสามารถลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาก่อนจ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ

แนวความคิด/ข้อเสนอในการพัฒนา

การพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ประกอบด้วยการพัฒนา ๓ ด้าน ดังนี้

๑ การพัฒนาระบบและกระบวนการทำงาน

- จัดให้มีการคัดกรองใบสั่งยาโดยเภสัชกรทุกเช้าเพื่อค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น ยาที่แพทย์มีคำสั่งหยุดใช้ยาเมื่อดำเนินการหยุดยาในระบบ Hosxp และให้เจ้าหน้าที่ห้องยานำยาที่แพทย์หยุดใช้ยาออกจากตะกร้ายาที่จัดไว้
- พัฒนาระบบการตรวจสอบซ้ำแบบเป็นขั้นตอน (Double-check system) โดยกำหนดจุดตรวจสอบที่สำคัญ (Critical points) และระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละจุดให้ชัดเจน
- จัดทำระบบการจัดการยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (LASA drugs) โดยใช้ระบบ Tall Man Letters และการใช้สีหรือสัญลักษณ์เตือน

๒ การพัฒนาบุคลากร

- สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) โดยส่งเสริมการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาโดยไม่กล่าวโทษ (Non-punitive approach)
- พัฒนาระบบพี่เลี้ยง (Mentoring system) สำหรับบุคลากรใหม่
- การประชุม ประจำเดือน เพื่อทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมที่เน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ค้นหาสาเหตุ และกำหนดแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ร่วมกัน

๓ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์

- จัดโซนการจัดเก็บยาให้เป็นระบบ แยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้ายให้อยู่คนละโซน
- จัดทำระบบบ้านเลขที่ยาเพื่อระบุและจัดเก็บยาตามตำแหน่งที่ชัดเจนในห้องจ่ายยาช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา เพิ่มความรวดเร็วในการค้นหา และจัดยาเพื่อให้ง่ายในการจัดยาสำหรับเจ้าหน้าที่
- นำเทคโนโลยีมาใช้ในการตรวจสอบความถูกต้อง เช่น เครื่องตรวจสอบยาอัตโนมัติ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

แนวทางแก้ไข: จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนา เริ่มจากระบบที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพในการลดความคลาดเคลื่อน วางแผนการพัฒนาระยะ ขอสสนับสนุนงบประมาณเป็นระยะ

๒. ข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง

แนวทางแก้ไข: ออกแบบระบบให้มีความสมดุลระหว่างความปลอดภัยและประสิทธิภาพ จัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสม นำเทคโนโลยีมาช่วยลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔. ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย ตามแผนการรักษา
๕. ลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความคลาดเคลื่อนทางยา
๖. ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา
๗. เกิดระบบการเฝ้าระวังและจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาเชิงรุก

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราความคลาดเคลื่อนในการจัดยาและจ่ายยาลดลง
๒. อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไปลดลงลดลง

(ลงชื่อ) 

(นางทรัพย์คำพอง สัตนา)

ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ

(วันที่)..... ๒๑...../.....เมษายน...../.....๒๕๖๘....

ผู้ขอประเมิน

เอกสารอ้างอิง

๑. กัญจนวรรธ รอนณรงค์. (๒๕๖๔). ผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับจังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร, ๔๑(๑), ๕๘-๖๗.
๒. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล. (๒๕๕๘). คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
๓. จักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์, จุฑามาศ สุวรรณเลิศ และผกาพรรณ ดินชูไท. (๒๕๖๔). ผลของกลวิธีเพื่อลดพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล. บุรพาเวชสาร, ๘๖(๒), ๒๖-๔๑.
๔. จิราพร เกษศิลป์และสิริลักษณ์ รื่นรว. (๒๕๖๕). การพัฒนาจังหวัดอุทัยธานีสู่การเป็นจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล. วารสารเภสัชกรรมไทย, ๑๕(๓), ๗๗๘-๗๙๑.
๕. ชีรนุช พรหมจันทร์, กุลจิรา อุดมอักษรและธนเทพ วัฒนยากร. (๒๕๖๔). ผลของมาตรการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม:โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี. วารสารเภสัชกรรมไทย, ๑๔(๔), ๘๔๓-๘๕๕.
๖. ชีรยา วรปานิและปองพล วรปานิ. (๒๕๖๖). ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาลและชุมชน จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน, ๑(๒), ๑๓-๒๖.
๗. ปางชนม์ เตี้ยแจ้และวรางคณา จันทรคง. (๒๕๖๖). การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์นาวิ, ๕๐(๑), ๑๓๓-๑๔๘.
๘. มลิวลัย จิระวิโรจน์และรุจาภา โสมาบุตร. (๒๕๖๔). ผลการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลยโสธร. เภสัชกรรมคลินิก, ๒๗(๒), ๖๕-๗๗.
๙. นุศราพร เกษสมบูรณ์, ทวีศักดิ์ มโนมยทิธิกาญจน์, กฤษดา ลิมปนานนท์. ใน: ยุพดี ศิริสินสุข, ธิติมา เฟื่องสุภาพ, บรรณาธิการ. ค่าใช้จ่ายด้านยาของ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๖๖ รายงานสถานการณ์ ระบบยา พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙. นนทบุรี: บจก.มาตาการ พิมพ์; ๒๕๖๑. หน้า ๖๔-๖๙.
๑๐. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การขับเคลื่อนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โรงพยาบาลทั่วไป ใช้ยาคุ้มค่า ปลอดภัย ไม่ซ้ำซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๑๑ เม.ย.๒๕๖๘]. สืบค้น จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/๑๑๒๒๘/๔๖๙๔/hs๒๓๓๒.pdf?sequence=๓&isAllowed=y>
๑๑. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational drug use hospital manual). พิมพ์ครั้งที่ ๒. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๕๙.

๑๒. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้ มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (service plan: rational drug use). พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สำนักบริหารการ สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๙.
๑๓. นรากรณ์ นราธิกรณ์ฤทธิ. ผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะ ภายหลังการพัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. ๒๕๖๓;๒๖(๑):๕๒-๖๑.
๑๔. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, กัญญาดา อนุวงศ์, พิสนธิ์ จง- ตระกูล, เขมวดี ขนบแก้ว, สมหญิง พุ่มทอง. ผล ของโครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล: การนำร่องที่ จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ๒๕๕๓;๑๙(๖):๘๙๙-๙๑๑.
๑๕. นภดล ชะลอธรรม, ธนภูมิ เขียวช่อม, เวโรจน์ เหล่า- โภคิน, นันทวรรณ กิติกรณากรณ์. การพัฒนาเครื่อง มือ BC๒๐๑๗ เพื่อประมวลผลข้อมูลสารสนเทศของ ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในแผน พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาที่ ๑๕. วารสาร เภสัชกรรมไทย. ๒๕๖๑;๑๐(๒):๓๙๒-๔๐๑.
๑๖. กัญฐานวรรธ รอนณรงค์. (๒๕๖๔). ผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับ จังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร, ๔๑(๑): ๕๘-๖๗.
๑๗. ศชาพล นิ่มเดช, จินตนา ลิ้มระนางกูร และศุภราภรณ์ สามประดิษฐ์. (๒๕๖๒). นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ, ๑(๒): ๑-๗.
๑๘. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. (๒๕๕๘). คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
๑๙. ๒. จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์, จุฑามาศ สุวรรณเลิศ และผกาพรรณ ดินชูไท. (๒๕๖๔). ผลของกลวิธีเพื่อลดพฤติกรรมการใช้ยา ปฏิชีวนะของแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล. บุรพาเวชสาร, ๘(๒): ๒๖-๔๑.
๒๐. จิตตวดี กมลพุท. (๒๕๖๓). การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล อำเภอลำดวน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, ๕(๓): ๕๑-๕๙.
๒๑. ชุตติมาภรณ์ ไชยสงค์, สุภาพร สุภาพรวิวัฒน์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, พริยา ตียาภักดิ์, และศราวุธ มิทะลา. (๒๕๖๒). ผลการ ดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสาร วิจัยระบบสาธารณสุข, ๑๓(๓): ๒๖๑-๒๗๐
๒๒. ณีภูวรี รักชัย, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล และสุนัย ประเสริฐสุข. (๒๕๖๒). ผลลัพธ์การดำเนินงานตามนโยบายการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service plan RDU) ของโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, ๑๕(๔): ๕๐-๖๔.
๒๓. อีรยา วรปานิและปองพล วรปานิ. (๒๕๖๖). ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลและชุมชน จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน, ๑(๒) ๑๓-๒๖.

๒๔. ปริญญา สมจันทร์, สงครามชัยยลืทองดีสกุล, และกุลชญา ลอยหา. (๒๕๖๓). การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรม สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมการไ้ยา ปฏิชีวนะสมเหตุผล โรงพยาบาลนจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, ๙(๒) ๑๔๘-๑๕๙.
๒๕. พิสิทธิ์ คงศักดิ์ตระกูล, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล, และสุภณั้ย ประเสริฐสุข. (๒๕๖๒). ประสิทธิผลของนโยบายการ ส่งเสริมการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, ๑๕(๒): ๑๐๖-๑๑๗.
๒๖. มลิวลัย์ จิระวิโรจน์และรุจาภา โสมาบุตร. (๒๕๖๔). ผลการส่งเสริมการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรคติดเชื้อ ระบบการหายใจช่วงบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลยโสธร. เภสัชกรรมคลินิก, ๒๗(๒): ๖๕-๗๗.
๒๗. วิวัฒน์ รุ่งแสง. (๒๕๖๑). การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อรักษาผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ภายหลังการดำเนินโครงการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมาแล้ว ๗ ปี ใน โรงพยาบาลสามชุก สุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต ๔-๕, ๓๗(๓): ๒๗๔-๒๘๕.
๒๘. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, ภิญโญ รัตนอัมพวัลย์, อธิรัฐ บุญญาศิริ, รุจิภาส สิริจตุภัทร, และ ศศิเจริญพจน์. (๒๕๖๐). การดำเนินงานชุดโครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยตามแผนปฏิบัติการการดื้อยา ด้านจุลชีพขององค์การอนามัยโลก. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ๑๑(๔): ๔๕๔-๔๗๐.
๒๙. ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร, และสมคิด เจนกลาง. (๒๕๖๐). ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในสถานบริการของรัฐ ในอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารเภสัชกรรมไทย, ๑๐(๒): ๓๑๕-๓๒๓.
๓๐. สัญชัย ปลื้มสุด, ยอดพร โพธิ์ดอกไม้, ทวีวุฒิ ประธารราษฎร์และบัณฑิต พิทักษ์. (๒๕๖๕). ประสิทธิผลของการส่งเสริม การไ้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข, ๒๑(๑) ๑๒๗-๑๓๔.
๓๑. สุทธิณี เรืองสุพันธุ์, วรวิทย์ สุพิชญ์, และสมพร พานสุวรรณ. (๒๕๖๓). การจัดการเชิงระบบสู่การไ้ยาอย่างสมเหตุผลใน เครือข่ายอำเภอโนนสูง. วารสารเภสัชกรรมคลินิก, ๒๖(๒) ๖๑-๗๘
๓๒. กฤตยา ปานหมั่น. (๒๕๖๖). ผลลัพธ์การส่งเสริมการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลศรีนคร อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๕. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก, [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๑๑ เม.ย.๒๕๖๘]. สืบค้นจาก:
<https://library.takpho.go.th/files/๗ad๕e๕๖๘๖๗๑d๘๖๑๒๐๓๔๑a๑๖c๗๖๙๔ca๘๘.pdf>
๓๓. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ
๓๔. ในโรงพยาบาล (EE-AMR Tool, Thailand). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์. ๒๕๖๕.
๓๕. ทิพวรรณ วงเวียน. (๒๕๖๖). ผลลัพธ์ของการแทรกแซงหลากหลายรูปแบบเพื่อลดการสั่งยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. วารสารเภสัชกรรมไทย, ๑๕(๓), ๘๐๔-๘๑๕.

๓๖. World Health Organization. WHO strategic priorities on antimicrobial resistance [online]. ๒๐๒๒. [cited June ๗, ๒๐๒๒]. Available from: www.who.int/publications/i/item/๙๗๘๙๒๔๐๐๔๑๓๘๗
๓๗. Walsh TL, Taffe K, Sacca N, Bremmer DN, Sealey ML, Cuevas E, et al. Risk factors for unnecessary antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in primary care. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes* ๒๐๒๐; ๔: ๓๑-๙
๓๘. Degnan KO, Cluzet V, David MZ, Dutcher L, Cressman L, Lautenbach E, et al. Development and validation of antibiotic stewardship metrics for out-patient respiratory tract diagnoses and association of provider characteristics with inappropriate prescribing. *Infect Control Hosp Epidemiol* ๒๐๒๒; ๔๓: ๕๖-๖๓.
๓๙. Waleekhachonloet O, Rattanachotphanit T, Limwattananon C, Thammatacharee N, Limwattananon S. Effects of a national policy advocating rational drug use on decreases in outpatient antibiotic prescribing rates in Thailand. *Pharm Pract (Granada)* ๒๐๒๑; ๑๙: ๒๒๐๑. doi: ๑๐.๑๘๕๕๙/PharmPract.๒๐๒๑.๑.๒๒๐๑.
๔๐. สมถวิล คำมาบุตร, ภัทริกา ทศนวิจิตร. การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาล ห้างฉัตร.วารสารเภสัชกรรมคลินิก ๒๕๕๑; ๑๕:๔๐๗-๔๑๙.
๔๑. สุภาวดี ศรีสุขศิริ, วัลลภา ชูราศีเวช. ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ศรีสังวรสุโขทัย.วารสารไทยเภสัชกรรม ๒๕๕๔;๑๘:๙๗-๑๐๘.
๔๒. ยุพา วิภาสวัชรโยธิน, มาศรินทร์ ธรรมสิทธิ์บุรณ์. การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์.วารสารเภสัชกรรมคลินิก ๒๕๕๑;๑๕:๑๕๑-๑๖๑.
๔๓. สุรรัตน์ ลำเลา, รพีพรรณ ฉลองสุข. การพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลวงพ่อทวีศักดิ์ชุติโนโรอุทิศ กรุงเทพมหานคร.Veridian E-Journal,Science and Technology Silpakorn University ๒๐๑๗;๔:๑๑๗-๑๓๗.
๔๔. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). กรอบงานพื้นฐานระบบยา ๑. กรุงเทพมหานคร:สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย),๒๕๖๓:๑๖.
๔๕. รัตน์รัตน์ ทิพนอม, ศุภลักษณ์ ธนนานนทีนิวาส. ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย.Veridian E-Journal, Sil-pakorn University ๒๕๕๒;๒:๑๙๕-๒๑๗.
๔๖. สุวรรณา แซ่อือ. การปรับลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการจัดยา ก่อนจ่ายยา ในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์.วารสารเภสัชกรรมคลินิก ๒๕๕๑;๑๕:๓๒๑-๓๓๐

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวกัลยา เหลืองมลิจินดา	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลหนองใหญ่</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</u> พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๓๒๑๑	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลหนองใหญ่</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</u> พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๙๙๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ อ.พ. ๒๓๒๑๑				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๗ ถึง วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๗ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๖ เดือน ติดตาม ๕ ครั้ง

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD)

ความหมาย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (chronic obstructive pulmonary disease) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีลักษณะของทางเดินหายใจภายในปอดตีบแคบหรืออุดกั้นแบบเรื้อรัง แม้การอุดกั้นนี้สามารถกลับคืนได้แต่เป็นบางส่วนเท่านั้น ซึ่งเกิดเนื่องมาจากความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากระตุ้นก่อให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับไม่เต็มที่ (not fully reversible) เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive) และส่งผลเสียไม่ใช่เฉพาะระบบหายใจเท่านั้น แต่เกิดผลกระทบต่ออวัยวะหรือระบบอื่น ๆ (extrapulmonary effects) ด้วย (นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร, ๒๕๖๔)

พยาธิสรีรวิทยา

พบการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่มองไปจนถึงขนาดเล็ก โดยเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกอยู่ในเยื่อหุ้มทั่วไป มีจำนวนเซลล์ goblet cell เพิ่มขึ้น และต่อมเมือก (mucous gland) ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มีการสร้างเมือก (mucus) ออกมามากและเหนียวกว่าปกติ การอักเสบและการทำลายที่เกิดซ้ำ ๆ จะทำให้โครงสร้างของผนังหลอดลมเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลายที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า ๒ มิลลิเมตร ทำให้เกิดการตีบตันของหลอดลม เนื้อปอดส่วน respiratory bronchiole และถุงลมถูกทำลายและโป่งพอง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่เรียกว่า centrilobular emphysema โดยเริ่มจากส่วนบนของปอดและลุกลามไปยังส่วนอื่น ๆ ในระยะต่อมา สำหรับบริเวณหลอดเลือดปอด พบว่าผนังหลอดเลือดมีการหนาตัวขึ้น มีกล้ามเนื้อเรียบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบเพิ่มจำนวนขึ้น (แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ๒๕๖๕)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

๑. การสูบบุหรี่ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณมากหรือระยะเวลาสูบนาน จะมีผลต่อหลอดลม อักเสบ ทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะเรื้อรัง อาการดังกล่าวจะรุนแรงขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบบ่อยขึ้น และระยะเวลาในการสูบนานขึ้น แต่เมื่อหยุดสูบบุหรี่ อาการต่าง ๆ จะลดน้อยลง

๒. บุคคลที่สูดควันบุหรี่โดยไม่ได้สูบบุหรี่ บุคคลเหล่านี้นักอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแต่ควันบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ส่วนใหญ่เป็นเด็กหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่สูบบุหรี่ประจำ

๓. มลพิษในอากาศ (air pollution) ประกอบด้วย ฝุ่นละออง ควัน สารมีพิษ ก๊าซต่าง ๆ เช่น ไนโตรเจนไดออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ สารพวกไฮโดรคาร์บอนจากเครื่องยนต์ เมื่อหายใจเข้าไปทุก ๆ วัน ก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ

๔. อายุ เพศ เชื้อชาติ สภาพแวดล้อมทางสังคมและอาหาร

อาการและอาการแสดง

อาการ

อาการที่พบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ได้แก่ ไอเรื้อรัง ซึ่งอาจมีเสมหะหรือไม่มีเสมหะก็ได้ พบได้ประมาณ ๓๐% ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการสูญเสียสมรรถภาพของปอด จะเริ่มมีอาการหอบเหนื่อย ซึ่ง

จะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive) อาการอื่น ๆ ที่พบได้ คือ แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีด ในกรณีที่พบอาการอื่น ๆ เช่น ไอเป็นเลือด หรือเจ็บหน้าอก ควรพิจารณาหาสาเหตุจากโรคร่วมอื่น ๆ หรือการวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น วัณโรค มะเร็งปอด หรือหลอดลมพอง (bronchiectasis)

อาการแสดง

อาการแสดงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) สามารถแยกออกเป็นระยะต่าง ๆ ได้ดังนี้
ในระยะแรก การตรวจร่างกายอาจไม่พบความผิดปกติชัดเจน แต่เมื่อการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้น จะเริ่มพบลักษณะของการจำกัดการไหลของอากาศ (airflow limitation) และการกักอากาศในปอด (air trapping) เช่น ระยะหายใจออกยาวนานกว่าปกติ (prolonged expiratory phase) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหน้าอกเพิ่มขึ้น (increased chest A-P diameter) การเคาะปอดมีเสียงก้องมากกว่าปกติ (hyperresonance on percussion) หายใจมีเสียงหวีด (diffuse wheeze) หรือมีเสียง rhonchi การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (accessory muscles use)

ภาวะแทรกซ้อน

๑. การกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) เป็นการที่อาการของ COPD แย่ลงอย่างรวดเร็ว เช่น อาการหายใจลำบากมากขึ้น ไอเพิ่มขึ้น หรือมีเสมหะเปลี่ยนสี ซึ่งอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๒. โรคปอดบวม (Pneumonia) ผู้ป่วย COPD มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอดสูงขึ้น เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

๓. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) โดยเฉพาะภาวะหัวใจด้านขวาล้มเหลว (cor pulmonale) เกิดจากความดันหลอดเลือดในปอดสูง ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นในการสูบฉีดเลือดไปยังปอด

๔. ความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (Pulmonary hypertension) เกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดในปอด ทำให้หัวใจด้านขวาทำงานหนักขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลว

๕. ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) เกิดขึ้นเมื่อปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำและคาร์บอนไดออกไซด์สูง

๖. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism) ผู้ป่วย COPD มีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอดสูงขึ้น ซึ่งอาจทำให้หายใจลำบากอย่างเฉียบพลัน

๗. มะเร็งปอด (Lung cancer) ผู้ป่วย COPD มีความเสี่ยงสูงขึ้นในการเป็นมะเร็งปอด โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่

๘. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ผู้ป่วย COPD มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัย

๑. การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจทางรังสีวิทยาด้วยภาพรังสีทรวงอกมีความไวต่ำในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) แต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่น ๆ ที่อาจมีลักษณะคล้ายกับ COPD ในผู้ป่วยที่มีภาวะถุงลมโป่งพอง (Emphysema) อาจพบลักษณะของปอดที่ขยายตัวเกินปกติ (hyperinflation), กระบังลมแบนราบ, และหัวใจมีขนาดเล็กลง ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจด้านขวาล้มเหลว (Cor pulmonale) จะพบว่าห้องหัวใจด้านขวายาวใหญ่ขึ้น, หลอดเลือดแดงปอด (pulmonary trunk) มีขนาดใหญ่ขึ้น, และมีการลดลงของการมองเห็นเส้นเลือดบริเวณรอบนอกปอด (peripheral vascular marking)

๒.การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas test) การตรวจหาระดับก๊าซในเลือดแดงมีจุดประสงค์ คือ ช่วยในการวินิจฉัยโรค ประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่มีภาวะกำเริบของโรค และหาระดับค่าก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงเพื่อเป็นข้อบ่งชี้ในการให้ long term oxygen therapy

๓.การทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอด (lung function test) ลักษณะเด่นของ COPD คือการมีการอุดกั้นของหลอดลม การตรวจสมรรถภาพปอดหรือ spirometry ถือเป็น gold standard ในการวินิจฉัยโรค จำแนกความรุนแรง และติดตามดู progression ของโรคได้ การตรวจสไปโรเมทรีควรทำเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่ (stable) และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย ๑ เดือน

การรักษา (นาร์ตัน อมรพุดิสถาพร, ๒๕๖๔; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๕)

เนื่องจากโรค COPD เป็นโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันการเกิดโรคถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุด แต่เมื่อเกิดโรคแล้ว การดูแลรักษาจะต้องมุ่งไปสู่เป้าหมาย โดยการดูแลรักษาจะประกอบไปด้วย การประเมินและติดตามโรค (assess and monitor disease) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (reduce risk factors) การดูแลผู้ป่วย COPD ในช่วงที่โรคสงบ (manage stable COPD) การดูแลรักษาช่วงที่มีการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (manage exacerbations)

การดูแลรักษาในช่วงที่โรคสงบ (Stable COPD) ประกอบไปด้วย การรักษาโดยใช้ยา (pharmacologic treatment) การรักษาส่วนที่ไม่ใช่ยา (non-pharmacologic treatment) ทั้งนี้ การรักษาจะอิงตามความรุนแรงของโรค ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลยาที่ใช้รักษา COPD ตัวใดจะสามารถลดหรือชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอดของโรค COPD ได้ มีเพียงผลแสดงการเพิ่มขึ้นของ inspiratory capacity (IC) ทั้งขณะพักและขณะออกกำลังกาย ทำให้ static และ dynamic hyperinflation ลดลงดังนั้น การใช้ยามีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมอาการ ลดความถี่หรือบรรเทาความรุนแรงในการกำเริบ เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค COPD ยาหลักในการรักษา คือ ยาขยายหลอดลม และยากลุ่ม glucocorticosteroids

การพยาบาล

๑.การประเมินอาการหายใจและความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ประเมินอัตราการหายใจ (Respiratory Rate, RR) ความอึดตัวของออกซิเจน (SpO₂) และการฟังเสียงในปอด (auscultation) เพื่อตรวจหาสัญญาณของการหายใจลำบาก เช่น เสียง wheezing หรือ crepitation หากพบอาการหายใจลำบากหรืออาการพร่องออกซิเจน (SpO₂ ต่ำกว่า ๙๐%) ควรรีบจัดการให้ออกซิเจนทันทีตามคำสั่งแพทย์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซ

๒.ดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาขยายหลอดลม ยาพ่น เช่น Berodual หรือ Ventolin และยาต้านการอักเสบ การอธิบายถึงวิธีการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การใช้ยาได้ผลเต็มที่ พร้อมทั้งตรวจสอบและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้ Nebulizer หรือ Inhaler

๓.ประเมินอาการแทรกซ้อน การจัดการอาการแทรกซ้อนผู้ป่วย COPD มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซีกขวา (Cor pulmonale) ดังนั้นควรประเมินอาการบวมที่ขา (edema) การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว และสัญญาณของการคั่งน้ำ หากพบอาการบวมมากขึ้นหรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ควรจัดการให้ผู้ป่วยยาขับปัสสาวะตามแพทย์สั่ง และสอนวิธีการจัดการตนเอง เช่น การยกขาในขณะนั่งหรือการลดปริมาณเกลือในอาหาร

๔.การให้คำแนะนำและการฟื้นฟูสภาพพยาบาลควรสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เช่น การจัดทำทางที่ช่วยให้หายใจสะดวก การฝึกหายใจแบบ diaphragmatic breathing หรือ pursed-lip

breathing เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจ นอกจากนี้ ควรแนะนำผู้ป่วยให้เลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่หรือสารระคายเคืองอื่น ๆ เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค

๕. การสอนวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่มีเสมหะควรได้รับการฝึกฝนการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจ พยาบาลควรสอนเทคนิคการไอ เช่น การไอแบบ *deep coughing* หรือ *huff coughing* เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับเสมหะที่อุดตันในทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสการติดเชื้อซ้ำ

๖. การป้องกันการเกิดอาการกำเริบ พยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการกำเริบของโรค เช่น การรักษาสุขภาพปากและฟันเพื่อลดการติดเชื้อที่อาจลุกลามไปยังปอด การป้องกันการติดเชื้อด้วยการล้างมือเป็นประจำ รวมถึงการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การสัมผัสกับสารระคายเคืองต่าง ๆ เพื่อช่วยลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน

๗. การให้การดูแลจิตใจและสังคม ผู้ป่วยโรค COPD มักมีความเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้าจากการรับมือกับโรคเรื้อรัง พยาบาลควรประเมินภาวะอารมณ์และให้การสนับสนุนทางจิตใจ รวมถึงแนะนำผู้ป่วยให้มีการสนทนากับครอบครัวหรือกลุ่มสนับสนุน เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายคลึงกัน เพื่อสร้างกำลังใจและลดความเครียดในระยะยาว

๘. การให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน (*Gordon's ๑๑ functional health patterns*) เพื่อตรวจสอบปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งรวมถึงการดูแลด้านอารมณ์และการสนับสนุนจากครอบครัว การวางแผนการดูแลควรคำนึงถึงทั้งสภาวะทางร่างกายและความเครียดจากโรค เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพ

๙. การเตรียมตัวกลับบ้านและการติดตามผลการดูแล ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลควรให้ความรู้และฝึกสอนการจัดการอาการที่บ้าน เช่น การใช้ยาพ่น การสังเกตอาการเตือนของโรค และการดูแลสุขภาพทั่วไป การจัดการตารางการนัดหมายเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ที่บ้าน

โรคหัวใจล้มเหลว (Heart Failure)

ความหมาย

ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ ภาวะหัวใจวาย (Heart failure) คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั้งร่างกายได้อย่างพอเพียง ส่งผลให้เกิดอาการที่สำคัญคือ อาการเหนื่อย ภาวะนี้เป็นผลมาจากการเป็นโรคต่าง ๆ อาการมีทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเรื้อรัง และอาจมีปัจจัยส่งเสริมต่าง ๆ ที่ทำให้อาการกำเริบขึ้นมาได้ หลักการรักษาคือ ต้องรักษาภาวะของหัวใจวายและรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ รวมถึงกำจัดปัจจัยส่งเสริมต่าง ๆ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๒)

พยาธิสรีรวิทยา (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และ สุลาวัลย์ หนูพิมพ์, ๒๕๖๒)

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลวได้มีการสมมุติฐานไว้หลายสมมุติฐาน

๑. ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการขับเกลือและน้ำ (*edematous disorder*) ทำให้เกิดการคั่งของน้ำและเกลือ

๒. ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติทางการไหลเวียนโลหิต (*hemodynamic disorder*) ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดและการเพิ่มขึ้นของระบบการต้านทานของหลอดเลือด (*systemic vascular resistance*) และการลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (*cardiac output*)

๓.ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทและฮอร์โมน (neurohormonal disorder) ทำให้เกิดการกระตุ้น renin-angiotensin-aldosterone system และ sympathetic system

๔.ภาวะที่มีการอักเสบเรื้อรัง (inflammatory syndrome) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของระดับ inflammatory cytokines ในกระแสเลือดและในเนื้อเยื่อ เช่น tumor necrotic factors (TNF), interleukin-๑ (IL-๑)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

๑.โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ทำให้เลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ ผู้ป่วยมักจะมีประวัติเจ็บและแน่นหน้าอกนำมาก่อน

๒.ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial disease) เช่น หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวลดลง (left ventricular systolic dysfunction) หรือกล้ามเนื้อหัวใจหนา (hypertrophic cardiomyopathy)

๓.โรคเส้นหัวใจต่าง ๆ เช่น โรคเส้นหัวใจรั่ว โรคเส้นหัวใจตีบ

๔.ความดันโลหิตที่สูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวมากขึ้น และเกิดการทำงานล้มเหลว

๕.โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจจะเต้นช้าเกินไปหรือเร็วเกินไป ทำให้หัวใจไม่สามารถบีบเลือดได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ

๖.ภาวะที่มีการอักเสบเรื้อรัง (inflammatory syndrome) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของระดับ inflammatory cytokines ในกระแสเลือดและในเนื้อเยื่อ เช่น tumor necrotic factors (TNF), interleukin-๑ (IL-๑)

๗.ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทและฮอร์โมน (neurohormonal disorder) ทำให้เกิดการกระตุ้น renin-angiotensin-aldosterone system และ sympathetic system

อาการและอาการแสดง (รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์ และ อรินทยา พรหมนิธิกุล, ๒๕๖๐)

๑.อาการเหนื่อย/หายใจลำบาก (Dyspnea) ในช่วงแรกของการเกิดภาวะนี้ อาการเหนื่อยจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อออกแรงทำงาน ทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือออกกำลังกาย

๒.อาการนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) ผู้ป่วยจะต้องใช้หมอนหนุนหลายใบเพื่อให้ศีรษะยกตัวสูงขึ้น ในรายที่อาการรุนแรงจะไม่สามารถล้มตัวลงนอนราบตามปกติได้ ต้องนอนหลับในท่านั่งเท่านั้น

๓.อาการเหนื่อยเฉียบพลันขณะหลับ (Paroxysmal nocturnal dyspnea) ขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับเป็นเวลาหลาย ๆ ชั่วโมง อยู่ ๆ ก็ตื่นขึ้นมาจะหั่นหั่นเพราะรู้สึกเหนื่อย เหมือนคนกำลังจะจมน้ำ หรืออาจตื่นขึ้นมาและมีอาการไอติด ๆ กัน (Nocturnal cough) จนผู้ป่วยต้องลุกขึ้นนั่งห้อยขาหรือเดิน เพื่อให้อาการเหนื่อยหรือไอบรรเทา

๔.อาการที่เกิดจากน้ำคั่ง ได้แก่ น้ำที่คั่งในถุงลมของปอด/ปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ทำให้เกิดอาการเหนื่อย และหากฟังเสียงปอดจะได้ยินเสียงผิดปกติ (Pulmonary rales) หรืออาจเกิดการคั่งอยู่ในช่อง/โพรงเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion: ภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด) ซึ่งก็ทำให้มีอาการเหนื่อยเช่นกัน

๕.อาการอื่น ๆ เช่น มีเสียงหัวใจเต้นผิดปกติ คือมีเสียงที่ ๓ และ ๔ เกิดขึ้น (เสียงหัวใจในคนปกติมีแค่ ๒ เสียง) เรียกว่า S๓ หรือ S๔ gallop ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจพบความดันโลหิตระหว่างตัวบน (Systolic pressure) กับตัวล่าง (Diastolic pressure) มีค่าแคบลง หรืออาจจับชีพจรได้แรงกับเบาสลับกันไปอย่างสม่ำเสมอ เรียกว่า Pulsus alternans

ภาวะแทรกซ้อน

๑.อาการอ่อนเพลียอย่างรุนแรง เมื่อร่างกายสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ร่างกายก็จะได้รับออกซิเจนลดลงจนทำให้อ่อนเพลียอย่างรุนแรงได้

๒.ไตวาย เมื่อไตไม่ได้รับเลือดและออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไตก็จะเริ่มเสื่อม และอาจส่งผลให้ไตวายเรื้อรังได้ในเวลาต่อมา ผู้ป่วยจะต้องใช้วิธีการฟอกไตเข้าช่วย

๓.โรคลิ้นหัวใจ ลิ้นหัวใจมีหน้าที่ในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดที่ผ่านหัวใจ แต่เมื่อหัวใจวาย ก็จะทำให้มีอาการหัวใจโต หรือหัวใจเกิดแรงดันภายในมากขึ้น จนลิ้นหัวใจไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดลิ้นหัวใจไม่ตรัสหรือไตรศปีตรั่วได้

๔.หัวใจเต้นผิดจังหวะ พบได้ในผู้ป่วยหัวใจวาย เพราะเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติ ก็จะส่งผลต่อการเต้นของหัวใจได้

๕.ตับเสียหาย เมื่อหัวใจวาย ร่างกายจะเกิดการสะสมของเหลวมากขึ้น ทำให้ตับทำงานผิดปกติและเกิดความเสียหายได้

การวินิจฉัย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๒)

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เพียงข้อมูลอาการและอาการแสดงทางคลินิกเท่านั้น โดยไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้ทั่วไป ส่วนการส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น การส่งเลือดตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิก การตรวจวินิจฉัยด้วยภาพ (diagnostic imaging) เพียงเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย แยกโรคอื่น สืบหาสาเหตุที่แท้จริงของภาวะหัวใจล้มเหลวว่ามีลักษณะเฉพาะอย่างไร ซึ่งจะมีผลต่อการวางแผนการรักษาในระยะยาว

การวินิจฉัยอาศัยข้อมูลสำคัญคือ การที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงบ่งบอกภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตาม อาการและอาการแสดงทั้งหมดนี้สามารถพบได้ในโรคหรือภาวะอื่น ไม่ได้เป็นอาการที่จำเพาะต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงอย่างเดียว

๑.อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะหัวใจล้มเหลว

ออกแรงหรือออกกำลังกายได้น้อยลง นอนราบไม่ได้ (orthopnea) หายใจหอบเหนื่อยหลังนอนหลับ (PND) JVP สูง พบเสียง S₃ gallop ตรวจพบ apical impulse ออกด้านข้าง (lateral shifted apical impulse) บวมตามแขนขา (extremity edema)

๒.ผลการตรวจที่บ่งชี้ความผิดปกติของหัวใจ

LVEF < ๔๐% (HFrEF) เจาหัวใจในเอกซเรย์ปอดกว้างขึ้น (HFrEF) LVEF > ๔๐% ร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายหนา หัวใจห้องบนซ้ายใหญ่ขึ้น หรือพบ diastolic dysfunction (HFmrEF และ HFpEF)

ความดัน LVEDP สูงขึ้น ระดับ natriuretic peptide (NP) สูงขึ้น

๓.การส่งตรวจเพิ่มเติมจะมุ่งเน้นตรวจการทำงานและหาความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) การตรวจภาพหัวใจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (cardiac magnetic resonance imaging) การตรวจอวัยวะเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยวัดความดันในห้องหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular end-diastolic pressure; LVEDP) หรือความดันในหลอดเลือดดำจากปอดเข้าหัวใจห้องซ้าย (pulmonary wedge pressure) ว่าสูงขึ้นผิดปกติหรือไม่ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม อาการ อาการแสดง และผลการตรวจที่กล่าวมาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามปริมาณสารน้ำในร่างกายของผู้ป่วย หากยังให้การวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจน สามารถส่งตรวจระดับ BNP หรือ NT-proBNP เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แม่นยำขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ HFpEF แต่มีบางภาวะที่ทำให้ค่าเหล่านี้เปลี่ยนแปลงได้ แม้ไม่ใช่ภาวะหัวใจล้มเหลว

แนวทางการรักษา

แนวทางหรือหลักการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว คือ รักษาอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ และรักษาหรือกำจัดการปัจจัยส่งเสริมให้หมดไป การเลือกการรักษาต้องพิจารณาหลายปัจจัย ได้แก่

๑.สาเหตุของหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการรักษาต้องแก้ไขที่สาเหตุ ถ้าแก้ไขได้ก็ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ เช่น ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease)

๒.ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นชนิดที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงหรือไม่ (heart failure with left ventricular systolic dysfunction) หรือ heart failure with preserved left ventricular systolic function

๓.ระยะของโรค (staging of heart failure) และความรุนแรงของอาการ

๔.โรคอื่น ๆ ที่พบร่วม เช่น โรคไต โรคทางเดินหายใจ ซึ่งจะมีผลต่อการพิจารณาใช้ยา

๕.ค้นหาปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบ (precipitating factors) และแก้ไข

โดยมีแนวทางการรักษา ดังนี้

๑.การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในภาวะหัวใจวาย ระบบฮอร์โมนระหว่าง Renin-angiotensin-aldosterone system และสารสื่อประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic nervous system จะถูกกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนบางชนิดออกมา ซึ่งมีผลให้หัวใจบีบตัวทำงานหนักมากขึ้น การรักษาจึงต้องให้ยาที่ไปต้านฮอร์โมนและสารสื่อประสาทเหล่านี้ เช่นยาในกลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitors ยากลุ่ม Angiotensin receptor blockers ยากลุ่ม Aldosterone antagonist และยากลุ่ม Beta-adrenoceptor blockers

๒.การควบคุมและกำจัดการน้ำส่วนเกิน/น้ำคั่ง ภาวะหัวใจวายทำให้ร่างกายมีปริมาณน้ำ รวมถึงเกลือแร่ โซเดียม/เกลือแกลเกินกว่าปกติ และทำให้เกิดอาการบวมในเนื้อเยื่อ/อวัยวะตามมาดั่งได้กล่าวแล้วในหัวข้อ อาการ การรักษาจึงต้องขจัดน้ำและโซเดียมส่วนเกิน ได้แก่ การจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมจากอาหารที่รับประทาน เพื่อไม่ให้ร่างกายได้รับเกลือโซเดียมเกินกว่าความสามารถที่ไตจะกำจัดออกทางปัสสาวะได้ (ซึ่งในภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไตจะดูดน้ำและโซเดียมกลับมากกว่าปกติอยู่แล้ว) เพราะหากรับประทานเกลือมาก กระแสเลือดของเราก็จะมีโซเดียมมากขึ้น ไตก็จะดูดน้ำกลับเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น แทนที่จะขับออกทางปัสสาวะร่างกายจึงมีการคั่งของน้ำมากขึ้นไปอีก

๓.การให้ยาขับปัสสาวะ ซึ่งมีอยู่หลายตัว เช่น Furosemide เป็นต้น

๔.การลดภาระการทำงานของหัวใจ ได้แก่ การงดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยเกินไป หากจะทำงาน ควรมีระยะพักเป็นระยะ ๆ บ่อยครั้ง เพื่อไม่ให้รู้สึกเหนื่อยเกินไป รวมไปถึงการควบคุมอารมณ์โกรธ หงุดหงิด และความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ ซึ่งอาจต้องใช้ยาระงับประสาท/ยาคลายเครียด ช่วย การเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ คือการใช้ยา Digitalis เพื่อช่วยให้หัวใจบีบเลือดส่งไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีขึ้น โดยที่ต้องไม่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือด

๕.การติดอุปกรณ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจ นอกจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตควบคู่กับการใช้ยาแล้ว อาจต้องใช้อุปกรณ์เพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจหรือควบคุมจังหวะบีบ-คลายของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อให้เลือดสามารถไหลเวียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิด Cardiac Resynchronization Therapy (CRT) โดยอุปกรณ์จะช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายและห้องขวาให้ทำงานได้อย่างสอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ (Implantable Cardioverter Defibrillators: ICD) หากแพทย์พบว่าผู้ป่วยมีอาการหรือมีความเสี่ยงหัวใจเต้นผิดจังหวะ แพทย์จะให้ผู้ป่วยติดอุปกรณ์ดังกล่าวเพื่อช่วยให้หัวใจเต้นได้ตามจังหวะปกติ การทำงานของอุปกรณ์ชนิดนี้ คือ หากหัวใจเริ่มมี

จังหวะการเต้นที่ผิดปกติมากเกินไป เครื่องจะปล่อยกระแสไฟฟ้าอ่อน ๆ ออกมาเพื่อกระตุ้นหัวใจกลับมาเต้นตามปกติ โดยผู้ป่วยจะได้รับยาสลบและอุปกรณ์จะถูกติดไว้ได้ผิวหนัง ผู้ป่วยจะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกว่าแพทย์จะมั่นใจว่าอุปกรณ์ทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ

การพยาบาล

๑.การประเมินสภาพผู้ป่วย

การประเมินอาการ: พยาบาลต้องตรวจสอบอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เช่น อาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย บวมที่ขา ข้อเท้า หรือท้อง รวมถึงการเพิ่มน้ำหนักตัวอย่างรวดเร็วจากการสะสมของเหลวในร่างกาย

การวัดสัญญาณชีพ: ตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจ เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด

การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม: ตรวจสอบระดับการทำกิจกรรมของผู้ป่วยว่ามีความเหนื่อยล้าหรือหายใจลำบากเมื่อทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ เช่น การเดินหรือการขึ้นบันได

๒.การจัดการอาการบวมและการควบคุมของเหลว

การจำกัดปริมาณเกลือและน้ำ: พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการจำกัดปริมาณเกลือในอาหาร และควบคุมปริมาณน้ำดื่มต่อวัน เพื่อป้องกันการสะสมของเหลวในร่างกาย

การตรวจสอบน้ำหนักประจำวัน: ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักตัวทุกวันในเวลาเดียวกัน เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่อาจเกิดจากการสะสมของเหลว ซึ่งเป็นสัญญาณของการทรุดตัวของโรค

การจัดการการใช้ยาขับปัสสาวะ: ให้ผู้ป่วยรับประทานยาขับปัสสาวะตามคำสั่งแพทย์เพื่อลดการสะสมของน้ำในร่างกาย และพยาบาลควรเฝ้าระวังภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล เช่น ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ที่อาจเกิดจากการใช้ยานี้

๓.การดูแลทางเดินหายใจเพื่อให้การหายใจมีประสิทธิภาพ

การจัดท่านอน: แนะนำให้ผู้ปวยนอนยกศีรษะสูงโดยใช้หมอนหนุน หรือจัดท่านอนแบบ *Fowler's position* (ยกหัวเตียงประมาณ ๓๐-๔๕ องศา) เพื่อช่วยลดอาการหายใจลำบากขณะนอนหลับ

การออกกำลังกายเบา ๆ: ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เช่น การเดินหรือการออกกำลังกายที่ไม่หนักมาก แต่ควรหยุดหากมีอาการหายใจลำบาก

การใช้เครื่องช่วยหายใจ: ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ควรประเมินการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ *CPAP* (*Continuous Positive Airway Pressure*) หรือการให้ออกซิเจนเสริมตามความเหมาะสม

๔.การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

การให้ความรู้เกี่ยวกับยา: ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักต้องใช้อย่างหลายประเภท เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด และยาลดความดันโลหิต พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง รวมถึงการสังเกตผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการเวียนศีรษะหรือคลื่นไส้จากการใช้ยาลดความดัน

การติดตามผลการรักษา: พยาบาลควรนัดหมายติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อปรับแผนการให้ยาหากจำเป็น และตรวจสอบการปฏิบัติตามตัวของผู้ป่วยว่าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือไม่

๕. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน: ควรแนะนำผู้ป่วยให้รู้จักสัญญาณเตือนของการทรุดตัวของโรค เช่น หายใจลำบากมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือขาบวมมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและมาพบแพทย์เมื่อจำเป็น

การป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง: ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ความดันโลหิตต่ำ ควรประเมินการใช้ยาและปรับแผนการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง

๖. การให้การดูแลด้านจิตใจและสังคม

การสนับสนุนทางจิตใจ: ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมักมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ และให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกจะช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต: ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การลดน้ำหนัก และการปรับอาหาร ซึ่งพยาบาลควรให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

๗. การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน

การให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน: พยาบาลควรให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการที่บ้าน เช่น การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม การออกกำลังกายเบา ๆ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การติดตามผลการรักษา: นัดหมายให้ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาเป็นระยะ เพื่อประเมินสภาพสุขภาพและปรับแผนการดูแลตามความเหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำเพิ่มเติมหากพบปัญหาใหม่

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๕ ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ ประกอบอาชีพขับรถบรรทุกไม่โรงเลื่อย อาศัยอยู่กับภรรยา และลูกชาย สูบบุหรี่มา ๒๕ ปี ประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มา ๑๐ ปี และเป็นโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมา ๕ ปี มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่ควบคุมอาการได้ไม่ดี พ่นยาไม่สม่ำเสมอ และพ่นยาไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยเป็นคนเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีความคิดว่าไม่จำเป็นต้องพ่นยาทุกวัน ถ้าไม่มีอาการ และมีอาการหอบเหนื่อยบ่อยครั้ง ต้องพ่นยาควบคุมอาการเมื่ออาการกำเริบประมาณ ๑-๓ ครั้ง/สัปดาห์ รับประทานยาขับปัสสาวะไม่สม่ำเสมอ ปัสสาวะออกน้อย และมีเท้าบวมทั้ง ๒ ข้าง กลางคืนนอนราบไม่ได้ ใช้หมอน ๒ ใบ เหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรมเล็กน้อย วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๗ มาพบแพทย์ตามนัด มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจมีเสียงหวีด เจ็บหน้าอกบางครั้ง ไอ มีเสมหะสีเหลือง ไม่มีไข้ ร่วมกับนอนราบไม่ได้ ปัสสาวะออกน้อย เท้าบวมกดบุ๋มทั้ง ๒ ข้าง (pitting edema ๒+) คลำชีพจรที่เท้าได้ไม่ชัดเจน ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing ทั้งสองข้าง มีเส้นเลือดที่คอโป่งพองเล็กน้อย (neck vein engorgement) การตรวจรังสีทรวงอก (Chest X-ray) มี Pulmonary infiltration ผลการตรวจ spirometry FEV₁/FVC ratio = ๖๐ % สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๖ มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด ๙๑ % แพทย์วินิจฉัย Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) with Chronic Heart Failure มีแผนการปรับยาพ่นเพื่อควบคุมอาการ และยาขับปัสสาวะ ร่วมกับการสอนใช้ยาพ่นใหม่และวางแผนร่วมกับญาติในการปรับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ปัจจุบันได้รับยา SERETIDE EVOHALER ๒๕/๒๕๐ mcg/puff พ่นวันละ ๒ ครั้ง ครั้งละ ๒ พัฟ เข้า-เย็น, BERODUAL MDI ๐.๑ mg/puff พ่นเช้า-ค่ำ ๑ ครั้ง เมื่อมีอาการกำเริบ, Furosemide (LASIX) ๔๐ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า, Spironolactone ๒๕ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า, Aspirin EC ๘๑ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า และ Omeprazole Cap. ๒๐ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนอาหารเช้า ๓๐ นาที ดูแลให้การพยาบาลโดยให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(Lifestyle) จำนวน ๕ ครั้ง และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ครั้งที่ ๑ ให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหัวใจล้มเหลว ร่วมกับการสอนใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี ครั้งที่ ๒ ปรับพฤติกรรมมารับประทานยาขับปัสสาวะ การรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ครั้งที่ ๓ สอนเรื่องการออกกำลังกาย การจัดการเมื่อเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗ แพทย์นัดติดตามอาการ ครบ ๓ เดือน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี และยังขาดทักษะในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ครั้งที่ ๔ ปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นผลเสียของการสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อโรคที่เป็นอยู่ ครั้งที่ ๕ ให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการอารมณ์ ลดความเครียดและความวิตกกังวล และวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะยาว

หลังจากให้การพยาบาล ให้คำปรึกษา และฝึกทักษะ รวมการติดตามทั้งหมดจำนวน ๕ ครั้ง พบว่า อาการทั่วไปปกติ ไม่เหนื่อย ไม่ไอ ไม่มีไข้ ไม่มีข้อบ่งชี้ ไม่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ไม่ได้ใช้ยาพ่นฉุกเฉิน ทำกิจกรรมได้ปกติ เหนื่อยเล็กน้อยบางครั้ง ไม่มีเท้าบวม ปัสสาวะออกปกติ รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ รวมระยะเวลาที่รับไว้ในการดูแล ๖ เดือน ติดตามการรักษาทั้งหมด ๕ ครั้ง

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ จำนวน ๑ ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นโรคที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งต้องได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง

๔.๒.๒ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งประเมินความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแล

๔.๒.๓ ศึกษาค้นคว้าจากตารางเอกสารทางวิชาการ

๔.๒.๔ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

๔.๒.๕ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสร้างความร่วมมือกับบุคลากรอื่น ๆ แบบสหวิชาชีพ

๔.๒.๖ ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

๔.๒.๗ เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

๔.๓.๒ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองใหญ่และเครือข่าย ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๗ ถึง วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๗ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๖ เดือน ติดตาม ๕ ครั้ง

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยพบว่า อาการทั่วไปปกติ ไม่เหนื่อย ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่มีขับเสมหะ ไม่มีอาการ หอบกำเริบเฉียบพลัน ไม่ได้ใช้ยาพ่นฉุกเฉิน ทำกิจกรรมได้ปกติ เหนื่อยเล็กน้อยบางครั้ง ไม่มีเท้าบวม ปัสสาวะ ออกปกติดี รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกับโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๕ ปี ประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มา ๑๐ ปี และเป็นโรคหัวใจ ล้มเหลวเรื้อรัง มา ๕ ปี มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่ควบคุมอาการได้ไม่ดี พ่นยาไม่สม่ำเสมอ และพ่นยาไม่ ถูกต้อง โดยผู้ป่วยเป็นคนเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีความคิดว่าไม่จำเป็นต้อง พ่นยาทุกวัน ถ้าไม่มีอาการ จึงต้องใช้การบูรณาการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้การสนับสนุนผู้ป่วย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยขาดความรู้ ความตระหนัก ทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้มีความวิตกกังวลสูง ไม่มั่นใจในการ ตัดสินใจตามแผนการรักษา

๒. ผู้ดูแลขาดความรู้ ทำให้การดูแลไม่ถูกต้อง ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่

๓. ผู้ป่วยมีอาชีพ ที่ต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบ จึงต้องหาแนวทางร่วมกันในการปรับพฤติกรรม ให้เหมาะสมมากที่สุด

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้ยา พ่นขยายหลอดลม

๒. มีช่องทางการให้คำปรึกษา ได้แก่ เบอร์โทร ทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรึกษาได้เมื่อเกิดปัญหา หรือต้องการความช่วยเหลือ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๘

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวกัลยา เหลืองกมลจินดา สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กัลยา เหลืองกมลจินดา

(นางสาวกัลยา เหลืองกมลจินดา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๓ / เมษายน / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกัลยา เหลืองกมลจินดา	กัลยา เหลืองกมลจินดา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วันเพ็ญ เพชรเหมือน

(นางสาววันเพ็ญ เพชรเหมือน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลหนองใหญ่

(วันที่) ๑๗ / เมษายน / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) 

(นางสาวน้ำเพชร เฌียบแหลม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่

(วันที่) ๑๘ / เมษายน / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) 

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) - ๖ มิ.ย. ๒๕๖๘ /

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรงพยาบาลหนองใหญ่

๒. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๓ ของประชากรโลก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบต่อผู้คนในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง และในกลุ่มผู้สูงอายุ (World Health Organization (WHO), ๒๐๒๓) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพในระยะยาว สาเหตุหลักของโรคนี้คือการสูบบุหรี่หรือการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศระยะยาว ทำให้ทางเดินหายใจเกิดการอักเสบและอุดตัน ทำให้ปอดไม่สามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ ผู้ป่วยโรคนี้อาจมีอาการหายใจลำบาก ไอเรื้อรัง และเหนื่อยง่าย ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง(สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๕) ประเทศไทยพบว่ามีประชากรร้อยละ ๑ หรือประมาณ ๗๐๐,๐๐๐ คน เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสะสมในปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวนหลายหมื่นรายในแต่ละเขตสุขภาพ โดยในเขตสุขภาพที่ ๖ มีผู้ป่วยเพิ่มจาก ๒๕,๐๐๐ คนในปี ๒๕๖๕ เป็น ๒๘,๐๐๐ คนในปี ๒๕๖๖ จากสถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองใหญ่ อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี ๒๕๖๕-๒๖๖๗ จำนวน ๓๔๘, ๓๓๗ และ ๒๘๐ ราย ตามลำดับ การจัดการโรคนี้ไม่เพียงแต่จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ยังต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาระการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ปัญหาหลักที่พบคือผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลให้การจัดการอาการไม่เหมาะสมและโรคกำเริบบ่อยครั้ง การส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและทักษะที่จำเป็นในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้ที่เหมาะสม การฝึกฝนทักษะการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรค เช่น การเลิกสูบบุหรี่ และการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการอาการ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น จะสามารถจัดการโรคของตนเองได้ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การจัดการตนเองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการส่งเสริมและให้กำลังใจดำเนินไปของโรค เกิดความตระหนักรู้ ยอมรับว่าการเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และแสดงความรับผิดชอบแก้ไขโดยการตอบสนองด้วยพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตัดสินใจปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยการประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพ (ธีระพันธ์ ไต้หนองแปน, ๒๕๖๖)

ดังนั้นในฐานะผู้รับผิดชอบงานคลินิก ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ร่วมกับคณะทำงานในการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในทิศทางเดียวกัน เป็นมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

๓. บทวิเคราะห์/ แนวคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข บทวิเคราะห์

การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพไม่สามารถทำได้เพียงแค่การใช้ยาหรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องมีการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการติดตามอาการ ซึ่งการจัดการตนเองเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการ แต่ยังช่วยลดการกำเริบของโรคและลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองมีผลบวกต่อการควบคุมอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการพัฒนาของอาการที่ช้าและเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การขาดความรู้หรือการไม่เข้าใจในวิธีการดูแลตนเองจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การไม่เข้าใจในการใช้ยา การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์ หรือการไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในคลินิก การปฏิบัติงานในปัจจุบันให้ศึกษาผู้ป่วย แนะนำการใช้ยาอย่างถูกวิธี หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และแนะนำเรื่องการบริหารปอด คำแนะนำต่างๆยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยยังเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยในปี ๒๕๖๕ ถึง ๒๕๖๗ พบว่ามีอัตราการกำเริบเฉียบพลัน ในปี ๒๕๖๕-๒๖๖๗ ร้อยละ ๑๓๖.๖๒, ๑๒๑.๑๓ และ ๑๐๘.๗๐ ตามลำดับ อัตราตาย ร้อยละ ๘.๙๑, ๘.๖๗ และ ๐.๙๗ ตามลำดับจากข้อมูลด้านสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มที่มีอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น (กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลหนองใหญ่, ๒๕๖๗) คณะทำงานจึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ โดยใช้แนวคิดวงจรการควบคุมคุณภาพ (PDCA Cycle) หรือวงจรเดมมิง (Deming Cycle) (เกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ, ๒๕๖๑) และส่งเสริมการสร้างทักษะในการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้โดยการให้ความรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, ๑๙๙๕) เพื่อให้มีการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและใช้กระบวนการที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตนเอง ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ลดปัจจัยที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และเสียชีวิต

แนวความคิด

๑. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, ๑๙๙๕) เป็นแนวคิดกระบวนการที่พัฒนาศักยภาพเสริมสร้างการรับรู้อย่างมีคุณค่า ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง และช่วยเหลือผู้อื่นได้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของกิบสันมี ๔ ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ ๑ การค้นพบสภาพการณ์จริงเป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ การรับรู้ โดยพิจารณาไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ ขั้นตอนที่ ๒ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยการชี้แนะให้วิเคราะห์และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ขั้นตอนที่ ๓ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติโดยคำปรึกษาและจัดสิ่งแวดล้อมและมุมเรียนรู้ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและใช้เหตุผลในการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกเรียนรู้และจดจำวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ขั้นตอนที่ ๔ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การจัดทำแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ มีการระดมสมองเพื่อจัดทำแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล สิ่งสำคัญในการดำเนินงานคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิก เป็นพยาบาลที่มาให้บริการที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจากงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทักษะในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการเสริมสร้างสมรรถนะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก จึงส่งพยาบาลในคลินิกเข้าอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีการประเมินสมรรถนะพยาบาลประจำคลินิกทุก ๖ เดือน เพื่อประเมินส่วนขาดและจะได้ทำแผนพัฒนาบุคลากร พร้อมทั้งนิเทศติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้

ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม ๒๕๖๘-มีนาคม ๒๕๖๙

กลุ่มเป้าหมาย

๑.ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่

๒.พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในหน่วยงาน

๒. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง,การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน

๓. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในคลินิก และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยใน

๔. แนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่

๕. นำเสนอแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางกับหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

๖.ทดลองนำแนวทางไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๗. ประเมินผลการใช้แนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่

๘.ปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน

๙. เสนอแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ ต่อคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วย (Patient care team) เพื่อชี้แจงและขอคำแนะนำ

ที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่

แผนผังกำกับงาน

กิจกรรม	เดือน					
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
	๖๘	๖๘	๖๘	๖๙	๖๙	๖๙
๑. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น ในหน่วยงาน	↔					
๒. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง,การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน	↔					
๓. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น ในคลินิก และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยใน		↔				
๔. แนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่						
๕. นำเสนอแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางกับหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน		↔		↔		
๖. ทดลองนำแนวทางไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				↔		
๗. ประเมินผลการใช้แนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่					↔	
๘. ปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน						↔
๙. เสนอแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ ต่อคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วย (Patient care team) เพื่อชี้แจงและขอคำแนะนำที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่						↔

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีแนวทางการสร้างทักษะในการดูแลตนเองสำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อการควบคุมอาการกำเริบของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปใช้ในแนวทางเดียวกัน

๔.๒ พยาบาลนำแนวทางการสร้างทักษะ ในการดูแลตนเองสำหรับการส่งเสริมการควบคุมอาการกำเริบของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

๔.๓ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีทักษะในการดูแลตนเองได้ อาการเหนื่อยลดลง ความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น และการกำเริบของโรคลดลง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ พยาบาลวิชาชีพงานพยาบาลผู้ป่วยนอก ปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี ร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองใหญ่

๕.๒.๑ ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง มีระดับทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (ประเมินจากแบบประเมินทักษะการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการรับบริการ)

๕.๒.๒ ร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง มีจำนวนครั้งของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง ภายในระยะเวลา ๖ เดือน หลังจากรับการติดตามต่อเนื่อง

(ลงชื่อ) กัลยา เจริญจินดา

(นางสาวกัลยา เหลืองกมลจินดา)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๓ / เมษายน / พ.ศ. ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๕). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. สืบค้น ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘, จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๖). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. สืบค้น ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘, จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๗). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. สืบค้น ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘, จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- เกียรติพงษ์ อุดมชนะธีระ.(๒๕๖๑). PDCA Cycle / วงจรการควบคุมคุณภาพหรือ วงจรเดมมิง (Deming Cycle). สืบค้น ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘, จาก <https://www.iokbu.com/article/innovation/pdca-cycle-deming-cycle>
- ธีระพันธ์ ไต้หนองแปน.(๒๕๖๖).ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ๓ (๑),๖-๑๕.
- โรงพยาบาลหนองใหญ่. (๒๕๖๗).สถิติรายงานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.๒๕๖๕.แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.๒๕๖๕.กรุงเทพฯ:สมาคม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.(๒๕๖๕).ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. สืบค้น ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘, จาก <https://hdc.moph.go.th/cbi/public/main>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.(๒๕๖๖).ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. สืบค้น ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘, จาก <https://hdc.moph.go.th/cbi/public/main>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.(๒๕๖๗).ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. สืบค้น ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘, จาก <https://hdc.moph.go.th/cbi/public/main>
- Gibson, C.H.(๑๙๙๕).The process of empowerment in mothers of chronically ill children.Journal of Advanced Nursing, ๒๑ (๖).
- World Health Organization (WHO). (๒๐๒๓). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease>

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางวัชรี้ ลือนาม	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลพานทอง</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานวิจัยและพัฒนา</u>	๒๓๑๖๑	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลพานทอง</u> <u>กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม</u>	๒๓๒๔๐	เลื่อนระดับ
		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)		
		ชื่อผลงานส่งประเมิน <u>ลำดับที่ ๑</u>				๑๐๐%
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน				
		นวัตกรรมการใช้อีซีเทิร์นพลัส เพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยแบบประคับประคอง				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				

๑๓๗ ๐๓๓๓

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑.เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี

๒.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗

รวมระยะเวลา ๘ เดือน ๒๐ วัน

๓.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๐) พบว่าแต่ละปีจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายราว ๔๐ ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ ๑๔ เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อุปสรรคสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือความเข้าใจและการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่แพทย์ แต่รวมถึงพยาบาลและอาสาสมัครทางการแพทย์ในชุมชน สาเหตุที่ทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากขึ้น มาจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (non-communicable diseases) ที่เพิ่มขึ้น และสถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของโลก

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น จึงเป็นที่แพร่หลายในต่างประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศแถบตะวันตก และเป็นที่รู้จักมากขึ้นในประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๒๐) ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรครักษาไม่หาย และคาดว่าจะมีชีวิตเหลือน้อยกว่า ๑ ปี เป็นการดูแลด้วยการป้องกัน บรรเทาอาการ ความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น แบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การยอมรับและเข้าใจว่าผู้ป่วยมีเวลาเหลืออีกไม่นาน ผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมตัว-เตรียมใจมาก่อน จะยังทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจครอบครัวมีความเศร้าโศกเสียใจ (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, ๒๕๖๑) การช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการจากไปอย่างสงบในบ้านที่คุ้นเคยได้อยู่กับครอบครัวและญาติพร้อมหน้าพร้อมตา ได้รับการบำบัดความเจ็บปวดทรมานให้พอรับได้ รวมทั้งครอบครัวไม่อยากเห็นผู้ป่วยเจ็บปวดทรมาน ต้องการสนับสนุนทั้งด้านความรู้และเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย(วรรณุช จันทะบุรณ์และบัวพันธ์ พรหมพักพิง, ๒๕๖๕)

แก่นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต้องอยู่บนฐานการเคารพในสิทธิมนุษยชนบนฐานสิทธิสุขภาพ (Human right to health) (จอณณะจง เพ็งจาดม, ๒๕๕๗) และควรเป็นการจัดบริการทางสาธารณสุขผ่านความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคลด้วย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๒๐) ระบุการเข้ารับบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั่วโลก แบ่งเป็นประเภทของโรค ดังนี้ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ ๓๘.๕ โรคมะเร็งร้อยละ ๓๔.๐ โรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ ๑๐.๓ โรคเอดส์ (Immune deficiency syndrome: AIDS) ร้อยละ ๕.๐ และโรคเบาหวานร้อยละ ๔.๖ นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น ไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอักเสบเรื้อรัง พาร์กินสัน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มโรคความผิดปกติทางระบบประสาทสมองเสื่อม ความพิการแต่กำเนิด วัณโรคดื้อยา และพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด โดยร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยเอดส์ และมะเร็ง และร้อยละ ๖๗ ของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดตั้งแต่ระดับทนรับไหวไปจนถึงระดับรุนแรงในช่วงสุดท้ายของชีวิต (WHO, ๒๐๒๐) ดังนั้นการเจ็บปวดในผู้ป่วยกลุ่ม opiates จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้ หรือเข้าถึงได้ยาก สรุปได้ดังนี้ (๑) การดูแลแบบประคับประคองไม่ถูกนับรวมไว้ในระเบียบด้านสาธารณสุขสากล (๒) การฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้บริการแบบประคับประคองมีจำกัด หรือไม่มีการฝึกอบรม (๓) ข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงกลุ่มยาบรรเทาหรือบรรเทาอาการปวด (๔) ความไม่เข้าใจแก่น นโยบายหรือประโยชน์ที่สาธารณะจะได้รับจากการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (๕) วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (๖) ความเข้าใจผิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เช่น เข้าใจว่าเป็นการดูแลเฉพาะกลุ่มมะเร็ง หรือเข้าใจคำว่า “ระยะสุดท้าย” ว่าเป็นการมีชีวิตเหลือแค่ไม่นาน อาจแค่ ๑ สัปดาห์ และ (๗) ความเข้าใจผิดเรื่องการใช้กลุ่มยาระงับปวดว่าจะยิ่งเพิ่มความรุนแรงมากกว่าเดิม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), ๒๕๖๒) ผลการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ (Lynch, et al., ๒๐๑๓) เรื่องการดูแลแบบประคับประคองของ ๒๓๔ ประเทศ พบว่ามีเพียง ๒๐ ประเทศเท่านั้น ที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขณะที่ร้อยละ ๔๒ ของพื้นที่ที่ศึกษาไม่มีการการดูแลแบบประคับประคองเลย ขณะที่การสำรวจจากคณะกรรมการควบคุมสารเสพติดนานาชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มี ๑๒๑ ประเทศในโลกที่มียาระงับอาการปวดให้บริการอย่างไม่เพียงพอแม้แต่จะให้บริการขั้นพื้นฐาน ดังนั้น นโยบายหรือระเบียบด้านสาธารณสุขต้องรองรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กำหนดโครงสร้างเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จัดฝึกอบรมหรือสร้างทรัพยากรบุคคลด้านการดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น และการออกนโยบายที่เอื้อให้ผู้ป่วยเข้าถึงกลุ่มยาบรรเทาอาการปวด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และมีผู้ป่วยแบบประคับประคองรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากความเห็นของแพทย์ในการวินิจฉัยด้วยรหัสโรค คือ Z.๕๑.๕ ปีพ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖ มีจำนวน ๑๑๐, ๑๔๐, ๑๔๖, ๑๕๐ และ ๒๕๑ ราย ตามลำดับ (งานเวชสถิติ รพ.พานทอง, ๒๕๖๖) แม้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะนำความรู้มาออกแบบระบบงาน เพื่อนำไปใช้วางแผนการดูแลผู้ป่วยและการตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับประคอง ตั้งแต่การประเมินทางร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยแบบประเมิน PPS v ๒, Pain scale (Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N., ๑๙๙๖) ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ การประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พร้อมนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับประคอง ตามลำดับ ปัญหาที่ผ่านมาพบว่า ๑) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่รู้สึกตัวไม่สามารถประเมินความต้องการได้เองทำได้เพียงร้อยละ ๑๓.๖ ๒) พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ไม่มีความรู้และความเข้าใจ มีผู้ที่ผ่านการอบรมเพียงร้อยละ ๖.๑ ๓) ข้อจำกัดเรื่องระเบียบราชการในการยืมอุปกรณ์ ๔) ไม่มีแนวทางการบริหารยาบรรเทาอาการที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาลดปวดระดับรุนแรง (Strong opioid) ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ เพียงร้อยละ ๑๑.๑, ๑๑.๗, ๑๔.๓, ๑๔.๑๗ และ ๑๙.๙ (โรงพยาบาลพานทอง งานเวชสถิติ, ๒๕๖๖) ๕) ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖ เพียงร้อยละ ๒๗.๒๓, ๒๐.๑๘, ๑๑.๘๔, ๑๙.๕๖ และ ๒๘.๕๒ (โรงพยาบาลพานทอง งานเยี่ยมบ้าน, ๒๕๖๖) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน การได้รับความรู้ความเข้าใจ การมีทักษะและความชำนาญด้านการพยาบาลแบบประคับประคองเพิ่มสูงขึ้น ย่อมจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสมตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านสู่ชุมชน

กระบวนการจัดการความรู้ คือ “การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจายในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึง ความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลต่อการเพิ่มขีดความสามารถขององค์กร ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ ๗ ขั้นตอน” (กระทรวงการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงการคลังและสำนักงานรัฐมนตรี, ม.ป.ป., ๒๕๖๗) และตามแนวคิดการจัดการความรู้ที่ประกอบด้วย ๗ ขั้นตอน (Rubenstein-Montano, et al., ๒๐๐๑) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วย (๑) กำหนดความรู้ (๒) การแสวงหาความรู้ (๓) การสร้างความรู้ (๔) การจัดเก็บความรู้ให้เป็นระบบ (๕) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (๖) การนำความรู้ไปใช้ และ (๗) การติดตามและประเมินผล โดยโปรแกรมการจัดการความรู้จะส่งผลต่อเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพจนถึงวาระสุดท้าย

ของชีวิต ตั้งแต่การป้องกัน บรรเทาอาการรบกวน ลดความทุกข์ทรมานจากการยื้อชีวิต โดยคาดว่าโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ที่พัฒนาขึ้นนี้ จะส่งผลทำให้โรงพยาบาลพานทองมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงและมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มสูงมากขึ้น และผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการคัดกรองเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกลับบ้านสู่ชุมชน รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความรู้และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพเป็นไปตามเป็นไปตามแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Service plan) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๓) โดยประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพจากการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนของผู้ป่วยซึ่งเป็นการบันทึกสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมายและใช้ในการสื่อสารกับทีมสุขภาพในการปฏิบัติงานประจำ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี

๑. เปรียบเทียบความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

๒. เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

สมมติฐานการวิจัย

๑. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ฯ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี มีความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

๒. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ฯ มีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

วิธีการศึกษา ประเภทของการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group, Pre-Post Test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ (๑) พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ป่วย อยู่ประจำในโรงพยาบาลพานทองตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป จำนวน ๙๘ คน เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ๔๐ คน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ๑๘ คน แผนกผู้ป่วยนอก ๑๓ คน งานชุมชน ๖ คน ห้องผ่าตัด ๑๐ คน ห้องคลอด ๑๐ คน พยาบาลจิตเวช ๑ คน (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง, ๒๕๖๖) และ (๒) เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายอยู่ในระยะสุดท้าย จำนวน ๑๒๐ แฟ้ม (โรงพยาบาลพานทอง งานเวชสถิติ, ๒๕๖๖)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ป่วย อยู่ประจำในโรงพยาบาลพานทองตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป คำนวนโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, F., et.al., ๒๐๐๗) กำหนดค่าความแม่นยำ (d) = ๑๐-๑๕ % ค่า Z = z - score กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ .๐๕ (๑.๙๖) ค่า N = จำนวนประชากร (สุรินทร์ ลงพิมาย, ๒๕๖๖) ได้ขนาดตัวอย่าง ๓๖ คน ใช้การสุ่มแบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ (๑) มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไปและดูแลผู้ป่วยโดยตรง (๒) ไม่อยู่ในระหว่างการอบรมระยะสั้นหรือลาศึกษาต่อ และ (๓) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

๑. โปรแกรมการจัดการความรู้ฯ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของกระบวนการจัดการความรู้ ๗ ขั้นตอนของกระทรวงการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงการคลังและสำนักงานรัฐมนตรี (ม.ป.ป.) และทฤษฎีการจัดการความรู้

(Rubenstein-Montano, et al., ๒๐๐๑) ๗ ขั้นตอน ดังนี้ ๑) การกำหนดความรู้/การบ่งชี้ความรู้ ๒) การสร้างและแสวงหาความรู้ ๓) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ ๔) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ ๕) การเข้าถึงความรู้ ๖) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และ ๗) การเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคอง (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพียสุพรรณ, ๒๕๕๙) ครอบคลุมการจัดกิจกรรมของการจัดการความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติ และชุมชนนักปฏิบัติ เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

๒. แบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประคอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น ๔ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๗ ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประคอง ประสบการณ์ด้านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประคอง เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ ๒ วัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประคองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบเลือกตอบว่า (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) จำนวน ๒๙ ข้อ ประกอบด้วย ๑) การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบระดับประคอง จำนวน ๓ ข้อ ๒) การประเมินอาการผู้ป่วย (Palliative Performance Scale version ๒: PPS v ๒ และ Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) จำนวน ๔ ข้อ (๓) การวางแผนการดูแลและการจัดการอาการรบกวน จำนวน ๓ ข้อ (๔) การทบทวนประเมินและวางแผนการดูแลใหม่ติดตามเป็นระยะ จำนวน ๒ ข้อ (๕) การประเมินปัญหาและความต้องการแต่ละด้านอย่างครอบคลุม จำนวน ๒ ข้อ (๖) การตอบสนองความต้องการทั้งด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ จำนวน ๒ ข้อ (๗) การจัดกิจกรรมส่งเสริมมิติด้านจิตวิญญาณ จำนวน ๑ ข้อ (๘) การให้ข้อมูล/ให้คำปรึกษา จำนวน ๓ ข้อ (๙) การทำหนังสือแสดงเจตนา จำนวน ๓ ข้อ (๑๐) การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา จำนวน ๑ ข้อ (๑๑) การวางแผนจำหน่ายและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย จำนวน ๒ ข้อ (๑๒) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน จำนวน ๓ ข้อ และนับคะแนนเป็นตอบถูก = ๑ คะแนน ตอบผิด = ๐ คะแนน

ส่วนที่ ๓ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประคอง แบ่งเป็น ๒ ส่วน

ส่วนที่ ๓.๑ ข้อมูลทั่วไป จำนวน ๑๓ ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ แบบเก็บข้อมูลประวัติการพยาบาลแบบระดับประคอง ภาวะแทรกซ้อน การประเมินและการรักษาที่ได้รับ เป็นแบบเติมคำ

ส่วนที่ ๓.๒ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประคองจำนวน ๑๒ ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหา ๑๒ หัวข้อแบบส่วนที่ ๒ ที่ได้จากบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยในเวชระเบียน เป็นแบบเลือกตอบ ๒ ตัวเลือก ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ กำหนดคะแนนเป็น ๑ และ ๐ ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item – objective congruence [IOC]) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน หาค่าระหว่าง ๐.๕ – ๑.๐๐ และหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน ๓๐ คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประคอง (KR-๒๐) เท่ากับ ๐.๗๘

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการรับรองตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข รับรองเมื่อวันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เลขที่โครงการวิจัย CBO Rcc. ๖๖-๐๘๗ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ โดยไม่ต้องอธิบาย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ยินยอมทั้งสิ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๑) พัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบระดับประคอง โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน คือ การพยาบาลผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้าย การจัดการอาการ

ทางร่างกายและความสุขสบาย การดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล การจัดการอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ และการช่วยเหลือสนับสนุน การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล การประสานงานตามแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนและการให้คำปรึกษา

๒) จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ครอบคลุม ๑๒ ประเด็น ตั้งแต่การคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง การประเมิน การให้ข้อมูล/ให้คำปรึกษา การพิจารณาตัดสินใจเลือกการตรวจและการรักษาที่เหมาะสม การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต จนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้านจิตใจหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคู่มือในสัปดาห์ที่ ๑

๓) ดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี จัดทำหลักสูตร แผนการอบรม แผนการให้คำปรึกษาและติดตามนิเทศ ชุมกิจกรรมตามกระบวนการจัดการความรู้ ๗ ขั้นตอน ดังนี้

๓.๑) วิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็น สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พร้อมรวบรวมเพื่อจัดทำคู่มือ

๓.๒) จัดทำคู่มือ จัดระบบการเรียนรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผ่านสื่อโซเชียล (QR code) และเอกสารที่จัดทำไว้ที่หน่วยงาน

๓.๓) จัดกิจกรรมส่งเสริมการการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี

๓.๔) ประเมินความรู้กลุ่มตัวอย่างผ่านแบบทดสอบความรู้

๓.๕) รวบรวมจัดเก็บความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

๓.๖) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้/เรียนรู้ด้วยกิจกรรม KM และการสนทนากลุ่ม ผ่านสื่อโซเชียลด้วยไลน์

๓.๗) ถอดบทเรียนจากกลุ่มเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี

ขั้นตอนการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ ๑ ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี พร้อมสัมภาษณ์แพทย์และทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลรวม ๕ คน ไม่รวมผู้วิจัย เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัญหาอุปสรรค และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อนำข้อมูลมายกร่าง โปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ รพ.พานทอง

ระยะที่ ๒ พัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ๗ ขั้นตอน เพื่อส่งเสริมความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, ๒๕๕๙) โดยกิจกรรมจัดการความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติและชุมชนนักปฏิบัติ เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ดำเนินกิจกรรมรวม ๘ สัปดาห์

สัปดาห์ที่ ๑ จัดทำแบบสอบถามก่อนดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ (๑) กำหนดความรู้ ทำการบ่งชี้ความรู้ และจัดทำแผนการจัดการความรู้โดยจัดประชุม ๑ ครั้งร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้ ๑๒ ประเด็น ครอบคลุมเนื้อหาการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย การจัดการอาการทางร่างกายและความสุขสบาย การดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล การจัดการอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะและสนับสนุนให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล การประสานงานตามแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การติดตามเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษา

สัปดาห์ที่ ๒ ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ (๒) การแสวงหาความรู้ จัดทำเนื้อหาขององค์ความรู้ที่เลือก ค้นหาผู้รู้จากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (๓) การสร้างความรู้ และ (๔) การจัดเก็บความรู้ให้เป็นระบบ ค้นหา/จำแนกแยกแยะ และรวบรวมจัดหมวดหมู่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี เป็นเอกสาร/คู่มือและQR Code

สัปดาห์ที่ ๓-๗ ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ (๕) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ เอกสาร คู่มือ Power Point โซเชียลมีเดีย และQR Code (๖) การนำความรู้ไปใช้ จัดกิจกรรม ๑) จัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้(ประสบการณ์จากความสำเร็จ/ความล้มเหลว) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ๒) จัดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แลกเปลี่ยนถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้จากการปฏิบัติงานและค้นหาแนวทางเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน

สัปดาห์ที่ ๘ (๗) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยทำแบบทดสอบหลังการทดลอง และประเมินผลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการหลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข รับรองเมื่อวันที่ ๒๗ เดือน ตุลาคม ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ เลขที่โครงการวิจัย CBO Rcc. ๖๖-๐๘๗ พร้อมดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

๑. จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี หลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยติดต่อกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อประสานงานแจ้งหัวหน้างาน ขอความร่วมมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูล

๒. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย ๑) นำแบบสอบถามและคำชี้แจงไปแจกแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๓๖ ชุดด้วยตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดและรวบรวมแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบกลับโดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองเฉพาะบุคคลปิดผนึกและผู้วิจัยเก็บกลับทันที ๒) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากเวชระเบียนผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ก่อนทดลอง(ต.ค.-ธ.ค.๒๕๖๖)จำนวน ๖๐ ฉบับ หลังทดลองปี (ก.พ.-เม.ย.๒๕๖๗) พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๖๐ ฉบับ

เป้าหมายของงาน

สัปดาห์ที่	กิจกรรม
๑	<u>ก่อนทดลอง</u> จัดทำแบบสอบถามก่อนดำเนินการกิจกรรม ๑) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพรวม ๓๖ คน ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้พยาบาลวิชาชีพตอบ ๒) ผู้วิจัยนำเวชระเบียน(ต.ค.- ธ.ค.๒๕๖๖)จำนวน ๖๐ แฟ้ม มาประเมินการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่พยาบาลได้บันทึกไว้ในเวชระเบียน โดยใช้ แบบประเมินการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใช้เวลา ประมาณ ๗ วัน
๑	<u>ดำเนินการกิจกรรม (๑) กำหนดความรู้</u> ทำการบ่งชี้ความรู้และจัดทำแผนการจัดการความรู้โดยจัดประชุม ๑ ครั้งใช้เวลา ๑๘๐ นาทีร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น ๑๒ ประเด็น
๒	<u>ดำเนินการกิจกรรม</u> จำนวน ๓ ครั้ง ใช้เวลา ครั้ง ละ ๖๐ นาที (๒) การแสวงหาความรู้ จัดทำเนื้อหาขององค์ความรู้ที่เลือก ค้นหาผู้รู้ที่เกี่ยวข้อง (๓) การสร้างความรู้ (๔) การจัดเก็บความรู้ให้เป็นระบบ จัดรวบรวมจัดหมวดหมู่ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำเป็นเอกสาร/คู่มือ และ QR Code
๓-๗	<u>ดำเนินการกิจกรรม</u> จำนวน ๖ ครั้ง ใช้เวลา ครั้ง ละ ๖๐ นาที (๕) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเผยแพร่ความรู้โดยผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสาร คู่มือ Power Point โซเชียลมีเดีย และQR Code

	(๖) การนำความรู้ไปใช้ เวทีแลกเปลี่ยน, CoP จัดกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยน จัดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ CoP การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้จากการปฏิบัติงานและค้นหาแนวทางเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างพยาบาลวิชาชีพ
๘	(๗) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จัดทำแบบสอบถามหลังดำเนินกิจกรรม(หลังทดลอง) ๑) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพรวม ๓๖ คน ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อีกครั้ง ๒) ประเมินการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พยาบาลได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยอีกกลุ่ม (ก.พ.-เม.ย. ๒๕๖๗) จำนวน ๖๐ ราย โดยใช้ แบบประเมินการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

๑. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับความรู้ ระดับการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผลการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. เปรียบเทียบระดับความรู้ ระดับการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผลการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมฯ และใช้ Independent t-test ของกลุ่มผู้ป่วย เปรียบเทียบกลุ่มก่อนทดลองและกลุ่มหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ โดยใช้ การทดสอบ K-S test พบว่า ชุดข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

๕. ผลสำเร็จของงาน

๑. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ๓๖ คน พบว่า

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นเพศหญิงร้อยละ ๑๐๐ มีอายุระหว่าง ๒๐-๓๐ ปีมากที่สุดร้อยละ ๓๖.๑๐ รองลงมาคืออายุ ๓๑-๔๐ ปีร้อยละ ๓๐.๖๐ โดยมีอายุเฉลี่ย ๓๖.๕ ปี (SD = ๙.๙๑) อายุน้อยสุด ๒๔ ปี สูงสุด ๕๘ ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ ๙๔.๔ และปริญญาโท ร้อยละ ๕.๖ ส่วนใหญ่มีอายุการทำงานในตำแหน่งงานในปัจจุบันที่ ๑๑ ปีขึ้นไปที่ยังร้อยละ ๕๐ มีอายุการทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบันมากที่สุด ๓๐ ปี มีอายุการทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบันน้อยที่สุด ๑ ปี โดยมีประสบการณ์การทำงานการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากที่สุด ๑-๕ ปีร้อยละ ๕๒.๘๐ รองลงมาที่ ๑๑ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๓๖.๑๐ ได้เข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองร้อยละ ๑๖.๖๗ ดังตาราง ๑

ตาราง ๑ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง (๓๖ คน)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=๓๖)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๐	๐
หญิง	๓๖	๑๐๐
อายุปัจจุบัน		
๒๐-๓๐ ปี	๑๓	๓๖.๑
๓๑-๔๐ ปี	๑๑	๓๐.๖
๔๑-๕๐ ปี	๙	๒๕.๐
๕๑-๖๐ ปี	๓	๘.๓

($\bar{X}$ = ๓๖.๕, SD = ๙.๙๑, Max = ๕๘, Min = ๒๔)

การศึกษา

ปริญญาตรี	๓๔	๙๔.๔
ปริญญาโท	๒	๕.๖

ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบัน

๑-๕ ปี	๑๕	๔๑.๗
๖-๑๐ ปี	๓	๘.๓
๑๑ ปีขึ้นไป	๑๘	๕๐.๐

($\bar{X}$ = ๑๑.๕๓, SD = ๙.๑๕, Max = ๓๐, Min = ๑)

ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๑-๕ ปี	๑๙	๕๒.๘
๖-๑๐ ปี	๔	๑๒.๑
๑๑ ปีขึ้นไป	๑๓	๓๖.๑

($\bar{X}$ = ๙.๐๘, SD = ๘.๐๓, Max = ๒๘, Min = ๑)

การอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ไม่เคย	๓๐	๘๓.๓๓
เคย	๖	๑๖.๖๗

๒. ผลการเปรียบเทียบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวมและในรายด้านทั้ง ๑๒ ด้านมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ดังตาราง ๒

ตาราง ๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การพยาบาลแบบประคับประคองโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและ

หลังการทดลองของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ t- test (n = ๓๖)

ความรู้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในรายด้านและโดยรวม	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$ (SD)	t
๑. การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	๒.๕๘ (๐.๙๔)	๔.๔๗ (๐.๘๔)	-๘.๔๑๐***
๒. การประเมินอาการผู้ป่วย (PPSV๒ และ ESAS)	๑.๙๒ (๑.๒๐)	๓.๙๒ (๐.๓๗)	-๙.๘๔๕***
๓. การวางแผนการดูแลและการจัดการอาการรบกวน	๒.๗๕ (๐.๖๙)	๓.๓๓ (๐.๖๘)	-๔.๑๖๒***
๔. การประเมินและวางแผนการดูแลใหม่เป็นระยะ	๒.๐๖ (๐.๗๑)	๔.๐๐ (๐.๐๐)	-
			๑๖.๓๑๙***
๕. การประเมินปัญหาและความต้องการที่ครอบคลุม	๒.๕๖ (๐.๕๖)	๒.๙๗ (๐.๑๗)	-๔.๑๔๒***
๖. ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ	๒.๓๙ (๐.๗๗)	๓.๗๒ (๐.๔๕)	-๙.๖๖๑***
๗. การจัดกิจกรรมส่งเสริมมิติด้านจิตวิญญาณ	๑.๗๘ (๐.๔๒)	๒.๐๐ (๐.๐๐)	-๓.๑๖๒**
๘. การให้ข้อมูล/ให้คำปรึกษา	๓.๑๗ (๐.๖๑)	๓.๙๒ (๐.๒๘)	-๖.๕๐๕***
๙. การทำหนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาในช่วงท้ายของชีวิต	๑.๓๓ (๐.๖๓)	๓.๐๐ (๐.๐๐)	-
			๑๕.๘๑๑***
๑๐. การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษา ในช่วงท้ายของชีวิต	๑.๑๔ (๐.๖๘)	๑.๕๓ (๐.๕๑)	-๒.๙๐๗**
๑๑. การวางแผนจำหน่ายและการเตรียมความพร้อม	๓.๑๙ (๐.๗๑)	๔.๐๐ (๐.๐๐)	-๖.๘๐๘***
๑๒. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน	๑.๒๘ (๐.๕๗)	๒.๔๒ (๐.๘๗)	-๖.๗๐๙***

โดยรวม	๒๖.๑๔ (๓.๔๕)	๓๙.๒๘ (๒.๓๕)	- ๑๙.๓๙***
--------	-----------------	-----------------	---------------

***p < .๐๐๑, ** p < .๐๑

๓.ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มก่อนทดลอง ๖๐ คน และกลุ่มหลังทดลอง ๖๐ คน พบว่า

กลุ่มก่อนทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ ๖๖.๖๗ มีอายุระหว่าง ๖๐-๗๙ ปีมากที่สุดร้อยละ ๕๕.๐๐ รองลงมา คืออายุ ๘๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒๖.๖๗ โดยมีอายุเฉลี่ย ๗๒.๖๗ ปี (SD = ๑๔.๓๔) อายุน้อยสุด ๔๔ ปี สูงสุด ๙๘ ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดร้อยละ ๓๕.๐๐รองลงมาคือ การติดเชื้อในระบบต่างๆ

กลุ่มหลังทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ ๕๘.๓๓ มีอายุ ๘๐ ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ ๔๘.๓๓ รองลงมา คืออายุ ๖๐ - ๗๙ ปี โดยมีอายุเฉลี่ย ๗๔.๘๘ ปี (SD = ๑๒.๙๘) อายุน้อยสุด ๔๖ ปี สูงสุด ๙๘ ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ร้อยละ ๓๘.๓๓ รองลงมาคือ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ ๑๕ และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๑๓.๓๓ ตามลำดับ ดังตาราง ๓

ตาราง ๓ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังทดลอง

(N_๑ = N_๒ = ๖๐)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนทดลอง (๖๐)		หลังทดลอง (๖๐)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	๔๐	๖๖.๖๗	๒๕	๔๑.๖๗
หญิง	๒๐	๓๓.๓๓	๓๕	๕๘.๓๓
อายุปัจจุบัน				
๔๐-๕๙ ปี	๑๑	๑๘.๓๓	๗	๑๑.๖๗
๖๐-๗๙ ปี	๓๓	๕๕.๐๐	๒๔	๔๐.๐๐
๘๐ ปีขึ้นไป	๑๖	๒๖.๖๗	๒๙	๔๘.๓๓
($\bar{X}_{๑}$ = ๗๒.๖๗, SD _๑ = ๑๔.๓๔, Max _๑ = ๙๘, Min _๑ = ๔๔)				
($\bar{X}_{๒}$ = ๗๔.๘๘, SD _๒ = ๑๒.๙๘, Max _๒ = ๙๘, Min _๒ = ๔๖)				
วินิจฉัยโรค				
มะเร็งทุกชนิด	๒๑	๓๕.๐๐	๖	๑๐.๐๐
โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	๑๕	๒๕	๙	๑๕.๐๐
ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	๑๐	๑๖.๖๗	๒๓	๓๘.๓๓
โรคหลอดเลือดสมอง	๕	๘.๓๓	๘	๑๓.๓๓
โรคระบบทางเดินอาหาร (เลือดออกในกระเพาะ)	๔	๖.๖๗	๐	๐
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	๓	๕.๐๐	๑	๑.๖๘
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	๒	๓.๓๓	๐	๐
โรคลมชัก	๐	๐	๒	๓.๓๓
เบาหวานและโรคไตเรื้อรัง	๐	๐	๕	๘.๓๓
ภาวะหัวใจล้มเหลว	๐	๐	๔	๖.๖๗
แผลติดเชื้อ	๐	๐	๒	๓.๓๓
การประเมิน PPS V ๒				
๑๐	๑๑	๑๘.๓๓	๑๒	๒๐.๐๐

๒๐	๑๔	๒๓.๓๓	๑๖	๒๖.๖๗
๓๐	๑๔	๒๓.๓๓	๑๔	๒๓.๓๓
๔๐	๗	๑๑.๖๗	๖	๑๐.๐๐
๕๐	๑๔	๒๓.๓๔	๑๒	๒๐.๐๐
สถานะจำหน่าย				
จำหน่ายกลับบ้าน	๒๒	๓๖.๖๗	๓๗	๖๑.๖๗
เสียชีวิตที่โรงพยาบาล	๓๘	๖๓.๓๓	๒๓	๓๘.๓๓

๔. ผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยรวมและในรายด้านทั้ง ๑๒ ด้าน ในเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มหลังการทดลอง มากกว่าในกลุ่มก่อนการทดลอง (ตาราง ๔)

ตาราง ๔ เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ($N_๑ = N_๒ = ๖๐$)

คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองรายด้านและโดยรวม	กลุ่มก่อนการทดลอง ($N_๑ = ๖๐$) μ (σ)	กลุ่มหลังการทดลอง ($N_๒ = ๖๐$) μ (σ)
๑. การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	๐.๕๕ (๐.๕๐)	๐.๙๕ (๐.๒๒)
๒. การประเมินอาการผู้ป่วย (PPS v ๒ และ ESAS)	๐.๕๘ (๐.๕๐)	๐.๙๒ (๐.๒๘)
๓. การวางแผนการดูแลและการจัดการอาการรบกวน	๐.๕๓ (๐.๕๐)	๐.๙๕ (๐.๒๒)
๔. การทบทวนประเมินและวางแผนการดูแลใหม่เป็นระยะ	๐.๖๐ (๐.๔๙)	๐.๙๒ (๐.๒๘)
๕. การประเมินปัญหาและความต้องการแต่ละด้านอย่างครอบคลุม	๐.๖๗ (๐.๔๘)	๐.๙๕ (๐.๒๒)
๖. การตอบสนองความต้องการทั้งด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ	๐.๘๘ (๐.๓๒)	๑.๐๐ (๐.๐๐)
๗. การจัดกิจกรรมส่งเสริมมิติด้านจิตวิญญาณ	๐.๖๕ (๐.๔๘)	๐.๙๕ (๐.๒๒)
๘. การให้ข้อมูล/ให้คำปรึกษา	๐.๗๒ (๐.๔๕)	๐.๙๒ (๐.๒๘)
๙. การทำหนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาในช่วงท้ายของชีวิต	๐.๖๒ (๐.๔๙)	๐.๙๕ (๐.๒๒)
๑๐. การวางแผนจำหน่ายและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	๐.๖๐ (๐.๔๙)	๐.๗๕ (๐.๔๔)
๑๑. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน	๐.๕๓ (๐.๕๐)	๐.๘๗ (๐.๓๔)
โดยรวม	๗.๕๗ (๑.๘๔)	๑๐.๙๕ (๑.๔๔)

๕. ผลลัพธ์ตัวชี้วัดตาม Service plan Palliative care ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยก่อนการทดลองได้รับการรักษาด้วย Strong opioid ร้อยละ ๑๘.๓๓ และผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้รับการประเมินและติดตามอาการต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment Scale หรือ ESAS) ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ ๖๓.๓๓ ที่เหลือได้รับการจำหน่ายกลับบ้านร้อยละ ๓๖.๖๗ ทั้งนี้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ ๓๑.๘๒ สำหรับในรายที่เสียชีวิตทั้งหมดครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินภาวะโศกเศร้าภายหลังการสูญเสีย ความพึงพอใจต่อการได้รับการพยาบาลแบบประคับประคองร้อยละ ๘๙.๑๕

ผู้ป่วยหลังการทดลอง ได้รับการรักษาด้วย Strong opioid ร้อยละ ๔๓.๓๓ ผู้ป่วยหลังการทดลองทั้งหมดได้รับการประเมินและติดตามอาการต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment Scale หรือ ESAS) ร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ ๖๑.๖๗ และเสียชีวิตที่รพ. ร้อยละ ๓๘.๓๓ ผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ ๘๙.๓๖ สำหรับในรายที่เสียชีวิตครอบครัว

ได้รับการประเมินภาวะโศกเศร้าภายหลังการสูญเสียร้อยละ ๖๕.๒๒ ความพึงพอใจต่อการได้รับการพยาบาลแบบประคับประคองร้อยละ ๙๖.๗๘ ดังตาราง ๕

ตาราง ๕ เปรียบเทียบผลลัพธ์ตัวชี้วัดตาม Service plan Palliative ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพานทอง จ.ชลบุรี

ข้อมูลตัวชี้วัดตาม Service plan	ก่อนทดลอง (๖๐)		หลังทดลอง (๖๐)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑.ได้รับ Advance care plan	๔๗	๗๘.๓๓	๖๐	๑๐๐
๒.ได้รับการประเมิน ESAS				
< ๓ all	๐	๐	๕๗	๙๕.๐๐
> ๓	๐	๐	๓	๕.๐๐
๓.ได้รับการรักษาด้วย Strong opioid				
MO (๑:๑๐)	๑๑	๑๘.๓๓	๒๖	๔๓.๓๓
๔.ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	๗	๓๑.๘๒	๓๓	๘๙.๓๖
๕.ครอบครัวได้รับประเมินภาวะโศกเศร้าหลังการสูญเสีย	๐	๐	๑๕	๖๕.๒๒
๖.ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลประคับประคอง		๘๙.๑๕		๙๖.๗๘

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

๑. หลังจากพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซูลีรัตน์ สารรัตน์ และคณะ (๒๕๖๓) ที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งมีขั้นตอนการดูแล ๗ ขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการติดตามผลหลังจำหน่าย ช่วยเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาโดย ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ (๒๕๕๑) ที่พบว่า โปรแกรมการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยเพิ่มความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. พยาบาลได้ปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่าพยาบาลมีการนำความรู้และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองไปประยุกต์ใช้ในงานจริงได้มากขึ้น มีการพยาบาลที่เป็นระบบและครบถ้วนมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการติดตามอาการในเวชระเบียนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของจุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ (๒๕๖๖) ที่ระบุว่าการพัฒนากระบวนการดูแลในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ช่วยเพิ่มความพึงพอใจใน ๔ ด้านหลัก และส่งผลดีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ขณะเดียวกันก็สอดคล้องกับการศึกษาของบงกชรัตน์ ยานะรมย์ (๒๕๖๓) ที่พบว่าการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลโสธรช่วยเพิ่มผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และสนับสนุนกับการวิจัยของวรัญญา จิตรบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล (๒๕๖๕) ที่พบว่าการจัดการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงความเครียดและความวิตกกังวลลดลงอย่างเห็นได้ชัด พร้อมทั้งเพิ่มความพึงพอใจต่อทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นการนำแนวทางหรือโปรแกรมการจัดการความรู้เข้าสู่กระบวนการพยาบาลจริง ส่งผลให้พยาบาลมีการปฏิบัติงานตามหลักการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นทั้งในด้านกาย จิตใจ และครอบครัว

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

โปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ที่พัฒนาขึ้นทำให้พยาบาลมีความรู้และเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบ

ระดับประคองที่ดีเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณตามแผนเพิ่มสูงขึ้นทุกด้านตั้งแต่การคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลเมื่อรับไว้ในรพ.จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านสู่ชุมชน ดังนั้นควรนำโปรแกรมการจัดการความรู้นี้ ไปใช้ในการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาล/เครือข่ายสุขภาพระดับต่างๆ ต่อไป

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

โปรแกรมการจัดการความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ต้องมีการดำเนินการและพัฒนาอย่างเหมาะสม โดยการค้นคว้าหาข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Palliative care เนื่องจากผู้ป่วย Palliative และครอบครัวจะมีความเชื่อทางวัฒนธรรม จิตวิญญาณ ที่แตกต่างกัน รวมทั้งความพร้อมของแต่ละครอบครัวที่ไม่เท่ากัน สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงการคัดเลือกวิธีถ่ายทอดกิจกรรม KM โปรแกรมการจัดการความรู้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัย มีลักษณะการปฏิบัติงานเป็นผลัด มีภาระงานมากส่งผลถึงการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างต่อเนื่องในแต่ละครั้ง ต้องใช้การประสานงานที่สูงนอกจากนี้ยังมีอายุการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ทำให้มีความหลากหลายในองค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดังนั้นจึงต้องกำหนดเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการความรู้ให้เหมาะสม รวมทั้งวิธีการทำกิจกรรมKM และการวัดผลที่ชัดเจน

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้แม้จะมีการวางแผนอย่างรอบคอบ แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัด ดังนี้

๘.๑.ภาระงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการต้องปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยควบคู่ไปกับการเข้าร่วมวิจัย ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านเวลาและความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรม KM หรือการตอบแบบประเมิน

๘.๒.ข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพมีลักษณะการปฏิบัติงานเป็นผลัดและมีหลายหน่วยงาน ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มใหญ่ได้ไคราวเดียว ต้องแบ่งเป็นกลุ่มย่อยและจัดกิจกรรมหลายรอบ ส่งผลต่อระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยที่นานขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านการบริหารการพยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรีที่พัฒนานี้มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย และครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล กำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้ได้รับการอบรม

๙.๒ ด้านวิชาการ ควรติดตามผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง ติดตามผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยได้ดีเพียงใด และจัดทำเป็นฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

๙.๓. ด้านบริการ ควรนำแนวทางตามโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพระดับต่างๆให้เพิ่มมากขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี นำเสนอผลงานในระดับต่างๆ ดังนี้

๑) ระดับโรงพยาบาลพานทอง

๑.๑.นำเสนอผลงานวิจัยให้กับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ในการประชุมการนำเสนอผลงานวิจัย-R๒R/CQI/นวัตกรรม ปี๒๕๖๗ ของโรงพยาบาลพานทอง จำนวน ๒ รอบ คือวันที่ ๑๘ เมษายน และ วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗

๑.๒. นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ภายใต้เวทีนำเสนอตัวชี้วัดของโรงพยาบาล

๒) ระดับจังหวัด

นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๘ - ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

๓) ระดับเขตสุขภาพ

นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ ๖ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๓ - ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

๔) นำเสนอผลงาน ในวารสารพยาบาล ของสมาคมพยาบาล (Thai Journal of Nursing) ๗๔(๒), ๒๐๒๕)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑.) นางวัชรลี ลือนาม สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางวัชรลี ลือนาม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวัชรลี ลือนาม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวรุ่งทิวา จันทน์นุ่ม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายปิยะวิทย์ หอมดลทิน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

(วันที่) 21 / เมษายน / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ (ต่อ)

(ลงชื่อ)
(.....) (นายเกษณ สกฤตแพทย์)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.....
(วันที่) ๖ มิ.ย. ๒๕๖๔ /
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่ง
ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส เพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยแบบประคับประคอง

๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๐) พบว่าแต่ละปีจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายราว ๔๐ ล้านคน สาเหตุที่ทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากขึ้น มาจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (non-communicable diseases) ที่เพิ่มขึ้น และสถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของทั่วโลก

โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และมีผู้ป่วยแบบประคับประคองรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากความเห็นของแพทย์ในการวินิจฉัยด้วยรหัสโรค คือ Z.๕๑.๕ ปีพ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗ มีจำนวน ๑๔๐, ๑๔๖, ๑๕๐, ๒๕๑ และ ๒๖๘ ราย ตามลำดับ เกิดแผลกดทับในรพ.ร้อยละ ๘.๗๐, ๘.๘๒, ๕.๔๗, ๖.๓๑ และ ๑๐.๙๒ ตามลำดับ (งานเวชสถิติ รพ.พานทอง, ๒๕๖๗) และผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน หากมีชีวิตอยู่เกิน ๓ เดือนจะเกิดแผลกดทับมากกว่าร้อยละ ๓๐ (งานเยี่ยมบ้าน รพ.พานทอง, ๒๕๖๗)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยระยะท้ายคือ PPS (Palliative Performance Scale) ช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบ่งระดับทั้งหมด ๑๑ ระดับไล่ตั้งแต่ ๑๐๐% ลงไปถึง ๐% เป็นการประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ ด้านจิตใจ อารมณ์ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พร้อมนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินได้ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล (Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N., ๑๙๙๖) เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น ๓ กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>๗๐%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (๐-๓๐%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง ๒ กลุ่มดังกล่าว (๔๐-๗๐%) ประโยชน์ของPPSคือ ใช้ติดตามผลการรักษา และประเมินภาระงานของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีคะแนน $\leq ๓๐\%$ หมายถึงผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด ซึ่งการนอนติดเตียงตลอดเวลา ย่อมส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับสูง เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ ๗๐ (Lindgren et al., ๒๐๐๒) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดแผลกดทับ เช่น การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ภาวะทุโภชนาการ แรงเสียดทาน แรงเฉือนและความเปียกชื้น (Anderson & Braun, ๑๙๙๙; Lindgren et al., ๒๐๐๒) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และนอนติดเตียง ๑) เมื่อเกิดแผลกดทับจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง ๔-๖ เท่า (Moore, Z. H., & Cowman, S., ๒๐๑๐) ๒) ปัญหาการเกิดแผลกดทับส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง หรือมีการติดเชื้อไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ก็จะกลายเป็นเนื้อตายที่สามารถลุกลามเป็นบริเวณกว้างและลึกได้ในเวลาไม่นาน จนอาจทำให้สูญเสียอวัยวะ หรือติดเชื้อจนส่งผลให้การทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว และเสียชีวิตได้ในที่สุด (Young, T., ๒๐๑๔) ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ปัญหาจึงควรได้รับการจัดการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียง

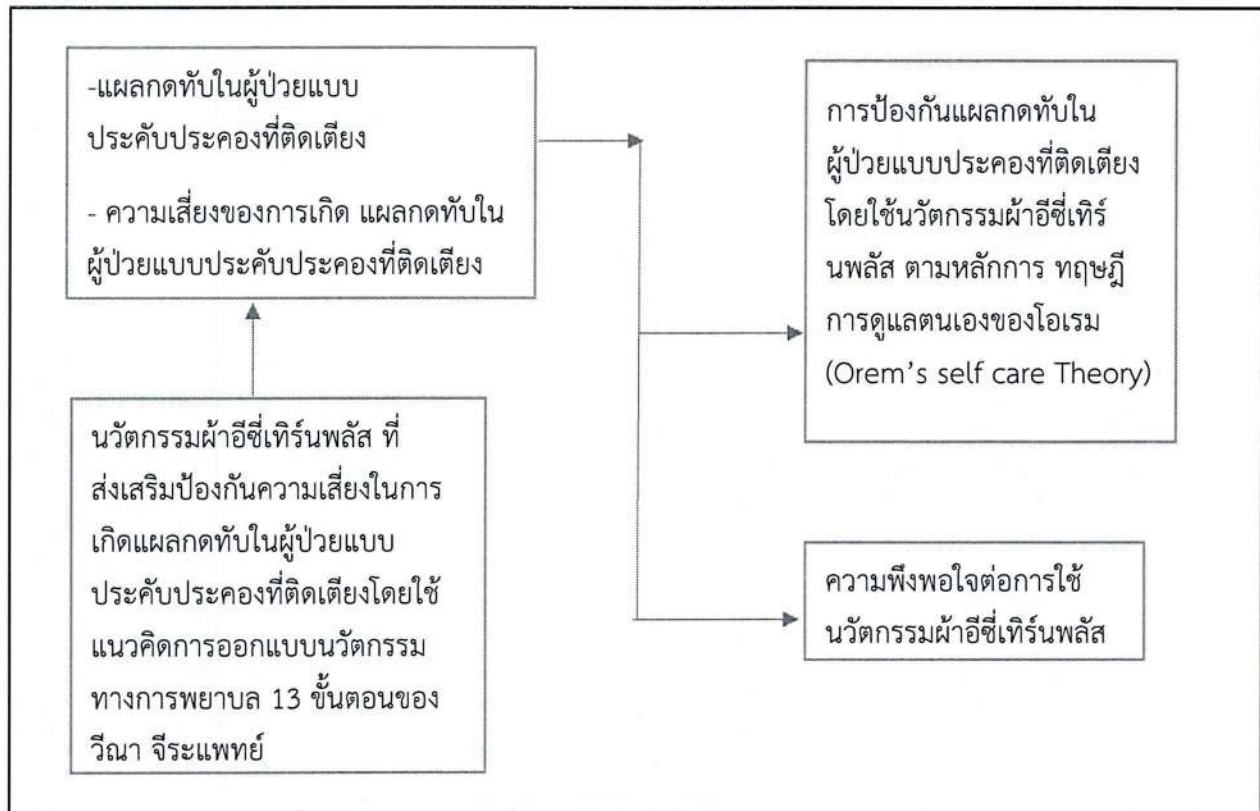
การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นับเป็นเรื่องยากและลำบากสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากต้องใช้พลังกำลังสูงในการยก และพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ซึ่งคนเดียวอาจทำไม่ได้หรือเกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพลิกตะแคงตัว ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สำคัญและมีความจำเป็นในการป้องกันแผลกดทับ การจัดทำในการป้องกันและจัดการกับแผลกดทับในท่านอน ต้องพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุกๆ ๒ ชั่วโมง ทั้งซ้ายและขวาสลับกัน (ศิริกัญญา อุสาห์พริยกุล และศากุล ช่างไม้, ๒๕๖๔) หากพลิกตะแคงผิดพลาด อาจเพิ่มความรุนแรงของปัญหาแผลกดทับ และอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลกดทับ คือการเกิดแรงเสียดสี หากผู้ป่วยถูกลากหรือดึงจะเกิดการหลุดลอกของผิวหนังชั้นนอกและเนื้อเยื่อถูกทำลายได้ทำให้

อาการรุนแรงขึ้น (Gebhardt, K., ๒๐๐๒) นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ช่วยลดปัญหานี้ได้ ช่วยผ่อนแรงของผู้ดูแลในการยกตัว และพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยให้สามารถทำได้โดยง่าย พร้อมทั้งเกิดความสะดวกสบายในการทำความสะดวกเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย ไม่เกิดการเปื้อกขึ้น หมักหมม ลดการเกิดอุบัติเหตุการเกิดแผลกดทับทั้งในโรงพยาบาลรวมทั้งเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

๓. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส นี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ โอเร็ม และแนวคิดการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ของวีณา จีระแพทย์ มาเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส โดยโอเร็ม ได้กล่าวถึงโมทัศน์ด้านความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ว่า เมื่อความต้องการในการดูแลตนเอง มากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการความช่วยเหลือในการดูแล (Orem, D. E., Taylor, S., & Renpenning, K. M. ๒๐๐๑) ความพร้อมในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียง จึงเป็นความต้องการในการดูแลตัวเองมากกว่าความสามารถในการดูแลตัวเองได้ (demand is greater than abilities) เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องการ การดูแลจากผู้ดูแล เกือบทั้งหมด นอกจากนี้ วีณา จีระแพทย์ ได้กล่าวว่า การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ มี ๑๓ ขั้นตอน (วีณา จีระแพทย์, ๒๕๕๒) ซึ่งนวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัสนี้ สามารถเชื่อมโยงกับขั้นตอนของการพัฒนานวัตกรรม ทางทางการแพทย์ได้ดังนี้ ๑) การมองเห็นปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล คือ ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียงเกิดแผลกดทับมีจำนวนสูงขึ้น ๒) การประเมินความต้องการเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียง (need analysis) ๓) การสร้างแนวร่วม โดยขอความร่วมมือผู้ดูแล ๔) การกำหนด ประเด็นที่ต้องการพัฒนานวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัสให้มีประสิทธิภาพ ๕) การทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมทางการแพทย์ ที่ช่วยป้องกันและลดการเกิดแผลกดทับอย่างเป็น ระบบ (systematic review) ๖) การสังเคราะห์ความรู้ ที่ได้จากรรณกรรมที่มีคุณภาพ ๗) การออกแบบผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ ๘) การกำหนดวิธีการ วัด(measurement)ประสิทธิผลของนวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส ๙) การกำหนดรายละเอียดวิธีการใช้ นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส ๑๐) การทดลองใช้นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส ๑๑) การประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัสคือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ความก้าวหน้าของการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจของผู้ดูแล ๑๒) การบันทึกโดยสรุปผลพร้อมแหล่งอ้างอิง ๑๓) การเผยแพร่ นวัตกรรมให้สามารถนำไปใช้ได้ใช้จริง โดยมีการประเมินผลลัพธ์

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญในการจัดทำนวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัสที่ช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียง โดยจะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียง ในชุมชนคือที่บ้านของผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถที่จะยกตัวผู้ป่วย พลิกตะแคงตัวไปด้านซ้ายและขวา และทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยขับถ่ายได้โดยง่าย นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัสนี้จะส่งผลต่อเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ตั้งแต่การป้องกัน ลดความทุกข์ทรมานจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงคือการเกิดแผลกดทับ ให้มีประสิทธิภาพเป็นไปตามเป็นไปตามแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Service plan) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ , ๒๕๖๓) โดยคาดว่านวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัสที่พัฒนาขึ้นนี้ จะส่งผลทำให้โรงพยาบาลพานทองมีนวัตกรรมทางการแพทย์ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียง สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง แนวโน้มของอุบัติเหตุการเกิดแผลกดทับเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านลดลง และผู้ที่มีความพึงพอใจหลังใช้ นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self care Theory) บูรณาการร่วมกับการออกแบบ นวัตกรรมทางการแพทย์ ๑๓ ขั้นตอน ของวีณา จีระแพทย์ ตามกรอบแนวคิด ดังภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิด

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

๑. ประสิทธิผลของนวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นนพลัส ต่อการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยแบบระดับประคองที่ติดเตียง
๒. ความพึงพอใจของผู้ดูแลที่มีต่อการใช้นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นนพลัส

ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและตัดสินใจรับการรักษาแบบระดับประคอง มีระดับคะแนนจากการประเมิน PPS $\leq 30\%$ ที่เข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาลและได้รับการจำหน่ายกลับบ้านและยินดียินดีรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน ๓๐ ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า(inclusion criteria) ได้แก่

๑. เป็นผู้ป่วยแบบระดับประคองที่มีระดับคะแนน PPS $\leq 30\%$ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และมีผู้ดูแล
๒. ผู้ป่วย- ผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการศึกษา
๓. ผู้ดูแลมีความสามารถในการใช้นวัตกรรมฯ
๔. มีโทรศัพท์ แอปพลิเคชัน LINE สำหรับส่งข้อมูลและสื่อสารกับผู้วิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ ๑ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

๑) แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและมีแผลกดทับรพ.พานทอง (FM-IPD-๑๐)(ศูนย์คุณภาพ รพ.พานทอง, ๒๕๖๗) ประกอบด้วย ๓ ส่วนคือ

๑.บันทึกการเกิดแผลกดทับ

๒.การประเมิน Braden Scale

๓.สรุปการเกิดแผลกดทับ หากคะแนน ≤ 16 คะแนนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

๒)แบบประเมินความก้าวหน้าการเกิดและการหายของแผลกดทับแบบPUSH Tool(Pressure Ulcer Scale for Healing:PUSH Tool version๓.๐)ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสากล ที่พัฒนาโดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของการหายของแผล โดยประเมินจาก ขนาดของแผล ปริมาณสารคัดหลั่ง และลักษณะพื้นแผล คะแนนรวมสูงสุดอยู่ที่ ๑๗ คะแนน หมายถึงแผลไม่ดี มีความรุนแรงสูง แผลที่ดีขึ้น คะแนน PUSH จะลดลงๆและคะแนนต่ำสุด ๐ คะแนน หมายถึงแผลหายสนิท(กองการพยาบาล,๒๕๖๓)

๓)แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมฯ ประกอบด้วย ๒ ส่วน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ โรคที่เป็น ระดับคะแนน PPS ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามข้อมูลความพึงพอใจ ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านการใช้งาน และด้านคุณค่า ความคิดเห็นของการใช้นวัตกรรมเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนมีดังนี้

๑.ค่าเฉลี่ย ๔.๕๑-๕.๐๐ หมายถึง ความพึงพอใจ ระดับดีมาก

๒.ค่าเฉลี่ย ๓.๕๑-๔.๕๐ หมายถึง ความพึงพอใจ ระดับดี

๓.ค่าเฉลี่ย ๒.๕๑-๓.๕๐ หมายถึง ความพึงพอใจ ระดับปานกลาง

๔.ค่าเฉลี่ย ๑.๕๑-๒.๕๐ หมายถึง ความพึงพอใจ ระดับน้อย

และ ๕.ค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๕๐ หมายถึง ความพึงพอใจ ระดับน้อยมาก ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังใช้นวัตกรรมฯครบ ๘ สัปดาห์

ส่วนที่ ๒ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแล ตนเองของโอเรม (Orem's self care Theory) บูรณาการร่วมกับการออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล ๑๓ ขั้นตอนของ วิณา จีระแพทย์ (วิณา จีระแพทย์,๒๕๕๒)

วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ในการทำนวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์น พลัส

๑) ผ้าแคนวาส

๒) ผ้าก๊นขอบ

วิธีการประดิษฐ์

๑) นำผ้าแคนวาส ๑ หลามาเย็บริมผ้าทั้ง ๔ ด้าน แบ่งเป็น ๒ ขนาดคือ

M ขนาดกว้าง ๘๐ เซนติเมตรx ยาว ๘๐ เซนติเมตร

L ขนาดกว้าง ๙๐ เซนติเมตรx ยาว ๙๐ เซนติเมตร

๒) แบ่งผ้าเป็น ๓ ส่วน และเจาะรูบริเวณ ส่วนที่ ๓ ของผ้า เป็น ๔ เหลี่ยมขนาด ๓๐ x ๔๐ เซนติเมตร และก๊นขอบผ้าที่เจาะรูเพื่อไม่ให้ขาดหรือหลุดลุ่ย

๓) นำเศษผ้าแคนวาสมาเย็บเป็นห่วงสำหรับให้มือจับห่วง เพื่อ

๓.๑.ยกผู้ป่วย ผึ่งละ ๒ ห่วง

๓.๒.พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย สามารถพลิกไปได้ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา

๔) เย็บสาย ข้างละ ๓ สาย รวม ๖ สาย แต่ละสายยาว ๘๐ เซนติเมตร เพื่อใช้ผูกกับไม้ข้างเตียง ให้ผู้ป่วยได้นอนตะแคงซ้ายหรือขวา

- ๕) งบประมาณที่ใช้ในการประดิษฐ์นวัตกรรมต่อ ๑ ชิ้นงาน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๘๐ บาท
(ค่าผ้าแคนวาส ๔๐ บาทและค่าตัดเย็บ ๔๐ บาท)

วิธีการใช้ การใช้นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส ๔ มิติ

มิติที่ ๑ สำหรับใช้ยกตัวผู้ป่วย

โดย Care giver ๒ คน ใช้มือจับห่วง ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้น-ลง

มิติที่ ๒ สำหรับใช้พลิกตะแคงตัวไปด้านซ้ายและขวา

โดย Care giver ๑ คน ใช้มือจับห่วง ผึงตรงข้ามกับตัวเองพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยมาด้านที่ตัวเองยืนอยู่

มิติที่ ๓ สำหรับจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายหรือขวา

โดย Care giver ๑ คน ใช้มือจับสายทั้ง ๓ เส้น ผูกแต่ละเส้นกับไม้กั้นเตียงด้านที่ตัวเองยืนอยู่

มิติที่ ๔ เป็นช่องสำหรับทำความสะอาดหลังจากผู้ป่วยขับถ่าย

โดย Care giver ๑ คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

๑. ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับก่อนการใช้นวัตกรรม (ทำครั้งแรกครั้งเดียว) โดยใช้ แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและมีแผลกดทับ รพ.พานทอง (FM – IPD-๑๐)

๒. ประเมินความก้าวหน้าการเกิดและการหายของแผลกดทับแบบ PUSH Tool(Pressure Ulcer Scale for Healing; PUSH Tool version ๓.๐)ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสากล ที่พัฒนาโดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของการหายของแผล โดยประเมินจาก ขนาดของแผล ปริมาณสารคัดหลั่ง และลักษณะพื้นแผล คะแนนรวมสูงสุดอยู่ที่ ๑๗ คะแนน หมายถึงแผลไม่ดี มีความรุนแรงสูง แผลที่ดีขึ้น คะแนน PUSH จะลดลงๆและคะแนนต่ำสุด ๐ คะแนน หมายถึงแผลหายสนิท การติดตามเยี่ยมครั้งที่ ๑ เพื่อประเมินการใช้นวัตกรรมและความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จากนั้นติดตามผ่านแอปพลิเคชัน LINE ในการส่งภาพถ่าย ติดตามอาการผู้ป่วยและตอบข้อสงสัยในการใช้นวัตกรรมฯ รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงของการเกิดแผลกดทับ พร้อมลงบันทึกผล และติดตามเยี่ยมที่บ้านอีกครั้งเมื่อครบ ๘ สัปดาห์

๓. สอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมฯ ประกอบด้วย ๒ ส่วน ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ โรคที่เป็น ระดับคะแนน PPS ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามข้อมูลความพึงพอใจ ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านการใช้งาน และด้านคุณค่า ประเมินเมื่อใช้นวัตกรรมฯครบ ๘ สัปดาห์

นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัส นี้จะใช้เวลากลางวันทุกวัน โดยใช้ปูรองตัวผู้ป่วย สำหรับผู้ดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง

แผนผังกำกับงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานการออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล ๑๓ ขั้นตอนของ วิณา จีระแพทย์	ระยะเวลาดำเนินงาน						
	มี.ค. ๖๘	เม.ย ๖๘	พ.ค. ๖๘	มิ.ย. ๖๘	ก.ค. ๖๘	ส.ค. ๖๘	ก.ย. ๖๘
๑. ทบทวนปัญหา การมองเห็นปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล คือ ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเชื้อเกิดแผลกดทับมีจำนวนสูงขึ้น	↔						
๒. การประเมินความต้องการเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเชื้อ (need analysis) ประเมิน ได้จากการสังเกตและสอบถามพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล	↔						
๓. การสร้างแนวร่วม และทีมงาน เสนอแนวความคิดการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเชื้อในชุมชน อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการพัฒนาวัตกรรมการ นำเสนอกับ ๓.๑.หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวมและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ๓.๒.Care giver ผู้ดูแลผู้ป่วย	↔	→					
๔. การกำหนด ประเด็นที่ต้องการพัฒนาวัตกรรมการผ้าอ้อมที่รีนพลัสให้มีประสิทธิภาพ	↔						
๕. การทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมทางการพยาบาล ที่ช่วยป้องกันและลดการเกิดแผลกดทับอย่างเป็น ระบบ (systematic review)	↔	→					
๖. การสังเคราะห์ความรู้ ที่ได้จากรวบรวม ตำรา งานวิจัยที่มีคุณภาพ	↔	→					
๗. การออกแบบผลงานนวัตกรรมทางการพยาบาลคือนวัตกรรมผ้าอ้อมที่รีนพลัส		↔					
๘. การกำหนดวิธีการ วัด(measurement) ประสิทธิภาพของนวัตกรรมผ้าอ้อมที่รีนพลัส		↔	→				
๙. การกำหนดรายละเอียดวิธีการใช้ นวัตกรรมผ้าอ้อมที่รีนพลัส		↔	→				
๑๐. การทดลองใช้นวัตกรรมผ้าอ้อมที่รีนพลัสที่บ้านผู้ป่วย			↔	→			
๑๑.การประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมผ้าอ้อมที่รีนพลัสคือ ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ความก้าวหน้าของการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจของผู้ดูแล						↔	
๑๒.การบันทึกโดยสรุปผลพร้อมแหล่งอ้างอิง							↔
๑๓.การเผยแพร่นวัตกรรมให้ สามารถนำไปได้ใช้จริง โดยมีการประเมินผลลัพธ์							↔

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีนวัตกรรมที่สามารถช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียงในชุมชนได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. การใช้นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์นพลัสสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ติดเตียงได้

๒. ความพึงพอใจของผู้ดูแลในการใช้นวัตกรรมผ้าอ้อมซีเทิร์น พลัส ป้องกันแผลกดทับมีระดับดี ขึ้นไป

(ลงชื่อ) ผู้ขอประเมิน

(นางวัชร ลือนาม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2๕๖8

ผู้ขอประเมิน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงการคลังและสำนักงานรัฐมนตรี. (ม.ป.ป.). แนวทางการดำเนินงานการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗. กระทรวงการคลัง.
- กองการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). *ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (๒๕๖๓). *คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)* (พิมพ์ครั้งที่ ๑). สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉริยา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศน์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (๒๕๕๑). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์*, ๑๗(๑), ๑๒๖-๑๔๐.
- จอนฉะจง เพ็งจาด. (๒๕๕๗). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, ๓๐(๑), ๑๐๐-๑๐๗.
- จุฬารัตน์ สุริยาทัย, ณัฐกฤตา ไชยสลิ, ชลิตา ธนะขว้าง, ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว, ภัสสร รัชตโสธน์ และปิยวัฒน์ รัตนพันธ์. (๒๕๖๖). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, ๓๒(๓), ๔๕๐-๔๖๐
- ชลธิรัตน์ สารรัตน์, ชลการ ทรงศรี และสุเมธ ขวัญสูง. (๒๕๖๓). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, ๑๓(๒), ๑๑๕-๑๒๒.
- ชมพูนุท พงษ์ศิริ. (๒๕๖๑). กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, ๑๑(๒), ๑-๑๔.
- บงกชรัตน์ ยานะมัย. (๒๕๖๓). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, ๕(๔), ๑๙๕-๒๐๐.
- ประธาน ศรีจุลฮาด. (๒๕๖๔). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, ๑๔(๓), ๒๑๙-๒๓๒.
- โรงพยาบาลพานทอง งานเวชสถิติ. (๒๕๖๖). *ทะเบียนผู้ป่วย Palliative care ประจำปีโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี*. โรงพยาบาลพานทอง.
- โรงพยาบาลพานทอง งานเยี่ยมบ้าน. (๒๕๖๗). *ทะเบียนผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ประจำปีโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี*. โรงพยาบาลพานทอง.
- โรงพยาบาลพานทอง ศูนย์คุณภาพ. (๒๕๖๗). *ทะเบียนเอกสารคุณภาพ ประจำปีโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี*. โรงพยาบาลพานทอง.
- วรรณุช จันทะบุรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง. (๒๕๖๕). ความอยู่ดีมีสุขและระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, ๑๔(๒๘), ๑๕๑-๑๖๕.
- วรัญญา จิตบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล. (๒๕๖๕). ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, ๙(๑๒), ๑๕๕-๑๗๐.
- วรรณภา อุ่นยิ่งเจริญ. (๒๕๖๖). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ ๑๗ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร วิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, ๓(๑), ๗๔-๘๘.
- วีณา จีระแพทย์. (๒๕๕๒). *บทบาทของพยาบาลวิชาชีพและการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).(๒๕๖๒).เวทีสช.เจาะประเด็น “เร่งตาย VS เลิกตาย สิทธิในวาระสุดท้าย ใครกำหนด ?”<https://www.hfocus.org/content/๒๐๑๙/๐๕/๑๗๑๕๒>
- ศิริกัญญา อุสหาพิริยกุล และศากุล ช่างไม้. (๒๕๖๔). การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล: การศึกษานำร่องในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, ๓(๑), ๑-๑๕.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. (๒๕๕๙). แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ศูนย์การุญรักษ์ *Operational Guideline foe Hospital Palliative Care Program*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. (๑๙๙๖). Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care* ๑๙๙๖;๑๒(๑):๕-๑๑.
[doi.org/๑๐.๑๐๑๗/๐๘๒๕๕๕๕๗๙๖๐๑๒๐๑๐๒](https://doi.org/10.1017/082๒๕๕๕๕๗๙๖๐๑๒๐๑๐๒).
- . Anderson, M. A., & Braun, J. V. (๑๙๙๙). *Caring for the elderly client* (๒nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Gebhardt, K. (๒๐๐๒). Pressure ulcer prevention: Part ๑ cause of pressure ulcer. *Nursing Times*, ๙๘(๑๑), ๔๑-๔๔.
- Lau, F., Maida, V., Downing, M., Lesperance, M., Karlson, N., & Kuziemy, C. (๒๐๐๙). Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *Journal of Pain and Symptom Management*, ๓๗(๖), ๙๖๕-๙๗๒.
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (๒๐๑๓). Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, ๔๕(๖), ๑๐๙๔-๑๑๐๖
- Lindgren, M., Unosson, M., Krantz, A. M., & Ek, A. C. (๒๐๐๒). A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: Reliability and validity. *Journal of Advanced Nursing*, ๓๘(๒), ๑๙๐-๑๙๙.
- Moore, Z. H., & Cowman, S. (๒๐๑๐). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue ๓, Art No: CD๐๐๖๔๗๑.
<https://doi.org/10.1๐๐๒/๑๔๖๕๑๘๕๘.CD๐๐๖๔๗๑.pub๒>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (๑๙๙๘). Pressure Ulcer Status Tool (PUSH Tool ๓.๐). [Online]. Available: <http://www.npuap.org>. [๒๐๐๗, October ๑๐].
- Orem, D. E., Taylor, S., & Renpenning, K. M. (๒๐๐๑). *Nursing concept of practices* (๖th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Rubenstein-Montano, B., Liebowitz, J., Buchwalter, J., McCaw, D., Newman, B., & Rebeck, K. (๒๐๐๑). A systems thinking framework for knowledge management. *Decision Support Systems*, ๓๑(๑), ๕-๑๖.
- World Health Organization (WHO). (๒๐๒๐). *Situation in palliative care*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Young, T. (๒๐๑๔). The ๓๐-degree tilt position versus the ๙๐-degree lateral and supine positions in reducing the incidence of non-blanching erythema in a hospital inpatient population: A randomized controlled trial. *Journal of Tissue Viability*, ๑๔(๓), ๘๘-๙๖.
-

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวปิยะรัตน์ คุ้มพลาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๓๕๓๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)	๒๓๕๔๘	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉินโดยการส่องกล้อง				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการดูแลผู้ป่วยในห้องพักรักษาที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก				ผู้เสนอผลงาน
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกโดยการส่องกล้อง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาที่รับผิดชอบดูแลในห้องผ่าตัด 3 ชั่วโมง 50 นาที
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคนิ่วในถุงน้ำดี เป็นโรคในระบบทางเดินอาหารที่สามารถเกิดขึ้นได้และมีอันตรายร้ายแรงถึงชีวิตหากไม่ได้รับการรักษา นิ่วน้ำดี (Gall stone) หมายถึง ก้อนนิ่วที่มีอยู่ในทางเดินน้ำดี ตั้งแต่ในตับ ในท่อน้ำดีหรือในถุงน้ำดี แต่เนื่องจากมากกว่า 70% ของนิ่วน้ำดีหรือในถุงน้ำดีเท่านั้น เพราะฉะนั้นโดยทั่วไปจึงเข้าใจรวมกันหมายถึงนิ่วในถุงน้ำดี มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตรา 4:1 ปกตินิ่วในถุงน้ำดีมักจะไม่มีอาการ นอกจากจะมีโรคแทรกซ้อนร่วมไปกับนิ่วในถุงน้ำดี บางรายอาจมีอาการเล็กน้อย เช่น แน่นอึดอัดท้อง บริเวณชายโครงขวา เรอบ่อยเป็นครั้งคราว ในกรณีที่มีการเคลื่อนที่ของนิ่วมาที่คอถุงน้ำดีจะทำให้เกิดมีการอุดตันของท่อน้ำดี (Cystic duct) ทำให้เกิดมีการระคายเคืองของเยื่อถุงน้ำดีและต่อมาเมื่อมีแบคทีเรียเข้ามาจะทำให้เกิดการอักเสบของถุงน้ำดี (ภิญญลักษณ์ เรวัตพัฒนกิตต์, 2563)

พยาธิสภาพของโรค

ถุงน้ำดีเป็นอวัยวะที่เป็นถุงยาวๆ มีลักษณะคล้ายลูกแพร์อยู่ทางด้านล่างของตับยึดอยู่กับตับด้วยพังผืดที่เป็นเนื้อเยื่อยาวประมาณ 7.6-10.2 เซนติเมตร กว้างประมาณ 2-3 เซนติเมตร หนาประมาณ 1-2 เซนติเมตร ผังหนา ประมาณ 2 มิลลิเมตร ภายในมีน้ำดีน้ำดีที่ผลิตออกมาจากตับสะสมอยู่ น้ำดีเป็นของเหลวที่เหนียวๆ สีเขียวเข้มประมาณ 10 มิลลิลิตร ในเวลาที่ต้องการย่อยอาหารถุงน้ำดีจะบีบน้ำดีออกจากถุงน้ำดีไหลไปตามท่อน้ำดี (Cystic duct) ไปรวมกับท่อน้ำดีจากตับ (Common hepatic duct) กลายเป็นท่อน้ำดีรวม (Common bile duct) แล้วไหลไปลงลำไส้เล็ก ส่วนต้นที่เรียกว่า ดูโอดินัม (Duodenum) เพื่อย่อยอาหารพวกไขมัน ทั้งนี้ ท่อน้ำดีจะเริ่มที่ท่อน้ำดีขนาดเล็กภายในตับอยู่ติดกับเซลล์ตับที่เรียกว่า ท่อน้ำดีฝอย (Bile canaliculi) จากนั้นจึงรวมกันเป็นท่อน้ำดีที่ใหญ่ขึ้นอยู่ในตับ แล้วไหลผ่านตับออกมาข้างนอกตับเรียกว่า (Common hepatic duct) ซึ่งจะมารวมกับท่อน้ำดี (Cystic duct) จากถุงน้ำดีกลายเป็นท่อน้ำดีรวม ไค้งผ่านตับอ่อนไปเปิดที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) บริเวณที่เรียกว่า กระเปาะอยู่ตรงลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นกระเปาะที่เปิดของท่อจากตับอ่อนกับถุงน้ำดี (Ampulla of Vater) สารที่พบซึ่งเป็นส่วนประกอบในน้ำดี ได้แก่ คอเลสเตอรอล แคลเซียม ฟอสเฟต และสารให้สีเหลืองจากเม็ดเลือดแดง (บิลิรูบิล) ที่เกิดจากการตกตะกอนของสารต่าง ๆ ในน้ำดี ทำให้เกิดนิ่วขึ้นที่ถุงน้ำดี (สมเดช เจริญสรรพพืช, 2564)

สาเหตุการเกิดโรค

1. สาเหตุที่แท้จริงไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าการอุดตันและการที่มีน้ำดีขังนิ่งอยู่ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้มีนิ่วในถุงน้ำดีเกิดขึ้น
2. สาเหตุส่งเสริมให้เกิดนิ่วได้แก่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

- 2.1 มีความไม่สมดุลของส่วนประกอบในน้ำดี ทำให้เกิดการตกผลึกของหินปูน
- 2.2 มีการอักเสบติดเชื้อของถุงน้ำดีหรือทางเดินน้ำดี
- 2.3 กรรมพันธุ์
- 2.4 มีคอเลสเตอรอลในเลือดสูงจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัวมากๆ เช่น ไขมันจากสัตว์ เป็นต้น
- 2.5 การรับประทานยาบางชนิด จะเพิ่มการขับถ่ายของคอเลสเตอรอลออกมาในน้ำดีมากขึ้น โอกาสเกิดนิ่วได้ง่าย เช่น ยาคุมกำเนิด ยาลดไขมันในเลือดบางชนิด โดยเฉพาะยาโคลไฟเบรต (Cofibrate)
- 2.6 มีการคั่งของน้ำดีในถุงน้ำดีเกิดจากคนที่นอนอยู่กับที่นานๆ การตั้งครรภ์หลายๆ มีฮอร์โมนบางชนิดที่ทำให้มีการขับของน้ำดีออกมาจากถุงน้ำดีช้าทำให้เกิดการตกตะกอนจับกันเป็นก้อน
- 2.7 ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดนิ่วได้ง่ายกว่าผู้ชายที่ไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิดถึง 2 เท่า (พนัส เฉลิมแสนยากร, 2562)

อาการและอาการแสดง

ผู้ที่มีนิ่วในถุงน้ำดี อาจไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใด หรือมีอาการบางอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ปวดช่องท้องด้านบนขวา
2. ปวดหลัง โดยเฉพาะช่วงที่อยู่ระหว่างหัวไหล่
3. ปวดใต้สะบักขวา
4. อาการปวดที่สะบักขวาจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการหนักขึ้นและจะเป็นแบบนี้ ไปอีกอย่างน้อย 30 นาที หรืออาจเป็นได้สองถึงสามชั่วโมง
5. เป็นไข้หนาวสั่น
6. อาเจียนและคลื่นไส้
7. ดีซ่าน (ผิวออกเหลืองและตาขาว)
8. อุจจาระสีเหมือนโคลนดิน
9. รู้สึกปวดหลังจากกินอาหารที่มีไขมัน
10. อาหารไม่ย่อย ท้องอืด มีแก๊ส

ลักษณะอาการของผู้ป่วย อาจแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ
2. กลุ่มผู้ป่วยมีอาการท้องอืดจุกเสียดแน่นท้องบริเวณใต้ชายโครงข้างขวาและใต้ลิ้นปี่โดยเฉพาะหลัง

รับประทานอาหารประเภทไขมัน

3. กลุ่มผู้ป่วยที่มีถุงน้ำดีอักเสบร่วมด้วย โดยนิ่วสามารถก่อให้เกิดการอักเสบของถุงน้ำดี ซึ่งจะมีอาการปวดท้องใต้ชายโครงข้างขวามาก อาจจะมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าในระยะนี้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องผู้ป่วยอาจมีโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิตได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. กลุ่มผู้ป่วยที่มีการอุดตันท่อน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดีถ้าหลุดลงไปอุดตันท่อน้ำดีจะทำให้เกิดอาการตัวเหลืองตาเหลือง หรือที่เรียกว่า ดีซ่าน และมีไขมันในเลือดสูง ปวดท้องมาก หรือทำให้ตับอ่อนอักเสบ ซึ่งทำให้การรักษา ยุ่งยากซับซ้อนมากและมีอันตรายเพิ่มขึ้น

การวินิจฉัย

1. ในเบื้องต้นแพทย์จะถามถึงรายละเอียดของอาการที่เกิดขึ้นรวมถึงการคลำถุงน้ำดี (Murphy's Sign Test) เพื่อตรวจสอบว่าถุงน้ำดีมีการอักเสบหรือไม่ โดยแพทย์จะใช้มือหรือนิ้วคลำบริเวณท้องส่วนขวาบน และให้ผู้ป่วยหายใจเข้า หากมีอาการเจ็บแสดงว่าถุงน้ำดีอาจอักเสบ นอกจากนั้นแพทย์อาจแนะนำให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาสัญญาณของการติดเชื้อ หรือตรวจสอบว่า ตับทำงานเป็นปกติหรือไม่ หากก้อนนิ่วได้เคลื่อนย้ายไปที่ท่อน้ำดีตับอาจทำงานได้ไม่ปกติ

2. การทำอัลตราซาวด์ (Ultrasound) เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อสร้างภาพของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งมักจะใช้ช่วยวินิจฉัยโรคนี้ในถุงน้ำดี

3. การตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ เอ็มอาร์ไอ (Magnetic Resonance Imaging : MRI) ช่วยตรวจนิ่วที่อยู่ในท่อน้ำดี

4. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT-Scan) ช่วยในการตรวจดูภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในท่อน้ำดี เช่น ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น และมักจะใช้เพื่อวินิจฉัยเมื่อมีอาการปวดท้องรุนแรง

5. การถ่ายภาพรังสีท่อน้ำดี (Cholangiography) เมื่อสงสัยว่ามีนิ่วในท่อน้ำดีวิธีนี้ จะช่วยเพิ่มรายละเอียดของนิ่วในท่อน้ำดี โดยแพทย์จะฉีดสีเข้าไปทางหลอดเลือดหรือฉีดเข้าไปที่ท่อน้ำดี ในระหว่างผ่าตัดหรือใช้กล้องส่องตรวจผ่านเข้าไปทางปาก หลังจากที่ย้อมสีแล้วจึงเอกซเรย์จะช่วยให้เห็นความผิดปกติภายในท่อน้ำดีหรือการทำงานของตับอ่อนหากถุงน้ำดีและน้ำดีทำงานปกติสีที่ใช้จะถูกดูดซึมหรือขับออกจากร่างกาย หากพบว่าการอุดตันในระหว่างการตรวจดังกล่าวอาจหมายถึง มีนิ่วอุดตันท่อร่วมด้วย แพทย์อาจจะใช้กล้องส่องตรวจ (Endoscope) ช่วยกำจัดนิ่วในท่อน้ำดีออกก่อน หรือเรียกว่าการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscope Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP) (พนัส เฉลิมแสนยากร, 2562)

การรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น การงดน้ำงดอาหารเพื่อให้ถุงน้ำดีได้พักในระยะที่มีอาการปวดมาก การให้ยาแก้ปวดลดไข้และยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย

2. การให้ยาปฏิชีวนะเมื่อมีการติดเชื้อแบคทีเรียของถุงน้ำดี

3. การผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก (Cholecystectomy) เป็นการแก้ปัญหาอย่างถาวรเพื่อไม่ให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีขึ้นอีกต่อไป และป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่าง ๆ ได้ ซึ่งการผ่าตัดถุงน้ำดีในปัจจุบันจะมีอยู่ด้วยกัน 2 วิธี คือ

3.1 การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดแบบเดิม ในปัจจุบันแพทย์จะเลือกใช้ในการผ่าตัดถุงน้ำดีที่มีอาการอักเสบมากหรือแตกทะลุในช่องท้อง (หลังการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยไม่ควรทำงานหนักหรือยกของหนักอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3.2 การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดแบบใหม่และได้กลายเป็นการรักษามาตรฐานเพื่อรักษาภาวะนิ่วในถุงน้ำดีมานานแล้ว โดยจะเป็นการเจาะรูเล็กๆ ที่หน้าท้อง 3-4 จุด ทำให้เจ็บแผลน้อย พ้นตัวได้เร็ว 1-2 วันก็กลับบ้านได้ และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ トラบที่ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกเป็นปกติ (ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ถ้าเป็นมากบางครั้งอาจจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องหรือแบบเดิม ซึ่งแพทย์จะพิจารณาเป็นรายๆ ไป) แต่การผ่าตัดควรทำโดยศัลยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรมมาเฉพาะเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การผ่าตัดโดนท่อน้ำดี ท่อน้ำดีรั่ว หรือท่อน้ำดีตัน ในการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ ถ้าผู้ป่วยไม่มีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันก็สามารถทำได้สำเร็จถึง 90% ถ้าถ้าถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันเกิน 3 วัน โอกาสผ่าตัดด้วยวิธีนี้ก็จะมีผลได้น้อยลง

4. ในผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในถุงน้ำดีที่ยังไม่มีอาการแสดงอะไรเลย แต่ตรวจพบโดยบังเอิญในขณะที่ตรวจรักษาโรคอื่น อาจจะยังไม่จำเป็นต้องรีบทำการผ่าตัด เนื่องจากมักเป็นนิ่วก้อนเล็กและอยู่ลึกที่ก้นถุงน้ำดี ซึ่งจะไม่ก่ออันตรายแก่ผู้ป่วย และแพทย์จะนัดติดตามดูเป็นระยะๆ จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการ (เช่น ปวดท้อง) หรือมีโรคแทรกซ้อนจากถุงน้ำดี แล้วจึงค่อยทำการผ่าตัดให้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ซึ่งจะพิจารณากับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป (ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดอาการปวดท้องจากนิ่วในถุงน้ำดีที่ซ่อนอยู่ประมาณร้อยละ 1-2 ต่อปี) เพราะแพทย์บางท่านอาจเห็นว่าควรทำการผ่าตัดไปเลย ก่อนที่จะมีปัญหาเกิดขึ้น เพราะการผ่าตัดในขณะที่ยังไม่มีอาการจะมีผลข้างเคียงจากการผ่าตัดน้อยกว่าเมื่อผ่าตัดในช่วงที่มีอาการ เช่น โอกาสติดเชื้อในทางเดินน้ำดี

5. การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography - ERCP) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีนิ่วในท่อน้ำดีร่วมด้วย เพื่อเอานิ่วที่อยู่ในท่อน้ำดีออกมา (ดรินทร์ โสสิริวัฒน์, 2563)

การพยาบาล

1. การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1.1 การเตรียมพร้อมทางด้านร่างกาย

1.1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงการเตรียมร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย เช่น ปากฟัน การเตรียมร่างกายเฉพาะที่บริเวณใต้ชายโครงด้านขวา ในตอนเช้าก่อนมาห้องผ่าตัด และเน้นให้ผู้ป่วยทำความสะอาดบริเวณผิวหนังตั้งแต่ใต้ราวนมจนถึงบริเวณหัวหน่าวเพื่อป้องกันติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

1.1.2 การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการดมยาสลบ ได้แก่ การงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืนในคืนวันก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

1.1.3 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการเตรียมผ่าตัดโดย ได้แก่ การตรวจเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจทางรังสี การให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดและการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

1.2 การเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจ

1.2.1 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

1.2.2 ประเมินสภาพจิตใจ ความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามในสิ่งที่สงสัยและระบาย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ความรู้สึก แนะนำสถานที่และสิ่งแวดล้อม

1.2.3 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ได้แก่ สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด (early ambulation)

2. การพยาบาลขณะผ่าตัด

2.1 การจัดทำผู้ป่วยและการดูแลความปลอดภัย

2.1.1 จัดท่าผ่าตัดให้เหมาะสมตามชนิดของการผ่าตัด

2.1.2 ป้องกันการพลัดตกจากเตียงผ่าตัด (ใช้สายรัด)

2.1.3 หลีกเลี่ยงการกดทับเส้นประสาทหรืออวัยวะสำคัญ

2.2 การติดตามอาการผู้ป่วยขณะผ่าตัด

2.2.1 ติดตามสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต, HR, RR, O₂ sat) อย่างใกล้ชิด

2.2.2 เฝ้าระวังปฏิกิริยาต่อการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ความดันในทางเดินหายใจสูง ออกซิเจนในเลือดต่ำ คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น

2.2.3 ประเมินความสมดุลของสารน้ำ การสูญเสียเลือด ปริมาณสารน้ำ และปัสสาวะ (ถ้ามีสายสวน)

2.3 การบันทึกข้อมูล

2.3.1 บันทึกเวลาเริ่มและสิ้นสุดการผ่าตัด

2.3.2 จดบันทึกปริมาณเลือดที่เสีย, ของเหลวที่ได้รับ, สัญญาณชีพ

2.3.3 บันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการผิดปกติที่พบระหว่างผ่าตัด

3. การพยาบาลหลังผ่าตัด

3.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพผู้ป่วยในห้องพักฟื้นทุก 5 นาที 1 – 2 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในระยะระยะแรกหลังการผ่าตัด

3.2 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะตกเลือด และภาวะช็อค

3.3 ประเมินระดับความเจ็บปวด ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดอาการปวดแผล แนะนำให้ประคบแผลเวลาไอหรือจาม

3.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุด พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ป้องกันอาการท้องอืด ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคผ่อนคลายโดยหายใจเข้าออกยาวๆลึกๆ

3.5 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้ถูกน้ำและเปียกชื้นและการสังเกตเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลอักเสบ แผลมีหนอง บวม แดง มีอาการปวดท้อง หรือดีซ่าน ควรรีบมาพบแพทย์

3.6 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การรับประทานอาหารที่ไขมันน้อย ควรดื่กกิจกรรมหรือทำงานหนักอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ แนะนำการมาพบแพทย์ตามนัด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การเลือกกรณีศึกษา นี้ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง มีนิ่วในท่อน้ำดี (CBD Stone) ได้รับการรักษาด้วยการทำ ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography) มาก่อน และนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (Laparoscopic Cholecystectomy : LC) ซึ่งหัตถการนี้มีความเสี่ยงสูง และผู้ป่วยต้องรับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกในหัตถการที่ยาก มีความซับซ้อนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ผ่าตัดได้ ผู้ศึกษาจึงเลือกกรณีศึกษา นี้ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัย การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนทั้ง 3 ระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึกทุกระยะของการผ่าตัดโดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วย ติดตามผลการแก้ไขความผิดปกติต่างๆทุกระบบในระยะก่อนผ่าตัดให้พร้อม วางแผนเลือกการระงับความรู้สึกให้เหมาะสมจะทำให้การผ่าตัดราบรื่นปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นหายกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวได้อย่างปกติซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว ลดระยะ เวลานอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อีกด้วย

ผู้ป่วยสูงอายุ ตามคำจำกัดความของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา หมายถึงผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีสภาพร่างกายอยู่ในระดับ 2 (ASA class 2) ถ้าผู้ป่วยไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ และถ้ามีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ให้ ASA physical status class 3 แต่อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงสภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะให้ยาระงับความรู้สึกกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (เทวารักษ์ วีระวัฒนกานนท์และคณะ, 2553) เนื่องจากหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลงอย่างชัดเจนในช่วงอายุหลัง 60 ปี โดยมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ได้ ทั้งในระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการเสื่อมของหลอดเลือดแข็งตัวส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลงโดยเฉพาะตับ ไตและสมองมีผลให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมากเนื่องจากขาดระบบควบคุมที่ดีพอ ระบบหายใจจะมีความยืดหยุ่นของปอดและผนังทรวงอกไม่ดี ปริมาตรของปอดลดลง ทั้งการหายใจเข้าและหายใจออกทำให้อากาศที่เหลือค้างในปอดเพิ่มขึ้น จึงพบปัญหาปอดแฟบและการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้บ่อย ผู้สูงอายุจะตอบสนองต่อการขาดออกซิเจนลดลง ซึ่งทำให้พบปัญหาหยุดหายใจร่วมกับออกซิเจนต่ำในช่วงที่หลับได้บ่อย ตับและระบบทางเดินอาหารจะเปลี่ยนแปลงโดยขนาดของตับลดลง 20 – 40% เมื่ออายุ 80 ปี ระดับ albumin และ plasma cholinesterase ลดลง การ biotransformation ของยาลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการยาในการ maintenance น้อยลง ภาวะสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายต่อยา (pharmacokinetics) จะพบว่ามีการขจัดยา (elimination) ลดลง เพราะเลือดที่ไปเลี้ยงตับและ ไตลดลง ยาจึงออกฤทธิ์ได้มาก ทำให้ระดับยาในพลาสมาสูงอยู่นาน ผู้ป่วยจึงอาจตื่นช้าได้ (delayed recovery)

การเลือกใช้ในผู้สูงอายุจึงควรใช้ยาที่ออกฤทธิ์เร็วและมีฤทธิ์สั้นควรปรับขนาดยาตามอายุมิใช่ดูจากน้ำหนักตัว ควรให้ยาที่ละน้อย และเฝ้าระวังเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด เพื่อให้ได้ขนาดยาที่เหมาะสมที่ออกฤทธิ์ตามต้องการและมีผลข้างเคียงน้อย ระบบขับถ่ายทางไตมีการกรองผ่านหน่วยไตลดลง การ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ทำงานของท่อไตลดลงและเลือดไปเลี้ยงไตลดลง การกำจัดของเสียจะเริ่มลดลง นอกจากความสามารถในการขับถ่ายของเสียและยาลดลงแล้ว กลไกในการขับถ่ายน้ำส่วนเกินที่จะมีผลทำให้ปัสสาวะเจือจางหรือทำให้ปัสสาวะเข้มข้น ก็จะลดลงด้วย การปรับสมดุลปริมาณน้ำในร่างกายก็จะยากด้วย ระบบประสาท พบว่าจะมีเซลล์สมองลดลงทุกวัน เนื่องจากไม่มีการสร้างเซลล์สมองทดแทนเซลล์ที่ตาย การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางจึงลดลง ความเร็วในการนำกระแสประสาทก็ลดลงด้วย การตอบสนองต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติก็ลดลง เมื่อมีภาวะเครียดหรือออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มได้ไม่เท่ากับคนอายุน้อย ความจำที่ลดลง และความสับสนจะเป็นอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้ป่วย รวมถึงการมองเห็นที่ลดลง พบว่าอาจมีภาวะมองไม่เห็นในผู้ป่วยถึง 30% เมื่อสูงอายุ และอาจมีการได้ยินลดลงจนบางคนแทบไม่ได้ยินอะไรเลย ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การประเมินเรื่องความปวด หรือการขอใบยินยอม จะเป็นปัญหาได้ต้องมีญาติผู้ป่วยร่วมรับรู้ด้วย หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจเกิดความสับสนจากการใช้ยาบางตัวได้ เช่น ketamine หรือ benzodiazepine ร่วมด้วย การควบคุมอุณหภูมิของผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากอัตราการเผาผลาญพลังงานต่ำ การทำให้กล้ามเนื้อสั่นเพื่อเพิ่มความร้อนไม่มีประสิทธิภาพ หลอดเลือดดำหดตัวได้จำกัด การมีเหงื่อเป็นไปได้น้อย โอกาสที่อุณหภูมิกายต่ำเป็นไปได้นาน ซึ่งจะมีผลต่อการรู้สึกตัว การหายใจจะตื้นช้า หัวใจอาจเต้นผิดจังหวะ และการกำจัดยาจะยาก ขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มยาหย่อนกล้ามเนื้ออาจทำให้เกิดปัญหาการหายใจและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติได้

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้บ่อยที่สุด 1 ใน 5 ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ และพบมากในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือด coronary, silent myocardial ischemia, congestive heart failure อาจจะมีอาการรุนแรงจนเกิด pulmonary edema ได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานหรือไม่สามารถควบคุมความดันเลือดได้ดี จะมีผลต่อการทำงานของอวัยวะระบบต่าง ๆ เช่น

1. ระบบไต มีผลต่อระบบการควบคุมการไหลเวียนเลือดในไต (autoregulation) และความสามารถในการกรองของเสียลดลงจากภาวะ glomerular sclerosis ทำให้เกิด nephropathy และเกิดไตวายตามมา
2. ระบบสมองมีการทำลายของ endothelium ของหลอดเลือด เป็นผลให้เกร็ดเลือดไปเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้เกิด thrombus และหรือ arteromatous plaque เป็นสาเหตุการเกิด stroke, transient ischemic attack นอกจากนั้น ถ้า thrombus หลุดไปอุดตันเส้นเลือด จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดและอาจมีเซลล์สมองตายได้
3. ระบบหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจโต และหัวใจทำงานหนักมากขึ้น และหรือมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้
4. ระบบการมองเห็น อาจเกิดภาวะ arteriosclerosis retinopathy หรือ hypertensive retinopathy ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักได้รับยาลดความดันหลายกลุ่มรวมกัน ซึ่งยาแต่ละกลุ่มอาจมีผลข้างเคียง และอาจทำให้เกิดปัญหาในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke คือ ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือมีเลือดออกในสมอง หรืออาการเส้นเลือดในสมองตีบ ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้เซลล์สมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้สมองตาย ซึ่งสาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมี 3 ประเภท สาเหตุแรกคือหลอดเลือดเกิดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) และหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack)

วิสัญญีพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพได้แก่ วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลทีมผ่าตัด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลายหน่วยในการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในทุกๆระยะของการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในภาวะที่ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ต้องมีศิลปะในการประสานงานเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับบริการวิสัญญีที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้การผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่น ผู้รับบริการปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 55 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร BMI 21 kg/m² มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง (old CVA) รักษาที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง ได้รับยา ASA (gr I) ปี 67 ปัจจุบันสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ปกติ มารักษาโรงพยาบาลแหลมฉบังด้วยประวัติปวดแสบท้องได้ลึนปี เมื่อปี พ.ศ. 2567 ได้รับการผ่าตัด ERCP จาก รพ.ชลบุรี แล้วจึงส่งกลับมารักษาต่อตามสิทธิ์ เพื่อผ่าตัดถุงน้ำดี ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดถุงน้ำดีล่วงหน้า บริรักษายาอายุรแพทย์ ก่อนผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยและประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจ ผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันไดได้ นอนราบได้ ปฏิเสธอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผล CXR : stable side nodule Lt lung แพทย์พิจารณาส่ง sputum x 3 day ผล Negative ผลการตรวจคลื่นหัวใจ : normal sinus rhythm 63 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: Hct 30.8% , Hb 9.7 gm% , RBC 4.31 gm% WBC 4,600, Platelet 290,000 cell/mm³ Electrolyte : NA⁺139 ,K⁺3.76, Cl⁻105 ,คาร์บอนไดออกไซด์ 25.8 mmol/L Renal function :BUN 15., Cr 1.29, Liver function test : TP 8.4, Alb 4.2, Glob 4.1, TB 0.56, DB 0.24, SGOT 27, SGPT 15, Alk Phos 117 แพทย์พิจารณาให้ทำผ่าตัดได้ แนะนำให้หยุดยา ASA (gr I) 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด มียา ชีพจร e-med : Amlodipine 5 mg) 1 tab oral เข้าวันผ่าตัด

ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีใจสั่นไม่มีอ่อนแรง ชีพจร 69 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140-72 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100% ได้ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระลอกก่อนผ่าตัด 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง 2) ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังรับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง 3) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

วิสัญญีพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยศึกษาข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วย ประเมินสภาพ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้ทำผ่าตัด อายุรแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ เพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก ประเมินทางเดินหายใจก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา งดน้ำงดอาหารตามแพทย์สั่ง (NPO อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด) สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้โอกาสผู้ป่วยซักถาม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและการใส่ท่อช่วยหายใจ อธิบายขั้นตอนก่อนระหว่าง และหลังผ่าตัด รวมถึงความเสี่ยงต่างๆ ให้ผู้ป่วยรับทราบและลงนามยินยอมรับการระงับความรู้สึก

ขณะทำการผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 35 ml ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 120/60 – 150/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 58-70 ครั้งต่อนาที ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 20 นาที เฝ้าระวังให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะให้ยาระงับความรู้สึกคือ 1) เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น 2) เสี่ยงต่อภาวะ Hypercarbia และ Respiratory acidosis 3) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) 4) เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงขณะผ่าตัด 5) เสี่ยงต่อการรู้สึกตัวระหว่างผ่าตัด (Awareness) ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังขณะรับการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

ในระยะหลังผ่าตัดได้ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกคือ 1) เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นหรือหายใจลำบาก 2) ปวดแผลหลังผ่าตัด 3) เสี่ยงต่อภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการให้ยาระงับความรู้สึก (PONV : Post – Operative Nausea Vomiting) 4) สับสนหรือกระสับกระส่ายเมื่อฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (Emergence delirium) เสร็จผ่าตัดผู้ป่วยตื่นรู้ตัวตลอดท่อช่วยหายใจได้ ส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อในห้องพักฟื้น 60 นาที ปวดแผล pain score เท่ากับ 5 ได้ยาแก้ปวด Fentanyl 30 mcg iv สัญญาณชีพปกติแผลไม่มีเลือดซึม ทุเลาปวดแผล pain score เท่ากับ 0 ส่งกลับหอผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยสามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำได้ รับประทานอาหารได้ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แผลผ่าตัดแห้งดี แพทย์พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ขับถ่ายได้ปกติ แพทย์นัดติดตามอาการ 11 เมษายน 2568 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดแผลผ่าตัดแห้งดี รับประทานอาหารได้ขับถ่ายได้ปกติ รวมระยะเวลาที่ดูแลในห้องผ่าตัด 3 ชั่วโมง 50 นาที และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.2.1 เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้อง
- 4.2.2 ขออนุญาตใช้ข้อมูลเวชระเบียนและประวัติผู้ป่วย
- 4.2.3 รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่าย
- 4.2.4 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ
- 4.2.5 วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ การรักษาพยาบาล การให้ยาระงับความรู้สึก และผลการรักษาพยาบาลจากข้อมูลผู้ป่วย
- 4.2.6 วางแผนปฏิบัติการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกและประเมินผลการพยาบาล รวมถึงวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4.2.7 เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาและอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

4.2.8 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเอกสารทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อให้สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้องภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปครอบคลุมทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาระงับความรู้สึกไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4.3.2 เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนความพิการตลอดจนการเสียชีวิตของผู้ป่วย

4.3.3 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้องและระงับความรู้สึกสำหรับวิสัญญีพยาบาลและผู้สนใจ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้องจำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 1 เมษายน 2568 รวมระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด 3 ชั่วโมง 50 นาที ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเนื่องจากผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น จึงติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จนครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างปลอดภัย มีการฟื้นสภาพได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง ภาวะสับสน หลังได้รับยาระงับความรู้สึก การเสียเลือดมากอย่างฉับพลัน เป็นต้น แพทย์สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ในระยะเวลาอันสั้น ได้ประเด็นจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรคเพื่อมารับการผ่าตัดได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกในทุกระยะ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

สามารถวิเคราะห์ปัญหาในการให้การพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคร่วม ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองมารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง มีความซับซ้อน ต้องใช้เวลา มีการใส่ก๊าซเข้าไปในช่องท้องทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย วิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความชำนาญ ทั้งในระยะก่อนให้ยา ระงับความรู้สึกเพื่อเยี่ยมประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุม สามารถเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยได้ครบถ้วนในทุกๆ ระยะของการให้ยา ระงับความรู้สึกทั้งก่อน ขณะ และหลังให้ยา ระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองยังมียาละลายลิ่มเลือดรับประทานอยู่ ต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนทำผ่าตัด 7 วัน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องมีการใส่ก๊าซเข้าไปในร่างกายต้องติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนผ่าตัด, ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจากการผ่าตัด

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีแบบผ่านกล้อง การระงับความรู้สึกมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้และมีการเตรียมความพร้อมในการให้การระงับความรู้สึกสามารถป้องกัน และวินิจฉัยให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินสามารถให้การพยาบาลและการระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้องมีการประสานงานที่ดีในทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

9.2 การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง

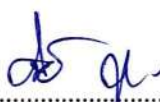
10. การเผยแพร่ผลงาน

(ร่วเผยแพร่ผลงาน)

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวปิยะรัตน์ คุ่มพลาย สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  ผู้ขอประเมิน

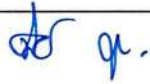
(นางสาวปิยะรัตน์ คุ่มพลาย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

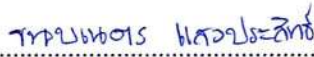
วันที่ ๑๓ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวปิยะรัตน์ คุ่มพลาย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางชนบเนตร แสงประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ) 

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ) 

(นายภุชงค์ สกลแพทย์)

(ตำแหน่ง) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๒๕ มิ.ย. ๒๕๖๘ พ.ศ.

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยในห้องพักพื้นที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก

2. หลักการและเหตุผล

การพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึกมีความสำคัญในทุกะยะของการผ่าตัด ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ผ่าตัด และหลังผ่าตัดซึ่งการพยาบาลวิสัญญีระยะหลังผ่าตัดก็มีความสำคัญมากเช่นเดียวกัน ห้องพักฟื้น เป็นสถานที่ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกและหลังการผ่าตัด ซึ่งในระยะแรกที่ผู้ป่วยย้ายเข้าห้องพักฟื้นถือว่าเป็นช่วงวิกฤต ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลประจำห้องพักฟื้นที่ได้รับการฝึกฝนให้มีความรู้ความชำนาญมาเป็นอย่างดี เพื่อที่จะสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและรายงานแพทย์ได้ทันที ทั้งนี้เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น เป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ฟื้นกลับสู่สภาวะเดิมอย่างปลอดภัยมากที่สุด จนสามารถกลับบ้านหรือผู้ป่วยหรือกลับบ้านได้ ดังนั้นการนำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น จะเป็นการบอกถึงบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลประจำห้องพักฟื้น การเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดและดมยาสลบ เช่น หายใจลำบาก หลอดลมอุดตันจากเสมหะ เลือดออก หรือช็อก ปวดแผลมาก ห้องพักฟื้น จึงเป็นพื้นที่ที่มีเครื่องมือพร้อม เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ และเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด การดูแลอย่างใกล้ชิดในช่วงนี้จะช่วยให้สามารถ แก้ไขปัญหาเฉียบพลันได้ทันที และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวอย่างปลอดภัย มีการส่งต่ออาการผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วนนำไปสู่การรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องและนำส่งผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ทั้งระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตที่เกิดอันตรายได้ทั้งจากภาวะพร่องออกซิเจน ผลจากการผ่าตัดและยาระงับความรู้สึก ทำให้ระบบต่างๆของร่างกายทำงานผิดปกติ กด reflex ป้องกันอันตรายตามธรรมชาติ การเสียเลือด ความเจ็บปวด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ก็เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

จากการทบทวนสถิติและอุบัติการณ์ของหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง มีสถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2565 – 2567 ตามลำดับดังนี้คือ ผู้รับบริการผ่าตัดจำนวน 2520, 3164 และ 3126 ราย สถิติผู้รับบริการวิสัญญีจำนวน 1486, 1704, 1597 ราย และสถิติการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นจำนวน 1145, 1078, 1208 ราย คิดเป็น ร้อยละ 77.05, 63.26, 75.64 ซึ่งยังพบภาวะไม่พึงประสงค์หลังการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าร้อยละ 20 ของความดันแรกเริ่ม ปวดแผล คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป ความสมดุลของสารน้ำ และภาวะสับสนหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย มีผลต่อผู้ป่วยเป็นอันตรายชั่วคราว และอาจส่งผลต่อการ

พื้นหาย ทำให้อนโรงพยาบาลนานขึ้น การผ่าตัดแต่ละรายมีความแตกต่างกัน พยาธิสภาพ และความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน การรักษาจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างกัน ควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษา การพยาบาลที่มีมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในห้องฟักพื้นที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก

4.2 มีความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะส่งต่อผู้ป่วยหลังได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก

4.3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

4.4 ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 วิสัยทัศน์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องฟักพื้นที่ ปฏิบัติตามแนวทางฯ ร้อยละ 100

5.2 อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะย้ายผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายกลับหอผู้ป่วยร้อยละ 0

ลงชื่อ  ผู้ขอประเมิน

(นางสาวปิยะรัตน์ คุ่มพลาย)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 21 เดือน 12 พ.ศ. 2568

เอกสารอ้างอิง

- คุณัสปกรณ มัคคัปลานนท์ และปณทรี ศุภเวช. (2559). การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University, 3(6), 57-66.
- ดรินทร์ โลห์สิริวัฒน์. นิ่วในถุงน้ำดี (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล สืบค้น มีนาคม 2568 จาก <https://www.si.mahaidol.ac.th>.
- ดรุณี สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตรและรัชชยา มหาสิริมงคล. (2561). การพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 15(3):24-34.
- เทวารักษ์ วีระวัฒนกานนท์. (2553). การติดตามเฝ้าระวังระบบไหลเวียนเลือดและหายใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พนัส เฉลิมแสนยากร. (2557). กายวิภาคตับและระบบทางเดินน้ำดี (Online). สืบค้น มีนาคม 2568 จาก <http://haamor.com/th/กายวิภาคตับและระบบทางเดินน้ำดี>
- มานี รักษาเกียรติศักดิ์ และคณะ. (2566). วิสัญญีตามสมัย เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ :บริษัท พี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด
- รัฐพล แสงรุ่ง และคณะ. (2568). วิสัญญีบูรณาการ 1. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ :บริษัท พี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด
- วิมลรัตน์ ศรีราช และคณะ. (2562). ก้าวไกลวิสัญญี 4.0. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ :บริษัท ธนาเพรส จำกัด
- วิมลรัตน์ ศรีราช และคณะ. (2562). ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ :บริษัท ธนาเพรส จำกัด
- ภิญญลักษณ์ เรวัตพัฒนกิตต์. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและมีโรคร่วม:กรณีศึกษา 2 ราย. วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม 2563; 17(1):131-38.
- สมเดช เจริญสรรพพืช. (2564). มารูจักนิ่วในถุงน้ำดี อาการเป็นอย่างไร ทำไมเราถึงเป็น. สืบค้น มีนาคม 2568 จาก <https://www.ซีพจaram9.com/gallstone>
- อรลักษณ์ รอดอนันต์ และคณะ. (2564). วิสัญญีมีภูมิหรือยัง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด
- อุดม สุทธิพนไพศาล. (2020). โรคหลอดเลือดสมอง หรือโสตโรค (Stroke). สืบค้น กุมภาพันธ์, 2568 จาก <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/stroke>
- World Health Organization, 2009. Implementation Manual – WHO Surgical Safety Checklist (First Edition), Geneva, Switzerland.

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๖	ร.ต.อ.หญิงมยุรี บุรณะโอสถ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลสตึก กม.๑๐ กลุ่มงานการพยาบาล งานพยาบาลหน่วยควบคุม การติดเชื้อและงานจ่ายกลาง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๓๖๘๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลสตึก กม.๑๐ กลุ่มงานการพยาบาล งานพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๔๖๒๓๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปัสสาวะคั่ง และได้รับการสวนปัสสาวะ แบบสะอาดเป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter: CIC)				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพัฒนางานผู้ป่วยนอกสู่ Smart OPD วิภาดา นวอนนท์				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปัสสาวะคั่ง และได้รับการสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึง ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ในแต่ละวันเซลล์ต่าง ๆ ที่ร่างกายจะขับของเสียไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด ไตจะกรองเลือดและขับของเสียในเลือดออกมา เป็นปัสสาวะ ไหลผ่านกรวยไตและท่อไต ลงไปกักไว้ในกระเพาะปัสสาวะจนเต็ม (๓๐๐ - ๔๐๐ ซีซี) โดยใช้เวลาประมาณ ๔-๖ ชั่วโมง แล้วกระเพาะปัสสาวะจะส่งกระแสประสาทไปที่สมอง ทำให้เรารู้สึกปวดปัสสาวะ แล้วสั่งให้หูรูดท่อปัสสาวะคลายตัว เปิดออก กระเพาะปัสสาวะจะบีบตัวขับน้ำปัสสาวะออกจากร่างกายทางท่อปัสสาวะจนหมด (ไม่มีน้ำปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะ หรือ เหลือค้างไม่เกิน ๕๐ ซีซี) โดยปกติร่างกายจะปัสสาวะวันละ ๔-๖ ครั้ง (ห่างกัน ๔ -๖ ชั่วโมงต่อครั้ง) และเวลากลางคืน เมื่อหลับไปแล้วจะไม่ตื่นมาปัสสาวะเลย หรือตื่นมาเพียง ๑ ครั้ง ในขณะที่ปัสสาวะจะไม่มีอาการเจ็บปวด ปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นไม่อยู่ โดยปัสสาวะจะใส ไม่มีสี หรือมีสีเหลืองอ่อนถึงสีเหลืองเข้ม ถ้าปัสสาวะขุ่นมีตะกอน หรือเป็นสีน้ำตาลเนื้อมี อาจจะมีคามผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะได้

ระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง คือกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ จะไม่มีน้ำปัสสาวะเหลือค้าง ถ้ามีความผิดปกติจะทำให้เมื่อปัสสาวะเสร็จแล้ว จะมีน้ำปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะเกิน ๕๐ -๑๐๐ ซีซี จากการอุดตันของท่อปัสสาวะ เช่น ต่อมลูกหมากโต ท่อปัสสาวะตีบตัน หรือมีก้อนนิ่ว/ ก้อนเนื้องอกอุดหรือกระเพาะปัสสาวะหรือหูรูดท่อปัสสาวะทำงานผิดปกติ เช่น กระเพาะปัสสาวะพิการ บีบตัวได้ไม่แรง ทำให้ปัสสาวะไม่ออกปัสสาวะเล็ด มีการอักเสบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นนิ่ว ไตวายได้

ดังนั้นเมื่อมีปัญหาจากมีน้ำปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะ จำเป็นต้องระบายน้ำปัสสาวะออก เพื่อป้องกันอันตรายต่อร่างกาย ดังกล่าวข้างต้นโดย

๑.ใส่สายสวนปัสสาวะคาทิ้งไว้ในกระเพาะปัสสาวะ ที่ทำได้ ๒ วิธี คือ ใส่สายสวนผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยสอดผ่านท่อปัสสาวะ และใส่สายสวนผ่านทางหน้าท้องโดย เจาะรูและสอดสายสวนปัสสาวะผ่านหน้าท้อง ซึ่งต้องทำแบบสะอาด และต้องเปลี่ยนสายทุกเดือน

๒. สวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว ที่ทำโดยผู้ป่วยหรือญาติสวนปัสสาวะที่เหลือค้างทิ้งเอง ทุก ๖ ชั่วโมง

การสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC) เป็นการสวนปัสสาวะนอกสถานพยาบาลโดยใช้เทคนิคสะอาด ในผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว เป็นระยะเวลานาน ซึ่งการคาสายสวนปัสสาวะไว้ในกระเพาะปัสสาวะเป็นระยะเวลานานๆ จะแก้ปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ แต่ปัญหาสำคัญที่จะตามมาได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และยังก่อให้เกิดความรำคาญหรือความยุ่งยากในการที่จะต้องหิ้วสายและถุงเก็บปัสสาวะในกิจวัตร ปัจจุบันนี้เรามักจะหลีกเลี่ยงการคาสายทางทิ้งไว้ในกระเพาะปัสสาวะนานๆ โดยใช้การสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว(Clean Intermittent Catheterization) ซึ่งเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง แทนการคาสายสวนปัสสาวะไว้นานๆ โดยสอดใส่สายสวนปัสสาวะที่สะอาด ผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้ปัสสาวะไหลออกมา โดยทำอย่างสะอาด และต้องทำทุก ๔-๖ ชั่วโมง (วันละ ๔ ครั้ง) อย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถปัสสาวะเองได้หมด หรือ มีปัสสาวะค้างไม่เกิน ๕๐ มิลลิลิตร สาเหตุที่ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติและต้องพึ่งการสวนปัสสาวะ ได้แก่

๑. โรคสมอง อาทิเช่น อุบัติเหตุต่อเนื้อสมอง เนื้องอกในสมอง เนื้อสมองฝ่อ สมองอักเสบ ฯลฯ

๒. โรคของไขสันหลัง เช่นอุบัติเหตุต่อไขสันหลัง เนื้องอกไขสันหลังอักเสบ พยาธิเข้าไขสันหลังซิฟิลิส ฯลฯ

๓. โรคของเส้นประสาทส่วนปลายที่ควบคุมกระเพาะปัสสาวะ เช่น เบาหวาน ฯลฯ

๔. ปลายประสาทที่มาควบคุมกระเพาะปัสสาวะบางส่วนถูกทำลายจากการผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกราน
๕. โรคของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะหรือกระเพาะปัสสาวะยึดมากเกินไปจนไม่มีแรงขับปัสสาวะ

ประโยชน์ของการสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว

๑. ช่วยลดปัญหาการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะและการเสื่อมสภาพของไต
๒. ทำให้การทำงานของกระเพาะปัสสาวะกลับเข้าสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น
๓. หลีกเลี่ยงปัญหาแทรกซ้อนและสิ่งไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นแบบการคาสายสวนทิ้งไว้ เช่น สายสวนอุดตันจากเมือกและตะกอนที่มีอยู่ในน้ำปัสสาวะ ระคายเคือง ปวดอวัยวะเพศ หรือหินปูนเกาะสายสวน
๔. ทำให้คุณภาพของชีวิตดีขึ้น ไม่ต้องมีสายและถุงปัสสาวะติดตัว สามารถเข้าสู่สังคมและไม่สร้างความรำคาญแก่ผู้อื่น
๕. ทำให้คนไข้เป็นตัวของตัวเองและเป็นภาระต่อผู้อื่นน้อยลง

อุปสรรคของการสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว

๑. สำหรับผู้ที่สวนปัสสาวะด้วยตนเอง โดยเฉพาะผู้หญิงอาจมีความลำบากในตอนเริ่มต้นทำใหม่ๆ
๒. สำหรับผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ต้องให้ผู้อื่นสวนให้ ถ้าเป็นเด็กพ่อแม่หรือญาติจะเป็นผู้ทำให้ จนกระทั่งเด็กโตทำการสวนเองได้ แต่กรณีที่เป็นผู้ใหญ่จะสวนให้ได้ยาก ควรจะต้องปรึกษาแพทย์
๓. คนไข้ที่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ทำให้สวนปัสสาวะได้ลำบาก

อุปกรณ์การสวนปัสสาวะ

๑. สายสวนปัสสาวะ
๒. ชุดทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อนสวนปัสสาวะ
๓. ภาชนะสำหรับใส่ปัสสาวะ
๔. สารหล่อลื่นสายสวน (KY jelly)
๕. กระบอกฉีดยาที่มีตัวเลข ใช้ฉีดยาล้างสายสวน และดูดปัสสาวะ เพื่อวัดปริมาณปัสสาวะ
๖. สบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษทิชชู
๗. กระเจกเงา(ก่อนจะสวนปัสสาวะให้ผู้ป่วยใช้กระเจกเงาส่องดูท่อปัสสาวะเพื่อให้เห็นชัดเจนขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยสวนปัสสาวะชำนาญแล้วไม่จำเป็นต้องใช้กระเจกเงา)

วิธีการสวนปัสสาวะ

๑. ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ ๒ ครั้ง (ควรตัดเล็บให้สั้นและไม่สวมเครื่องประดับ)
๒. เตรียมอุปกรณ์การสวนให้พร้อมที่จะสวนปัสสาวะ
๓. ทำสวนปัสสาวะ สวนด้วยตนเองหรือผู้อื่นสวนให้

ผู้หญิง : นั่งยองๆ แยกขาหรือนอนแยกขาออก ๒ ข้าง หรือยืนโดยให้เท้าข้างหนึ่งเหยียบบนเก้าอี้ เอากระเจกส่องดูท่อปัสสาวะหรือใช้นิ้วมือคลำก็ได้

ผู้ชาย : ยืน นอนหรือนั่ง

๔. ทำความสะอาดบริเวณปากทอปปัสสาวะด้วยน้ำสบู่ล้างอวัยวะสืบพันธุ์ และทอปปัสสาวะ
๕. จับสายสวนโดยห่างจากปลายด้านสายสวนปัสสาวะ ประมาณ ๑ นิ้ว ทาสารหล่อลื่นส่วนปลายสายสวน เพื่อลดความระคายเคือง ก่อนใส่สายสวนเข้าทอปปัสสาวะ ในผู้หญิงใส่สายสวนเข้าไปลึกประมาณ ๓ นิ้ว ส่วนผู้ชายใส่ลึกจนสุดสายสวน ปล่อยให้ น้ำปัสสาวะไหลลงภาชนะรองรับหรือโถส้วม
๖. เมื่อน้ำปัสสาวะจากสายหยุดไหล ใช้มือข้างหนึ่งจับสายสวนไว้ ส่วนมืออีกข้างหนึ่งกดเหนือหัวเหน่า ซึ่งเป็นบริเวณที่อยู่ของกระเพาะปัสสาวะจะมีน้ำปัสสาวะไหลออกมาอีก เมื่อน้ำปัสสาวะจากสายสวนหยุดไหล ดึงสายสวนออกทีละนิดพร้อมกับกดเหนือหัวเหน่า ทำซ้ำจนแน่ใจว่าน้ำปัสสาวะไหลออกหมดแล้วจึงดึงสายสวนออกจากทอปปัสสาวะ
๗. ล้างบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทอปปัสสาวะด้วยน้ำสะอาดหรือใช้ผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดบริเวณดังกล่าวให้แห้งเมื่อสวนปัสสาวะเสร็จแล้วทุกครั้ง
๘. บันทึกจำนวนปัสสาวะ สังเกตสี กลิ่น และความใส เพื่อรายงานแพทย์ เมื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป

การพยาบาล

กรณีศึกษา นี้ ใช้กระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กับกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล การใช้เครื่องมือดังกล่าว เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและองค์รวม เน้นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในการดูแลตัวเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ รู้ เข้าใจ เกี่ยวกับโรค และภาวะสุขภาพ ช่วยให้สามารถหาวิธีการในการดูแลตัวเองให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพและความผาสุกได้อย่างดี

แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน (Gordon's functional health)

เป็นแนวทางในการประเมินภาวะทางสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่ง และมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทางสังคม การบริการทางสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุ และเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยการประเมินเป็นขั้นตอนแรกของการกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ๑๑ ด้าน ดังนี้

๑. การรับรู้ภาวะและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ
๒. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะ โภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน
๓. การขับถ่าย เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัย ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย
๔. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับการแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด
๕. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

๖. สถิติปัญญาและการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสถิติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

๗. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง

๘. บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสาร และพัฒนาการด้านสังคม

๙. เพศและการเจริญพันธุ์ เป็นแบบแผนด้านพัฒนาทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

๑๐. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด

๑๑. คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการพยาบาลโดย โอเร็มกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อตัวเอง หรือสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบขั้นตอน เป็นการกระทำที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของชีวิตดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคล (Orem.๑๙๙๕)

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย ๓ แนวคิดได้แก่

๑. ความสามารถในการดูแล (self-care agency) เป็นความสามารถอันสลับซับซ้อนของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี ๓ ระดับ

๑.๑ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการกระทำที่ตั้งใจ แบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะเรียนรู้ กับความสามารถที่จะกระทำ ถ้าบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานแล้วย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป

๑.๒ พลังความสามารถ ๑๐ ประการ (power component : enabling capabilities for self-care) โอเร็ม มองพลังความสามารถ ๑๐ ประการนี้ในลักษณะตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำที่ตั้งใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยตั้งใจทั่วไป ได้แก่ ๑.ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ๒.ความสามารถที่จะควบคุมพลังตนเอง ๓.มีความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหว ๔.ความสามารถที่จะใช้เหตุผล ๕.แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ๖.มีทักษะในการตัดสินใจ ๗.มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และการนำความรู้ไปใช้ ๘.ทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเองด้านความนึกคิด การรับรู้และการกระทำ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ๙. มีความสามารถในการจัดระเบียบดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

๑.๓ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองขณะนั้นทันที ประกอบด้วยความสามารถ ๓ ประการ ดังนี้ ๑).ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ๒).การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น ๓).กระทำการกิจกรรมต่างๆเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem.๑๙๙๕)

๒. ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ภาวะความพร่องในการดูแลตนเองพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็น ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลทั้งหมดที่บุคคลกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อให้บรรลุความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และความพร่องใน

การดูแลตนเองเป็นผลมาจากความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด มากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลต้องการขอความช่วยเหลือจากการพยาบาลเพื่อที่จะจัดภาวะพร้อมในการดูแลตนเองและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, ๑๙๙๕: ๒๔๐)

๓. ทฤษฎีระบบการพยาบาล คือ ระบบการพยาบาลที่ได้มาจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถของตนเองในการออกแบบ วางแผน และการให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม เพื่อปรับแก้ไขความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด

โอเร็ม ได้กำหนดออกเป็น ๓ ระบบดังนี้ (Orem, ๑๙๘๕)

๑. ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) ระบบนี้ใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง และใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตัวเองในการควบคุมการเคลื่อนไหว ไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้เลย ระบบนี้บทบาทพยาบาลเป็นผู้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย

๒. ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเพียงบางอย่าง โดยที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลจะช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากจากภาวะเจ็บป่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง สำหรับลักษณะผู้ป่วยที่ควร จะได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลทดแทนบางส่วน คือ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จิตใจหรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยที่ขาดความสนใจเอาใจใส่ในตนเอง

๓. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) เป็นระบบที่ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม แต่ยังขาดความรู้ ทักษะและต้องการการสนับสนุน แนะนำแนวทางในการมุ่งใจจากพยาบาลในการปฏิบัติ จัดสิ่งแวดล้อมให้อำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วย การสอนต้องให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยด้วย ในระบบนี้พยาบาลต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยพยายามในการดูแลตนเอง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปัสสาวะคั่ง และได้รับการสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC)

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทย อายุ ๒๒ ปี ศึกษาระดับปริญญาตรี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด พักอาศัยบ้านเลขที่ ๑๗/๙๐ ม.๗ ต.พยุหะคีรี อ.สัทหีบ จ.ชลบุรี เดือนสิงหาคม ๒๕๖๖ ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้มเอง รับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี พบ Fracture left Humerus, Fracture Manible, Fracture Thoracic spine Dx: Spinal Cord Injury Thoracic vertebra ๒ (SCI T๒) ได้ทำการผ่าตัดใส่เหล็ก ผลการรักษา กระดูกสันหลัง กระดูกแขนซ้ายและกระดูกคางติดดี ไม่ผิดรูป กลับมาพักฟื้นที่บ้าน retain foley catheter มีติดเชื้อUTI บ่อย และขาอ่อนแรง เกร็ง วันที่ ๒๓-๒๔ มกราคม ๒๕๖๗ Admit ด้วย UTI Plan try off foley cath :Fail try off foley catheter

ระยะเวลารับไว้ในความดูแล ตั้งแต่ทำข้อตกลงบริการร่วมกัน จนปิดบริการ ระหว่างวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๗ รวม ๓ visit

แหล่งที่มาของข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยนอก /เวชระเบียนผู้ป่วยใน / แบบประเมินภาวะสุขภาพ

กรณีศึกษา หญิงไทย อายุ ๒๒ ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ มีไข้ ปัสสาวะมีตะกอน สีเข้มและกลิ่นเหม็น แพทย์มีแผนการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยาฆ่าเชื้อ ผีก Bladder training ก่อนนำสายสวนปัสสาวะออก

สรุปปัญหาที่พบขณะนอนพักรักษาที่ รพ .

๑. ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ(UTI)

๒. พร่องกิจวัตรประจำวัน จากอัมพาตครึ่งท่อน (Paraplegia)

หลังจากจำหน่าย นัดตรวจติดตามประเมินความพร้อมและผลลัพธ์การสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว ดังนี้
นัดติดตามนัดครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

มากับมารดา ใช้รณอน มาเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ แขนซ้ายอ่อนแรงทำกิจวัตรเองได้น้อย ปัสสาวะขุ่นมีตะกอน การรับดื่มน้ำประมาณ ๑ ลิตรต่อวัน ไม่มีไข้

หลังออกจากโรงพยาบาลพบปัสสาวะขุ่น มีตะกอนที่สายสวน ผล Nitrite +ve พบเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ ๕๐-๑๐๐ cell/HPF, V/S : BP= ๑๐๐ /๖๑ mmHg PR= ๑๐๔ ครั้ง/นาที RR= ๑๘ ครั้ง/นาที
ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน ผิวค่อนข้างแห้ง ผมสั้น ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย มีแผลแห้งที่ต้นขา

ระบบประสาท : แขนไม่ค่อยมีแรง ขาไม่รับรู้ความรู้สึก

ระบบทางเดินหายใจ : หายใจปกติ ไม่มีเหนื่อยหอบ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ขาไม่มีแรง เขยียดตึง กล้ามเนื้อหดเกร็ง ขาลีบ

หัวใจและหลอดเลือด : ปกติ

ระบบไต : ปกติ

ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนที่	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
1.การรับรู้และการดูแล	ผู้ป่วยรับรู้ภาวะ Paraplegia และภาวะแทรกซ้อนจากการคาสายสวน การรักษาฟื้นฟูสุขภาพ
2.โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารตามที่มารดาจัดให้ ไม่เป็นเวลา
3.การขับถ่ายของเสีย	ขับถ่ายอุจจาระได้เอง ปัสสาวะผ่านสายสวนปัสสาวะ
4.กิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยมาก ต้องอาศัยมารดาช่วย รวมทั้งการทากายภาพที่บ้าน ส่วนใหญ่นั่งๆนอนๆดูโทรทัศน์
5.การนอนหลับพักผ่อน	นอนหลับได้ดีทั้งกลางวันและกลางคืน วันละ 10-12 ชั่วโมง
6.การรับรู้และสติปัญญา	รับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส ขาทั้งสองข้างไม่รับรู้สัมผัส ความสามารถในการนึกคิดและความจำปกติ
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ มีภาพลักษณ์ ที่ไม่ชวนมอง
8.บทบาทและสัมพันธ์ในครอบครัว	รับบทบาทเป็นผู้ถูกดูแล
9.เพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์	รับรู้จากสภาวะโรค ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์
10.การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด	รู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง เป็นภาระครอบครัว ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือดูแลตนเองได้
11.คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามโอกาส

วิเคราะห์ผู้ป่วยกับแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อย ขาดพลังแรงจูงใจ ความรู้สึกนึกคิด การกระทำ ที่จะดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเนื่องจากต้องพึ่งพาการดูแลจากมารดาและครอบครัว อุปสรรคที่สำคัญคือผลจากสภาวะโรค Spinal cord injury คือ Paraplegia

การพยาบาลที่ช่วยปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับความต้องการทั้งหมด เป็นแบบสนับสนุนให้ความรู้ (educative supportive nursing system) เสริมพลัง แนะนำแนวทางในการจูงใจให้ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนให้กำลังใจ เพื่อบรรลุความพยายามในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การวินิจฉัยโรค UTI and Paraplegia

เป้าหมาย เตรียมความพร้อมก่อนยกเลิกการคาสายสวนปัสสาวะ และสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว (Bladder training & Clean Intermittent Catheter)

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อ๑ เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จากการคาสายสวน และพร่องการดูแลความสะอาดอวัยวะขับถ่ายด้วยตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะมีตะกอน ชุ่น และมีภาวะ Paraplegia แขนซ้ายอ่อนแรง ไม่สามารถทำความสะอาดหลังขับถ่ายได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้รับข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจฝึกการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยเลือกการสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว แทนการคาสายสวนปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

ยอมรับ กำหนดนัดหมาย การฝึกเตรียมกระเพาะปัสสาวะ และการสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว (Bladder training & Clean Intermittent Catheter)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้ข้อมูลการฝึกเตรียมกระเพาะปัสสาวะ และการสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว (Bladder training & Clean Intermittent Catheter) โดยเน้นถึงประโยชน์ที่จะได้รับในเรื่องการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ความคล่องตัวในการทำกายภาพและกิจวัตรประจำวัน

๒. สนับสนุนอุปกรณ์ ของใช้ ตามขอบเขตระบบประกันสุขภาพ ได้สายสวนปัสสาวะและชุดทำความสะอาดก่อนใส่สายสวน

๓. เสริมทักษะการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้แก่การดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ ๑.๕ ลิตร ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และตรงรูเปิดของท่อปัสสาวะ วันละ ๒ ครั้งและก่อนสวนปัสสาวะทุกครั้ง ระวังท่อปัสสาวะสัมผัสผิวภาชนะขณะท่อปัสสาวะทิ้ง และจัดให้งู้งปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและไม่สัมผัสพื้น

๔. ทบทวนการสังเกตอาการผิดปกติจากการติดเชื้อได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ลักษณะปัสสาวะขุ่น ตะกอน หรือเป็นหนอง

วินิจฉัยการพยาบาลข้อ ๒ เสี่ยงต่อการเกิดข้อติดรั้งและกล้ามเนื้ออ่อนแรงเพิ่มขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีภาวะPareplegia มีแขนซ้ายอ่อนแรง มารดาช่วยทำกิจวัตรประจำวัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการทำกายภาพเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ไม่เกิดข้อติดรั้ง การทำกิจวัตรด้วยตนเองมีความก้าวหน้า

เกณฑ์การประเมินผล

เข้ารับการทำการกายภาพบำบัดตามนัดหมาย การประเมินความแข็งแรงและทำกิจวัตรได้เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการฝึกทำกิจวัตรด้วยตนเองและเข้าทำการกายภาพอย่างต่อเนื่อง
- ๒ สนับสนุนข้อมูล หน่วยงานทำการกายภาพ ตามขอบเขตอาการโรค
๓. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารจำพวกเสริมสร้างกล้ามเนื้อ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่เพิ่มน้ำหนัก หรือเกินความต้องการของร่างกาย
๔. ให้ข้อมูลการระวังอันตรายอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มจากอุปกรณ์ที่ไม่แข็งแรง หรือล้อเลื่อนต่างๆ

วินิจฉัยการพยาบาลข้อ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดทำร้ายตัวเอง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีภาวะ Pareplegia ท้อแท้ สิ้นหวัง สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ประเมิน ๒Q พบมีความเสี่ยงที่จะซึมเศร้า ผลประเมิน ๙Q ผลซึมเศร้าระดับน้อย ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย (๔ คะแนน) เบื่อไม่อยากทำอะไร ซึมเศร้า นอนหลับยาก คิดว่าตายไปจะไม่เป็นภาระครอบครัว

วัตถุประสงค์การพยาบาล

๑. เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเอง ควบคุมความคิด อารมณ์และพฤติกรรมได้
๒. สามารถพูดระบายความไม่สุขสบายใจอย่างมีสติ
๓. เห็นคุณค่าของตัวเอง มีเป้าหมายการชีวิตอยู่
๔. ผู้ดูแลเข้าใจสภาวะโรคซึมเศร้า ดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยควบคุมความคิดและอารมณ์ด้านลบของตนเองได้
๒. ไว้วางใจผู้ให้คำปรึกษา ยอมรับการให้คำปรึกษา
๓. เห็นคุณค่าในตัวเอง บอกเป้าหมายที่ดีของตนเองได้ตามความเป็นจริง และผลการประเมินซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

๔. ผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพ ด้วยความอบอุ่นและเป็นมิตร เพื่อผู้ป่วยไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความทุกข์ใจ ความคับข้องใจ ด้วยความเข้าใจและเห็นใจ
๓. ประเมินความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง เพื่อวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสม

๔. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษา เพื่อฝึกทักษะการผ่อนคลาย การเห็นคุณค่าในตัวเอง จากคลินิกสุขภาพจิตต่อเนื่อง

นัดติดตามและประเมินผลการพยาบาล ครั้งที่ ๓ (๑๙ มีนาคม ๒๕๖๗)

๑. ผู้ป่วยควบคุมการปัสสาวะได้เอง มีปัสสาวะเล็ด และต้องสวนปัสสาวะบางครั้ง Residual urine ประมาณ ๑๐๐ml
๒. ผู้ป่วยมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนจากทำกิจวัตรเพิ่มขึ้น ขาแข็งแรง มีกล้ามเนื้อหดเกร็งระดับ ๒ ทั้ง ๒ ข้าง เริ่มฝึกนั่ง ยังทรงตัวได้น้อย
๓. รับการรักษาฟื้นฟูเฉพาะทาง ที่ศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
๔. ผลการประเมิน ๒Q เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผลการประเมิน ๙Q ผลซึมเศร้าระดับน้อย ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย (๓ คะแนน)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาสถิติและเลือกเรื่องที่น่าสนใจและสอดคล้องกับงานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง จำนวน ๑ ราย โดยเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลด้วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสัมพันธ์กับการคาสายสวน และมีแผนการรักษาให้ฝึกควบคุมการขับถ่ายด้วยตนเอง
๒. รวบรวมข้อมูลประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
๓. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ
๔. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
๕. นำข้อมูลที่ได้ มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผน ให้การพยาบาล
๖. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ โอเร็ม ประกอบกับ กระบวนการพยาบาล
๗. เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัสสาวะคั่ง และได้รับการสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC)
๒. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC) แทนการคาสายสวน

5. ผลสำเร็จของงาน (เเชิงปริมาณ /คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัสสาวะคั่ง และได้รับการสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC) จำนวน ๑ ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ - ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ๓ visit รวมอยู่ในช่วงเวลาที่คุณดูแลผู้ป่วย ๒๐ วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีทัศนคติที่ดีต่อการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง ฝึกทักษะเพื่อดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาระบบบริการสุขภาพบางกรณี เกิดความมั่นใจที่จะฝึกทักษะต่างๆที่ได้รับ เพื่อปรับการดูแลที่เอื้อ

ต่อบริบทครอบครัว และยังเป็นแรงบันดาลใจในการฟื้นฟูสมรรถนะ มีกำลังใจและความมุ่งมั่นจากผลลัพธ์ที่พัฒนาขึ้นอย่างช้าๆ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสร้างแรงบันดาลใจ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมีปัสสาวะคั่ง และได้รับการสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC)

๗. ความยั่งยืนยากซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา การให้การพยาบาลผู้ป่วยมีปัสสาวะคั่ง และได้รับการสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC) มีวัตถุประสงค์ในการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม สามารถควบคุมการขับถ่าย ประเมินอาการผิดปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการของโรคได้

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะคั่ง และได้รับการสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC) พบได้ไม่มาก การเข้าถึงและความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ต้องเตรียมวางแผนชีวิตประจำวัน ก่อนตัดสินใจเลือกการสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว

๒. ผู้ป่วยหญิงอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ทำกิจวัตรด้วยตนเองได้น้อย พึ่งพาการดูแลจากมารดาเป็นหลัก ย่อมมีความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้สิ้นหวังกระทบจิตใจเป็นระยะ ส่งผลต่อกำลังใจ ความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถนะ จำเป็นต้องเสริมพลังทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวให้การฟื้นฟูต่อเนื่อง

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยที่มีปัสสาวะคั่ง ควรเข้าถึงบริการเพื่อได้รับการฝึกการสวนปัสสาวะแบบสะอาด เป็นครั้งคราว (Clean Intermittent Catheter :CIC) ด้วยตนเองหรือผู้ดูแล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการคาสายสวน เพิ่มความภาคภูมิใจในการดำรงชีวิตและอัตลักษณ์

๒. การส่งต่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลจาก รพ.สต. เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและติดตามปัญหาอุปสรรค

๑๐. การเผยแพร่ผลงานไม่มี.....

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) สัดส่วนผลงาน ๖๐% ขึ้นไป

ร.ต.อ.หญิงมยุรี บุรณะโอสถ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐% (หากดำเนินการผู้เดียว)

หรือ

- | | | |
|----------|-----------------|--------------|
| ๑) | สัดส่วนของผลงาน | ร้อยละ |
| ๒) | สัดส่วนของผลงาน | ร้อยละ |
| ๓) | สัดส่วนของผลงาน | ร้อยละ |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ร.ต.อ.หญิง มยุรี บุรณะโอสถ ผู้ขอประเมิน
(มยุรี บุรณะโอสถ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๘ เดือน เมษายน พ.ศ.๒๕๖๘

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. ร.ต.อ.หญิงมยุรี บุรณะโอสถ	ร.ต.อ.หญิง mpr ym
๒. ใส่ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)	
๓. ใส่ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)	

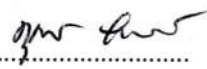
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสมถวิล ทาหอม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

วันที่ 25 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ) 

(นายคุณากร วงศ์ทิมารัตน์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสตึก กม.๑๐

วันที่ 25 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ) 

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) 26 มิ.ย. 2568

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนางานผู้ป่วยนอกสู่ Smart OPD

๒. หลักการและเหตุผล

การพัฒนางานผู้ป่วยนอกสู่การเป็น Smart OPD เป็นส่วนหนึ่งของการบรรลุเป้าหมายโรงพยาบาลอัจฉริยะ โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลหรือเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ เข้ามาช่วยพัฒนาการให้บริการคนไข้ ตั้งแต่ก่อนเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ขณะพบแพทย์และกลับบ้าน การพัฒนางานผู้ป่วยนอกสู่การเป็น Smart OPD จึงเน้นถึงบริการที่สร้างประสบการณ์เพื่อการเข้ารับบริการที่ดีขึ้นของคนไข้ เข้าถึงระบบบริการได้สะดวก รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการ เจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพการทำงาน เพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยและการรักษา โดยใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงาน และการจัดการบริการต่างๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการทำงานของบุคลากร ทำให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิด Work life balance ในการปฏิบัติงาน

๓. บทวิเคราะห์ / แนวความคิด / ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจขึ้นและแนวทางแก้ไข

- การพัฒนาระบบบริการคนไข้นอก ให้เป็น Smart OPD จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลคนไข้ ลดเวลารอคอย และเพิ่มความสะดวกทั้งคนไข้และบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้ข้อมูลการแพทย์แบบอิเล็กทรอนิกส์ ส่งต่อข้อมูลระหว่างแผนกหรือโรงพยาบาล ลดความผิดพลาดจากการจดบันทึกด้วยมือ เข้าถึงข้อมูลคนไข้ได้อย่างรวดเร็ว ลดการใช้เอกสารกระดาษ และช่วยให้แพทย์สามารถเข้าถึงประวัติการรักษาได้ทุกที่ทุกเวลา ระบบแชทบอทที่ใช้ AI ตอบคำถามทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ช่วยทำนัดหมาย และช่วยให้คนไข้ได้รับข้อมูลเบื้องต้นก่อนที่จะมาโรงพยาบาล ให้ข้อมูลการนัดหมายก่อนพบแพทย์ บริหารจัดการค่านวนเวลารอคอยของการเข้ารับบริการในแผนกต่างๆ โดยมีเป้าหมายลดอุบัติเหตุการฉ้อโกง และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ข้อจำกัด ๑. ผู้รับบริการจำต้องเข้าถึงระบบบริการด้วย Smart phone มีทักษะการใช้งานด้วยตนเอง

๒. ระบบสำรองข้อมูล เครือข่ายต้องเสถียรและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การบำรุงรักษาระบบและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้

แนวทางการแก้ไข มอบหมายผู้รับผิดชอบระบบเฉพาะทาง

เป้าหมาย

งานบริการผู้ป่วยนอก คลินิกโรคติดต่อและคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอนดำเนินงาน

๑. ติดตั้งระบบปรับอากาศเพื่อให้ผู้รับบริการมีความสะดวกสบายขณะรอคอยรับบริการ
๒. จัดแบ่งพื้นที่ให้เป็นสัดส่วนเพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท
๓. เพิ่มตู้บริการกดบัตรคิวด้วยตนเองที่มีโปรแกรมเชื่อมต่อบริการระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

๔. จัดซื้อ จัดจ้างจอมอนิเตอร์แสดงคิว

๕. พัฒนาแอปพลิเคชันโรงพยาบาล หรือ SMS แจ้งเตือนสถานะคิวแบบเรียลไทม์ /สามารถบอกเวลาโดยประมาณหรือสแกน QR code ตรวจสอบคิวผ่านมือถือตนเอง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

โรงพยาบาลสตึก กม.๑๐ ผ่านการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเงินในปี ๒๕๖๙

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก อยู่ที่ระดับร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป

ลงชื่อ ร.ต.อ.หญิง มยุรี บุรณะโอสถ

(มยุรี บุรณะโอสถ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๘ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

เอกสารอ้างอิง

๑. ศิริพร รังพงษ์.(๒๐๒๔).การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตัวเองซ้ำ:กรณีศึกษา,วารสารวิชาการโรงพยาบาลระยอง,๒๓(๔๔),๑-๑๕
๒. สรสนันท์ ระวังทองและลัดวัลย์ ฤทธิกล้า.(๒๐๒๑).การพัฒนากระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ.Journal online , ๖ (๒),๒๘-๓๑
๓. เกล็ดดาว จันททิโร,พรทิพย์ ถนอมวัฒน์และมูจรินทร์ แจ่มแสงทอง.(๒๐๒๑).การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี.ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, ๓๙ (๑),๙๗-๑๐๕
๔. ศุภรียา ชินโย.(๒๐๒๑).ความถูกต้องของคู่มือการสอนสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดใน ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ.ศรีนครินทร์ ๓๗ (๖), ๖๗๗-๖๘๓
๕. กัลยา อิงคะสุทธิ,นลินทิพย์ ดำนานทองและกรองแก้ว หาญพานิชย์.(๒๕๕๙). ความถูกต้องของวิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว ด้วยวิธีสะอาด ในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ .เวชศาสตร์ฟื้นฟู, ๑๔(๒),๗๗-๘๓
๖. วิภาวี หมายพิมาย และรศ.พัฒน์ คุ่มทวีพร.(๒๕๖๕).การจัดการความรู้เรื่องการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.สืบค้นเมื่อวันที่ ๙เมษายน ๒๕๖๘ จากเว็บไซต์ <http://ns.mahidol.ac.th>.
๗. โรงพยาบาลลำปาง.(๒๕๖๐).การสวนปัสสาวะทั้งแบบสะอาดด้วยตนเองในผู้หญิง .สืบค้นเมื่อ ๑๐เมษายน ๒๕๕๙, จากเว็บไซต์ www.lph.go.th
๘. มาริยา อุดมและ ปิยะพงษ์ ทองเพชร.(๒๕๖๕) การพัฒนาศักยภาพผู้พิการและผู้ดูแลในการใส่สายสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดเป็นครั้งคราว. สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๗เมษายน ๒๕๖๘ จากเว็บไซต์ www.pro.moph.go.th
๙. วิภาพร ภูมิมากร.(๒๕๖๑).การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราวแบบสะอาด โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตรโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล สืบค้นเมื่อ๑๗เมษายน ๒๕๖๘ จากเว็บไซต์ <http://ns.mahidol.ac.th>.

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๗	นางสาวอัญชลี พรมฤทธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะสีชัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม	๒๓๕๗๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะสีชัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม	๒๓๕๗๙	เลื่อนระดับ
		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)		
		ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑		การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓		๑๐๐%
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน		การพัฒนารูปแบบกระบวนการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชน วิมล อมาตย์		
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ เดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๗ – เดือนมกราคม พ.ศ.๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ โรคเบาหวาน คือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในกระบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยกระบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อนเพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ โรคเบาหวานแบ่งเป็น ๔ ชนิด คือ

๑) เบาหวานชนิดที่ ๑ เกิดจากเซลล์ตับอ่อนถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ขาดอินซูลิน มักพบในเด็ก

๒) โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน มักพบในผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนร่วมด้วย

๓) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ มักเกิดเมื่อไตรมาส ๒ – ๓ ของการตั้งครรภ์

๔) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ มีได้หลายสาเหตุ เช่น โรคทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน โรคทางต่อมไร้ท่อ ยาบางชนิด เป็นต้น

การวินิจฉัยเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน ดังต่อไปนี้ มีอาการโรคเบาหวานชัดเจน ได้แก่ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและปริมาณมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่มีสาเหตุ ร่วมกับตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่า ≥ 200 มก./ดล. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (อย่างน้อย ๘ ชั่วโมง) ≥ 126 มก./ดล. การตรวจความทนต่อกลูโคส โดยให้รับประทานกลูโคส ๗๕ กรัม แล้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ ๒ ชั่วโมง ถ้ามีค่า ≥ 200 มก./ดล. และการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 6.5\%$ โดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการต้องได้รับการรับรองตามมาตรฐานที่กำหนด

การรักษา คือการให้ความรู้และการสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การจัดโภชนาการตามความเหมาะสมในชีวิตประจำวัน ออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การใช้ยาและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาเบาหวานอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการแปลผล ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงและวิธีการป้องกัน แก้ไข ค้นหาความเสี่ยง การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังอันเนื่องมาจากเบาหวาน การดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การดูแลรักษาเท้า การดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นต้น

การพยาบาล การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการคิดและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่อง อาหารการรับประทานยา การออกกำลังกาย เป็นต้น จัดบริการในลักษณะที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษา และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงความจริงใจ ยินดีให้ความช่วยเหลือ สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมายให้ได้ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

๓.๒ ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) หมายถึง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต ซึ่งเป็นผลมาจากการเป็นเบาหวานระยะเวลานาน ทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง โดยตรวจพบลักษณะเหล่านี้จากผู้ป่วย ดังนี้

๑) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า ๗%

๒) ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (หลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง) มากกว่า ๑๓๐ mg/dl

๓) มีค่าความดันโลหิตที่มากกว่า ๑๓๐/๘๐ mmHg

๔) การตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ

๕) ระดับไขมัน LDL มากกว่า ๑๐๐ mg/dl

๖) ระดับไขมัน HDL น้อยกว่า ๔๐ mg/dl ในผู้ชาย และน้อยกว่า ๕๐ mg/dl ในผู้หญิง

๗) มีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า ๖๐ มิลลิลิตร/นาที

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน คือระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA๑c) > ๗% ระดับความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับอายุมากเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยอายุมากกว่า ๖๐ ปี พบไตวายเรื้อรัง ร้อยละ ๘๒.๖ ซึ่งสัมพันธ์กับการเป็นเบาหวานมานานเกิน ๕ ปี การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารรสเค็มจะทำให้ไตทำงานหนัก พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ได้แก่ ยาสมุนไพร เช่น ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน หรือโสมและยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)

๓.๓ โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางโครงสร้าง หรือหน้าที่ของไตเป็นระยะเวลานานเกิน ๓ เดือน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพโดยตรวจพบลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือพบร่วมกันในสองข้อต่อไปนี้ ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) $\geq$ ๓๐ มก./วัน พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria) มีความผิดปกติของเกลือแร่ (electrolyte) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดฝอยไต (renal tubules) พบความผิดปกติของไตทางรังสีวิทยา

ความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไตมีประวัติการได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และอัตราการกรองของไตต่ำกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.ติดต่อกันนานเกิน ๓ เดือน การแบ่งระยะโรคไตเรื้อรังตามอัตราการกรองของไต (eGFR) มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. มี ๕ ระยะ คือระยะที่ ๑ eGFR $\geq$ ๙๐ ระยะที่ ๒ eGFR ๖๐-๘๙ ระยะที่ ๓a eGFR ๔๕-๕๙ ระยะที่ ๓b eGFR ๓๐-๔๔ ระยะที่ ๔ eGFR ๑๕-๒๙ และระยะที่ ๕ GFR < ๑๕

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่

๑. การติดตามระดับการทำงานของไต โดยการตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) และอัลบูมินจากตัวอย่างปัสสาวะ

๒. ส่งปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบอายุรแพทย์โรคไต

๓. ตรวจประเมินของอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ เม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ ระดับโพแทสเซียมในเลือด

๔. การตรวจประเมินภาวะหลอดเลือดที่ไต

๕. การประเมินระดับความดันโลหิตในสถานพยาบาลและพิจารณาใช้การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน

๖. สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำกัดการรับประทานโซเดียมให้น้อยกว่า ๒,๐๐๐ มก./วัน

๗. แนะนำให้ออกกำลังกายแบบ moderate intensity อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑๕๐ นาที

หรือออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะของหัวใจและโรคร่วมของผู้ป่วย

๘. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตวิธีอื่น เช่น การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกบุหรี่ การลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่ โภชนบำบัด

๙. การดูแลรักษาภาวะโลหิตจาง การตรวจทางรังสีวิทยา

๑๐. การใช้ยาหรือสารที่มีผลต่อภาวะโรคไตเรื้อรัง

๑๑. การเสริมภูมิคุ้มกันด้วยการฉีดวัคซีนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๑๒. การลดความเสี่ยงและการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคเลวลง (progression of CKD) ที่สามารถป้องกันหรือปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้ การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาล การควบคุมระดับไขมันในเลือด ควบคุมระดับโปรตีนที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย ควบคุมเรื่องการใช้ยาและอาหารเสริมต่างๆที่จะมีผลต่อการกรองของไต การ

จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ Care giver ที่ผ่านการอบรมเข้ามาร่วมกันในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓

๑) ความดันโลหิตสูง (hypertension) แนะนำการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป้าหมายของความดันโลหิตในผู้ป่วย ที่ไม่มีโปรตีนหรืออัลบูมินรั่วในปัสสาวะ สมาคมไตนานาชาติ (Kidney Disease Improve Global Outcome: KDIGO) แนะนำที่น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยที่มีโปรตีนหรืออัลบูมินรั่วในปัสสาวะแนะนำให้ต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท

๒) เบาหวาน (diabetes) แนะนำการควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเสื่อมของไตการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (fasting plasma glucose or fasting blood sugar : การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่า ๑๕๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA๑C) ๗-๘% ไม่แนะนำให้ลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA๑C) น้อยกว่า ๗%

๓) ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) แนะนำการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างน้อย ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๕ ครั้ง ควบคุมระดับไขมันรวมให้อยู่ในค่า ๒๐-๓๐ กก./ม.^๒ และหยุดสูบบุหรี่

๔) ระดับโปรตีนในปัสสาวะสูง (proteinuria) แนะนำการบริโภคโปรตีน แนะนำให้ลดการบริโภคโปรตีนเหลือเพียง ๐.๘ กรัม/กก./วัน

๕) แนะนำการควบคุมระดับแคลเซียม ฟอสเฟตและฮอร์โมนพาราไทรอยด์ ให้อยู่ในภาวะสมดุล และควบคุมดัชนีมวลกายไม่เกิน ๒๕ กก./ตร.ม.

๖) การดูแลร่วมกันกับสหวิชาชีพและแกนนำชุมชน รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นรายบุคคล ทุก ๑ เดือน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

๗) การจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยอย่างต่อเนื่อง มีการอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Caregiver)

๘) แนะนำเรื่องการใช้ยากลุ่ม Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) และผลลัพธ์ของการใช้ยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วย

หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of care)

หลักการ ๗ aspect of care นำมากำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดพัฒนาคุณภาพการพยาบาล พัฒนาบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองกับปัญหาสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้

๑. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment)

๒. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management)

๓. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)

๔. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of Complication)

๕. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care)

๖. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว (Facilitation of Patient & Family Self Care)

๗. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction)

การพยาบาล โดยใช้หลักทางคลินิกแนะนำและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of Care) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อโรคและภาวะสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะของโรค ลดการเกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS

I : การเคลื่อนไหว (Immobility) ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการทำกิจกรรมต่างๆ โดยประเมินจาก

- ๑) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living)
- ๒) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ใช้เครื่องมือต่างๆ (Instrumental Activity of Daily Living)

N : อาหาร (Nutrition) ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร เหมาะสมกับโรคหรือไม่ อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหาร ปริมาณที่กิน นิสัยการกิน ก่อนหรือหลังกินข้าวชอบ สุกหรืดิบ เหนียวหรือไม่ เป็นต้น

H : สภาพบ้าน (Home Environment) ประเมินลักษณะสภาพและสิ่งแวดล้อมรอบๆ บ้านว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและโรคที่เป็นหรือไม่

O : สมาชิกคนอื่นในบ้าน (Other people) ประเมินความสัมพันธ์และภาระหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในบ้าน หรืออาจประเมินจากผังเครือญาติ

M : การใช้ยา (Medication) ประเมินว่าจริงๆ แล้วผู้ป่วยกินยาอะไรบ้าง กินอย่างไร มีวิธีการจัดยาแต่ละมืออย่างไร

E : การตรวจร่างกาย (Examination) การประเมินและการตรวจร่างกาย ว่าผู้ป่วยสามารถทำภารกิจประจำวันได้มากน้อยเพียงใดที่บ้าน ทำให้เห็นสภาพความเจ็บป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อนำมาปรับแนวทางการช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

S : ความปลอดภัย (Safety) ประเมินสภาพความปลอดภัยภายในบ้าน เพื่อปรับสภาพภายในบ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ ภายใต้ความพร้อมและความเห็นชอบของผู้ป่วยและครอบครัว

S : สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) การประเมินในเรื่องของการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ความเชื่อและคุณค่าในการใช้ชีวิต เรื่องราวความรู้สึก สิ่งที่ยึดถือในจิตใจ ความเชื่อทางจิตวิญญาณของคนในบ้าน

S : แหล่งให้บริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน (Services) ควรให้ญาติที่ใกล้ชิดอยู่ด้วยในขณะที่ทีมสุขภาพไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้เข้าใจตรงกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเข้าใจบริการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลว่า มีอะไรบ้าง จะติดต่อได้อย่างไร เมื่อใดหรือมีบริการอื่นใดในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้บริการอื่นได้อีกบ้าง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง ๖.๗ ล้านคน หรือเสียชีวิต ๑ คน ในทุกๆ ๕ วินาที ก่อให้เกิดรายจ่ายด้านสุขภาพมาก สถิติสาธารณสุขประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ๓ แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน ๓.๓ ล้านคน ในปี ๒๕๖๓ มีเพียง ๑ ใน ๔ คน (ร้อยละ ๒๖.๓) เท่านั้น ที่สามารถควบคุมสถานะของโรคได้ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด ๑๖,๓๘๘ คน (อัตราการตาย ๒๕.๑ ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง ๔๗,๕๙๖ ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ประเทศไทยพบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ สูงถึง ๔๑.๕๐% ในจังหวัดชลบุรี พบว่า อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อแสนประชากร ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ๑๕๕.๗๕, ๑๕๘.๐๔, และ ๑๖๙.๖๒ ตามลำดับ สัมพันธ์กับอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒ พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้น คือ ๑,๑๕๑.๙๒, ๑,๒๓๐.๑๔, ๑,๒๕๕.๕๐ และ ๑,๓๓๔.๒๖ ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้น คือ ๑,๙๕๘.๗๕, ๒,๑๓๔.๙๔, ๒,๑๒๘.๗๕ และ ๒,๑๘๓.๔๐ ตามลำดับ

อำเภอเกาะสีชัง ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่า มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเป็นอันดับที่ ๒ ของจังหวัด คือ ๘๐๔.๗๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปีพ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ต่ำกว่าเกณฑ์ (เป้าหมาย ๔๐%) คือ ๒๒.๑๙%, ๓๐.๒๘% และ ๒๕.๐๔% ตามลำดับ เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาสูญเสียการมองเห็น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต ฯลฯ ซึ่งโรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีความค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว และมีความยุ่งยากไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วย จากข้อมูล ๓ ปีย้อนหลังของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเสนา ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยเข้ามารับบริการเพิ่มมากขึ้น คือ ๒๒.๑๙%, ๒๓.๒๖% และ ๒๕.๘๘% ตามลำดับ ซึ่งการดูแลป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้ายคือการดูแลชะลอไตเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถ้าได้รับการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไต จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะไตวาย จนกลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาด้วยการฟอกไต ซึ่งเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง พยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะพยาบาลในชุมชน ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง จึงมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพและป้องกันไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ โดยการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล กำกับ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการติดตามอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งบอกถึงการเสื่อมของไต การจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วย การสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เข้าใจในโรคเบาหวานการชะลอไตเสื่อมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ติดต่อประสานงานในทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care service) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม รวมทั้งลดความแออัดในโรงพยาบาล ฉะนั้นการพัฒนาระบบบริการจึงต้องครอบคลุมผู้ป่วยทั้งด้าน

๑. บริการสุขภาพแบบองค์รวม
๒. บริการสุขภาพตั้งแต่แรก
๓. บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
๔. การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน
๕. การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ
๖. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว
๗. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓
๒. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. ผู้ป่วยชะลอการเสื่อมของไตเพื่อป้องกันการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD)
๒. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดำรงชีวิตได้ตามปกติสุขอย่างเหมาะสม

๔.๔ สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๓ ปี พบผู้ป่วยครั้งแรก ที่บ้าน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๘ ผู้ป่วยมาปรึกษาเรื่อง เครื่องดื่มกาแฟ ๓ in ๑ ผสมโซลว่า เป็นเบาหวานช่วยลดน้ำตาลได้ไหม จึงได้สอบถามอาการป่วยและประเมินภาวะสุขภาพ พบว่ามีอาการอ่อนเพลีย มึนงงศีรษะบางครั้ง ได้เจาะน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTEX) หลังอาหาร ๒ ชั่วโมงให้

ได้ ๒๔๐ mg% วัดความดันโลหิตได้ ๑๕๑/๗๘ mmHg ซีฟร ๖๗ครั้ง/นาที่ ยาเบาหวาน ที่รับประทานคือ Glipizide ๕ mg รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด ก่อนอาหารเช้า-เย็น Metformin ๕๐๐ mg รับประทานครั้งละ ๒ เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น Pioglitazone ๓๐ mg รับประทานครั้งละ ๑ ½ เม็ด หลังอาหารเช้า ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง Amlodipine ๕ mg รับประทานครั้งละ ๒ เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น Atenolol ๕๐ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ดหลังอาหารเช้า HCTZ ๒๕ mg รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า Losartan ๕๐ mg รับประทานครั้งละ ๒ เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น สอบถามประวัติ ผู้ป่วยบอกว่า เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ประมาณ ๒๐ ปี รักษาโรงพยาบาลเกาส์ซิง และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้ป่วยแจ้งว่าขณะรักษาระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดี ๔ ปีที่ผ่านมาซึ่งเป็นช่วงโควิดระบาด ซ้อยารับประทานเอง เคยดื่มสุรา ยาดองนานมากกว่า ๑๐ ปีตอนนี้หยุดแล้ว ไม่สูบบุหรี่ ตรวจร่างกาย พบความผิดปกติ ไม่สามารถยืนเดินได้ตั้งแต่ป่วยด้วยกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทและรับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เมื่อ ๑๐ ปีก่อน ตามองเห็นไม่ชัดทั้ง ๒ ข้างจากตาต่อกระจกมีน็ดพบจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา น้ำหนักคำนวณจากรูปร่างประมาณ ๖๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๕ เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ๒๗.๕ สถานภาพหย่าร้างเนื่องจากสามีไปมีภรรยาใหม่ มีลูกชาย ๑ คนที่อาศัยอยู่ด้วยกัน อายุ ๓๑ ปีสถานภาพโสด พักอาศัยอยู่กับมารดาและคอยช่วยทำงานบ้านบ้าง ไม่ได้ทำงาน ค่าใช้จ่ายในบ้านมาจากผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่สามียังส่งเงินมาให้ใช้ทุกเดือน และรายได้จากค่าเช่าบ้าน บุคลิกภาพเป็นผู้นำครอบครัว มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ประวัติครอบครัว มารดาเป็นเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เสียชีวิตแล้ว ประเมินแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า การรับรู้และการจัดการสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่ไปพบแพทย์ ซ้อยารับประทานเอง รับประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลา ชอบรับประทานข้าวเหนียวหมูปิ้ง น้ำพริกปลาร้าผักจิ้ม ส้มตำปลาร้า ยาสมุนไพร รับประทานผลไม้ เช่น สับปะรด แตงโม หรือน้ำผลไม้เป็นประจำ ถ่านอนดึกและหิวจะรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นประจำ และมีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถเดินได้ตามปกติเป็นปัญหาต่อเนื่องมาจากกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท ไม่ได้ออกกำลังกาย พักผ่อนน้อย นอนไม่หลับตามปกติ นอนหลับๆตื่นๆเป็นประจำ เฉลี่ยเวลานอนประมาณ ๕-๖ ชั่วโมง มีความวิตกกังวล เรื่องสุขภาพตนเอง ไม่สามารถเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดได้ เพราะมีความยุ่งยากในการเดินทางและรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองเมื่อต้องออกจากบ้านไปในสังคม จึงให้ลูกชาย และคนข้างบ้านไปซ้อยามารับประทานเอง ซึ่งบางครั้งก็มีพระที่เคาะพนับถือนำยาและอาหารเสริม ยาสมุนไพรมาให้รับประทาน คิดว่าไม่มีอาการผิดปกติอะไรน้ำตาลในเลือดน่าจะต่ำไม่สูง การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยคิดน้อยใจอยู่บ้างเรื่องตนเองดูแลพ่อแม่เป็นอย่างดี เมื่อตัวเองป่วยไม่มีใครดูแลเอาใจใส่ในเรื่องอาหารและอาการเจ็บป่วย เมื่อมีปัญหาจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเอง เก็บความเครียดไว้ไม่มีใครรับฟัง พูดคุยกับลูกชายเป็นบางครั้ง แต่รู้สึกว่าลูกชายช่วยแก้ปัญหาใดๆ ไม่ได้ จากการประเมินภาวะสุขภาพและซักประวัติ ตรวจร่างกายพบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

๑. ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีน้ำตาลในเลือดสูง การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) = ๒๔๐mg% เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

กิจกรรมการพยาบาล คือ สังเกตอาการผิดปกติและสอบถามประเมินอาการน้ำตาลสูง เช่น กระหายน้ำ ตื่นน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ตามัว วังซิม ถ้ารุนแรง อาจหมดสติ หรือบางรายอาจจะมีอาการชักกระตุกร่วมด้วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม แจ่มใส รับฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสินผู้ป่วย ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ ทศนคติ สภาพครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมแวดล้อม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview) ในการให้ความรู้โรคเบาหวานโดยการสัมภาษณ์ และจูงใจให้ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องของตนเอง ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) และให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention :BI) เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองที่ดี อธิบายปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาการน้ำตาลในเลือดสูง และอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมทั้งการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนได้ การรักษาพยาบาล การจัดการตนเองในด้านต่างๆ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ ได้แก่ อาหารหมวดต่างๆ ที่เหมาะสม การอ่านฉลากโภชนา อาหารแลกเปลี่ยน ซึ่งถ้าเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง สามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งจะผลักดันให้ผู้รับคำแนะนำตัดสินใจปฏิบัติตามข้อมูลความรู้ที่ได้รับ โดยให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวอย่างง่ายๆ และในทางตรงข้ามผลเสียของการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจะส่งผลอย่างไรในอนาคต ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stager of change) รับฟังปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถแยกและบอกอาหารที่มีน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำได้ และเข้าใจว่าอาการสัมพันธ์กับการกินอาหารมากไป หรือมีอาหารห่างกันเกินไป ประเมิน Stager of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะเตรียมตัวหรือพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง (Preparation) มีความตั้งใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ตั้งใจฟังและสอบถามข้อสงสัยเรื่องการรับประทาน อาหาร การปฏิบัติตัวได้ มีความเข้าใจในระบบบริการ

๒. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น อาจเกิดภาวะทางหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการขาดความรู้ในการจัดการกับความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการพยาบาล คือ ประเมินและสอบถามอาการของภาวะแทรกซ้อน คือ หัวใจ อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ อาการขาบวม ไต อาจเป็นโรคไตเรื้อรัง มีอาการขาบวม ชีต ผิวแห้ง สมอง อาจเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการที่แสดงออก คือ มีอาการปากเบี้ยว อ่อนแรงครึ่งซีก ซากครึ่งซีก หรืออาจมีภาวะสมองเสื่อมเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการอาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมทางบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดภาวะระดับความดันโลหิตสูงปรับอาหารและพฤติกรรมการกินของผู้ป่วย โดยลดปริมาณโซเดียม และประเภทอาหารที่มีปัจจัยส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ตามหลัก DASH Diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet) คือ ลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม รับประทานได้ไม่เกิน ๑,๕๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน ลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว รับประทานอาหารเน้นผัก เน้นธัญพืช ปลา ถั่วเปลือกแข็ง ดัมนมไขมันต่ำ เลี่ยงเนื้อแดง น้ำตาล เครื่องดื่มรสหวาน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เลี่ยงผักผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่างๆ แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจวัดค่าระดับความดันโลหิตประจำวัน โดยแนะนำผู้ป่วยว่าจะประสานงานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอสม.ในพื้นที่มาวัดความดันโลหิตให้ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เห็นถึงผลดีของการดูแลตนเอง

การประเมินผล ไม่มีอาการผิดปกติ มีความเข้าใจในอาหารลดความดันโลหิต ซักถามข้อสงสัยในอาหารต่างๆ ในชีวิตประจำวันมีความตั้งใจปรับวิธีการเลือกอาหาร จะปรุงอาหารเอง ลดเค็มและหยุดใช้ผงปรุงรส เมื่อไปเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป พบระดับความดันโลหิตลดลงคือ ๑๔๒/๗๘ mmHg

๓. ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะ ๓ เนื่องจากผู้ป่วยเคยมารับบริการแล้ว รู้สึกว่ายาก รอนาน

กิจกรรมการพยาบาล คือ รับฟังผู้ป่วยถึงปัญหาในการใช้บริการที่เคยไปโรงพยาบาล อธิบายขั้นตอนระบบบริการในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ และการรักษาในแผนกเบาหวาน ให้ความมั่นใจในทีมแพทย์ที่รักษาซึ่งไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอายุรกรรมแต่ก็มีความมุ่งมั่นตั้งใจ มีความรู้ความสามารถในการให้การ ทีมสหสาขาที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องรอผล และได้ประสานงานนัดผู้ป่วยพบแพทย์

การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจรับฟัง แต่ก็ติดด้วยความไม่สะดวกสบายของตนเองในการที่จะต้องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัดเช่นเดิม

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ประเมินภาวะสุขภาพ ความดันโลหิต ๑๔๖/๘๔ mmHg ชีพจร ๘๗ ครั้ง/นาทีการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) หลังอาหาร ๒ ชั่วโมง ๑๗๘ mg% ประเมินการรับรู้ผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยทราบผล คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังระยะ ๓ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (FBS = ๑๕๐ mg%, HbA1c = ๑๐.๑๓%, Creatinine = ๑.๑๐ mg/dL, eGFR = ๔๙.๙๓ mL/min(Stage ๓) Urine Creatinine = ๕๐ mg/dL, Urine Microalbumin =

๓๐ mg/l, Triglyceride = ๒๔๘ mg/dl) ซึ่งผู้ป่วยทราบผลแล้วและมีความวิตกกังวล แพทย์จ่ายยาให้รับประทานตามเดิม ในการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ได้ค้นพบข้อมูลใหม่เพิ่มเติมคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาที่ได้ไปจากโรงพยาบาล เกาะสีซึ่งให้ข้อมูลว่ารับประทานยาเดิมที่ซื้อจากร้านขายยาและดื่มเครื่องดื่มสมุนไพรที่สั่งซื้อมาจากทางโทรทัศน์ ยาที่ได้จากโรงพยาบาลนั้น ตนได้จัดส่งไปให้น้องสาวที่ป่วยเป็นเบาหวานเช่นกัน ที่จังหวัดสุรินทร์ ได้ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS การเคลื่อนไหว (Immobility) สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันที่ใช้เครื่องมือต่างๆ อาหาร (Nutrition) : รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา หุงข้าวและทำกับข้าวเองเป็นส่วนใหญ่ มีซื้อบ้างบางมื้อ สามารถเลือกอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น หยุดกินข้าวเหนียวเปลี่ยนมากินข้าวกล้อง ลดการกินขนม น้ำผลไม้ น้ำอัดลม และกาแฟ ๓ in ๑ เปลี่ยนเป็นกาแฟดำไม่ใส่น้ำตาลแทน สภาพบ้าน (Home Environment) : เป็นบ้านปูน ๑ ชั้นยกพื้นสูง บันได ๕ ขั้น มีความแข็งแรง สิ่งของระเกะระกะ กองอยู่ใกล้ๆ กันเพื่อผู้ป่วยหยิบใช้ได้ง่าย รอบๆ บ้านมีบริเวณที่ปลูกต้นไม้ อากาศระบายได้ดี มีบ้านเช่าที่ผู้เช่าเป็นคนรู้จักกัน พึ่งพาอาศัยกันได้ สมาชิกคนอื่นในบ้าน (Other people) : มีลูกชาย อายุ ๓๑ ปี อยู่ด้วยกัน การใช้ยา (Medication) : รับประทานยาที่แพทย์สั่ง ก่อนมารักษาในครั้งนี้ เคยดื่มน้ำผลไม้และน้ำสมุนไพรคิดว่าช่วยรักษาเบาหวาน กาแฟผสมสมุนไพร หลังจากมารับการรักษาผู้ป่วยเลิกรับประทาน การตรวจร่างกาย (Examination) : ความดันโลหิต ๑๔๖/๘๔ mmHg ชีพจร ๘๗ ครั้ง/นาที น้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) หลังอาหาร ๒ ชั่วโมง = ๑๗๘ mg% ไม่มีอาการผิดปกติใดๆความปลอดภัย (Safety) : ลักษณะบ้านปลอดภัยมีรั้วรอบขอบชิด รอบๆบ้านมีต้นไม้ให้ความร่มเย็น ไม่มีมลพิษทางอากาศ หรือเสียงรบกวน ภายในบ้านไม่เสี่ยงจากอุบัติเหตุ แม้จะดูว่าวางของไม่เป็นระเบียบแต่ก็สะดวกต่อผู้ป่วยในการค้นหาและหยิบใช้เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถลุกเดินได้สุขภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) : ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายกับครอบครัว มีคุณค่าในการใช้ชีวิต มีความเชื่อในศาสนา สวดมนต์ ทำบุญเป็นประจำ จากการสนทนา พบว่ามีเรื่องทุกข์ใจเรื่องสามีที่แยกกันอยู่บ้างและลูกชาย เมื่อทราบว่าตัวเองมีไตเสื่อม มีความวิตกกังวลกลัวทำงานบ้านและดูแลตัวเองไม่ไหว ต้องเป็นภาระของลูกชายที่จะต้องพาตนเองไปพบแพทย์ ซึ่งถ้าไตวายจะยังมีความยากลำบากมากขึ้นในการเดินทางไปพบแพทย์เฉพาะทางใด ที่รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ความลำบากคือต้องเดินทางขึ้นเรือขึ้นรถ มีปัญหาเรื่องการนอน นอนไม่หลับเป็นประจำ ประเมินแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) ประเมิน ๒Q = ๒ คะแนน จึงประเมินแบบประเมินโรคซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙Q) คะแนน ๙Q = ๑๑ คะแนน แปลผลมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย แหล่งให้บริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน (Services) : โรงพยาบาลเกาะสีซึ่งที่ดูแลรักษามาอย่างต่อเนื่อง ทั้งไปพบแพทย์และมีทีมมาเยี่ยมติดตามที่บ้าน ร้านขายยาในเกาะสีซึ่งจะไปซื้อยาต่างๆเป็นประจำ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ พบ ปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

๔. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากการทำงานของไตลดลง

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสภาพและตรวจร่างกายผู้ป่วย สนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview) ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention : BI) ให้ความรู้เรื่องโรคไต สาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อม อาการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม เชิญชวนให้ผู้ป่วยทำอาหารทานเอง เลือกการประกอบอาหารสดใหม่ ไม่รับประทานของหมักดอง ลดการใช้เกลือ ผงปรุงรส เครื่องปรุงต่างๆ เลือกโปรตีนที่ดี เนื้อสัตว์สด ไขมันต่ำ ไม่ติดมัน และไม่ผ่านการแปรรูป เช่น ไช้ขาว เนื้อปลา เนื้อหมู เนื้อไก่ ลดการใช้น้ำมันประกอบอาหาร จำกัดปริมาณโซเดียม น้อยกว่า ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท โดยรับประทานยาและหลีกเลี่ยงอาหารหรือสิ่งกระตุ้นให้ความดันโลหิตสูง หลีกเลี่ยงการใช้ยาสมุนไพรเกินความจำเป็น

ประเมินผลการพยาบาล ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่สามารถไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้ตามนัด วางแผนให้พยาบาลติดตามเยี่ยมที่บ้าน ประสาน Care giver ช่วยดูแลอำนวยความสะดวก และเจาะเลือดน้ำตาลปลายนิ้วให้ที่บ้านทุก ๑ เดือนและก่อนถึงวันที่ต้องรับยาเพิ่มจากโรงพยาบาล โดยส่งผลการตรวจให้ทางไลน์ เพื่อรายงานข้อมูลให้แพทย์ทราบ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ๑๗๑ mg%, ผู้ป่วยทานยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเกาะสีซึ่งโดยทีมเยี่ยมบ้านได้จัดยาเป็นม็อบๆ และติดแผนปฏิทินให้ผู้ป่วยเพื่อที่จะง่ายต่อการทานยาของผู้ป่วยมากขึ้น

๕. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไตเรื้อรังระยะ ๓

กิจกรรมการพยาบาล คือ รับฟังด้วยความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และหาทางออกด้วยตนเอง อธิบายการดำเนินโรคและภาวะสุขภาพที่สามารถชะลอได้เสื่อมได้ และยังคงทำงานได้ ให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินครอบครัวเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถหาทางออกเรื่องเครียดได้ด้วยการพูดคุยกับพระ พังพระและสวดมนต์ก่อนนอน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๘ ร่วมกับเภสัชกรและ Care giver ได้เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) หลังอาหาร ๖ ชั่วโมงให้ ได้ผล ๑๗๒ mg% วัดความดันโลหิตได้ ๑๖๒/๘๒ mmHg ซีฟจร ๖๔ ครั้ง/นาที ประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินผลทางการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความรู้และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น หยุดกาแฟ ๓ in ๑ หยุดรับประทานข้าวเหนียว ลดการปรุงอาหารรสเค็ม ลดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส/ผงปรุงรส น้ำปลา ได้ทบทวนความรู้ให้ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพได้เหมาะสม ประเมิน Stager of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงสภาพพฤติกรรมใหม่ (Maintenance) ให้กำลังใจและชื่นชมผู้ป่วยและลูกชายที่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น วางแผนการดูแลเนื่องการติดตามดูแลให้ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลและ Care giver ร่วมกันดูแล

ติดตามการดูแลต่อเนื่อง ติดตามเจาะเลือดปลายนิ้ว ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ๑๕๐ mg% ความดันโลหิต ๑๔๗/๘๒ mmHg พยาบาลเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำเพิ่ม ให้กำลังใจและชื่นชมผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้าใจ และปฏิบัติตามได้

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกและศึกษาผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากและปัญหาซับซ้อนในการให้การพยาบาล
๒. รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนที่มาตรวจที่โรงพยาบาลเกาะสีชัง ทั้งข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว
๓. ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ามารับรักษาที่โรงพยาบาลเกาะสีชัง โดยศึกษาแผนการรักษา การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจด้วยเครื่องพิเศษ รวมทั้งปรึกษาแพทย์ในประเด็นต่างๆ
๔. ทบทวนเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๕. ศึกษาแบบประเมินภาวะสุขภาพของ INHOMESSS และ ๗ aspect of care ตามหลักกระบวนการพยาบาล โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยในขณะที่ติดตามเยี่ยมบ้าน
๖. รวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ เรียบเรียง และจัดทำรายงานการศึกษาเป็นรูปเล่ม
๗. เผยแพร่ผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ จำนวน ๑ ราย

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๒) ทุกระยะของการพยาบาล ได้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการดูแล เริ่มตั้งแต่การพบผู้ป่วยในชุมชนและขาดการรักษา มีการค้นหาปัญหา ความต้องการต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผน การวินิจฉัย การพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย ลดความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต

๓) ได้ตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยอย่างต่อเนื่อง มีการอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Care giver) โดยใช้การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ ในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ชะลอการเสื่อมของไต

๔) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลและ Care giver ที่ได้รับ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๖.๑ ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓

๖.๒ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการชะลอไตเสื่อมในหน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.สต.

๖.๓ เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมของพยาบาลวิชาชีพ ไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของบุคลากรในหน่วยงาน

๖.๔ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อม ระหว่างทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care giver ผู้ป่วยและครอบครัว

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นหัวหน้าครอบครัว เชื้อมั่นในตนเองสูง และมักจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเสมอ ไม่ค่อยรับฟังผู้อื่น วางแผนดูแลตนเองและแก้ปัญหาโดยไม่ปรึกษาครอบครัว จึงพบการแก้ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และไม่เชื่อมั่นในระบบการรักษาของโรงพยาบาลรัฐบาล ต้องใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพที่ดี ใช้ความจริงใจ ใส่ใจในการดูแล ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลความรู้ในเวลาที่มีข้อสงสัย และให้คำปรึกษาสนทนาร่างแรงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยยินดีหาทางออกร่วมกับครอบครัว ยินดีเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลผ่านเครือข่ายในชุมชนและทีมเยี่ยมบ้าน ได้มีการประสานการดูแลสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน และ Care giver ประเมิน Stage of change ทุกครั้ง และให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หาความรู้ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่ครอบคลุม และการคัดกรองภาวะเบาหวานและความดันโลหิตในบางพื้นที่ไม่ทั่วถึง เนื่องจากขาดเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งการเบิกจ่ายแถบตรวจระดับน้ำตาลได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลให้ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมาย ๑-๓ เดือน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติที่บ้าน ก็ไม่สามารถรับการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดได้เอง การติดตามดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้านจะจำกัดเฉพาะกรณีที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำที่เป็นผู้ป่วยในและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แพทย์มีการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องและให้ติดตามวัดค่าน้ำตาลในเลือดเท่านั้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การพัฒนาศักยภาพเรื่องการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนอย่างได้ผลดี และมีค่าใช้จ่ายต่ำ

๙.๒ การจัดหาอุปกรณ์ เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และเครื่องวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยยืมอย่างเพียงพอ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการชะลอไตเสื่อมได้ดีขึ้น และมีให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ Care giver ใช้เพื่อติดตามประเมินผลในการเยี่ยมบ้าน และควรมีสื่อการสอนที่เข้าใจง่ายเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถแนะนำผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านได้ พยาบาลเวชปฏิบัติที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และยังมีรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ยังไม่ครอบคลุมในชุมชน

๙.๓ การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและสนทนาร่างแรงใจ (Motivational Interviewing) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดระบบเป็นคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ร่วมกับคลินิกชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาล โดยการเริ่มจากหา V shape

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....อยู่ระหว่างดำเนินการเผยแพร่ผลงาน.....

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑)นางสาวอัญชลี พรหมฤทธิ์..... สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐..... (ระบุร้อยละ)

๒) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๓) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(.....นางสาวอัญชลี พรหมฤทธิ์.....)

(ตำแหน่ง) ...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

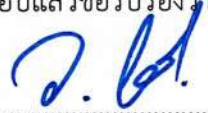
(วันที่) ๑๐ / เมษายน / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอัญชลี พรหมฤทธิ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  (ลงชื่อ) 

(.....นางวิภาดา สว่างพะวง.....)

(.....นายภูจิตต์ ตรีบำเพ็ญ.....)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเกาะสีชัง (ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

(วันที่) ๒๓ / เมษายน / ๒๕๖๕

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสีชัง

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(.....นายเกษม สกลแพทย์.....)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) ๓.๖ มี.ย. ๒๕๖๕

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบกระบวนการชะลอไตเสื่อมโดยเครือข่ายชุมชน

๒. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน หลังจากที่มีนโยบายทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ ข้อมูลจากสมาคมโรคไต พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้นมากกว่า ๑๗๐,๐๐๐ ราย และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ ๑๙,๐๐๐-๒๒,๐๐๐ ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่แสดงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่านั้น ยังไม่ได้รวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะแรกๆ ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนมากกว่า ๘ ล้านคนทั่วประเทศ จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง และโรคไตวายระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากทำให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง เพิ่มขึ้นในอัตราที่ค่อนข้างมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยควรให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ให้ได้ผลดี อำเภอกะสีซัง ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเป็นอันดับที่ ๒ ของจังหวัด คือ ๘๐๔.๗๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปีพ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ต่ำกว่าเกณฑ์และมีแนวโน้มลดลง (เป้าหมาย ๔๐%) คือ ๓๐.๒๘%, ๒๕.๐๔%, และ ๒๓.๘๒% ตามลำดับ เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาสูญเสียการมองเห็น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต ฯลฯ ซึ่งโรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็น ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล ๓ ปีย้อนหลังของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกะสีซัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยเข้ามารับบริการเพิ่มมากขึ้น คือ ๒๓.๒๖%, ๒๕.๘๘% และ ๒๖.๓๗% ตามลำดับ ซึ่งการจะดูแลป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้ายคือการดูแลชะลอไตเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การมีระบบคัดกรองและสามารถค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในระยะแรกของโรค จะสามารถป้องกันและชะลอการเสื่อมของหน้าที่ไตที่จะเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ช่วยป้องกันหรือควบคุมความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้นผู้จัดทำจึงสนใจพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพและเข้าถึงบริการ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ลดอัตราการเสียชีวิต ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓

๒. มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ในโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อชะลอไตเสื่อม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

อำเภอกะสีซัง มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ๑ แห่งซึ่งขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลกะสีซัง มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดตามเยี่ยมบ้านเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากนโยบายการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care service) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม รวมทั้งลดความแออัดในโรงพยาบาล รัฐจึงได้พัฒนาให้เกิดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้น ตามพรบ. ปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลประชาชนให้ได้รับการจัดส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะ ๓ ด้วยข้อจำกัดของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนที่สำคัญคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังขาดทั้งทักษะและความรู้ ที่จำเพาะในเรื่องของการชะลอไตเสื่อม

แนวความคิด

เนื่องจากในโรงพยาบาลมีแพทย์เวชปฏิบัติครบถ้วน ที่ให้การดูแลรักษา ไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วย มีคลินิกชะลอไตของโรงพยาบาลแต่จะเน้นการตั้งรับเพียงอย่างเดียว ยังไม่มีพยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ที่จะทำหน้าที่จัดระบบบริการสุขภาพโดยมีเป้าประสงค์เพื่อจัดการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการไม่ได้ให้ มีคุณภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการร่วมกับ ๗ มาตรการที่สำคัญในการจัดการโรคไตเรื้อรังของกรมควบคุมโรค คือ มาตรการที่ ๑ เผื่อระวังติดตามและการคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพื่อเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนและสถานบริการ มาตรการที่ ๒ การสร้างความตระหนักในระดับประชากรและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ มาตรการที่ ๓ การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสี่ยงและ การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน มาตรการที่ ๔ การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (โดยการใช้ทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ) มาตรการที่ ๕ การพัฒนาคุณภาพการบริการ มาตรการที่ ๖ การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีความเข้มแข็ง มาตรการที่ ๗ การกำกับติดตามและประเมินผล มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดระบบการบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ในบริบทโรงพยาบาลที่มีเจ้าหน้าที่จำกัด ไม่ครบทีมสหวิชาชีพ จึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และมีระบบปรึกษาสหวิชาชีพที่ชัดเจน จัดหาสื่อที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เช่น วิดีโอ เอกสารที่มีภาพชัดเจน ตัวอย่างอาหาร ประสานการดูแลกับครอบครัว มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอ

จากปัญหาในการปฏิบัติงานผู้จัดทำจึงได้พัฒนาระบบบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ในโรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้หลักการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ร่วมกับ ๗ มาตรการที่สำคัญในการจัดการโรคไตเรื้อรังของกรมควบคุมโรค ตามแนวทางปฏิบัติ คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ และคู่มือการคัดกรองและดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒๕๖๕ จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย โดยมีเป้าประสงค์เพื่อจัดการให้การดูแลผู้ป่วยป้องกันชะลอความเสื่อมของไต ชะลอเกิดไตวายระยะสุดท้าย ส่งเสริมสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สหวิชาชีพยั้งขาดนักโภชนาการ แนวทางแก้ไข คือ ใช้การปรึกษาตามบทบาทหน้าที่ในคณะกรรมการโรคไตเรื้อรังเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกาะสีชัง และกำหนดเกณฑ์ที่จะปรึกษาเป็นรายกรณี และเกณฑ์ที่มีความจำเป็นในการลงติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกัน

กลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓

๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกาะสีชังและเครือข่ายชุมชน จำนวน ๒๐ คน

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

๑. ศึกษา รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากระบบข้อมูลของอำเภอเกาะสีชัง
๒. ศึกษาเอกสาร ตำรา สื่อพิมพ์ งานวิจัย ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
๓. จัดทำแนวทางระบบบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓

(ฉบับร่าง)

ขั้นดำเนินการ

๑. ประชุมคณะทำงานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกาะสีชัง นำเสนอแนวทางระบบบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ (ฉบับร่าง) เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนจัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และกำหนดบทบาทในการดำเนินงานเพื่อลดโรคไตเรื้อรัง

๒. จัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกาะสีชังรวมทั้งบทบาทและกิจกรรมสำคัญในการดำเนินงานเพื่อลดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

๓. จัดอบรมให้แก่ อสม. ในเรื่องการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้สามารถสร้างความตระหนักกับประชาชนและชุมชนเน้นประเด็น ลดเค็มเพื่อลดโรคไตเรื้อรัง การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ บันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยได้

๔. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนให้เหมาะสมตามกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อน การรักษาพยาบาล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ การดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย ติดตามประเมินผล

๕. จัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ในวันที่มีคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาล และดูแลผู้ป่วยตามแบบแผนการดูแลที่คณะทำงานได้กำหนดร่วมกันไว้
ขึ้นประเมินผล

๑. พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลเกาะสีชัง สามารถใช้ระบบบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ได้อย่างน้อย ๘๐%

๒. มีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการสมบูรณ์ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน เหมาะสม
การนำไปใช้ครอบคลุมการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังและชะลอโรคไตเรื้อรัง

๓. มีระบบสารสนเทศข้อมูลเชื่อมโยงกันระหว่างรพ. หน่วยงานปฐมภูมิและชุมชน นำข้อมูลมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไตเรื้อรังและการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างทีมที่มีประสิทธิภาพ

๔. ติดตามประเมินผลภาวะสุขภาพ อัตราการกรองของไต และผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ หลังการดูแล ๖ เดือน หรือทันเวลาในไตรมาสที่ ๓-๔

ระยะเวลาดำเนินการ

๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ที่รักษาในโรงพยาบาลเกาะสีชัง มีค่า creatinine ลดลง และมีผล eGFR เพิ่มขึ้น (มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5) อย่างน้อยร้อยละ ๖๙

๒. เกิดระบบบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ในโรงพยาบาลในรูปสหสาขา แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เกสเซอร์ นักโภชนาการ อสม.

๓. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีศักยภาพในการดำเนินงานเพื่อลดโรคไตเรื้อรังได้ครอบคลุมทุกมิติ

๔. อสม. มีความรู้สามารถดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลในเรื่องการคัดกรอง สื่อสาร จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน และการติดตามเยี่ยมบ้าน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย
มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5 (๖๙% ตามเกณฑ์รายงานตัวชี้วัด NCD Clinic Plus)

๒. บุคลากรวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางในการชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ได้อย่างน้อย ๘๐%

(ลงชื่อ)

(.....นางสาวอัญชลี พรหมฤทธิ์.....)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

(วันที่) ๑๗ / ๖ เมษายน / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๘	นางสาวฤทัยรัตน์ ศรีขวัญ	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลเกาะจันทร์</u> <u>กลุ่มงานเภสัชกรรม</u> <u>และคุ้มครองผู้บริโภค</u> เภสัชกร ชำนาญการ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	๑๘๖๖๗๑	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลเกาะจันทร์</u> <u>กลุ่มงานเภสัชกรรม</u> <u>และคุ้มครองผู้บริโภค</u> เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	๑๘๖๖๗๑	เลื่อนระดับ
		ชื่อผลงานส่งประเมิน <u>ลำดับที่ ๑</u>				๙๐%
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				
		การดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค				

สุกาน ๐๘๓๓๓

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การศึกษาความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกะเจันท์ จังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๘ ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ รวมระยะเวลา ๖ เดือน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร และประสบการณ์ในตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในสถานประกอบการ ตลอดจนประสบการณ์ในการตรวจโรงงานผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี

๓.๒ ประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกะเจันท์

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคในภาคสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้บริโภคเป็นอย่างมาก เช่น ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน การโฆษณาที่เกินจริง หรือบริการทางการแพทย์ที่ไม่เป็นธรรม การที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายและสะดวกเพิ่มมากขึ้น โดยสื่อข่าวสารมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจของผู้บริโภคในยุคปัจจุบัน สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ สื่อออนไลน์ หรือโซเชียลมีเดีย ต่างก็มีบทบาทสำคัญในการนำเสนอข้อมูลข่าวสาร ผลิตภัณฑ์ และบริการต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และความเชื่อของผู้คน ทำให้เกิดแรงจูงใจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคสินค้าและบริการต่างๆ การคุ้มครองผู้บริโภคหมายถึง การดูแลปกป้องผู้บริโภค ให้ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรมจากการบริโภคสินค้าและบริการ ที่ผ่านมาถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบรายงานปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการด้านสุขภาพ รวมทั้งสิทธิด้านสุขภาพ จากข้อมูลของมูลนิธิผู้บริโภค ตั้งแต่ ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ พบว่ามีเรื่องร้องเรียนโดยผู้บริโภคทั้งหมด ๑,๐๒๑ เรื่อง โดยปัญหาที่ได้รับการร้องเรียนมากเป็นอันดับ ๑ จากการบริโภคสินค้าและบริการทั่วไป พบถึง ๕๘๙ เรื่องคิดเป็นร้อยละ ๕๗.๖๙ โดยเฉพาะสินค้ากลุ่มผลิตภัณฑ์อาหาร จากข้อมูลการสำรวจและทดสอบสารสเตียรอยด์ในยาชุด ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และยาปฏิชีวนะเหลือใช้ ในเขตอำเภอกะเจันท์ ในปี ๒๕๖๓ พบว่ายังมีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ประชาชนยังมีการใช้ยาชุด ยาสมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจพบสเตียรอยด์ จากแหล่งจำหน่าย ร้านค้าของชำ รถหาบเร่ ตัวแทนที่มาขายถึงบ้าน มีคนให้มา และซื้อจากร้านหมอแผนโบราณ โดยพบสเตียรอยด์ในตัวอย่างที่ต้องสงสัยคิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๘ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด มีผลิตภัณฑ์ปนปลอมสเตียรอยด์มากกว่าร้อยละ ๑๐.๐๐ จากครัวเรือนของประชาชนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ๑๐๖ ครัวเรือน ลักษณะรูปแบบของยาที่พบสเตียรอยด์เป็นยาชุด ยาผง และยาลูกกลอน จากแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ที่เน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเอง และทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุด และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙ ในแผนงานการป้องกัน ควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีมาตรการสำคัญคือพัฒนากลไกการคุ้มครองผู้บริโภค และบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยกลยุทธ์สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน (Community Participation) นั่นคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสุขภาพ เป็นเครือข่ายด้านสุขภาพภาคประชาชน ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน เป็นสื่อกลางส่งต่อข้อมูลข่าวสาร

ด้านสุขภาพ ให้คำแนะนำเบื้องต้น ถ่ายทอดความรู้ และเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านสุขภาพของคนในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการคุ้มครองผู้บริโภคโดยทำหน้าที่ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสิทธิของผู้บริโภคและการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อย่างปลอดภัย พร้อมทั้งเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจเป็นอันตรายในชุมชน และยังทำหน้าที่แจ้งเตือนประชาชนเกี่ยวกับสินค้าและบริการที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐเมื่อตรวจพบการกระทำผิด พวกเขาช่วยรับเรื่องร้องเรียนและติดตามผลการดำเนินการ นอกจากนี้ยังร่วมเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมณรงค์และตรวจสอบผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น เช่น อาหาร ยา และเครื่องสำอาง เพื่อความปลอดภัยของชุมชน มีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสิทธิของตนเอง เสริมสร้างความตระหนักรู้ในการบริโภคอย่างรับผิดชอบ และเป็นผู้ดำเนินการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางสังคมและเศรษฐกิจ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดูแลครอบคลุมทุกหมู่บ้าน โดยมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะในระดับพื้นฐาน แต่ยังไม่มีการปฏิบัติงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่สำคัญ ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะได้รับสินค้าและบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเหมาะสม การศึกษาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งมีความหลากหลายทั้งด้าน อายุ สถานภาพทางสังคม และอาชีพหลัก และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อประเมินความเข้าใจและความสามารถในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคยังมีค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอเกาะจันทร์ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนงานการพัฒนาความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ในการปฏิบัติงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคเชิงรุก เพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมประชาชนในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจในการเลือกบริโภคอย่างปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาความรู้ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

๒. เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับความรู้ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การฝึกอบรมด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค และการรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เก็บข้อมูลในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี จำนวน ๒๗๒ คน ตั้งแต่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๘ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘ โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, ๑๙๙๕) ทำการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน ในการศึกษาครั้งนี้จึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า ๒๗๒ คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คัดเลือกโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling เก็บตัวอย่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีหน้าที่ดูแลประชาชนแยกตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๔ แห่งและหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลเกาะจันทร์ ๑ แห่งในอำเภอเกาะจันทร์ กำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นทำการการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มตามรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละหน่วยบริการ เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าสู่งานวิจัย (Inclusion criteria) คืออาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กอง

สนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เกณฑ์ในการคัดออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) คือ ๑) ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขน้อยกว่า ๑ ปี ๒) อาสาสมัครสาธารณสุขที่ย้ายออกอาสาสมัครสาธารณสุข หรือมีการหรือลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย และเกณฑ์การถอดถอน (Discontinuation criteria) คือแบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์มากกว่าร้อยละ ๒๐ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยสร้างเครื่องมือตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผ่านพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถาม โดยการประเมินข้อความแต่ละข้อในเครื่องมือ ประเมินความเกี่ยวข้อง ความชัดเจนของข้อความ ความยากง่าย ความครบถ้วนครอบคลุมเนื้อหา/มโนทัศน์ที่ต้องการจะวัด การใช้ภาษาและความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะวัด วิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีแล้ว ทำการจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มีการกำหนดมาตรการป้องกันข้อมูล เช่น ใช้รหัส (ID) แทนชื่อ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามเก็บไว้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้ถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์และเขียนรายงาน หลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน ๑ ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบดูแลกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค และงานดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำการประชุมชี้แจงและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้สถิติจำนวน และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และต่ำสุด ค่าสูงสุด วิเคราะห์การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และรายตัวแปรโดยนำมาจัดระดับนำเสนอ จำนวนและร้อยละ และนำเสนอคะแนนในภาพรวมรายตัวแปรด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การฝึกอบรมด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค และการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

หน่วยงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เกาะจันทร์สามารถนำผลการศึกษาที่ได้เพื่อกำหนดนโยบายในการพัฒนาและเสริมสร้างความรู้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนจัดทำโครงการพัฒนาและเสริมสร้างความรู้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คัดเลือกโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบStratified Random Sampling กำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นทำการการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้คือ แบบสอบถามที่มีเนื้อหาที่ต้องตอบค่อนข้างมาก ซึ่งต้องอาศัยความรอบคอบและความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากอาจเกิดปัญหาความไม่เต็มใจในการตอบ หรือการตอบแบบไม่จริงจัง และอาจมีอัตราการตอบกลับต่ำ (Low response rate) ทำให้ข้อมูลที่ได้คลาดเคลื่อนไม่สะท้อนข้อเท็จจริง การรวบรวม วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลได้ และการจัดเก็บข้อมูลให้ปลอดภัยและเป็นความลับตามหลักจริยธรรมก็ถือเป็นอีกความท้าทายหนึ่งของการใช้แบบสอบถาม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวนมาก ต้องเก็บรวบรวมหลายชุดคำถาม พื้นที่อำเภอ เกาะจันทร์ยังคงเป็นพื้นที่ชนบทที่การเดินทางค่อนข้างจะยากลำบาก และแต่ละครัวเรือนก็มักตั้งอยู่ไกลกัน ดังนั้นจึงทำให้ใช้ทรัพยากรและงบประมาณสูง โดยเฉพาะในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ รวมทั้งการบริหารเวลาในการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

๙. ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษารังนี้ยังอยู่ในขั้นตอนการยื่นขอจริยธรรม ดังนั้นจึงไม่มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะ

๑๐. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๙๐

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวกานต์วี แคล้วคลาด สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางสาวฤทัยรัตน์ ศรีขวัญ)
(ตำแหน่ง) เกสัชกรชำนาญการ
(วันที่) 17. / 10. / 2568
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกานต์วี แคล้วคลาด	ไฉ่รว

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายปิยะวิทย์ หมดมลทิน)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) ปฏิบัติหน้าที่
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะจันทร์

(วันที่) 17 เม.ย. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายภุชงค์ สฤณแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่) 6 มี.ย. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

๒. หลักการและเหตุผล

ปัญหาการบริโภคสินค้าไม่ได้มาตรฐานไม่ปลอดภัย อันเนื่องมาจากผู้บริโภคเอง ผู้จำหน่าย และประสิทธิภาพการดูแลของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ยังคงเป็นปัญหาที่มีมาอย่างต่อเนื่องและยาวนานมาหลายทศวรรษ จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคของประชากร ปี ๒๕๖๐ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สิ่งที่ประชาชนส่วนใหญ่คำนึงถึงมากที่สุดก่อนเลือกซื้ออาหาร คือความชอบ ร้อยละ ๒๒.๑ รองลงมาคือ รสชาติ ความอยากรับประทาน และความสะอาด ร้อยละ ๑๑.๕ ๑๘.๒ และ ๑๗.๘ ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๐) และจากข้อมูลของเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปี ๒๕๖๒ พบว่ามีสารเคมีตกค้างในผักผลไม้สูงถึง ร้อยละ ๔๑ (เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช, ๒๕๖๒) ซึ่งอาหารที่วางจำหน่ายตามท้องตลาดทั่วไปนั้นบางประเภทมีส่วนประกอบที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค ร้อยละ ๔๙.๔ อาหารที่วางจำหน่ายในท้องตลาดเป็นอาหารที่ไม่ปลอดภัยร้อยละ ๔๕.๐ (เมธาคุณ พุกษา (๒๕๖๑)) และจากรายงานการใช้จ่ายปี ๒๕๕๙ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบการบริโภคยาไม่เหมาะสมเกินความจำเป็นในทุกระดับ ทั้งการใช้จ่ายในสถานพยาบาล ภาครัฐ และเอกชน การใช้จ่ายในชุมชนโดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ยาด้านจุลชีพ ยาชุด และยาสเตรอยด์ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ๒๕๕๙) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานเรื่องร้องเรียน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของมูลนิธิเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๒ โดยเรื่องที่ได้รับการร้องเรียนมากที่สุดคือ เรื่องอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ถึงร้อยละ ๓.๑๒ ร้อยละ ๔๑.๑๔ และร้อยละ ๔๔.๔๕ ตามลำดับ (ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค, ๒๕๖๒) จากข้อมูลและรายงานที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ผู้บริโภคอาจได้รับผลกระทบจากอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่วางจำหน่ายในท้องตลาดมีสารอันตรายปลอมปนอยู่ ตั้งแต่เล็กน้อยจนอาจถึงขั้นอันตรายทำให้เจ็บป่วย สูญเสียทรัพยากรทั้ง เงิน เวลา และการเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ จนกระทั่งเสียชีวิตได้ ซึ่งความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของสารที่ได้รับ หากเลือกบริโภคไม่ถูกต้อง

จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้เกิดแนวคิดในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยสิ่งสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภค คือการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ผู้บริโภคมีความรู้เท่าทัน รู้การป้องกัน สามารถเลือกเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง การดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำเป็นต้องทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำการพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน เป็นผู้ประสานงานด้านสาธารณสุขในชุมชน ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องมีความรู้อย่างเพียงพอในการทำงาน และผลักดันงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคให้เกิดขึ้นอย่างยั่งยืนในชุมชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการบริโภคสินค้าที่ไม่ปลอดภัย สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหาที่ยังคงดำรงอยู่ในสังคมไทย โดยสาเหตุหลักมาจากปัจจัยหลายด้านทั้งจากผู้บริโภคเอง ผู้จำหน่าย และประสิทธิภาพการกำกับดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การที่ผู้บริโภคยังให้ความสำคัญกับความชอบ และรสชาติมากกว่าความปลอดภัยในการบริโภค (ร้อยละ ๒๒.๑ และ ๑๘.๒ ตามลำดับ) สะท้อนถึงพฤติกรรมการบริโภคที่ขาดความตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ประกอบกับสถานการณ์การตรวจพบสารเคมีตกค้างในผักผลไม้ที่สูงถึงร้อยละ ๔๑ และอาหารที่ไม่ปลอดภัยในท้องตลาดร้อยละ ๔๕ ยิ่งตอกย้ำความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ แนวคิดการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นกำลังสำคัญในงานคุ้มครองผู้บริโภคจึงเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่ง

เนื่องจาก อสม. เป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน มีบทบาทเป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน และมีเครือข่ายการทำงานที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของชุมชน อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำเป็นต้องมีการวางแผนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ดังนั้นข้อเสนอแนะในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ควรประกอบด้วย ๑) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ การตรวจสอบฉลาก การใช้ชุดทดสอบอย่างง่าย และการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน ๒) การสร้างเครือข่าย อสม. นักคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์การทำงาน ๓) การพัฒนาระบบสารสนเทศและแอปพลิเคชันสนับสนุนการปฏิบัติงานที่ช่วยให้ อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัย ๔) การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ในการตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เบื้องต้น และ ๕) การกำหนดบทบาทและอำนาจหน้าที่ของ อสม. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคให้ชัดเจน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวอาจประสบข้อจำกัดและความท้าทายหลายประการ ประการแรก ข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะพื้นฐานของ อสม. ที่มีความแตกต่างกัน รวมถึงระดับการศึกษาและประสบการณ์ที่หลากหลาย อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน แนวทางแก้ไขคือ การออกแบบหลักสูตรและสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และมีการประเมินความรู้พื้นฐานก่อนการอบรม ประการที่สอง ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรในการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการจัดหาชุดทดสอบและอุปกรณ์ตรวจสอบที่มีราคาสูง แนวทางแก้ไขคือ การบูรณาการงบประมาณจากหลายแหล่ง ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือตรวจสอบแบบประหยัดที่ชุมชนสามารถผลิตใช้เองได้ ประการที่สาม ข้อจำกัดด้านการประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องและไม่เป็นเอกภาพ แนวทางแก้ไขคือ การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน และการพัฒนาระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านการยอมรับบทบาทของ อสม. ในงานคุ้มครองผู้บริโภคจากประชาชนและผู้ประกอบการในชุมชน โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการตรวจสอบหรือแจ้งเตือนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย แนวทางแก้ไขคือ การสร้างความเข้าใจแก่สังคมเกี่ยวกับบทบาทและความสำคัญของ อสม. ในงานคุ้มครองผู้บริโภค การรณรงค์สร้างความตระหนักเรื่องการบริโภคอย่างปลอดภัยในวงกว้าง และการทำงานร่วมกับผู้ประกอบการในเชิงสร้างสรรค์แทนการตรวจจับผิด การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในงานคุ้มครองผู้บริโภคจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการบริโภคสินค้าที่ไม่ปลอดภัยได้อย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็น การพัฒนาเครือข่ายการทำงาน และการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนในชุมชนได้รับการคุ้มครองด้านการบริโภคอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๑. อสม. มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง

๒. อสม. สามารถใช้เครื่องมือและชุดทดสอบในการตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้นได้

๓. เกิดเครือข่าย อสม. นักคุ้มครองผู้บริโภคที่มีความเข้มแข็ง สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์การทำงานระหว่างพื้นที่

๔. อสม. มีความมั่นใจและได้รับการยอมรับในฐานะผู้นำด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน

ด้านประชาชนในชุมชน

๑. ประชาชนได้รับความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยจาก อสม. ในชุมชน

๒. ประชาชนมีความตระหนักและพฤติกรรมการบริโภคที่คำนึงถึงความปลอดภัยมากขึ้น ไม่เพียงแต่คำนึงถึงรสชาติหรือความชอบส่วนตัว

๓. อัตราการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

๔. ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบการรายงาน และร้องเรียนปัญหาด้านผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยผ่าน อสม. ได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

ด้านผู้ประกอบการและร้านค้าในชุมชน

๑. ผู้ประกอบการและร้านค้าในชุมชนมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยและได้มาตรฐาน

๒. เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ประกอบการกับเครือข่าย อสม. ในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายในชุมชน

๓. จำนวนร้านค้าต้นแบบที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ปลอดภัยในชุมชนเพิ่มขึ้น สร้างทางเลือกที่ปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภค

ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่

๑. เกิดระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยมี อสม. เป็นกำลังสำคัญ

๒. มีฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่ ซึ่งสามารถใช้ในการวางแผนและกำหนดมาตรการป้องกันได้อย่างทันทั่วถึง

๓. เกิดความร่วมมือและการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ทั้งสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคการศึกษา และภาคประชาสังคม

๔. มีกลไกการติดตามและประเมินผลงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและเป็นระบบ

ด้านนโยบายและการพัฒนาอย่างยั่งยืน

๑. เกิดรูปแบบ (Model) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ

๒. มีการผลักดันให้งานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของ อสม. ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

๓. เกิดนโยบายสาธารณะด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่ที่มาจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย อสม.

๔. เกิดชุมชนต้นแบบด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่นๆ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม.

๑. ร้อยละ ๘๐ ของ อสม. กลุ่มเป้าหมายได้รับการอบรมและพัฒนาศักยภาพด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

๒. ร้อยละ ๗๕ ของ อสม. ที่ผ่านการอบรมมีคะแนนความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป)

๓. จำนวน อสม. นักคุ้มครองผู้บริโภคต้นแบบที่ได้รับการพัฒนา อย่างน้อยตำบลละ ๒ คน

๔. ร้อยละ ๗๐ ของ อสม. ที่ผ่านการอบรมสามารถใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นสำหรับตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ได้อย่างถูกต้อง

ด้านการดำเนินงานในพื้นที่

๑. จำนวนกิจกรรมรณรงค์/ให้ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่ดำเนินการโดย อสม. อย่างน้อย ๔ ครั้งต่อปีต่อหมู่บ้าน

๒. จำนวนครัวเรือนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของครัวเรือนทั้งหมดในพื้นที่เป้าหมาย

๓. จำนวนร้านค้าในชุมชนที่ได้รับการตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำโดย อสม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของร้านค้าทั้งหมด

๔. จำนวนการสุ่มตรวจผลิตภัณฑ์ในชุมชนโดยเครือข่าย อสม. อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง

ด้านผลลัพธ์ต่อประชาชน

๑. ร้อยละ ๗๐ ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมีความรู้ด้านการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

๒. ร้อยละของการตรวจพบผลิตภัณฑ์อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนลดลง ร้อยละ ๓๐ เมื่อเทียบกับข้อมูลก่อนดำเนินโครงการ

๓. จำนวนเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการแก้ไขผ่าน อสม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด

๔. อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่เป้าหมายลดลงร้อยละ ๒๐

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

ด้านการพัฒนาระบบ

๑. มีระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับชุมชนที่ดำเนินการโดยเครือข่าย อสม.

๒. มีฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบันและสามารถเข้าถึงได้โดย อสม. และประชาชน

๓. มีแนวทางปฏิบัติ (Guidelines) สำหรับ อสม. ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ

๔. มีกลไกการประสานงานระหว่างเครือข่าย อสม. กับหน่วยงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอและจังหวัด

ด้านการเปลี่ยนแปลงในชุมชน

๑. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตรวจสอบและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นในระดับดี

๒. พฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่คำนึงถึงความปลอดภัยมากขึ้น

๓. เกิดร้านค้าต้นแบบที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยในชุมชน อย่างน้อย ๑ แห่งต่อหมู่บ้าน

๔. มีนวัตกรรมชุมชนด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่พัฒนาโดยเครือข่าย อสม. อย่างน้อย ๑ นวัตกรรมต่อตำบล

ด้านความยั่งยืน

๑. มีแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคของชุมชนที่บรรจุในแผนพัฒนาตำบลหรือแผนงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. มีการจัดตั้งกองทุนหรือจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง

๓. มีกลไกถ่ายทอดความรู้และพัฒนา อสม. รุ่นใหม่ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน

๔. เกิดเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบลที่มี อสม. เป็นแกนนำหลักและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ด้านการขยายผล

๑. มีคู่มือหรือแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้

๒. มีหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบด้านการคุ้มครองผู้บริโภคโดย อสม. ที่สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ อย่างน้อย ๑ แห่งต่ออำเภอ

๓. มีการนำเสนอและแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานในเวทีระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี

๔. มีการนำบทเรียนและรูปแบบการดำเนินงานไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นอย่างน้อย ๓ แห่ง ภายในระยะเวลา ๒ ปี

(ลงชื่อ)

(นางสาวฤทัยรัตน์ ศรีขวัญ)

(ตำแหน่ง) เกสัชกรชำนาญการ

(วันที่) 17 / 11.ย. / 2564

ผู้ขอประเมิน