



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวธัญลักษณ์ หวังมวนกลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒	นางปานิณ หาเวียง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

Qua

(นายพันต์เทพ เสาโกศล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น
ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวธัญลักษณ์ หวังมวนกลาง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๙๗๑๒๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๙๗๑๒๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตโรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๔				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis with septic shock) : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๔				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๒	นางปานิณ หาเวียง	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๓๐๖๒	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๓๐๖๒	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๔				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะการเปลี่ยนผ่าน				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตโรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา พ.ศ. 2564

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 28 สิงหาคม 2564 ถึง 8 กันยายน 2564

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ (necrotizing fasciitis)

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis) เป็นการติดเชื้อแบคทีเรียของผิวหนังที่มีความรุนแรงที่ผิวหนังชั้นลึก ตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้า ชั้นหนังแท้ ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ไปจนถึงชั้นเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อบริเวณที่เกิดการติดเชื้อ และอาจลุกลามไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาด้วยการตัดอวัยวะและเสียชีวิตได้ จากรายงานอุบัติการณ์ทั่วโลกรายงาน 0.3 - 5 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี ในประเทศไทยพบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็งคิดเป็น 15.5 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปีและมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 17 ถึง 49 ปัจจุบันพบวาอุบัติการณ์ทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อาจด้วยเหตุผลเกี่ยวกับการรายงานโรคที่มากขึ้นเชื้อที่รุนแรงขึ้นหรืออาจเป็นจากการดื้อยาต้านจุลชีพที่มากขึ้น

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารโรคแบคทีเรียกินเนื้อในระหว่างปีพ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2564 จำนวน 659, 408 และ 443 คน ตามลำดับและมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคแบคทีเรียกินเนื้อในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 จำนวน 7, 12, 20 ตามลำดับ ในผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และตับแข็ง และกลุ่มเกษตรกรและชาวนา พบจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม ซึ่งเป็นช่วงต้นของฤดูการเพาะปลูกในประเทศไทยซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะกิจกรรมของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกร อาจเพิ่มโอกาสเกิดบาดแผลที่ผิวหนัง เช่น จากการบาดเจ็บ (Trauma) อันเนื่องมาจากการทำงาน หรือจากการสัมผัสสารเคมีฆ่าวัชพืชบางชนิดที่มีฤทธิ์ระคายเคืองผิวหนัง นอกจากนี้บาดแผลที่เกิดขึ้นขณะทำเกษตรกรรมมักเป็นแผลที่ไม่สะอาด มีเชื้อแบคทีเรียจำนวนมากและหากเกิดขึ้นในกลุ่มเสี่ยงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้การดำเนินของโรคมีความรวดเร็วและรุนแรงมากยิ่งขึ้นสาเหตุของโรคนั้นเกิดจากแบคทีเรียได้หลายชนิด ซึ่งแบคทีเรียบางชนิดเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อที่พบได้ในคนอยู่แล้ว เช่น เชื้อแบคทีเรียชนิด กรุปเอ สเตรปโตคอคคัส (Group A - beta hemolytic streptococcus) บริเวณที่ติดเชื้อจะมีลักษณะคือ ผิวหนังมีสีแดง บวม ร้อน ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ หนาวสั่น และมีลักษณะของการติดเชื้อที่รุนแรง เช่น ไข้สูง ความดันโลหิตต่ำลง เมื่อมีการลุกลามมากขึ้นทำให้การทำงานของอวัยวะล้มเหลว และเสียชีวิตได้ในที่สุดจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี ความพิการสูญเสียได้ตั้งแต่ร้อยละ 12-83 และ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 34

จากสถานการณ์ดังกล่าวพยาบาลได้เล็งเห็นปัญหาของระบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ เนื่องจากขาดแนวปฏิบัติในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยหนักซึ่งมีกระบวนการดูแลที่ยุ่งยาก ซับซ้อนทำให้ประเมนผู้ป่วยได้ล่าช้า โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และการกลับเข้ารับการรักษซ้ำภายใน

28 วัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ต่อผู้ป่วยและเกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
ในโรงพยาบาล

สิ่งที่ศึกษาศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี สถานภาพ หม้าย เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ ผู้สูงอายุ
ไม่ได้ทำงาน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่ 27 หมู่ 6 ตำบล โนนทอง
อำเภอ แวงใหญ่ จังหวัด ขอนแก่น สิทธิการรักษา บัตรทอง ยกเว้นค่าธรรมเนียม เข้ารับการรักษาที่
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลขอนแก่น วันที่ 29 สิงหาคม 2564 เวลา 01.00 น.
เลขที่ภายนอก 64062823 เลขที่ภายใน 6452486

อาการสำคัญ(Chief complaint)

แขนซ้ายบวมแดง 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present Illness)

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล โดนตะปูที่มด้าที่แขนซ้ายซ้าย ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ไหน

9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แขนซ้ายบวมแดง ร้อน มีหนองไหลจากแผล ร่วมกับมีไข้หนาวสั่น และ
ซึมลง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแวงใหญ่ ความดันโลหิต 70/42 มิลลิเมตรปรอท load NSS 2,000 ml ,
On levophed (4:250) vein drip 50 ml/hr ต่อมามีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อ
นาที แพทย์พิจารณา On ETT No. 7.5 depth 18 ซีพจร 115 ครั้งต่อนาที EKG 12 lead เป็น sinus
tachycardia แพทย์ให้ยา ATB เป็น Ceftriazone 2 g vein stat , Clindamycin 600 mg vein stat
แล้ว refer มารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น

การวินิจฉัย Necrotizing fasciitis left forearm with septic shock with acute kidney injury

โรคประจำตัว Rheumatoid arthritis, Hypertension

สรุปอาการและการเข้ารักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 28 สิงหาคม 2564

แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน เวลา 23.38 น. ผู้ป่วย E₄V_TM₆ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ซีพจร 130 ครั้งต่อ
นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 69/54 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 99% On levophed
(4:250) vein drip 50 ml/hr แขนซ้ายบวมแดง มีหนองไหล แพทย์พิจารณาให้ Acetar 1,000 ml vein
load , On Hydrocortisone 200 mg vein drip in 24 hr, Meropenem 2 g vein stat, Septic w/u ,
Set OR on call for debridement Admit หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2

วันที่ 29 สิงหาคม 2564 แรกรับที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 ผู้ป่วย E₄V_TM₆ อุณหภูมิ 37.2
องศาเซลเซียส ซีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/84 มิลลิเมตร
ปรอท O₂sat 100% แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยากระตุ้นความดันโลหิตเป็น levophed (4:100) vein drip 40
ml/hr DTX 331 mg% ได้ RI 5 unit (SC) stat, On ventilator mode PCV RR 16 PI 14 PEEP 5 FiO₂
0.4 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ potassium 2.97 mmol/L แพทย์รักษา
โดยให้ NSS 100 ml + kcl 10 meq vein drip in 1 hr และ Acetar 1,000 ml + kcl 40 meq vein drip
80 ml/hr, Mg 1.4 mg/dL แพทย์รักษาโดยให้ 50% MgSO₄ + 4 ml + 5%DW 100 ml vein drip in 4 hr
OD x 3 day แขนซ้ายบวมแดง มีหนองไหล Set OR on call for debridement และ

Consult Ortho เรื่อง film left wrist มี deformity แพทย์ Ortho นึกถึง Rheumatoid arthritis left wrist plan conservative treatment เวลา 17.35 น. ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ดมยาสลบแบบ General anesthesia ทำ Excisional debridement, estimate blood loss 400 ml รับผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วย E₁V_TM₁ On ventilator mode PCV RR 16 PI 18 PEEP 5 FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี แผลไม่ซึม พัน elastic bandage ไว้ On levophed (4:100) vein drip 14 ml/hr ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังผ่าตัด พบว่ามีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือดซ้ำผิดปกติ PT 17.7 PTT 27.7 INR 1.53 แพทย์พิจารณาให้ FFP 2 unit vein drip in 1 hr repeat lab หลังแก้ PT 16.7 PTT 30.4 INR 1.45

วันที่ 30 สิงหาคม 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่องดี แพทย์ประเมินการหายใจ On ventilator mode Spont PS 10 PEEP 5 FiO₂ 0.4 ผู้ป่วยหายใจไม่มีหอบเหนื่อย แพทย์ประเมิน Off ETT On O₂ mask c- bag 10 LPM เวลา 13.00 น. และ Off Levophed (4:100) เวลา 07.00 น. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 22 vol% แพทย์พิจารณาให้ PRC 1 unit vein drip in 3 hr เจาะ HCT หลังเลือดหมดได้ 28 vol% ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล pain score 5 คะแนน ได้รับ MO 4 mg vein q- 4 hr. แพทย์พิจารณาให้ BD (1:1) continuous 20 ml/hr via NG ผู้ป่วยรับ feed ได้ แผลที่แขนซ้ายแดงดี ไม่มีหนอง ไม่บวมแดง

วันที่ 31 สิงหาคม 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่องดี On O₂ canular 3 LPM O₂ saturation 99% RR = 22/min แผลผ่าตัดไม่ซึม ไม่บวมแดง แพทย์พิจารณา Off IVF ให้รับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยรับประทานได้ครึ่งถาด ย้ายไปตึกสามัญได้

วันที่ 8 กันยายน 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่องดี หายใจ room air สัญญาณชีพปกติ แผลที่แขนซ้ายแดงดี แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยโดยส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลวงใหญ่ เพื่อให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin จนครบ 7 วัน และนัด F/U 2 wk at OR minor

สรุปการศึกษารายกรณี ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญดังนี้

1. มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
2. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
3. มีภาวะมีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีความผิดปกติของปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด
4. เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
5. เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
6. มีภาวะช็อค เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ
7. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณแขนซ้าย
8. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง

ของภาวะโภชนาการ

9. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
10. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียของเนื้อเยื่ออ่อนที่ทำให้ผิวหนังทำลายไปถึงไขมันใต้ผิวหนัง ฟังซีส และกล้ามเนื้อ เป็นโรคที่พบไม่บ่อย แต่มีความรุนแรงมาก

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก ถ้าหากรักษาไม่ทัน การติดเชื้อส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อหลายชนิดร่วมกัน (Polymicrobial infection) เชื้อแบคทีเรียก่อโรค อาจจะมีทั้งชนิดที่ใช้ออกซิเจน

(Aerobic bacteria) และไมใช้ออกซิเจน (Anaerobic bacteria) แต่ในบางครั้งก็พบว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงชนิดเดียว (Monomicrobial infection) โดยแบคทีเรียที่พบเป็นสาเหตุหลักคือเชื้อ Group A Streptococcus เมื่อเชื้อเข้าสู่เนื้อเยื่อโดยผ่านทางแผลที่ผิวหนังจะเจริญอย่างรวดเร็ว และหลังสารพิษไปกระตุ้นกระบวนการอักเสบของร่างกายและก่อให้เกิดการขาดเลือดของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนใต้ผิวหนังทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นไม่พอ ส่งผลให้มีการตายของเนื้อเยื่ออ่อนเป็นบริเวณกว้าง แล้วนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดและลุกลามไปทั่วร่างกาย

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารโรคแบคทีเรียกินเนื้อในระหว่างปีพ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2564 จำนวน 659, 408 และ 443 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคแบคทีเรียกินเนื้อในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 จำนวน 7, 12, 20 ตามลำดับ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วและผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ที่สามารถที่จะลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการตัดแขนตัดขาของผู้ป่วยได้ ซึ่งการวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วและการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ที่เป็นหัวใจของการรักษาของโรคนี้และเป็นปัจจัยสำคัญที่สำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการดูแลรักษา พยาบาลและลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อต่อไปในอนาคต

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 คัดเลือกผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อที่เข้ารับการรักษารในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลขอนแก่น

4.2.2 ศึกษาสาเหตุ ปัจจัย การรักษา การให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อให้ครอบคลุมแบบองค์รวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์

4.2.3 รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษารพยาบาล ประวัติครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต

4.2.4 วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติ

4.2.5 ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อตามหลักกระบวนการพยาบาล

4.2.6 การประเมินผลและทบทวนระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

4.2.7 สรุปผลการดำเนินงาน

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อได้รับการคัดกรอง ประเมินแรกรับ การดูแลรักษารพยาบาลได้ถูกต้องและรวดเร็ว

4.3.2 บุคลากรในหน่วยงานและผู้สนใจได้นำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

4.3.3 เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการทางการแพทย์ การศึกษาผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ โดยผู้ศึกษาได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแบคทีเรียกินเนื้อบริเวณขาซ้ายร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Necrotizing fasciitis left leg with septic shock) ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับยาตามแผนการรักษา มีภาวะเลือดแข็งตัวช้า ได้รับน้ำเลือดพลาสมา และได้เข้ารับการผ่าตัดระบายหนองออกที่แขนซ้าย ทำแผลและให้ยาปฏิชีวนะ จนแผลดีขึ้น แพทย์พิจารณาส่งตัวกลับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องจนครบ 7 วัน

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อค ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5.2.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล

5.2.3 ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการให้บริการทางการแพทย์

6. การนำไปใช้ประโยชน์

6.1 บุคลากรในหน่วยงานและผู้สนใจได้นำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

6.2 หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อค

6.3 เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการทางการแพทย์ การศึกษาผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี มีอัตราการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องจะก่อให้เกิดการทาลายเนื้อเยื่ออย่างรุนแรง

หากมีการกระจายในเนื้อเยื่อมากๆ จะทำให้เกิดพิษต่อระบบต่างๆ ของร่างกายและทำให้เสียชีวิตได้ บทบาทของพยาบาลในระยะวิกฤต มีการเฝ้าระวังและประเมินภาวะช็อค ภาวะหายใจล้มเหลวอย่างรวดเร็ว การดูแลบาดแผล รวมถึงการประสานงานกับทีมแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาเป็นไปด้วยความราบรื่นและต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ซับซ้อน ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤตในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ อย่างเพียงพอ ทั้งโรคที่ผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเกิดโรค การรักษาของแพทย์และการพยาบาล รวมทั้งเหตุผลในการให้การรักษา เนื่องจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อเกิดขึ้นทันทีทันใดและผู้ป่วยอาจมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ดังนั้น อาจเป็นการยากที่ญาติของผู้ป่วยจะสามารถทำใจยอมรับกับภาวะฉุกเฉินได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยรายนี้คือพยาธิสรีรวิทยาของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ส่งผลให้ระบบการหายใจล้มเหลว ทำให้การประเมินและการเฝ้าระวังผู้ป่วยในภาวะนี้มีความซับซ้อนมากขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้มีความรู้ในการประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยการใช้ SOS score หรือ SOFA ในการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

9.2 พยาบาลต้องให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาหาความรู้ที่ทันสมัย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาล

9.3 ควรมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวธัญลักษณ์ หวังมวนกลาง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทั้งหมด 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

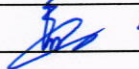
(นางสาวธัญลักษณ์ หวังมวนกลาง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 12 / ก.ค. / 2565

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวธัญลักษณ์ หวังมวนกลาง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางไพรวลัย พรหมดี)
(ตำแหน่ง)
พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
(วันที่) 22 / เมษายน / 2565
หัวหน้าพยาบาล
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
(ตำแหน่ง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
(วันที่) 27 ก.ค. 2565
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis with septic shock) : กรณีศึกษา พ.ศ. 2564

2. หลักการและเหตุผล

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Necrotizing fasciitis) เป็นการอักเสบติดเชื้อเนื้อเยื่ออ่อนระดับรุนแรง บริเวณผิวหนัง (dermis) ในชั้นไขมันผิวหนัง (subcutaneous) อาจถึงระดับชั้นพังพืด (fascia) หรือกล้ามเนื้อ (muscle) มีอัตราการตายและพิการสูงโรคแบคทีเรียกินเนื้อพบไม่บ่อยแต่มีความรุนแรงมากสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งอาจเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงชนิดเดียวหรือหลายชนิดร่วมกัน การติดเชื้อนี้มักพบในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันไม่ดีหรือมีโรคเรื้อรังแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุได้แก่ เชื้อสเตรปโตค็อกคัส กลุ่มเอ (Group A Streptococcus) ในระยะแรกของการติดเชื้อเริ่มจากมีก้อนซึ่งเจ็บขึ้นที่ผิวหนัง ปวด บวม แดง ร้อน ที่ผิวหนังอย่างรวดเร็ว มีอาการปวดแสบ/ชา หรือบริเวณที่เป็นโรคภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา คือ การช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เบาหวาน และภาวะไตวาย

โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคแบคทีเรียกินเนื้อ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ส่งผลทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมิน ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทันเวลา มีโอกาสเกิดอวัยวะสำคัญล้มเหลว และมีอัตราการตายสูง ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเต็มศักยภาพ ย่อมส่งผลผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างปลอดภัยในระยะวิกฤต ลดระยะเวลาการนอนและลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและของโรงพยาบาลรวมทั้งมีการปรับปรุงและพัฒนาให้แนวปฏิบัติการพยาบาลนั้นมีความทันสมัยอยู่เสมอเหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการทุกสถานะ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจากสถานการณ์ดังกล่าวพยาบาลได้สังเกตเห็นปัญหาของระบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อเนื่องจากพยาบาลมีการปฏิบัติที่แตกต่าง หลากหลาย ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินของโรค การรักษา ทักษะทางการพยาบาลต่างๆที่เชี่ยวชาญ การแก้ไขภาวะช็อก การใช้เครื่องช่วยหายใจ การทำความสะอาดแผล ผู้ป่วยบางรายได้รับการประเมินแรกรับล่าช้าการเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การให้ยาปฏิชีวนะและการปรึกษาศัลยกรรมล่าช้า ทำให้โรคมียุทธศาสตร์มากขึ้น ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจเรื่องโรคและแผนการดูแลรักษา ประกอบกับกลัวความเจ็บปวดภายหลังการตัดเนื้อตายออก จึงปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัด ส่งผลทำให้โรคมียุทธศาสตร์มากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเสียชีวิต ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย ลดจำนวนวันนอนใน

โรงพยาบาล และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติของชีวิต ลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

แนวคิด

ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของ ชะธินยา ศรีแก้ว (2564) ที่ได้นำกรอบแนวคิดของวงจรเดมมิง (Plan-Do-Study-Action: PDSA) มาเป็นกรอบในการพัฒนา โดยใช้ประเด็นปัญหาที่ได้จากการทบทวน สถิติผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียนมาใช้ในการวางแผนดำเนินงาน มีการดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ ปรับแนวทางปฏิบัติจนเหมาะสมกับสภาพการปฏิบัติงานจริง และติดตามประเมินผลเพื่อให้กระบวนการวิจัยและพัฒนานำไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนดำเนินการ (Plan) กับทีมสุขภาพได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ และทดลองใช้ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศ ออสเตรเลีย (Do)

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Check) และมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติ (Action) จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อซึ่งเป็นภาวะที่มีการติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อชั้นลึกที่มีการลุกลามของโรคอย่างรวดเร็วและรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิษและการเสียชีวิตได้สูงเพื่อลดความรุนแรง ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล

ข้อเสนอ

1. พยาบาลใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี การประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วย SOS Score ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง

2. ควรมีการกระตุ้นทีมบุคลากรให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างทั่วถึงทั้งโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการดูแลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มการเจ็บป่วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 บุคลากรในหน่วยงานและผู้สนใจได้นำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

4.2 เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 ผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อได้รับการประเมินแรกรับในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 100
- 5.2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อลดลงร้อยละ 5
- 5.3 อัตราการการกลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยวิกฤตในผู้ป่วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 5

(ลงชื่อ).....

(นางสาวธัญลักษณ์ หวังมวนกลาง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 12 / 11 / 2565

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา พ.ศ.๒๕๖๔

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ๑๕-๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีน้ำคั่งในร่างกาย อ่อนเพลียความดันในหลอดเลือดดำที่คอสูงหรือมีน้ำคั่งในปอด เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการบีบตัวของหัวใจ ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน ๑ นาทีลดลง เกิดความดันในช่องหัวใจเพิ่มขึ้นอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอายุเฉลี่ย ๖๗ ปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ โดยพบมากเป็นอันดับ ๕ ของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๐๐ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล ๗.๕๐วัน มีอัตราการตายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ ๖.๐๐ และอัตราการตายภายใน ๕ ปี หลังการวินิจฉัย ร้อยละ ๕๐ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย ๑๑๙,๐๐๐ บาท/ราย/ปี ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงและต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาวการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถควบคุมอาการของโรคภายหลังจำหน่ายป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบอยู่เสมอ เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองไปตลอดชีวิต มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามดูแลหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังอาการและการจัดการกับอาการผิดปกติ มีการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพจึงไม่ควรสิ้นสุดลงที่การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันระบบบริการสุขภาพก็ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการดูแลหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วิธีการดูแลหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นวิธีการให้บริการหรือกิจกรรมบริการที่จัดขึ้นโดยสถานบริการสุขภาพ หรือ ระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทั้งด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ สังคม การฟื้นฟูภาวะสุขภาพและการป้องกัน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจะช่วยลดการดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลในระยะยาว และยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงและต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาว การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถควบคุมอาการของโรคภายหลังจำหน่ายป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว ถือเป็นโรค ๑ ใน ๕ อันดับโรคสำคัญของผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๑ ในปี พ.ศ.๒๕๖๔

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๑ ราย

๔.๒.๒ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งการตรวจร่างกายของผู้ป่วย

๔.๒.๓ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

๔.๒.๔ ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

๔.๒.๕ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ นำมาวางแผนโดยการใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลด้านร่างกาย จิตสังคมและบริบทที่เกี่ยวข้อง

๔.๒.๖ ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

๔.๒.๗ สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะในการพยาบาลจัดรวบรวมเป็นรูปเล่มผ่านคณะกรรมการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิของหน่วยงาน

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลในระยะยาว การวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านที่มีคุณภาพ สามารถลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ วันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาล เป้าหมายคือลดระยะการนอนโรงพยาบาล การดูแลตนเองที่บ้าน และการดูแลในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการ การให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน และการเยี่ยมบ้าน พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านให้ประสบความสำเร็จตามบทบาท คือ สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและการดูแลในระดับปฐมภูมิ และส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิง อายุ ๗๐ ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพอาศัยอยู่กับบุตร นอนพักรักษาบนเตียง ใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ให้ประวัติว่า ๔ ชั่วโมงก่อนมา หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ตอนกลางคืนต้องลุกมานั่งหอบ ไม่มีไข้ ไม่ไอ เจ็บแน่นหน้าอกเล็กน้อย ให้ประวัติเดิมว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ความดันโลหิตสูง รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน รับประทานยาเดิม คือ aspirin ๘๑ มิลลิกรัม รับประทานวันละ ๑ เม็ดหลังอาหารเช้า ยา simvastatin ๒๐ มิลลิกรัม รับประทาน ๑ เม็ด ก่อนนอน ยา glipizide ๕ มิลลิกรัม รับประทาน ครึ่งเม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น ยา metformin ๕๐๐ มิลลิกรัม รับประทาน ๒ เม็ดหลังอาหารเช้าและเย็น ยา amlodipine ๕ มิลลิกรัม รับประทาน ๒ เม็ดหลังอาหารเช้า และยา enalapril ๕ มิลลิกรัม รับประทาน ๑ เม็ดหลังอาหารเช้า แรกรับดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจเร็ว หอบลึก อัตราการหายใจ ๓๐ ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว ๘๖% จึงใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด ๗.๕ ลีก ๒๐ เซนติเมตร ผลตรวจภาพรังสีวิทยาทรวงอก พบว่า infiltration ขนาดเล็กน้อยที่ปอดทั้งสองข้าง รักษาด้วยการให้ยาขับปัสสาวะ furosemide ขนาด ๔๐ มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้น อาการดีขึ้น ไม่มีหอบเหนื่อย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โลหิตวิทยาพบว่า มีภาวะเม็ดเลือดขาวสูง (leukocytosis) ผลการตรวจเลือดและเสมหะเพื่อเพาะเชื้อ (hemoculture and tracheal suction culture) ไม่พบการติดเชื้อ แพทย์รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ คือ ceftazidime ขนาด ๒ กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก ๘ ชั่วโมงและ azithromycin ๕๐๐ มิลลิกรัม ให้ทาง nasogastric tube หลังจากนั้นอาการดีขึ้น และสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ ผลการตรวจพิเศษหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูงพบว่าเป็น hypertensive hearth disease ร่วมกับ Aortic valve sclerosis และ impaired left ventricular relaxation รักษาด้วยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๑ จำนวน ๒ วัน จึงส่งต่อเพื่อรับการรักษา ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ในด้านการรักษาพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สามารถค้นหาปัญหาทางการพยาบาลสรุปได้

- ๑) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
- ๒) มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากความบกพร่องในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจากภาวะหัวใจล้มเหลว
- ๓) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อของทางเดินหายใจ เนื่องจากปอดบวมน้ำจากภาวะหัวใจล้มเหลว
- ๔) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษา

๕) ญาติขาดทักษะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลในระยะยาว การวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านที่มีคุณภาพ สามารถลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ วันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาลได้ เป้าหมายคือลดช่องว่างระหว่างการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลตนเองที่บ้าน และการดูแลในระดับปฐมภูมิซึ่งกิจกรรมได้แก่การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการ การเปิดคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว การให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน และการเยี่ยมบ้านพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านให้ประสบความสำเร็จตามบทบาทสำคัญ ๓ ประการ คือ ๑) สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ๒) ประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและการดูแลในระดับปฐมภูมิ และ ๓) ส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ก่อนมาโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ขณะรักษาในโรงพยาบาลให้การพยาบาลโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยาขับปัสสาวะ ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ ให้การรักษาพยาบาลเป็นเวลา ๓ วัน จากปัญหาทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านได้ แพทย์อนุญาตกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ขณะรับการรักษา ก่อนและต่อเนื่องหลังจำหน่าย ในระยะเฉียบพลันพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายได้แก่การประเมินและบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยความพร้อมของผู้ป่วยญาติและสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ การให้ความรู้และเตรียมทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การรับประทานยา การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน การประเมินตนเองก่อนอาการแย่ลง และการมาตรวจตามนัด และการดูแลหลังการจำหน่าย ได้แก่ การโทรศัพท์ติดตามอาการและการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในดำเนินการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มักจะมีอาการแสดงที่พบได้บ่อย ได้แก่ มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ บวม เกิดจากการที่มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย ซึ่งภาวะนี้เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะพร่องออกซิเจน โดยการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนที่มีอาการเหล่านี้มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาขับปัสสาวะ เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดจากภาวะน้ำเกินในร่างกาย และมี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หลายงานวิจัยที่กล่าวว่าการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการตนเองเบื้องต้นเมื่อมีภาวะน้ำเกินได้นั้นจะช่วยลดอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถจัดการกับภาวะน้ำเกินได้ด้วยตนเองนั้น ญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องช่วยสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้มีความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับเรื่องการจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง การติดตามอาการน้ำเกินด้วยตนเอง การรักษาสมดุลน้ำและการปรับยาขับปัสสาวะเพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นที่พึ่งและเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การดูแลบ้าน การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด รวมถึงช่วยในการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การติดต่อทีมสุขภาพ เป็นต้น ผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งแรงกาย กำลังใจ กำลังทรัพย์ เสียสละเวลา และแสวงหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากศึกษาประสบการณ์ชีวิตในแต่ละวัน ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากผู้ดูแล รวมทั้งจากเพื่อน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกับในยามปกติมากที่สุด

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลในระยะก่อนจำหน่ายพยาบาลต้องประเมินความเสี่ยง ความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับมารับการรักษาซ้ำ ให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับมารับการรักษาซ้ำส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการเรียนรู้จากสื่อสิ่งพิมพ์ด้านความคิดและความจำ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมควรทำควบคู่ไปทั้งผู้ป่วยและญาติ

๒. การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายพยาบาลควรมีบทบาทในการประสานการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายกับบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ เช่น การโทรศัพท์ติดตามอาการอย่างมีแบบแผน การเยี่ยมบ้าน (home visit) โดยส่งต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้านนอกจากจะได้ประเมินผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงความสามารถและความพร้อมของผู้ดูแล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล นำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลระยะยาว

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- นางปานิณ หาเวียง สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ปานิณ หาเวียง
(..... หอมนิณ หาเวียง)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๒๗ / ๗.๖ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ระดับชำนาญการ

๑. เรื่อง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะการเปลี่ยนผ่าน

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีน้ำคั่งในร่างกาย อ่อนเพลียความดันในหลอดเลือดดำที่คอสูงหรือมีน้ำคั่งในปอด เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการบีบตัวของหัวใจ ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน ๑ นาทีลดลง เกิดความดันในห้องหัวใจเพิ่มขึ้นอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยในปี ๒๕๕๙ ในข้อมูลของ Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry ซึ่งเป็นการลงทะเบียนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วประเทศ พบอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ ๐.๔๐ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอายุเฉลี่ย ๖๗ ปีซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ โดยพบมากเป็นอันดับ ๕ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๐๐ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล ๗.๕๐ วัน มีอัตราการตายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ ๖.๐๐ และอัตราการตายภายใน ๕ ปี หลังการวินิจฉัย ร้อยละ ๕๐ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย ๑๑๙,๐๐๐ บาท/ราย/ปี ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงและต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาวการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถควบคุมอาการของโรคภายหลังจำหน่ายป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว (ผกามาศ พิมพ์ธาราและดาราวรรณ รองเมือง, ๒๕๖๓)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย ๑) การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ๒) ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ๓) การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน ๔) บทบาทของพยาบาลกับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และ ๕) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านโดยมีรายละเอียด ดังนี้

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึงการที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำทั้งในแผนกฉุกเฉินและรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยไม่ใช่วันนัด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในต่างประเทศกำหนดภายใน ๓๐ วัน ส่วนในประเทศไทยกำหนดที่ ๒๘ วัน แม้ว่าปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง แต่อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีจำนวนมาก จากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวน ๓๕๗ ราย (ข้อมูลจากเวชระเบียน ปี พ.ศ. ๒๕๖๔) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี ที่มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำมากที่สุด เป็นจำนวน ๑๒๕ ราย โดยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน ๒-๓ สัปดาห์แรกหลังการจำหน่ายสูงที่สุดและหนึ่งในสามของผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในระยะ ๑ ปี ซึ่งสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำเกิดจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ความรุนแรงของโรค ขาดความรู้ความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมไม่สามารถประเมินความผิดปกติและจัดการความเจ็บป่วยดังกล่าวได้ด้วยตนเองและการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ดังนั้นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีความสำคัญเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

แนวความคิด

การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะอาการคงที่ และระยะภายหลังจำหน่ายกลับไปรักษาต่อที่บ้านดังนี้ในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต ในระยะอาการคงที่ ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และในระยะหลังการจำหน่ายผู้ป่วยควรได้รับความรู้ การติดตาม และการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ในปี ๒๐๐๐ เมลิสและคณะ ได้กล่าวถึงทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านว่า มนุษย์ทุกคนจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังสภาวะหนึ่งในแต่ละช่วงของชีวิต ถ้าบุคคลรับรู้ปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน และมีการเตรียมตัวที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย ๓ ขั้นตอนคือ ๑) การประเมินความพร้อม ปัจจัยส่วนบุคคลและแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน (assessment of readiness) ๒) การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องและจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จ (preparation for transition) และ ๓) การใช้บทบาทเสริม (role supplementation) โดยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย

บทบาทพยาบาลกับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลในระยะยาว การวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านที่มีคุณภาพสามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดระยะวันนอน และค่ารักษาพยาบาลได้ เป้าหมายคือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน และการดูแลในระดับปฐมภูมิซึ่งกิจกรรมได้แก่ การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการ การให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน และการเยี่ยมบ้าน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านให้ประสบความสำเร็จตามบทบาทสำคัญ ๓ ประการ คือ ๑) สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ๒) ประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและการดูแลในระดับปฐมภูมิ และ ๓) ส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน มีดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การดูแลในระยะเฉียบพลันเป็นการดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกได้รับร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล เพื่อให้อาการของผู้ป่วยสงบและพ้นจากวิกฤติ

ขั้นตอนที่ ๒ การดูแลในระยะก่อนจำหน่ายพยาบาลต้องประเมินความเสี่ยง ความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับมารับการรักษาซ้ำ ให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับมารับการรักษาซ้ำส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการเรียนรู้จากความเสี่ยงด้านความคิดและความจำ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมควรทำควบคู่ไปทั้งผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

๒.๑ การประเมินความพร้อมและความเสี่ยง ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและบันทึกข้อมูลเบื้องต้น เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว ประสิทธิภาพการบีบตัวของ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตาม New York Heart Association และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมาข้อมูลของผู้ดูแล สภาพแวดล้อม ประเมินคุณภาพชีวิตโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสมาคมโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซตา (Minnesota living with heart failure questionnaire) ที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ ๑ การประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง
การประเมินความเสี่ยง		
๑. มีการกลับมารักษาใน รพ. ๑-๒ ครั้งใน ๑ ปี	๑. มีการกลับมารักษาใน รพ. ๒-๓ ครั้งใน ๑ ปี	๑. มีการกลับมารักษาใน รพ. มากกว่า ๓ ครั้งใน ๑ ปี
๒. สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ตามปกติ	๒. ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ปกติเมื่อแรกรับ ในรพ.	๒. ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ปกติตลอดเวลาที่ รักษาตัวใน รพ.
๓. ไม่มีปัญหาเรื่องความรู้และ ความตระหนักในการดูแลตนเอง เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	๓. มีความเสี่ยงเรื่องการดูแล ตนเองเมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ขณะอยู่บ้าน	๓. มีปัญหาเรื่องความรู้และความ ตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว/ ไม่มี ผู้ดูแลหลังจากจำหน่าย
การวางแผนการดูแล		
๑. ให้ข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ของ พยาบาลที่รับผิดชอบกับผู้ป่วย และญาติเพื่อขอคำปรึกษาเรื่อง การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลว	เหมือนกับความเสี่ยงต่ำ	เหมือนกับความเสี่ยงต่ำ
๒. พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม อาการภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลัง จำหน่ายในกรณีที่ไม่สามารถส่ง ต่อให้ระบบบริการปฐมภูมิได้	เยี่ยมบ้านภายใน ๑ สัปดาห์หลัง จำหน่ายหากผู้ป่วยยินยอม	เยี่ยมบ้านภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลัง จำหน่ายหากผู้ป่วยยินยอม

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินแหล่งเอื้อประโยชน์รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ญาติผู้ดูแล และบุคคลใกล้ชิด โดยอาจใช้แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (multidimensional scale of perceived social support) ซึ่งถูกพัฒนาโดยซิเมทและคณะเพื่อประเมินปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้านและในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยควรได้รับการวางแผนการดูแลและการติดตามอาการจากทีมสุขภาพที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยควรเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร ทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่องในสถานบริการใกล้บ้าน การให้ข้อมูลวิธีการขอความช่วยเหลือหากเกิดเหตุฉุกเฉิน และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและการประเมินแหล่งเอื้อประโยชน์ต่อการเปลี่ยนผ่าน

๒.๒ การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยการให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่จำเป็น โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ จัดเตรียมคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อใช้เตือนความจำ และวางแผนการสอนเมื่ออาการคงที่ หรือก่อนจำหน่าย ครอบคลุม ๖ หัวข้อหลัก คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำกิจกรรม การชั่งน้ำหนัก อาการที่บ่งชี้ถึงภาวะของโรคเลวลง และการมาตรวจตามนัด โดยใช้เวลาในการสอนทุกหัวข้อเฉลี่ยอย่างน้อย ๖๐ นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

๒.๒.๑ การรับประทานอาหารและน้ำ แนะนำรับประทานอาหารโซเดียมต่ำ ไม่เกิน ๕ กรัม/วัน (๑ ช้อนชา/วัน) หลีกเลี่ยง อาหารเค็ม อาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง และของหมักดอง ไม่เติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น ไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วเพิ่ม และจำกัดน้ำดื่มไม่เกินวันละ ๑,๕๐๐ มิลลิลิตร

๒.๒.๒ การรับประทานยาแนะนำรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในแต่ละกลุ่ม ได้แก่

๑) ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (bata blocker) เช่น ไบโซโพรลอล (Bisoprolol) คาร์วีดิลลอล (Carvedilol) เมโทโพรลอล (Metoprolol) เป็นต้น ออกฤทธิ์ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มระยะเวลาการไหลของเลือดจากห้องบนสู่ห้องล่าง เพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยจับชีพจรด้วยตนเอง สังเกตอาการ เป็นลม และให้เคลื่อนไหวช้า ๆ เมื่อต้องการเปลี่ยนท่า

๒) ยากลุ่มขับปัสสาวะ (Diuretic) เช่น ฟูโรซีไมด์ (Furosemide) บูเมทาไมด์ (Bumetanide) เป็นต้น ออกฤทธิ์ขับน้ำและโซเดียมลดปริมาตรน้ำในร่างกาย ป้องกันและลดความรุนแรงของการคั่งของน้ำที่ปอด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตัวและ บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุกวัน สังเกตอาการโพแทสเซียมต่ำ เช่น ตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาในช่วงเช้าเพื่อลดการรบกวนการนอนหลับและลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน

๓) ยากลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor: ACEI) เช่น อีนาลาพริล (Enalapril) และแคปโตพริล (Captopril) เป็นต้นออกฤทธิ์ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงแองจิโอเทนซินวัน (angiotensin I) เป็นแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ยับยั้งการดูดกลับของน้ำและโซเดียมร่วมกับขยายหลอดเลือดลดภาระงานของหัวใจ อาการข้างเคียง เช่น ไอเรื้อรัง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน และความดันโลหิตต่ำ

๒.๒.๓ การทำกิจกรรมและการพักผ่อนการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกรักษาและเหมาะสม จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มความจุของปอดได้ ทำให้ความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยมีข้อแนะนำดังนี้

๑) ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ควรออกกำลังกายเพื่อคงการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion exercise) ออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (resistance exercise) หรือออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน การบริหารข้อต่อต่าง ๆ เป็นต้น แต่ไม่ควรออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise) เช่น การดันกำแพง เนื่องจากมีผลทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้นได้

๒) ในการออกกำลังกาย ควรมี ๓ ระยะคือระยะอบอุ่นร่างกาย ๕-๑๐ นาที เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด เพิ่มอุณหภูมิกาย และลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ โดยการหมุนข้อต่อต่าง ๆ เคลื่อนไหวร่างกายแบบแอโรบิคช้า ๆ หรือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ในระยะการออกกำลังกายเริ่มแรก อาจใช้เวลา ๕-๑๐ นาที และเพิ่มเวลาให้นานขึ้นอย่างน้อย ๒๐-๓๐ นาที โดยประเมินจากความหนักเบาของการออกกำลังกายและความทนต่อกิจกรรมของผู้ป่วย และระยะผ่อนคลายร่างกาย (cool down) เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องเบาๆ ๕-๑๐ นาที

๓) ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวควรออกกำลังกายในระดับความแรงปานกลาง (moderate-high intensity exercise) โดยอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ ร้อยละ ๖๐-๗๐ ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในขณะออกกำลังกาย (maximum heart rate) และควรหยุดออกกำลังกายเมื่อมีระดับความเหนื่อย ๑๑-๑๓ คะแนนใน Borg scale ความถี่ของการออกกำลังกาย วันต่อสัปดาห์โดยเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายให้นานขึ้นทีละน้อยโดยไม่ก่อปัญหาให้กับผู้ป่วย

๔) ควรงดออกกำลังกายเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หรืออัตราการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า ๑๒๐ ครั้งต่อนาที หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เช่น เจ็บหน้าอกหรือหอบเหนื่อยมาก ใจสั่น ตาพร่ามัวหน้ามืด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้สบายไม่เครียด

๒.๒.๔ การชั่งน้ำหนักตัวและแนะนำให้เฝ้าระวังภาวะน้ำเกินโดยการชั่งน้ำหนักทุกวันในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น ตอนเช้าภายหลังถ่ายปัสสาวะและก่อนรับประทานอาหารเช้า หากน้ำหนักเพิ่มมากกว่า ๒ กิโลกรัมใน ๑ วัน ให้รีบมาพบแพทย์

๒.๒.๕ การรับรู้และการจัดการอาการแนะนำการประเมินอาการเมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง เช่น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เหนื่อยหรือต้องนอนหนุนหมอนมากกว่า ๑ ใบ หรือหลังนอน ๑-๒ ชั่วโมงแล้วต้องลุกขึ้นนั่ง บวม น้ำหนักขึ้นมากผิดปกติ ใจสั่น เหนื่อยง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ไอบ่อย คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์

๒.๒.๖ การมาพบแพทย์ตามนัดเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามอาการและการดำเนินของโรค รวมถึงร่วมกันวางแผนการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ

๒.๓ การใช้บทบาทเสริม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง มีสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นตอนที่ ๓ การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

พยาบาลมีบทบาทในการประสานการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายกับบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ดังนี้

๓.๑ การโทรศัพท์ติดตามอาการอย่างมีแบบแผน (structure telephone support)

การโทรศัพท์ การติดต่อสื่อสารทางโซเชียล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เฟสบุ๊ก ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย ๔๘ ชั่วโมง เป็นวิธีการที่ง่าย ต้นทุนต่ำ ประหยัดเวลา และลดช่องว่างของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยประเด็นการสื่อสารได้แก่ การสอบถามอาการ การทวนสอบความรู้ในการดูแลตนเอง การให้ความรู้เพิ่มเติม การสอบถามอาการข้างเคียงของยา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย แต่การโทรศัพท์ติดตามยังมีข้อจำกัดเช่น ข้อมูลที่ได้อาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง หรือผู้ดูแลไม่สามารถประเมินสภาพจริงของผู้ป่วยขณะพูดคุยได้ ดังนั้นพยาบาลและทีมสหวิชาชีพจึงต้องมีการติดตามอาการด้วยการเยี่ยมบ้านควบคู่ไปด้วย

๓.๒ การเยี่ยมบ้าน (home visit) การเยี่ยมบ้าน ควรทำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป โดยส่งต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้านนอกจากจะได้ประเมินผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงความสามารถและความพร้อมของผู้ดูแล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล นำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลระยะยาว

บทสรุป

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีการกลับรักษาซ้ำสูง และต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ผู้เขียนได้นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านไว้ ๓ ระยะ ดังนี้ ๑) ระยะเฉียบพลัน เป็นการดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิต ๒) ระยะก่อนจำหน่าย เป็นการประเมินเบื้องต้น ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยญาติและสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ การให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น และ ๓) ระยะหลังการจำหน่าย เป็นการโทรศัพท์ติดตามอาการ และเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และผู้ดูแลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยในทุกระยะประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดโอกาสการกำเริบของโรค ลดการกลับมารักษาซ้ำ และลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. เลือกเรื่องที่ต้องการศึกษา และพัฒนาโดยผู้ศึกษาได้เลือกเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันตามระยะการเปลี่ยนผ่าน และกำหนดขอบเขตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๑ โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่าย

๒. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลกำหนดเนื้อหา แนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

๓. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนการจัดทำแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

๔. จัดทำแบบแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

๕. ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

๖. ประเมินผลความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ หน่วยงานมีรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๑

๔.๒ หน่วยงานสามารถนำแนวทางข้างต้น พัฒนาเป็นงานประจำเป็นงานวิจัยในหน่วยงานสู่การเป็น best practice ต่อไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยและญาติได้รับการวางแผนการจำหน่ายการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๑ จำนวนร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีความพึงพอใจในการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) กองพัฒน์ ทาวัช
(..... กองพัฒน์ ทาวัช)
(ตำแหน่ง) พชช.ทว.วิทย์พญ.กัญญา
(วันที่) ๒๗ / ๗ - ๘ / ๒๕๖๕
ผู้ขอประเมิน