



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 ๔ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวพัชณิดา เวียงแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
๒	นางสาวนฤมล เทียบเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓	นางสาวพิจิตร มาเข้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน
๔	นางสาวกรรณิการ์ ตุลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน

/รายละเอียด...

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายพันธ์เทพ 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	นางสาวพัชนิดา เวียงแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๕๑๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๕๑๙	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แสดงอาการเฉียบพลัน (Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation)				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการฝึกการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๒	นางสาวนฤมล เทียบเพชร	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๕๑๕๐๖	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๕๑๕๐๖	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบ				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยวัณโรคงานผู้ป่วยนอก				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๓	นางสาวพิจิตร มาเป้า	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๙๗๑๒๘	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๙๗๑๒๘	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง : กรณีศึกษา				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPG) ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะชก ตามหลัก Advance Trauma Life Support (ATLS)				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๔	นางสาวกรรณิการ์ ตุลา	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๑๕๘๐	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๑๕๘๐	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจากอุบัติเหตุ : กรณีศึกษา				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจากอุบัติเหตุ ตามหลัก D-METHOD				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แสดงอาการเฉียบพลัน (Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ สิงหาคม ๒๕๖๕- ธันวาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease : COPD) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยซึ่งอาการจะค่อยๆ เป็นมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายลดลงหรือในกรณีที่โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน หรืออยู่เฉยๆ อาการเหล่านี้จะนำไปสู่สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย ทั้งนี้ ความระดับความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์ไปกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการกำเริบเฉียบพลัน หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะหายใจหรือหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตในที่สุด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สาเหตุของโรค COPD มากกว่า ๙๐% มาจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน โดยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจที่เพิ่มขึ้น มีการทำงานของปอดที่ผิดปกติ ตรวจสมรรถภาพปอดจะพบว่ามีการลดลงของปริมาตรของลมหายใจที่วัดจากการหายใจออกเต็มที่และรวดเร็วในเวลา ๑ วินาที หรือที่เรียกว่า FEV๑ (Force expiratory volume in one second) มีอัตราการเสียชีวิตในกลุ่ม COPD ที่สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยอื่นที่มีข้อมูลสนับสนุนมากคือ ยีนส์หรือสารพันธุกรรม โดยเฉพาะการขาดสาร alpha-๑ antitrypsin (severe hereditary deficiency of alpha-๑ antitrypsin) ซึ่งเป็น inhibitor ของ serine proteases ที่อยู่ในกระแสเลือดทำให้เร่งการเกิดภาวะถุงลมโป่งพองก่อนวัยอันควร ถึงแม้ว่าจะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม โดยภาวะนี้พบได้น้อย และมักเจอในกลุ่มยุโรปตอนบน นอกจากนี้คนที่สูบบุหรี่ทุกคนไม่ได้เกิดโรค COPD จึงเป็นเหตุสนับสนุนเรื่องปัจจัยด้านพันธุกรรมในการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรค

อาการและอาการแสดง

อาการเหนื่อยหอบจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ หลายปี ส่วนมากจะมีอาการผิดปกติเมื่ออายุ ๔๐ ปีขึ้นไป และตรวจสมรรถภาพทางปอดพบ moderate หรือ severe airflow limitation โดยสามารถประเมินความรุนแรงของการหอบเหนื่อยได้โดยการซักประวัติความสามารถในการออกกำลังกาย เช่น ระยะเวลาการเดิน การขึ้นลงบันได หรือการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วย COPD ที่มีอาการมาก การทำกิจวัตรประจำวันอาจเหนื่อยได้ อาการไอเรื้อรังมักจะมีเสมหะร่วมด้วยส่วนใหญ่อาการจะมากช่วงเช้า การดูปริมาณและลักษณะของเสมหะจะช่วยประเมินอาการของผู้ป่วยได้

การวินิจฉัยโรค

๑. การตรวจร่างกายมักตรวจพบ

๑.๑ ทรวงอกมีรูปร่างคล้ายถังเบียร์ (barrel shaped chest)

๑.๒ กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจของทรวงอกด้านบน (accessory muscle) ขยายใหญ่ขึ้น

๑.๓ อาการเขียวคล้ำ

๑.๔ ฟังเสียงปอดพบเสียงหายใจวี๊ด

๒. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก มักแสดงถึงการขยายตัวของปอด (Hyperinflation)

๓. การตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอด



### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๑. รักษาอาการและทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น
๒. ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
๓. ป้องกันและรักษาภาวะ acute exacerbation และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
๔. ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้สมรรถภาพปอดลดลง

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่มีอาการกำเริบ

การรักษาและการดูแลผู้ป่วย COPD จำเป็นต้องอาศัยการรักษาหลายอย่างประกอบกัน มีการติดตาม ประเมินผลการรักษา การปรับการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนโดยมีแนวทางการปฏิบัติหลังจากได้รับการวินิจฉัยแน่ชัดแล้ว

ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย (COPD without dyspnea)

๑. แนะนำหยุดสูบบุหรี่
๒. ควรตรวจวัดสมรรถภาพปอดอย่างน้อยปีละครั้ง

ถ้าผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย (COPD with dyspnea)

๑. แนะนำหยุดสูบบุหรี่
๒. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แนะนำให้ใช้การเดิน การขี่จักรยาน ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด โดยผู้ป่วย กำหนดระยะเวลาการออกกำลังกายด้วยตนเอง

๓. ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจด้วยวิธี purse lips
๔. หาสาเหตุที่ทำให้หอบเหนื่อยร่วมด้วย เช่น heart failure, muscle weakness และแก้ไขปัญหา
๕. ให้การรักษาด้วยยา ได้แก่ inhale bronchodilator, oral theophylline และ systemic steroid

ร่วมกับการติดตามผลและการประเมินสภาวะของโรคโดยการตรวจสมรรถภาพของปอดเป็นระยะ การพิจารณา การให้ยาขึ้นอยู่กับอาการและการตอบสนองต่อการรักษา

๖. การให้ออกซิเจนในระยะยาว

#### ๓.๒ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ส่วนใหญ่มุ่งรักษาตามอาการ ยกเว้นในบางครั้งที่มีผู้ป่วยมีอาการของโรคกำเริบทำให้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการรักษาตามอาการนั้น นอกเหนือจากการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม ยาปฏิชีวนะ การให้ออกซิเจนเพื่อรักษาอาการกำเริบหรืออาการหายใจล้มเหลวแล้ว

พยาบาลยังมีบทบาทที่สำคัญ คือ เป็นผู้ช่วยเหลือและให้การพยาบาล (Care provider) โดยวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวที่บ้าน และสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ทั้งนี้ครอบครัวควรมีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและแนวทางการพยาบาลพอสรุปได้ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเฉียบพลันจะอาศัยข้อมูลทางคลินิก คือ ผู้ป่วยที่อาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นกว่าเดิมร่วมกับมีปริมาณของเสมหะที่เพิ่มมากขึ้น หรือเสมหะเปลี่ยนสี โดยประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษา โดยกลุ่มที่มีความรุนแรงมาก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการและอาการแสดง ดังนี้

- ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ (accessory muscle) มากขึ้นหรือมีอาการของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เช่น respiratory paradox หรือ respiratory alternans, พูดไม่เป็นประโยชน์
- ชีพจรมากกว่า ๑๒๐ ครั้ง หรือมีภาวะ hemodynamic instability
- มีซีมี หรือสับสน หหมดสติ
- $O_2 \text{ sat} < ๙๐\%$  หรือ  $\text{PaO}_2 < ๖๐ \text{ mm Hg}$

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

- PaCO<sub>2</sub> ๔๕ mm Hg และ pH < ๗.๓๕

- มีอาการแสดงของภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลวที่เกิดขึ้นใหม่

ถ้ามีภาวะดังกล่าวข้างต้น พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

๑. Controlled oxygen therapy ให้ Oxygen โดยปรับอัตราการไหลของออกซิเจน เพื่อให้ได้ระดับ Sat O<sub>2</sub> ๙๐ %

๒. Bronchodilator  $\beta_2$  agonist (salbutamol or terbutaline MDI with spacer or nebulizer) or  $\beta_2$  agonist ร่วมกับ anticholinergic โดยสามารถให้ซ้ำได้ทุก ๒๐ นาที ถ้าอาการไม่ดีขึ้น

๓. Systemic steroid Dexamathasone ๔ – ๘ mg V q ๖ hrs. or hydrocortisone ๑๐๐ – ๒๐๐ mg V ทุก ๖ hrs. or prednisolone ๓๐ mg / day

๔. Antibiotic พิจารณาให้ทุกราย โดยเลือกชนิดของยาตามข้อมูลการได้รับยาต้านจุลชีพในอดีตหรือชนิดที่ออกฤทธิ์กว้าง เช่น กลุ่ม Fluoroquinolone , Betalactamase inhibitor, macrolide

กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย คือ ไม่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้โดย

- เพิ่มขนาดของยาขยายหลอดลมชนิดสูด และความถี่ของการให้ยา

- ให้ oral prednisolone ๓๐ mg / day ๕ วัน

- Antibiotic ให้เฉพาะกรณีที่ใช้หรือเสมหะเปลี่ยนสี เลือกกลุ่ม Betalactam inhaler or macrolide

- พิจารณาให้ inhaled steroid ในกรณีมี exacerbation มากกว่า ๑ ครั้งต่อปี

ผู้ป่วยอาจมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง เนื่องจากผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีอาการเหนื่อยง่ายจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยภาวะความเป็นกรดที่เกิดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นนั้น สาเหตุของโรคมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในปอด ทำให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องออกแรงมากในการหายใจเข้าและออก เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นจึงมีอาการเหนื่อยง่าย ประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวร่างกาย

สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงนั้น ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายและมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง พยาบาลจึงต้องใช้บทบาทเป็นผู้สร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ตัวผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) ฝึกทักษะ (Coaching) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติกิจกรรม (Mentoring) โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพบุคคล พยาบาลต้องมีบทบาทเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริม ฟื้นฟู กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ สาระสำคัญ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD เป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจภายในปอดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่หลอดลมและถุงลมปอด ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจอย่างช้า ๆ โดยผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจลำบากและมีเสมหะมาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และเนื่องจากโรคนี้เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานได้ บางครั้งอาการอาจรุนแรงจนถึงขั้นต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรืออาจอันตรายจนถึงเสียชีวิตได้

อัตราการอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ ๗ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ ๒๒.๒๐ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน เมื่อพิจารณาารายจังหวัดภายในเขต ประกอบด้วยขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ มีอัตราการอุบัติการณ์ เท่ากับ ๒๒.๕๘, ๑๙.๐๙, ๑๑.๑๑ และ ๓๙.๒๖ ตามลำดับ ขณะที่โรงพยาบาลขอนแก่น มีจำนวนผู้มารับบริการด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๓ ปีย้อนหลังระหว่างปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ เท่ากับ ๕๕๗, ๕๖๑ และ ๗๗๑ ราย ตามลำดับ และการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน ๒๘ วัน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๐๐, ๑๖.๙๗ และ ๑๖.๙๘ (โรงพยาบาลขอนแก่น, ๒๕๖๔)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพและการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ค่ารักษาในการดูแลผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาล และการสูญเสียรายได้ของครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ ๗,๗๑๔.๘๘ ล้านบาทต่อปี เฉลี่ยคนละ ๑๒,๓๕๗.๔๗ บาทต่อคนต่อปี (Jittrakul, Wimol, & Eugene, ๒๐๐๗) ซึ่งอาการหอบเหนื่อยจะรบกวนการทำงานประจำวันและส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นและอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียเอกลักษณ์ ทั้งยังมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติเป็นอย่างมาก (ALA, ๒๐๐๖; Godoy & Godoy, ๒๐๐๓) ซึ่งแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปัจจุบันนั้นมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกัน การกำเริบของโรคคงสมรรถภาพการทำงานของปอดให้เสื่อมช้าลงเพิ่มสภาวะสุขภาพ ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนป้องกันและรักษาอาการกำเริบ และลดอัตราการตาย โดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการและอาการแสดงของ โรคในแต่ละระดับแตกต่างกัน การดูแลรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยชะลอความรุนแรงของโรคและช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

จากความสำคัญข้างต้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเฉพาะรายแบบกรณีศึกษา เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจกิจกรรมและความซับซ้อนของกรณีโดยได้ใช้กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๗๕ ปี ซึ่งมารับบริการที่หอผู้ป่วยในอายุรกรรม อันจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยรายอื่นๆในโรงพยาบาล และพัฒนาการพยาบาลให้มีคุณภาพก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติต่อไป

##### ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๑) ทบทวนและศึกษาข้อมูลประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือเรื่องที่น่าสนใจ
- ๒) รวบรวมข้อมูลจากรายงานและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- ๓) ศึกษาองค์ความรู้ทางวิชาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ๔) จัดเก็บข้อมูลโดยใช้เวชระเบียน ผู้ป่วยและญาติ
- ๕) จัดทำการศึกษาแบบกรณีศึกษาและสรุปผลการศึกษา
- ๖) ตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมรายละเอียดตามผู้เชี่ยวชาญ
- ๗) จัดพิมพ์ผลงานเป็นรูปเล่ม

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๔.๓ เป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะมีการกำเริบของโรค (Acute exacerbation) ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ลดระดับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

##### ๕.๑ เชิงปริมาณ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๑ ราย มาด้วยอาการสำคัญ หายใจ หอบเหนื่อย ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหอบ เหนื่อย ไอ ไม่มีเสมหะ ปวดหลัง ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีใจสั่น มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคนิ้วในไต และโรคกระดูกสันหลังยุบตัว แพทย์วินิจฉัยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะมีการกำเริบของโรค (Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Acute exacerbation) แพทย์รักษาไว้ในโรงพยาบาลวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๕ และจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ในวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ ขณะรักษาไว้ในโรงพยาบาลได้รับการดูแลตามหลักการพยาบาล และจัดการกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย

๑) การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒) ความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากอ่อนเพลีย หายใจหอบ

๓) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหอบ

๔) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

๕) ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

##### ๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑) ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการเฝ้าระวังและสังเกตอาการ ตลอดจนการได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม ทันทีที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๒) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและพึงพอใจในการพยาบาล

๓) มีการพัฒนาองค์ความรู้ จากการทบทวนความรู้ทางวิชาการ แนวคิดทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดการสูญเสียจากโรค สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลทางการพยาบาลที่เหมาะสม

๖.๒ ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถดูแลจัดการตนเองร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง

๖.๓ ทราบถึงสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วยสูงอายุที่ทำการศึกษานำไปสู่การกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ป้องกันการกำเริบซ้ำ และลดการรักษาในโรงพยาบาล

#### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องเตือนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อในร่างกาย

๗.๒ การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการอนุญาตจากผู้ป่วยหรือญาติในการใช้ข้อมูลดังกล่าว

๗.๓ ผู้ป่วยที่มีภาวะหอบกำเริบอาจมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเสี่ยงต่ออาการทรุดลงได้

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ การศึกษารายละเอียดของผู้ป่วยเชิงลึกต้องใช้องค์ความรู้ พร้อมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าว ต้องมีความระมัดระวัง หากมีความผิดพลาด ผู้ป่วยอาจเข้าสู่ภาวะอันตรายแก่ชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับพยาบาลอย่างถูกต้อง ทันที

๘.๒ การใช้สื่อในการสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมีญาติรับทราบและดูแลร่วมด้วย

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต้องมีความละเอียดอ่อน มีความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วย ตลอดจนการตัดสินใจที่ถูกต้อง ฉับไว เพื่อการดูแลผู้ป่วย

๙.๒ นำข้อมูลกรณีตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะอาการกำเริบเฉียบพลันให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

๙.๓ ควรมีการนิเทศ กำกับ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาทบทวนร่วมกันในทีมผู้ดูแล การเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลเมื่อกลับบ้าน

๙.๔ สามารถประยุกต์ใช้ในกลุ่มโรคที่มีลักษณะอาการคล้ายกัน เช่น โรคหอบหืด และโรคหลอดลมอักเสบ เป็นต้น

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวพัชนิดา เวียงแก้ว ดำเนินการคิดเป็นสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... *พัชนิดา เวียงแก้ว* .....

(นางสาวพัชนิดา เวียงแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ..... *๘* / *พ.ย.* / *๒๕๖๖* .....

ผู้ขอประเมิน



### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพัชนิดา เวียงแก้ว	พัชนิดา เวียงแก้ว

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 (นางพินรัฐ จอมเพชร)  
 ตำแหน่ง วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล  
 (วันที่) ...../...../.....  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
 (นายเกรียงศักดิ์ วิชรรณกุลเกียรติ)  
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
 (วันที่) ...../30 พ.ย. 2566  
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) .....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง .....  
 (วันที่) ...../...../.....  
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการฝึกการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### ๒. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกคาดว่า ปี ค.ศ. ๒๐๓๐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุ การตายอันดับที่ ๓ ของประชากรโลก (WHO, ๒๐๐๘) การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ ซึ่งรวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมมีการอักเสบและตีบแคบลงร่วมกับความยืดหยุ่นของถุงลมปอดสูญเสียไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

จากการหายใจลำบากส่งผลต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง ร่างกายจะหายใจเร็วขึ้น ช่วงเวลาที่หายใจออกสั้นลง ทำให้มีอากาศค้างอยู่ในถุงลมปอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงและจากการที่ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ร่วมกับได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นทำให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดปอดสูง ส่งผลให้เกิดหัวใจห้องขวาล้มเหลว (Cor pulmonale) และการขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีความจำเสื่อม หลงลืม และหมดสติได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### ๓.๑ บทวิเคราะห์

อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงความยากลำบากในการหายใจของตนเองและต้องออกแรงในการหายใจ มากกว่าปกติ หากผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง มีอาการไอและมีเสมหะมากขึ้นร่วมด้วย เรียกว่า อาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) ก่อให้ผู้ป่วยส่งผลให้มีอาการเหนื่อยล้า และเหนื่อยกว่าปกติแม้ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย และหากอาการหายใจลำบากไม่รุนแรงและอาการคงที่อยู่ตลอดเวลา เป็นระยะเวลาานานกว่า ๑ เดือน เรียกว่า อาการระยะสงบ (Stable stage) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกในวินาทีแรกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ (Force Expiratory Volume in one second: FEV๑) ดังนั้น การส่งเสริมการฝึกการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะช่วยบรรเทาอาการ และป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และท้ายที่สุดทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### ๓.๒ แนวคิด

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (๑๙๗๗) เกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถตนเอง (Self - efficacy) หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectations) จะสามารถแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งได้เน้นหลักคิด ๓ ประการได้แก่ ๑) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) ๒) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self - regulation) และ ๓) แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy)

## ๓.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน

## ๓.๓.๑) ชั้นพัฒนา/เตรียมการ

- ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจาก เอกสาร ตำราวิชาการ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำมาประยุกต์เป็น กรอบเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติ

- ศึกษาสถิติ การวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติการณ์ของโรคจากเวชระเบียน และปัญหาจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

## ๓.๓.๒) ชั้นดำเนินการ

- จัดทำแนวปฏิบัติการฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดโครงสร้างหัวข้อ ความรู้ เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหากิจกรรมในแต่ละส่วนจากการประยุกต์ความรู้ เนื้อหากิจกรรมตามแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

## ๓.๓.๓) ชั้นติดตามและประเมินผล

- การติดตาม ประเมินผลการติดตามประเมินผลด้วยการสังเกตการฝึกปฏิบัติและติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วยในนัดหมายแต่ละครั้ง

## ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมการฝึกการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๔.๒ ผู้รับบริการไม่มีภาวะหายใจหอบกำเริบ ลดการรักษาซ้ำ และลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล

๔.๓ ผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจ ดูแลตนเองและจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้

## ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีแนวปฏิบัติการฝึกการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๑ ฉบับ

๕.๒ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๕.๓ ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหอบกำเริบลดลง ร้อยละ ๕

๕.๔ ลดอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) ร้อยละ ๕

(ลงชื่อ) ..... *พท.๓ iewicz* ..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวพัชณิดา เวียงแก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *๕* / *พ.ย.* / *๒๕๖๖*

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน สิงหาคม 2566 – ตุลาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

วัณโรคคือโรคติดเชื้อที่เกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium Tuberculosis

เชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศจากผู้ที่เป็นวัณโรคปอดและกล่องเสียง การติดเชื้อเกิดขึ้นจากการหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการไอหรือจาม พูดหรือร้องเพลง การไอหรือจามหนึ่งครั้งสามารถสร้างละอองฝอยได้ถึงล้านละอองฝอย (กรมควบคุมโรค, 2561)

Multi-Drug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ดื้อยา Isoniazid (H) และ Rifampicin (R) พร้อมกัน และอาจจะดื้อต่อยาขนานอื่นๆ ซึ่งยา H และ R ถือเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาวัณโรค (อำพรพรรณ ยวนใจ, 2562)

สาเหตุของวัณโรคดื้อยาอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติของตัวเชื้อวัณโรคเอง เนื่องจากการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรม (Genetic Mutation) ทำให้ยาไม่สามารถใช้รักษาเชื้อวัณโรคซึ่งเกิดจากหลายปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้การรักษาขาดความรู้และทักษะในการรักษาวัณโรค เช่น การใช้สูตรยาที่ไม่เหมาะสม ให้ยาในขนาดที่ต่ำ รับประทานหรือระยะเวลาไม่นานพอ การเติมยาที่ละขนาน การบริหารจัดการและการดูแลกำกับการรับประทานยาที่ขาดประสิทธิภาพ

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา เนื่องจากเกิดอาการข้างเคียง หรือปัญหาด้านสังคม หรือผู้ป่วยมีโรคร่วมที่ทำให้การดูดซึมยาไม่ดีโดยแบ่งประเภทดังนี้

### 2.1 ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษา ประกอบด้วย

- 2.1.1 ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังถ้าให้การรักษาด้วยสูตรยาเดิม (Retreatment) และกำกับการรับประทานยาที่ดีแล้วยังล้มเหลว จะมีโอกาสเป็น MDR-TB สูงมากคือมากกว่าร้อยละ 85

- 2.1.2 ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษาผู้ป่วยรายใหม่ โดยให้การรักษาถึงเดือนที่ 5 เสมอหะยังพบเชื้อจะพบ MDR-TB ในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มแรก คือ ประมาณร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามอาจจะพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 10-90 ขึ้นกับความชุกของเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยรายใหม่ การให้การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบที่มีคุณภาพและความรุนแรงของโรค

- 2.1.3 ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำผู้ป่วยเคยรักษาหายแล้วในอดีตและกลับมาเป็นวัณโรคซ้ำอีก อาจมีโอกาพบเชื้อดื้อยาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำหลังรักษาหายไม่นาน ถ้ากลับเป็นซ้ำหลังจากการรักษาด้วยสูตรยาเดิม (Retreatment) อาจพบ MDR-TB ได้ประมาณร้อยละ 50 แต่ถ้ากลับเป็นซ้ำจากการรักษาด้วยสูตรยาในผู้ป่วยรายใหม่ จะพบ MDR-TB ได้น้อยกว่าคือประมาณร้อยละ 10

- 2.1.4 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังขาดยาผู้ป่วยที่กำลังรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 1 ผลเสมหะเมื่อเดือนที่ 3 ยังพบเชื้ออยู่มีโอกาสจะล้มเหลวต่อการรักษาเนื่องจากมีเชื้อ MDR-TB ซึ่งอาจจะดื้อยา

## **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

ตั้งแต่แรกก่อนการรักษาก็ได้

2.2 ผู้ป่วยรายใหม่ มีผู้ป่วยรายใหม่บางรายเท่านั้นที่เสี่ยงต่อ MDR-TB ก่อนเริ่มการรักษาได้แก่

2.2.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยMDR-TB มีโอกาสสูงที่จะรับเชื้อ MDR-TB จากIndex Case แต่ไม่ทุกรายที่จะเป็น MDR-TB เพราะผู้สัมผัสอาจรับและติดเชื้อจากผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เชื้อยังไวต่อยา ส่วนผู้ป่วย Index Case ที่แพร่เชื้ออาจจะกลายเป็น MDR-TB ภายหลังก็ได้

2.2.2 ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของ MDR-TB สูง โดยมีข้อมูลการสำรวจ การเฝ้าระวังเชื้อวัณโรคที่อาสาสมัคร เช่น เรือนจำ ค่ายอพยพ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อยู่กันแออัด เป็นต้น

2.2.3 ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม มีบางการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี พบ MDR-TB สูงขึ้น ดังนั้นอาจพิจารณาตามความเหมาะสม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็น MDR-TB แนะนำให้ส่งเสมหะตรวจเพื่อยืนยันเชื้อวัณโรคที่อาสาสมัคร

3. ปัจจัยด้านยารักษาวัณโรค ยาเสื่อมคุณภาพเนื่องจากตัวยาด้อยคุณภาพ หรือระบบขนส่งหรือระบบจัดเก็บที่ไม่มีประสิทธิภาพ การใช้สูตรระยะสั้นรักษาผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาอยู่แล้วอาจทำให้เกิดปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานมากขึ้นได้

การพยาบาลที่สำคัญคือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ปอด การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้ความรู้ทางวิชาการทฤษฎีทางกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planing) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Majorjy Gordon) ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผนในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายนี้

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เกิดได้ทุกอวัยวะของร่างกายส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย ซึ่งจากสถิติของประเทศไทยปี 2562 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multiple Drug Resistant Tuberculosis: MDR-TB) หรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) ประมาณ 4,000 ราย คิดเป็น 5.7 รายต่อแสนประชากร โดยพบในผู้ป่วย วัณโรครายใหม่ร้อยละ 2.3 และพบในผู้ป่วยวัณโรค ที่เคยรักษามาก่อนร้อยละ 24 (กรมควบคุมโรค, 2564)

จากข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกของคลินิกวัณโรคที่อาสา โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ปี 2561-2563 พบสถิติการเข้ารับบริการ 660, 655 และ 586 ครั้ง ตามลำดับ จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multiple Drug Resistant Tuberculosis: MDR-TB) เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อนร้อยละ 17 และประมาณร้อยละ 5-10 พัฒนาไปเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิด



## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

รุนแรงมาก (Extensively-Drug Resistant Tuberculosis : XDR-TB) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตราย ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือน ค่ายาที่ใช้ในการรักษาประมาณ 1.2 ล้านบาท ผลสำเร็จในการรักษาได้เพียงประมาณร้อยละ 50 (วรรณมา ปิยะเสวตกุล, 2564) วัณโรคตัวยายังส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม ด้านร่างกายการทำกิจกรรมลดลงจากประสิทธิภาพของปอดลดลง เกิดความเครียดและวิตกกังวลจากความเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมลดลง เพราะต้องระวังการแพร่กระจายเชื้อ และความรับผิดชอบต่อครอบครัว การรับประทานยาและการประเมินผลหลังการรักษาด้วยยาครบอีก 18 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผลข้างเคียงของยาที่รุนแรง ทำให้เกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายกับโรคและปฏิเสธการรักษา ส่งผลให้การรักษาล้มเหลว และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคตัวยาย การให้คำปรึกษา การดูแลการรับประทานยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา การดูแลด้านโภชนาการ และการสนับสนุนด้านสังคม ครอบครัวและชุมชน การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคตัวยายในคลินิกวัณโรคตัวยายต้องใช้ความรอบคอบและความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหาย และอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาผู้ป่วยวัณโรคตัวยาย ซึ่งเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกวัณโรคตัวยายงานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตัวยาย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และได้นำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล พัฒนาแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคตัวยาย ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาลต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1) เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 รายในคลินิกวัณโรคตัวยายงานผู้ป่วยนอก
- 2) รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
- 3) ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์
- 4) ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อสารสนเทศ ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาล และผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
- 5) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ
- 6) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
- 7) สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
- 8) รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9) เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

10) เผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยวัณโรคคือยา ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากรักษาวัณโรค ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และหายจากโรควัณโรคคือยา

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

5.1.1 มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยา จำนวน 1 เรื่อง  
กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี แพทย์วินิจฉัยวัณโรค มาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเดือนที่ 9 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ไอ มีเสมหะ ตรวจพบเชื้อวัณโรค Sputum AFB Positive 1+ ได้รับการรักษาด้วยยา Isoniazid, Rifampicin Vitamin B Complex 9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไอแห้งๆ ไอมากขึ้น ผลตรวจรังสีทรวงอกพบ Infiltration Right Upper Lung ตรวจ X-pert MTB/RIF (GeneXpert) พบ MTB Detected Rifampicin Resistance แพทย์วินิจฉัยวัณโรคคือยา ได้รับการรักษาด้วยยา Isoniazid, Pyrazinamide, Ethambutol, Moxifloxacin, Ethionamide, Clofazimine, Bedaquiline และ Vitamin B Complex มาโรงพยาบาลครั้งนี้เพื่อรับยาเดือนที่ 9 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 3 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Pulmonary Tuberculosis รักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นรับยาครบตามแผนการรักษา

แรกรับที่คลินิกวัณโรคคือยา งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ทำตามคำสั่งได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 98% ไม่มีอาการไอ เหนื่อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน น้ำหนักตัวเท่าเดิม น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ไม่มีตัวตาเหลือง ปวดข้อ เดินเซ ตามัว ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation Right Lung ผลตรวจรังสีทรวงอกพบ Infiltration Right Upper Lung วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ดังนี้

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของวัณโรค

ปัญหาที่ 2 มีภาวะติดเชื้อวัณโรคคือยาและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรค

3.1 พืชต่อตับไต

3.2 พืชต่อตับ

3.3 เกร็ดเลือดต่ำ

3.4 ปวดข้อ

ปัญหาที่ 4 ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพยาบาลที่สำคัญ ให้การพยาบาลโดยการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนได้แก่ อาการกระสับกระส่าย อัตราการเต้นหัวใจเร็ว หายใจเร็ว เหนื่อยหอบ เหงื่อออก ตัวเย็น ซีดเขียว ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่งเสริมการรับประทานยารักษาวัณโรคครบชนิดและถูกขนาดยาติดต่อกันจนครบตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการอาการรบกวนเพื่อป้องกันการหยุดยาระหว่างการรักษา แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ยารักษาโรควัณโรคที่ได้รับกลับบ้านได้แก่

Moxifloxacin 400 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

Clofazimine 50 mg รับประทานพร้อมอาหารเช้า 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง

Pyrazinamide 500 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

Ethionamide 400 mg รับประทานครั้งละ 3 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

Pyridoxine 50 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

Lorazepam 0.5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาลของทีมนุ้ดูแลรักษาผู้ป่วยของ คลินิกวัณโรคคือยา งานผู้ป่วยนอก ติดตามอาการอีก 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ทำตามคำสั่งได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 103/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 98% ไม่มีอาการไอ เหนื่อยไม่เบื่ออาหาร ไม่มีน้ำหนักลด ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ผลตรวจรังสีทรวงอกไม่พบ Infiltration ตรวจ Sputum AFB ไม่พบเชื้อวัณโรค แพทย์พิจารณาให้หยุดยารักษาวัณโรคและติดตามอาการอีก 3 เดือน ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

### 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยวัณโรคคือยา ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

5.2.2 ผู้ป่วยวัณโรคคือยา มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และมีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างถูกวิธี

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

6.2 เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวัณโรคคือยาในรายอื่นๆ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

6.3 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยา

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา แม้ว่าอาการจะดีขึ้นจนใกล้เคียงปกติแล้ว ก็ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์แนะนำ ห้ามหยุดยาหรือลดยาเองโดยเด็ดขาด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเดินทางมาพบแพทย์แต่ละครั้งมีค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเดินทางมารับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง หากไม่รับประทานยาต่อเนื่อง เชื้อโรคที่เหลืออยู่สามารถปรับตัวให้ทนต่อยาเดิมจนเกิดภาวะเชื้อดื้อยา เมื่อผู้ป่วยกลับมามีอาการอีกครั้ง จะทำให้เชื้อตอบสนองต่อยาเดิมลดลง และหายารักษาได้ยากขึ้น และยังคงเสียเวลารักษานานกว่าเดิม ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาทุกวัน หากกินยาครบทุกวันอาการจะดีขึ้นภายใน 1 เดือน ไข้ลดลง ใหนักน้อยลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักเข้าใจผิดว่าหายแล้วจึงหยุดรับประทานยา ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเพราะเชื้อวัณโรคยังคงมีอยู่ จึงจำเป็นต้องกินยาให้ครบตามแผนการรักษา วางแผนการพยาบาลเพื่อกำกับดูแลและติดตามผู้ป่วยในชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินและดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา พยาบาลจึงสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลตนเองให้หายจากโรควัณโรค ทั้งนี้ผู้ป่วยได้รับเงินสนับสนุนค่าเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อรับยา เดือนละ 1,500 บาท เป็นระยะเวลา 9 เดือนตลอดการรักษา จากโครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรค (The Global Fund to Fight Tuberculosis) ทำให้ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่เพียงพอในการมาโรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองให้หายจากโรคที่เหมาะสม ผู้ป่วยหายจากโรควัณโรคดื้อยา และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ทั้งในงานผู้ป่วยนอกและการดูแลต่อเนื่อง

9.2 ควรดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจเรื่องวัณโรคดื้อยาให้สามารถดูแลตัวเอง และให้ความร่วมมือในการรักษากับทีมสหวิชาชีพ

### 10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวนฤมล เทียบเพชร พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... นฤมล ..... เทียบเพชร.....

(นางสาวนฤมล เทียบเพชร)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ


วันที่ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวนฤมล เทียบเพชร พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	นฤมล เทียบเพชร


  
นางฤดีพร เพ็ญสุพรรณ  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


  
(นางวรรณ ปิยะเศวตกุล)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ



ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  .....  
(นางพินรัฐ จอมเพชร)  
(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล .....  
(วันที่) ..... / ..... / .....  
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  .....  
(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)  
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น .....  
(วันที่) 3/0 พ.ย. 2566 .....  
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบการเสนอข้อเสนอนโยบายการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยวัณโรคนานผู้ป่วยนอก
2. หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหารุนแรงในระดับโลก พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 9 จาก 10 อันดับแรกของประชากรโลกและเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสียชีวิตจากเชื้อโรคชนิดเดียว องค์การอนามัยโลกได้มีการประกาศให้วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินระดับโลกเมื่อ ปี พ.ศ. 2536 เนื่องจากประชากรโลก 1 ใน 3 ติดเชื้อวัณโรค และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าโรคติดต่ออื่น ๆ รวมทั้งมีปัญหาเรื่องการดื้อยา (WHO, 2016) ในการรักษาวัณโรคใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้มีโอกาสขาดการรักษา และใช้ยาหลายขนาน โอกาสเกิดผลข้างเคียงได้บ่อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษา ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยาเอง เชื้อโรคที่เหลืออยู่สามารถปรับตัวให้ทนต่อยาเดิมจนเกิดภาวะเชื้อดื้อยา การปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชนได้

สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 2,775 ราย (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 2563) จากข้อมูลสถิติของคลินิกวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ปี 2561-2563 พบการเข้ารับบริการ 660, 655 และ 586 ครั้ง ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรควัณโรคมีสาเหตุหลายปัจจัย ได้แก่ ขาดความรู้เรื่องการแพร่กระจายเชื้อ ใช้ชีวิตในชุมชนอย่างปกติ 2) ขาดความรู้เรื่องการรักษาต่อเนื่อง เชื่อว่าตนเองไม่มีอาการคือหายแล้วไม่ต้องรับประทานยาต่อ ส่งผลให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา 3) ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรคอาจมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยลดยาหรือเลิกใช้ยาโดยไม่รับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และ 4) ปัญหาทางเศรษฐกิจ เรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา สำหรับผู้ป่วยวัณโรคแล้วการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดในการควบคุมความก้าวหน้าของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หากผู้ป่วยดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ส่งเสริมการหายของโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ ปัจจุบันงานผู้ป่วยนอกมีการให้ความรู้ผู้ป่วยโรควัณโรคทุกรายที่มารับการรักษา แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เป็นนามธรรม ให้ความรู้ตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ดังนั้นผู้เสนอจึงได้ขอเสนอแนวคิดพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยวัณโรคนานผู้ป่วยนอก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การดูแลตนเองที่ช่วยส่งเสริมการหายของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2562 ได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 106,000 ราย หรือคิดเป็น 153 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 2020) ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาหายขาดของวัณโรคขึ้นอยู่กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้อง คือไม่ถูกทั้งชนิด ขนาด เวลา ไม่ครบระยะเวลาของ

การรักษา และการไม่มาตรวจตามนัด ทำให้ผู้ป่วยขาดยาในการรักษาโรคเป็นสาเหตุทำให้การรักษาโรคไม่หาย โรคกลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ เชื้อโรคดื้อยา การรักษายากขึ้น ต้องใช้เวลา การรักษานานขึ้น ใช้จ่ายที่มีราคาแพงมากขึ้น ชนิดของยาต้องเปลี่ยนไปหรือเพิ่มยาในการรักษามากขึ้น โรคอาจเรื้อรังจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งจะกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อวัณโรคชนิดดื้อยาต่อไป

จากการศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ตามการเบี่ยงเบนสุขภาพเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เป็นสาเหตุทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง โดยการให้ความรู้ผู้ป่วยวัณโรคครั้งนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรค และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อตอบสนองการแสวงหาความรู้ของผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ในเรื่องโรคที่เจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) เป็นแนวคิดที่เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้และเข้าใจถึงบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การนำทฤษฎีการดูแลตนเองเข้ามาใช้ในการให้ความรู้ผู้ป่วยโรควัณโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้การรักษาโรคมียผลสำเร็จมากขึ้นในระยะยาว

ดังนั้นผู้เสนอจึงได้ขอเสนอแนวคิดพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยวัณโรคงานผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชน เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อไป

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) หน่วยงานมีแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยวัณโรคงานผู้ป่วยนอกเป็นแนวทางเดียวกัน
- 2) ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง
- 3) ผู้ป่วยหายจากโรควัณโรค
- 4) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1) มีการใช้แนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยวัณโรคงานผู้ป่วยนอกในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบผู้ป่วยนอกทุกราย ร้อยละ 100
- 2) ผู้ป่วยวัณโรคตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา ร้อยละ 85
- 3) ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามคำแนะนำ ร้อยละ 80

(ลงชื่อ) ..... น.อ.สมล เทียบเพชร

(นางสาวนฤมล เทียบเพชร)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง: กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มกราคม 2566 – 30 กันยายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 มีความรู้ทักษะและความสามารถด้านการพยาบาลเฉพาะทางอายุรกรรม ในการให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินและให้การพยาบาลในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังซึ่งการเกิดอาการของผู้ป่วยสัมพันธ์กับอัตราการลดลงของปริมาณสุราในร่างกาย ขณะเกิดอาการอาการแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความรุนแรงและช่วงเวลาที่เกิดอาการ (อังกูและคณะ, 2558)

3.1.1 Uncomplicated alcohol withdrawal อาการที่พบแรกสุดและบ่อย ได้แก่ อาการตัวสั่นมือสั่น ร่วมกับ มีอารมณ์หงุดหงิด คลื่นไส้ อาเจียน มักเกิดหลังจากหยุดดื่มได้ไม่กี่ชั่วโมง หรือพบในตอนเช้าวันรุ่งขึ้น การสั่นจะมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว หรือมีความเครียด และเห็นชัดขึ้นเมื่อให้เหยียดแขนหรือแลบลิ้น จะยังเห็นชัด อาการอื่น ๆ ที่พบในระยะนี้ได้แก่ อ่อนเพลีย ครั่นเนื้อครั่นตัว ปวดศีรษะ วิตกกังวล อารมณ์ซึมหดหู่ หรือหงุดหงิด นอนหลับๆ ตื่นๆ มี Autonomic hyperactivity เช่น ชีพจรเร็ว เหงื่อออกมาก ความดันโลหิตขึ้นสูง บางคนอาจมีประสาทหลอน ซึ่งจะมีลักษณะไม่ชัดเจน และเป็นอยู่ไม่นาน อาการเหล่านี้จะรุนแรงมากสุดในช่วง 24-48 ชั่วโมง แล้วค่อย ๆ ลดลงจนปกติภายใน 5-7 วัน แต่อาจมี อารมณ์หงุดหงิดง่าย นอนไม่ค่อยหลับได้ถึง 10 วันหรือนานกว่านั้น

3.1.2 Alcohol withdrawal seizure พบว่าร้อยละ 90 เกิดอาการชักในช่วง 7-48 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มสุรา ลักษณะการชัก โดยมากจะเป็น generalized seizure เกิด 2-6 ครั้ง Status Epilepticus พบได้น้อย ประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่มีการชักจะเกิดอาการ Alcohol withdrawal delirium ต่อไป และเมื่อเกิดอาการ Delirium แล้วพบน้อยมากว่าจะเกิดการชักขึ้นอีก อาการชักหลังหยุดดื่มสุรานี้ไม่ได้เป็นตัวบ่งถึงความรุนแรงของการเป็นโรคพิษสุรา

3.1.3 Alcohol hallucinosis โดยมากเริ่มมีอาการภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่ม ลักษณะอาการเด่น จะเป็นประสาทหลอน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงระฆัง เสียงคนพูดกัน หรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะหวาดกลัว ตื่นตระหนก กระสับกระส่าย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นเช่นภาพหลอนพบได้น้อย แยกจากอาการ delirium โดยที่ ผู้ป่วยไม่มีอาการเพ้อ งุนงง สับสน หรือหลงลืมโดยทั่วไป จะมีอาการอยู่ไม่นาน เป็นเพียงชั่วโมงถึงหลายวัน ซึ่งผู้ป่วยจะค่อย ๆ รู้ตัวว่าเสียงที่ได้ยินนั้นไม่มีจริง มีอยู่ส่วนน้อยที่อาการไม่หายเป็นปกติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการนานเกินกว่า 6 เดือน

3.1.4 Alcohol withdrawal delirium (Delirium Tremens) อาการมักเกิดขึ้นหลังจากหยุดสุราได้ 2-3 วัน และจะรุนแรงมากที่สุดในวันที่ 4-5 เกิดในผู้ที่ดื่มสุราหนักมา 5-15 ปี และมีความเจ็บป่วยทางร่างกายร่วม เช่น อุบัติเหตุ โรคตับ โรคติดเชื้อลักษณะอาการสำคัญ คืออาการ Delirium โดยมักเริ่มเป็นตอนเย็นหรือกลางคืน ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ประสาทหลอนเห็นคนจะมาทำร้าย เห็นตำรวจจะมาจับ หรืออาจเห็นเป็นสัตว์ต่าง ๆ รู้สึกว่ามีอะไรมาไต่ตามตัว บางครั้งหูแว่ว เสียงคนพูด เสียงคนข่มขู่ มีท่าทางหวาดกลัว บางครั้งพูดฟังไม่เข้าใจ ร้องตะโกน หรือหลบซ่อนตัว อาการเป็นตลอดทั้งคืน ช่วงเช้าส่วนใหญ่อาการจะทุเลาลง ตอนบ่ายอาการปกติดี ซึ่งเป็นการแกว่งไกวของอาการ (Fluctuation) ญาติมักคิดว่าหายดีแล้ว แต่พอตกเย็น ผู้ป่วยก็เริ่มกลับมามีอาการอีกความรุนแรงและระยะเวลาที่เป็นในแต่ละกลุ่ม



อาการแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน พบว่าร้อยละ 75-80 อาการเป็นน้อย ร้อยละ 15-20 มีอาการปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 5-6 เท่านั้นที่อาการรุนแรงจนถึงขั้น Delirium tremens ซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดอาการหลังจากอยู่โรงพยาบาลได้ 3 วัน อาการ delirium นี้เป็นไม่นาน ส่วนใหญ่จะมีอาการมากอยู่ประมาณ 3 วันแล้วค่อย ๆ หุเลาลง รายที่มีอาการอยู่นานพบว่า เป็นจากปัจจัยเสริมจากภาวะความผิดปกติทางร่างกายอื่น ๆ ในสมัยก่อน อัตราการตายประมาณร้อยละ 15 ปัจจุบันประมาณร้อยละ 1-2 (อังกูรและคณะ, 2558)

3.2 พยาบาลผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษสุราเรื้อรัง (จินตวีร์พร, 2559)

3.3 มีความรู้ทักษะและความสามารถในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญทางอายุรกรรมทั้งที่เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหว อุบัติเหตุ และภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการต่างๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

3.4 มีทักษะในการติดต่อประสานงานทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกองค์กร ในเรื่องที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเป็นแหล่งประโยชน์ในการปฏิบัติงาน

3.5 มีความชำนาญในการสื่อสารทั้งที่เป็นวาจาและการบันทึกเอกสารเพื่อใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและช่วยเหลือผู้รับบริการ สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

#### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังกลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา จัดเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ของประเทศ เนื่องจากผู้เสพยาเรื้อรัง ในประเทศไทยมีจำนวนค่อนข้างสูง トラบจนปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาถึงความชุกของโรคพิษสุรา (Alcoholism) ในประชากรไทย (พิชรินทร์, 2563) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาความชุกของโรคพิษสุราในผู้ป่วยที่มาใช้บริการ จากแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าในปี 2563 - 2565 จำนวน 830, 770 และ 807 คน ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ รพ.ขอนแก่น, 2563) แสดงให้เห็นถึงโรงพยาบาลมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาก เหตุผลที่เลือกกรณีศึกษานี้คือ ต้องการศึกษาระบบการ เพื่อช่วยให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจากพิษสุราเรื้อรังอย่างถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน การลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาในภาวะฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างผิดวิธีอาจเกิดอันตรายต่อทำให้เสียชีวิตได้ หรืออาจทำให้เกิดทุพพลภาพในเวลาต่อมาได้ถ้าได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง การคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วและได้รับการรักษาตามแนวทางผู้ป่วยที่มีภาวะชกไม่รู้สึกตัวจากพิษสุราเรื้อรังได้ถูกวิธี จะสามารถลดอัตราการตาย ลดความพิการและลดภาวะเสี่ยงที่สำคัญของภาวะชกเกร็งได้

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจะพบผู้ป่วย alcohol withdrawal อยู่เสมอ ๆ ซึ่งจะมาพบแพทย์ ด้วยอาการแตกต่างกันไป เช่น อาการตัวสั่น ตึงเครียด ชัก ประสาทหลอน หรือมีอาการสับสน วุ่นวาย พบบ่อยว่าผู้ป่วยเกิดอาการ เหล่านี้ขึ้น หลังจาก เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลได้ 2-3 วันด้วยความเจ็บป่วยอื่นหรือได้รับอุบัติเหตุ



#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ราย ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญและน่าสนใจ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

4.2.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

4.2.4 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรีกษาแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญด้านอายุรกรรมและแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ โดยใช้หลักของ ACLS และ 7 Aspect of care

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลให้สอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์

4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะผู้ป่วยและญาติ

4.2.8 จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

#### 4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐานแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ รวดเร็ว เหมาะสมและปลอดภัย

4.3.2 มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน

4.3.3 พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังอย่างถูกต้อง

4.3.4 ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

#### 5. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 40 ปีมาโรงพยาบาลโดยกู้ชีพนำส่ง เนื่องจากมีอาการชักเกร็งก่อนมา 30 นาที ไม่ทราบว่าจะระยะเวลาในการชักเกร็งนานเท่าไร ผู้ป่วยตื่นเองหลังตื่นรู้ตัวรู้เรื่องตอบสนองช้าเล็กน้อย ผู้ป่วยได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำชนิด 5% DN/2 1000 ml. ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ฉีดยา Thiamine 100 mg. เข้าทางหลอดเลือดดำ ส่งเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ Admit จำนวน 3 วัน หลังจากนั้นแพทย์ได้จำหน่ายกลับบ้านจากการเยี่ยมทั้งหมด 2 ครั้ง ทั้งในระยะ Admit และก่อนจำหน่าย ปัญหาแต่ละปัญหาของผู้ป่วยได้วางแผนให้การพยาบาลต่างๆเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ตลอดจนประเมินผลการพยาบาลในแต่ละปัญหาพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจปัญหาต่างๆได้รับการแก้ไขผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 28 มกราคม 2566 โดยรวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วันและแพทย์นัดตรวจติดตามอาการใน 4 วัน คือวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จากการประเมินคัดกรองอย่างถูกต้องรวดเร็วและได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ใช้เวลาในการดูแล 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม 2566 – 28 มกราคม 2566 ) พบปัญหาทางการพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 ข้อ ประกอบด้วย 1.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะชัก 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสุรา 3. เสี่ยงภาวะตับบวมพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน 4. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ให้การพยาบาลโดยการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ดูแลให้การพยาบาลโดยใช้หลัก 7 aspect of care ดูแลให้ได้รับยา ให้สารน้ำ

ให้ยาตามแผนการรักษา งดน้ำงดอาหาร ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลความปลอดภัยและแนะนำญาติเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษา และการนำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยเพื่อการรักษาตามแนวทางของอายุรแพทย์ตามขั้นตอนต่อไป

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงและอันตรายที่เกิดอย่างเฉียบพลันได้ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองภายหลังกลับไปอยู่บ้านและพึงพอใจในการได้รับบริการ

6.2 เป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและแนวความคิดใหม่ๆเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์และการรักษา

6.3 เป็นแนวทางประกอบการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาล

#### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วย Heavy alcohol drinking ที่อาจจะมาพบแพทย์ด้วยอาการชักจาก hypoglycemia ซึ่งอาจเกิดได้จาก Starvation และ/หรือ Liver failure จาก Alcoholic liver disease ซึ่งมี Point-of-care Capillary glucose test ก่อน Admit จึงต้องตรวจในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังทุกรายที่สงสัย Alcohol withdrawal seizures รวมไปถึงผู้ป่วย Seizure ทุกคนต้องประเมินสภาพได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน เช่นการงดสุรา และต้องขาดงานเป็นเวลานาน

#### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยหลังชักจากภาวะ Alcohol Withdrawal หลังชักผู้ป่วยมักมีอาการสับสน ให้ประวัติไม่ชัดเจน อาจชักประวัติการชักไม่ได้ถ้าไม่มีญาติหรือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์มาด้วย ทำให้การรักษาไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน เสี่ยงต่อการชักซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาจได้รับอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการชักเช่น การพลัดตก หกล้ม ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่รุนแรง ทำให้ต้องมีการดูแลที่ใกล้ชิดมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการ Alcohol Withdrawal อาจมีการเอะอะ โวยวายต้องมีการผูกมัดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน บทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญคือ เมื่อผ่านพ้นภาวะชักต่อมาผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวต้องมีการแนะนำญาติถึงอาการและการรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับยา Diazepam ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำต้องมีการประเมินและสังเกตอาการใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยอาจหยุดหายใจได้ ผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรมจะทำให้การรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบาก การให้ยาและการควบคุมพฤติกรรมเป็นการให้ยาปรับตามผลการตอบสนองต่อการรักษา การประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังและการติดตามสัญญาณชีพจึงมีความสำคัญอย่างมาก ภาวะถอนพิษสุรานี้เกิดตามหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยที่ติดสุรามานานหลายปีและดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่มอาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน เป้าหมายหลักของการบำบัดรักษาอาการถอนพิษสุราคือเพื่อลดความรุนแรงของอาการถอนสุรา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรา

#### 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ในการพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณภาพได้มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยคือยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้เกิดความพึงพอใจในด้านการรักษาพยาบาลทั้งนี้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออุบัติเหตุและฉุกเฉินควรมี

ความรู้ความชำนาญและใช้ระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการตั้งนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงการป้องกันและลดความเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ตั้งนั้นควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal เพื่อให้การพยาบาลได้ตาม มาตรฐานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

9.2 พยาบาลควรมีการศึกษาการดำเนินโรคของผู้ป่วยภาวะ Alcohol Withdrawal และควรมีแนว ทางการให้ข้อมูลญาติ เพื่อป้องกันความไม่พึงพอใจของญาติ เนื่องจากขณะทำการรักษาผู้ป่วยอาจมีภาวะสับสน เอะอะวอวายวอย ซึ่งต้องอาจมีการผูกมัดยึดตรึงไว้

10. การเผยแพร่ผลงาน -

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวพิจิตร มาเบา สัตส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

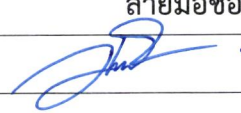
(นางสาวพิจิตร มาเบา)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

18 / สิงหาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพิจิตร มาเบา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางพนัษฐุ์ จอมเพชร)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

..... / ..... / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายเกรียงศักดิ์ วิชฌนกุลเกียรติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

30 พ.ย. 2566  
..... / ..... / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPG) ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะชัก  
ตามหลัก Advance Trauma Life Support (ATLs)

2. หลักการและเหตุผล

การดื่มสุราทำให้เกิดปัญหาสำคัญทั้งทางด้าน สาธารณสุขและสังคมในประเทศไทย สุราเป็นปัจจัย เสี่ยง ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากการดื่ม สุราส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรง เช่น ทำให้เป็น โรคตับ โรคทางเดินอาหาร โรคเกี่ยวกับประสาทสมอง มะเร็งของอวัยวะต่างๆ มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช ซึมเศร้า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยัง พบว่าการดื่มสุราทำให้มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การ ใช้ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาทางการเงิน การ ทำงาน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นและต่อ สังคมตามมา เช่น อุบัติเหตุ การจราจร อุบัติเหตุใน การทำงาน ปัญหาอาชญากร ซึ่งผู้ติดสุรายังไม่ตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการดื่มสุรา และไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ ด้วยเหตุนี้มักจะพบผู้ป่วยที่ เสพติดสุราในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อเลิกสุราโดยตรง แต่ก็มีโรคทางกายและ ทางจิต ที่เกิดแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา หรือจากการ ได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไม่ได้ดื่มสุราก็จะเกิดภาวะขาดสุรา ทำให้มี ความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา (Perry, E. C., 2014) ดังนั้นการดูแล ผู้ป่วยติดสุรา โดยทีมสหวิชาชีพบนพื้นฐานทางวิชาการ จะช่วยผู้ป่วยไม่ให้มีอาการขาดสุราที่รุนแรง เป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง (Alcohol withdrawal) กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา จัดเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ของประเทศ เนื่องจากผู้เสพสุราเรื้อรัง ในประเทศไทยมีจำนวนค่อนข้างสูง トラาาจนปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาถึงความชุกของโรคพิษสุรา (Alcoholism) ในประชากรไทย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาความชุก ของโรคพิษสุราในผู้ป่วยที่มารับบริการจาก แผนกอุบัติเหตุ อุคฉิน ของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าปี 2563 – 2565 จำนวน 830, 770 และ 807 คน ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ รพ.ขอนแก่น, 2563) ซึ่งมีจำนวนมาก

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะพบผู้ป่วย alcohol withdrawal อยู่เสมอ ๆ ซึ่งจะมาพบแพทย์ด้วยอาการแตกต่างกันไป เช่น อาการตัวสั่น ตึงเครียด ชัก ประสาทหลอน หรือมีอาการสับสน วุ่นวาย พบบ่อยว่าผู้ป่วยเกิดอาการ เหล่านี้ขึ้นหลังจากเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ 2-3 วันด้วยความเจ็บป่วยอื่นหรือได้รับอุบัติเหตุ แสดงให้เห็นถึงโรงพยาบาลมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมาด้วย อาการชักที่หาสาเหตุไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ได้ลดปริมาณสุราลง แต่มีอาการชัก Focal seizure, Prolonged postictal state, Status epilepticus ชักตั้งแต่ 1 ชั่วโมงหลังดื่มสุราครั้งสุดท้าย หรือชักมาแล้ว 10 ครั้ง ระยะเวลาชักนานเป็นวัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีสาเหตุที่อื่นหรือไม่ โดยเฉพาะ Potentially life-threatening causes เช่น Intracerebral hemorrhage, Meningoencephalitis, Toxic alcohol และ Stroke การคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วและได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังได้ถูกวิธีตามมาตรฐานแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน จะสามารถลดอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อนและลดภาวะเสี่ยงที่สำคัญของผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังรวมถึงการสูญเสียระยะเวลาการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยลงได้ (Kim, D. et al., 2013)

จากควมระดับความรุนแรงและผลกระทบต่อผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีอาการชัก จึงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจากพิษสุราเรื้อรังอย่างถูกต้องเหมาะสม การลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาในภาวะฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างผิดวิธีอาจเกิดอันตรายต่อทำให้เสียชีวิตได้ หรืออาจทำให้เกิดทุพพลภาพในเวลาต่อมาได้ถ้าได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง การคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็ว และได้รับการรักษาตามแนวทางผู้ป่วยชักไม่รู้สีกตัวจากพิษสุราเรื้อรังได้ถูกวิธี จะสามารถลดอัตราการตาย ลดความพิการและลดภาวะเสี่ยงที่สำคัญของภาวะไม่รู้สีกตัวได้ การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องฉุกเฉินที่สามารถทำได้ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดลงได้จากการรับทราบข้อมูลการรักษาการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องส่งเสริมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จุดประสงค์ของการรักษาพึงระวังไว้ว่าผู้ป่วยหยุดดื่มเหล้าที่ซักรมา อาจจะไม่ใช่ Alcohol withdrawal seizures ผู้ป่วยที่ดื่มสุรามาแล้วมีอาการชัก มีสาเหตุอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจาก Alcohol withdrawal seizures ได้แก่

3.1 Intracranial hemorrhage ต้องพึงระวังไว้ในกลุ่ม Alcoholism ที่อาจจะมี Traumatic head injury โดยไม่รู้ตัว ร่วมกับการดื่มสุราก็ทำให้มี Bleeding disorder ได้จาก Thrombocytopenia หรือ Coagulopathy ได้

3.2 Bacterial meningoencephalitis ผู้ป่วย Alcoholism เสี่ยงต่อการเกิด CNS infection ได้มากกว่าคนปกติ โดยเฉพาะการติดเชื้อ S. pneumoniae และ Listeria monocytogenes หากผู้ป่วยมี Clinical presentation ที่เข้าได้กับ Meningoencephalitis ควรพิจารณาให้ Antibiotic treatment ด้วย Ceftriaxone ร่วมกับ Ampicillin

3.3 Hypoglycemic seizure พบได้บ่อยในผู้ป่วย Heavy alcohol drinking ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการชักจาก Hypoglycemia ซึ่งอาจเกิดได้จาก Starvation และ/หรือ Liver failure จาก Alcoholic liver disease ซึ่ง point-of-care capillary glucose test มีในทุกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องตรวจในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัย Alcohol withdrawal seizures รวมไปถึงผู้ป่วย Seizure ทุกราย

3.4 Acute symptomatic seizure due to electrolyte imbalance ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ในผู้ป่วย Chronic alcohol use ทำให้เกิด Metabolic imbalance ซึ่งทำให้เกิด seizure ได้ เช่น Hypocalcemia, Hypomagnesemia, Hyponatremia การรักษาจึงต้องให้ความสำคัญกับ Serum electrolytes, Calcium และ Magnesium ในผู้ป่วยเหล่านี้

3.5 Toxic alcohol ingestion เช่น Methanol กลุ่มนี้ทำให้เกิด Neurologic symptom รวมถึงอาการชักหาก อาการแสดงของผู้ป่วยดูรุนแรงกว่า Alcohol consumption ปกติ หรือผู้ป่วยมีประวัติดื่มเหล้าเถื่อน เหล้าต้มเอง หรือมีอาการทางตาเด่น อาจต้องพิจารณาตรวจดู Acid-base status และ Osmolal gap เพื่อประเมิน Toxic alcohol ร่วมด้วย เนื่องจากหากไม่ได้รับการรักษาทันที่อาจทำให้เกิด Morbidity/mortality ได้



3.6 Symptomatic epilepsy การดื่มสุราอาจทำให้ระดับยาต้านชักลดลง การมีภาวะ Withdrawal หรือ Electrolyte imbalance ก็อาจทำให้ Seizure threshold ของผู้ป่วยลดลง และมีอาการชักได้ ควรซักประวัติว่าเคยชักมาก่อนหรือไม่ เนื่องจากกลุ่มนี้การรักษาหลักคือการให้ยากันชักหรือปรับยากันชัก ซึ่งจะแตกต่างจาก Alcohol withdrawal seizures ที่ไม่มีการให้ยากันชัก

3.7 Drug induced seizure / Drug withdrawal seizure หากผู้ป่วยมีประวัติใช้ยา CNS stimulant หรือ Depressant ควรนำมาร่วมพิจารณาว่าเป็นสาเหตุของอาการชักในผู้ป่วยครั้งนี้ได้หรือไม่

3.8 Acute ischemic stroke การดื่มสุราเรื้อรังก็เป็นอีกหนึ่ง Risk factor ต่อการเกิด Atherosclerosis รวมทั้งผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะมี Lifestyle ที่เสี่ยงต่อการเกิด Atherosclerosis อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น สูบบุหรี่, Obesity หากผู้ป่วยมีลักษณะ sudden onset neurological deficit ร่วมด้วยต้องพึงระวังว่า อาจจะเป็นจากโรคหลอดเลือดสมองได้

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีอาการชักได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐาน รวดเร็ว เหมาะสม
- 4.2 มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีอาการชัก
- 4.3 ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีอาการชักไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพและการรักษาเมื่อมีภาวะชักเกร็งในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง
- 5.2 ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลจากการรักษา

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวพิจิตร มาเป้า)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

18 / สิงหาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจากอุบัติเหตุ : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 31 มกราคม 2565 – 1 กรกฎาคม 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง หมายถึงก้อนเลือดที่สะสมอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้น dura กับเนื้อสมอง ซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การรักษาภาวะนี้ทำโดยผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่เกิดทับเนื้อสมองออก สาเหตุของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองที่พบบ่อยที่สุดคือ การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งมักสัมพันธ์กับอุบัติเหตุทางรถยนต์ การตกจากที่สูง และการถูกทำร้ายร่างกาย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะนี้ได้แก่ สมองขาดเลือด ติดสุราและมีประวัติได้รับบาดเจ็บหลายครั้ง ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น

พยาธิสภาพของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง โดยมากมักเกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจนเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดดำ (bridging vein) ซึ่งรับเลือดจากผิวของเนื้อสมองไปยัง dural sinuses ที่อยู่ใต้เยื่อหุ้มสมอง dura เมื่อ bridging vein ฉีกขาดก็จะทำให้มีเลือดออกสะสมอยู่ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น dura อันทำให้พบก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองได้บ่อยในบริเวณสมองส่วน frontotemporal region อย่างไรก็ตามมีโอกาสที่จะเกิดก้อนเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง จากการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 20-30 โดยบริเวณที่เลือดแดงไหลออกมาสะสมเป็นก้อนเลือด มักเป็นบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองแฉกสลับสมองส่วน temporoparietal

ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองแบ่งได้ 3 ชนิดโดยแบ่งตามเวลาของการเกิดอาการและอาการแสดง ได้แก่

1. ภาวะเฉียบพลัน (acute subdural hematoma) ผู้ป่วยมักมีอาการหลังเกิดอุบัติเหตุ 24 ชั่วโมง โดยมากผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการหมดสติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอย่างชั่วคราวที่เรียกว่า lucid interval ซึ่งพบได้ร้อยละ 50 – 70 ส่วนอาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้อีกก็อาจจะเป็นอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง รุนานตาผิดปกติ เป็นต้น
2. ภาวะรองเฉียบพลัน (subacute subdural hematoma) อาการเกิดขึ้นในช่วง 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีแขนขาอ่อนแรง
3. ภาวะเรื้อรัง (chronic subdural hematoma) มักมีอาการภายใน 2 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น พบว่าร้อยละ 45 ของผู้ป่วยมักมาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง และพบได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วย อาจมาด้วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวหรือสับสน ผู้ป่วยบางรายอาจมาด้วยอาการหลงลืม หรือจำไม่ได้ว่าเกิดอุบัติเหตุอะไรขึ้นก็ได้

อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมีอยู่ร่วมกัน 3 ประการ คือ

1. ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งระดับความรู้สึกตัวจะเป็นอันดับแรก que พบ ว่ามีการเปลี่ยนแปลง
2. การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เมื่อความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จะพบว่าสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง คือความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะ systolic pressure ชีพจรช้าลง การหายใจไม่สม่ำเสมอ อาการที่พบนี้เรียกว่า cushing's reflex
3. อาการที่เกิดจากการเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะที่สำคัญมี 3 อย่างคือ ปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว หน้าที่การทำงานของระบบประสาทเสื่อมลง

การวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่แพทย์สามารถสามารถวินิจฉัยภาวะนี้ได้จากการส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) ซึ่งภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองแต่ละชนิดจะแสดงลักษณะภาพที่ต่างกันในการคอมพิวเตอร์สมอง แต่ถ้าชั้นของเลือดออกหนาน้อยกว่า 3 มิลลิเมตร ก็ควรส่งตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าแทน (MRI) จึงจะสามารถให้การวินิจฉัยภาวะนี้ได้ สำหรับกรณีที่แพทย์สงสัยว่าอาจมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองได้ เช่น หลอดเลือดโป่งพองในสมองหรือ arteriovenous malformation (AVM) แพทย์ก็ควรส่งตรวจด้วยการฉีดสีดูหลอดเลือดในสมอง (angiography) เพื่อหาสาเหตุให้แน่ชัดต่อไป

การรักษา แนวทางการรักษาผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่ต้องได้รับการผ่าตัด คือมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีก้อนเลือดเล็กๆ ภายในกะโหลกศีรษะ หรือมีสมองซ้ำเพียงตำแหน่งเดียว หรือมีก้อนเลือด (acute subdural hematoma) บางกว่า 10 มิลลิเมตรออกที่ subdural อย่างเฉียบพลัน ก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะหรือสมองที่บวมซ่านั้น ไม่ได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในสมอง หรือมีการกดเบียดบริเวณช่องน้ำไขสันหลังที่อยู่รอบแกนสมอง

2. ลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด คือมีกะโหลกศีรษะแตกยุบแบบเปิด หรือกะโหลกศีรษะแตกยุบแบบปิด มีการบาดเจ็บที่เนื้อสมอง มีก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะหรือบริเวณที่สมองบวมซ้ำ มากกว่า 40 มิลลิเมตร หรือผู้ป่วยรู้สึกตัวทำตามคำสั่งได้ และหายใจได้เอง แต่มีอาการดังนี้ ความรู้สึกตัวลดลง มีอาการทางระบบประสาท มีอาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นอย่างมาก คลื่นไส้หรืออาเจียน ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่ทำตามคำสั่ง ใส่ท่อช่วยหายใจที่มีปฏิกิริยาตอบสนองทางระบบประสาทลดลง หรือมีการเคลื่อนไหวแขนขาข้างใดข้างหนึ่งน้อยลง ก้อนเลือดออกที่ epidural อย่างเฉียบพลันที่แอ่งสมองด้านหลัง (acute epidural hematoma posterior fossa) มักต้องผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อเอาก้อนเลือดออกโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการปวดศีรษะมาก อาเจียนหรือเดินเซ

ชนิดของการผ่าตัด

1. Burr hole เป็นการผ่าตัดโดย เจาะกะโหลกศีรษะด้วยสว่านชนิดพิเศษ เพื่อระบายเลือดหรือของเสียจากใต้ชั้น dura หรือเพื่อที่จะทำ ventriculostomy, craniotomy หรือ craniectomy ต่อไป
2. Craniotomy เป็นการผ่าตัดโดยใช้สว่านพิเศษเอา bone flap ออก เพื่อเปิด dura เอาก้อนเลือดก้อน เมื่อเสร็จแล้วเย็บ bone flap และ skin flap ไว้เหมือนเดิม
3. Craniectomy เป็นการผ่าตัดโดยใช้สว่านพิเศษเอา bone flap ออก เพื่อเปิด dura เอาก้อนเลือดก้อน เมื่อเสร็จแล้วเย็บ bone flap และ skin flap ไว้ โดยตัดกะโหลกศีรษะบางส่วนออก ไม่เย็บออก

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจรักษาทันที เนื่องจากถือว่าอยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉิน ทีมแพทย์ และพยาบาลจะร่วมกันทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และจะต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและครอบคลุม โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อดำรงภาวะสุขภาพดี แก้ไขความผิดปกติและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถดำเนินบทบาทของตนเองในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ ดังนี้

1. ชักประวัติการบาดเจ็บอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจากผู้ป่วย ญาติ ผู้เห็นเหตุการณ์

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจศีรษะและใบหน้าเพื่อหาบาดแผล รอยช้ำหรือก้อนเลือด รวมทั้งดูว่ามีเลือดออกจากจมูก รูหูหรือไม่ คลำกะโหลกเพื่อหารอยแตกยุบ การประเมิน การรู้สติ (conscious level) ของผู้ป่วยโดยการถามและการเคลื่อนไหวตามคำสั่ง หรือถ้าทำไม่ได้ให้ดูปฏิกิริยา ต่อการเจ็บปวด และการดูปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา

3. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น การ X-ray Skull ควรทำในผู้ป่วยที่ได้รับ บาดเจ็บที่ค่อนข้างรุนแรง อาจมีประวัติหมดสติร่วมด้วย มีรอยช้ำ และมีบาดแผลที่รุนแรงที่ศีรษะ มีเลือดหรือ CSF ไหลออกทางจมูกหรือรูหู การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) ข้อบ่งชี้ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยที่กะโหลก ศีรษะแตก การรู้สติไม่สมบูรณ์ หรือมี neuro deficit

#### การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย และพยาบาล วางแผนร่วมกับแพทย์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัด ปลอดภัยและ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแผนการรักษาให้ละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อลดความวิตกกังวลและ มีความใจและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องให้ผู้ปกครองเซ็นอนุญาต

2. การเตรียมร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณผ่าตัด โดยการทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อ งดน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การเตรียม เลือดและส่วนประกอบของเลือด ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสี

3. การเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด ควรจัดผู้ป่วยให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล หรือที่ มองเห็นได้ง่าย เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนกว่าจะ stable

#### การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลหลังผ่าตัดระยะวิกฤต (24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด)

บันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท จัดให้ออนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อลดความดันใน กะโหลกศีรษะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เผื่อระวังการพลัดตกจากเตียง โดยยกไม้กั้นเตียงขึ้นหลังทำหัตถการเสร็จ ประเมินแผลผ่าตัด และดูแลท่อระบาย ให้ทำงานอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบปิด บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับ ดูแลให้ ได้รับยาตามแผนการรักษา และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การพยาบาลหลังระยะวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองเมื่อพ้นระยะวิกฤตก็ยังคงบันทึกสัญญาณชีพและอาการทาง ระบบประสาท รวมถึงการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปของร่างกาย การดูแลด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

3. การพยาบาลระยะพักฟื้นและการฟื้นฟู

การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ทำได้โดยช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายแขนและ ขา การฝึกหัดให้ลุกจากเตียง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด

เท่าที่จะทำได้ รวมไปถึงสอนญาติในการช่วยกายภาพหลังการผ่าตัดขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน อย่างเข้าใจและถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่รวดเร็วและถูกต้อง

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเกือบทุกประเทศ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากอุบัติเหตุจราจร นอกจากนั้นยังมีการพลัดตกหกล้ม ถูกทำร้ายร่างกาย ตกจากที่สูง วัตถุตกใส่ศีรษะ และการปะทะชนกันได้อีกด้วย ซึ่งส่วนหนึ่งของผู้บาดเจ็บเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ ส่วนผู้ที่รอดชีวิตมักจะมีอาการฟกช้ำทางร่างกายและจิตใจ กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตหรือพิการ ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทุกคนควรได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว การประเมินสภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรมีทักษะและความรู้ในการประเมินและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อที่จะรายงานแพทย์ได้ทันเวลาที่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากอันตรายที่คุกคามชีวิตและความพิการตามมาได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยอีกทั้งยังเป็นการลดวันนอนโรงพยาบาล และฟื้นฟูร่างกายได้อย่างถูกต้องและเร็วขึ้นอีกด้วย ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะจำนวน 169,214 และ 258 ตามลำดับ

##### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ราย ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญและน่าสนใจ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

4.2.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

4.2.4 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญด้านศัลยกรรมกระดูก และแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะผู้ป่วยและญาติ

4.2.8 จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

##### 4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐาน รวดเร็ว เหมาะสม

4.3.2 มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง



4.3.3 พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง

4.3.4 ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

## 5. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จากการประเมินคัดกรองอย่างถูกต้องรวดเร็วและได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

กรณีศึกษาเป็นชายไทยอายุ 47 ปี พลเมืองดีเรียก EMS ออกรับเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2565 เนื่องจากผู้ป่วยซ่อนจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์ศีรษะกระแทกพื้น ขณะรถตรวจผู้ป่วยซีมลง score E1V2M5 แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ ส่ง CT brain

ผลเป็น subdural hematoma at left frontotemporal with posterior occipital bone fracture แพทย์พิจารณาให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและได้เข้ารับการผ่าตัด left craniotomy remove clot หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ และยังมีไข้อยู่ แพทย์พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ หลังจากนั้นผู้ป่วยตื่นรู้ตัวรู้เรื่องดี score E4VTM6 พร้อมกับแนวโน้มของไขลงดี แพทย์พิจารณาให้ถอดท่อช่วยหายใจและจำหน่ายผู้ป่วยในวันที่ 20 เมษายน 2565 ใช้เวลาในการดูแล 20 วัน (ตั้งแต่วันที่ 31 มีนาคม 2565 - 20 เมษายน 2565) พบปัญหาทางการพยาบาล 6 ข้อ ได้ให้การพยาบาลและได้รับการแก้ไขพร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ดังนี้

**ปัญหาที่ 1** เสี่ยงต่อการกำซาบเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง

**กิจกรรมทางการพยาบาล** จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาเนื่องจากจะทำให้มีการแพร่กระจายของน้ำไขสันหลังสู่ช่องว่างไขสันหลังได้ดีและมีการไหลกลับของเลือดดำสู่หัวใจได้สะดวก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง

**ปัญหาที่ 2** เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองดورا (SDH)

**กิจกรรมทางการพยาบาล** บันทึกสัญญาณชีพและประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นประเมินต่อทุก 1 ชั่วโมง ถ้า GCS decrease > 2 ให้รายงานแพทย์ สังเกตอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง ความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 20% และความดันชีพจรกว้างขึ้น (Pulse pressure 50-60 mmHg) รูปแบบการหายใจเป็นแบบ Cheyne Stroke, Hyperventilation เป็นต้น จัดทำนอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่งเสริมการลดภาวะสมองบวม โดยการให้ยาตามแผนการรักษา

**ปัญหาที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการชักเกร็ง กระตุก เนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บจากเนื่องจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองดورا (SDH)

**กิจกรรมทางการพยาบาล** บันทึกสัญญาณชีพทุกและประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง จากนั้นประเมินต่อทุก 1 ชั่วโมง ถ้า GCS decrease > 2 ให้รายงานแพทย์ ดูแลให้ยา Dilantin 1000 mg + Nss 100 ml IV drip in 30 min ตามแผนการรักษา สังเกตอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง ความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 20% และความดันชีพจร

กว้างขึ้น (Pulse pressure 50-60 mmHg) รูปแบบการหายใจเป็นแบบ Cheyne Stroke, Hyperventilation เป็นต้น และจัดทำอนศิริระสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

**ปัญหาที่ 4** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัดสมอง

**กิจกรรมทางการพยาบาล** ล้างมือทุกครั้งทั้งก่อนและหลังทำหัตถการ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ บันทึกสัญญาณชีพ และอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เจาะเลือดส่งตรวจทางโลหิตวิทยา เพื่อประเมินอาการติดเชื้อตามคำสั่งแพทย์ ทำแผลแบบ dry dressing ทุกวันจนกว่าจะตัดไหม ทำแผลโดยเทคนิคปราศจากเชื้อ รวมไปถึงจนถึงการประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยสังเกตลักษณะบวม แดงรอบๆแผล และสารคัดหลั่งที่ซึมจากแผล จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก รวมไปถึงถึงการดูแลความสะอาด hygiene care ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผลตามคำสั่งของแพทย์

**ปัญหาที่ 5** ครอบครัวและญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

**กิจกรรมทางการพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและญาติผู้ป่วยด้วยกิจรยาที่อ่อนโยนและเป็นมิตร อธิบายอาการของผู้ป่วย การรักษา และการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ญาติได้ร่วมวางแผนในการรักษาด้วย อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมไปถึงถึงอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างละเอียด พร้อมเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อข้องใจ

**ปัญหาที่ 6** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก

**กิจกรรมทางการพยาบาล** อนุญาตให้ญาติหรือครอบครัวได้อยู่และมีโอกาสดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้ช่วยป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น ยกไม้กั้นเตียงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก อาจเกิดการพลัดตกจากเตียงได้ และคอยช่วยเหลือผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง รวมไปถึงการลุกนั่งหรือทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ให้การดูแลระดับประคองด้านจิตใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและให้ทราบพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและอ่อนโยนต่อผู้ป่วย จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อีกด้วย ช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น เช็ดตัว ป้อนอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกจึงส่งผลให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และอธิบายให้ญาติเข้าใจด้วย ดูแลความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าและช่วยทำกิจกรรมที่จำเป็นในขณะที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจากอุบัติเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงและอันตรายที่เกิดอย่างเฉียบพลันได้ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองภายหลังกลับไปอยู่บ้านและพึงพอใจในการได้รับการบริการ

6.2 เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในหน่วยงานในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะได้ถูกต้องรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

6.3 เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ จึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ทักษะความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ จึงจะสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่แรกเริ่ม รวมทั้งวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากการประเมินผู้ป่วยที่ผิดพลาดไป

7.2 มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพราะการวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวกับสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงตามพยาธิสภาพของโรค การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มต้นทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล แผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย พยาบาลจะต้องเป็นผู้เลือกกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ให้สอดคล้องและเหมาะสม กับระยะการดำเนินของโรค หรือความเปลี่ยนแปลง รวมไปถึงประเมินศักยภาพของครอบครัวและสังคม

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 เนื่องจากญาติของผู้ป่วยแต่ละคน มีงานประจำที่ต้องทำ ทำให้ไม่มีเวลามาฟังแผนการรักษาและการวางแผนการจำหน่ายเท่าที่ควร อาจจะทำให้เข้าใจแผนการรักษาคลาดเคลื่อน และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย อาจจะไม่ครอบคลุมตามแผนการรักษา

8.2 เนื่องจากสถานการณ์ช่วงแพร่ระบาดของโรค COVID – 19 จึงจำกัดญาติในการเฝ้าผู้ป่วย ส่งผลให้การตามญาติเพื่ออธิบายแผนการรักษาต่าง ๆ ล่าช้าออกไป โดยจะให้ข้อมูลโดยการโทรสอบถามทางโทรศัพท์

8.3 แหล่งข้อมูลที่ใช้ประกอบการดำเนินการค่อนข้างน้อย เช่น ตำรา หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพยาบาล และดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง

## 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ในการพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณภาพได้มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยคือยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้เกิดความพึงพอใจในด้านการรักษาพยาบาลทั้งนี้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในห้องอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินควรมีความรู้ความชำนาญและใช้ระบบบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงการป้องกันและลดความเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการและควรได้รับการอบรมศึกษาฐานเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

9.2 ส่งเสริมไม่ให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะและบรรเทาความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยการรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่จักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ รวมไปถึงการงดดื่มสุราและการใช้สารเสพติดในขณะที่ขับขี่

9.3 บุคลากรควรมีความรู้ และสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย รวมทั้งให้การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

9.4 ควรมีการจัดประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มพูนและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางในการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

9.5 ควรมีการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อที่จะทำการพยาบาลตามมาตรฐานเดียวกันและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

9.6 จัดทำเอกสารหรือแผ่นพับในเรื่องการดูแลและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมองของผู้ป่วย ให้แก่ญาติหรือผู้ดูแล

9.7 ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรได้รับการอบรม พื้นฟูวิชาการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและทันสมัยอยู่เสมอ

9.8 เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านจึงควรจัดให้มีเอกสารแนะนำการปฏิบัติตนพร้อมให้หมายเลขโทรศัพท์ของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและแนะนำผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาสอบถามปัญหาและข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ที่พยาบาลห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงหมายเลข 1669 ซึ่งเป็นบริการที่สอดคล้องกับโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

10. การเผยแพร่ผลงาน ✓

-

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- นางสาวกรรณิการ์ ตุลา สัตว์ส่วนผลงาน 100% ✓

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... กรณิการ์ ตุลา .....  
(นางสาวกรณิการ์ ตุลา)  
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
(วันที่) 8 / ธ.ค. / 64 .....  
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกรณิการ์ ตุลา	<u>กรณิการ์ ตุลา</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... (นางพินิจรัฐ จอมเพชร) .....  
(.....รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล.....)  
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล  
(วันที่) ...../...../.....

(ลงชื่อ) ..... (นายเกรียงศักดิ์ วิชรัตนกุลเกียรติ) .....  
(.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น.....)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
(วันที่) 30 พ.ย. 2566 .....

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้



## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองจากอุบัติเหตุตามหลัก D-METHOD
2. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บที่ศีรษะจัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท เพราะการบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury:TBI) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองจากมีแรงภายนอกมากระทบกระแทกที่ศีรษะ เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นกับสมองอาจก่อให้เกิดเลือดออกในสมองได้หลายตำแหน่ง และมีอาการแตกต่างกันออกไป โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับแรงที่มากระทำและตำแหน่งของสมองส่วนที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมองอาจหมดสติหรือไม่ก็ได้ ซึ่งภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hematoma) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยที่มีอาการทางรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90 (กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข,2564)

ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง เป็นภาวะที่มีก้อนเลือดสะสมอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้น dura กับเนื้อสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ อ่อนแรง อาเจียน ซึมลง หากไม่ได้รับการรักษา ก้านสมองจะถูกกด ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 90 (ชูขวัญ เรือนศิลา, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงปานกลางจนถึงรุนแรงมักพบภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับสมองบวมและมีเลือดออกในสมองซ้ำได้ (สวิง ปันจัยสิทธิ์ และคณะ,2556) และในกรณีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด แต่ได้รับการผ่าตัดล่าช้าไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ล่าช้า และทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (วิบูลย์ เตชะโกศล, 2557) จากผลกระทบข้างต้นแสดงให้เห็นว่าอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุพพลภาพ หรือพิการตามมา ญาติอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วย และโรงพยาบาลต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งเรื่องการรักษาและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ อีกด้วย

การประเมินสภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรมีทักษะและความรู้ในการประเมินและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะและภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง จะมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทุกคนจึงควรได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อที่จะรายงานแพทย์ได้ทันเวลาที่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากอันตรายที่คุกคามชีวิตและความพิการที่ตามมา และหลังจากได้รับการรักษาไปแล้ว การดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายก็เป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ญาติจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และเพื่อให้ญาติมีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านและใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติที่สุดอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ดังนั้นการมีแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูทั้งทางร่างกาย จิตใจ ลดภาวะแทรกซ้อนและกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น และยังลดความกังวลของญาติหรือผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้านอีกด้วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD มีรายละเอียดดังนี้

M = Medication คือให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้เกี่ยวกับยาอย่างละเอียด

E = Environment & Economic คือมีความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านอย่างเหมาะสมกับสุขภาพ

T = Treatment คือเข้าใจปัญหาของการรักษา มีทักษะในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่นการทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเอง

H = Health คือการส่งเสริม ฟันฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O = Outpatient คือ การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D = Diet คือ การเข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพของตน ปรับตัวให้ส่งเสริมต่อการฟันฟูสภาพร่างกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

จะเห็นได้ว่าการจัดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยฟันฟูทั้งร่างกาย จิตใจได้เร็วขึ้น จึงได้จัดทำแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD นี้ขึ้นมาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงเป็นแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรในหัตถ์ฉุกเฉินอีกด้วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้ป่วยมีการฟันฟูร่างกายได้เร็วขึ้นและปฏิบัติตัวหลังจากจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง

4.2 ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง

4.3 สามารถลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย

4.4 มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิต จำนวนร้อยละ 100

2. ญาติของผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเข้าใจแผนการรักษา

3. พยาบาลในหน่วยงานสามารถให้จำหน่ายผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองตามหลัก D-METHOD จำนวนร้อยละ 100

(ลงชื่อ) .....กรรณิการ์ ฤๅว.....

(นางสาวกรรณิการ์ ฤๅว)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 8 / 3.11 / 66

ผู้ขอประเมิน