



ประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

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

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวณิภาดา สีลามา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน
๒	นางสาวรัชну ภูนิคม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน
๓	นางสาววชิราภรณ์ บุญญฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

/รายละเอียด...

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายจิรศักดิ์ สิทามาตย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น
ผู้มีอำนาจลงบรรจุตามมาตรา ๕๗

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวณิภาดา สีลามา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๗๙๒๓๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๗๙๒๓๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นางสาวรัชну ภูนิคม	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๑๘๙๓	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๑๘๙๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๓	นางสาววชิราภรณ์ บุญญฤทธิ์	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๕๓๗	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๕๓๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				๑๐๐%

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 12 มกราคม – 12 กุมภาพันธ์ 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 มีความรู้ทักษะและความสามารถด้านการพยาบาลเฉพาะภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ในการให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม สามารถจัดการกับภาวะฉุกเฉินในภาวะหอบหืดกำเริบ ซึ่งมาจากรู้นทางการพยาบาลผู้ป่วยหอบหืดกำเริบเฉียบพลันมีดังนี้

3.1.1 โรคหอบหืด เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้เยื่อและผนังหลอดลมตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากภายใน และจากสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ ส่งผลให้หายใจไม่สะดวกและมีเสียงหวีดเหนื่อยหอบ ไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก โดยเฉพาะตอนกลางคืนและช่วงเช้ามืด โดยหอบหืดสามารถเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย และทำให้เสียชีวิตได้หากอาการรุนแรง หอบหืดไม่ใช่โรคติดต่อแต่สามารถถ่ายทอดผ่านทางพันธุกรรมได้

ภาวะหอบหืดเฉียบพลัน (Acute asthma attack) จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไอเป็นชุด ๆ หายใจลำบากมากแม้จะนั่งพักอยู่ หายใจมีเสียงหวีดดัง แน่นหน้าอก หายใจแล้วหน้าอกบวม ซึ่งหากอาการรุนแรงมากจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้ปกติ ระดับความรู้สึกตัวลดลงซึมหรือสับสน นับว่าเป็นสัญญาณเตือนที่ร้ายแรงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ อาจเสียชีวิตได้เนื่องจากสมองและอวัยวะสำคัญขาดออกซิเจน

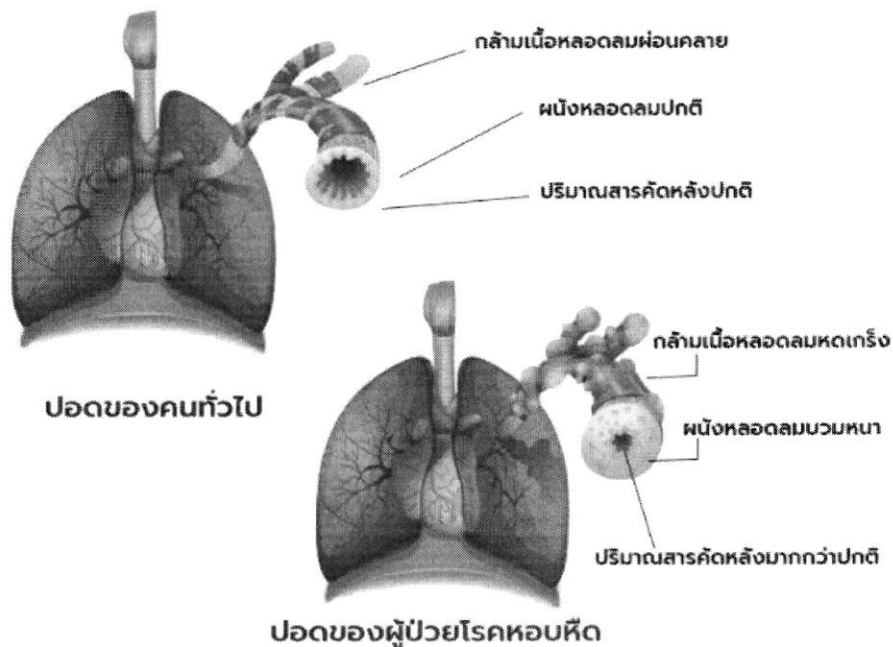
3.1.2 พยาธิสภาพโรคหอบหืดเฉียบพลัน แบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้ (สุรเกียรติ, 2553)

1) การอักเสบของหลอดลมแบบเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยหอบหืดสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้ จะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโดยสารก่อภูมิแพ้ที่ปรากฏในเซลล์เยื่อ (Mucosal dendritic cells) จะทำให้ T Lymphocytes ถูกกระตุ้นเกิดการสร้าง Antigen specific IgE ทำให้ร่างกายตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้ชนิดนี้มากกว่าปกติ ระยะต่อมาเซลล์ที่ถูกกระตุ้นคือ Mast cells และ Macrophage จะหลั่งสาร Histamine, Eicosanoid และ Reactive oxygen ทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมหดเกร็งหลังน้ำมูก และหลอดเลือดขยายตัวมีรูให้สารน้ำรั่วจากเส้นเลือดซึมออกสู่หลอดลม การอักเสบนี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในวงจรการไหลเวียนเลือดของหลอดลม (Bronchial microcirculation) ในบางรายการอักเสบของหลอดลมจะเป็นแบบเรื้อรัง

2) การอักเสบของหลอดลมเรื้อรัง มีความซับซ้อนกว่าแบบที่กล่าวมาแล้วคือ เซลล์ที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมากทั้งเซลล์จากกระแสเลือดเซลล์จากหลอดลมและถุงลมโดยเฉพาะ Eosinophils พบว่าเพิ่มมากขึ้นทั้งในเซลล์บุหลอดลม (Epithelia cells) และชั้นใต้เซลล์หลอดลม (Subepithelial cells) เซลล์ตัวนี้สามารถหลั่ง mediators ที่สำคัญ เช่น Th-2 like cytokine, Eicosanoids และโปรตีนที่เป็นพิษหลายชนิดผลตามจากการหลั่งสารเหล่านี้ทำให้เส้นเลือดมีรูรั่วน้ำมูกถูกหลังมากขึ้น กล้ามเนื้อเกร็งตัว และเซลล์บุหลอดลมหลุดร่วง การที่เซลล์บุหลอดลมหลุดร่วงจะทำให้หลอดลมไวเกิน (Bronchial hyper reactivity, BHR) ผลตามจากขบวนการเหล่านี้จะทำให้หลอดลมอักเสบเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3) การซ่อมสร้างหลอดลม (Airway remodeling) เมื่อเกิดการอักเสบเรื้อรังจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมโดยผนังหลอดลมจะถูกทดแทนโดยเนื้อเยื่อชนิดใหม่กลายเป็นพังผืด (Fibrosis) กล้ามเนื้อหลอดลมหนาตัวขึ้นและต่อมมูก (Mucous gland) เพิ่มจำนวนมากขึ้น เซลล์ที่มีความสำคัญต่อการซ่อมสร้างหลอดลมคือเซลล์บุหลอดลม (Epithelial cells) จะหลั่งสารซึ่งก่อให้เกิดการซ่อมสร้างและเกิดพังผืดที่

ผนังหลอดลม นอกจากนี้ยังหลัง Cytokines กระตุ้นให้เซลล์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบรวมตัวกันที่ผนังหลอดลมอย่างต่อเนื่องและมีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้การอักเสบของหลอดลมไม่สิ้นสุดลงง่าย ๆ เซลล์ที่สามารถก่อให้เกิดทั้งการอักเสบและการซ่อมสร้างที่สำคัญอีกตัวคือ Eosinophils จะหลั่งสารกระตุ้นให้เกิดการซ่อมสร้างและเกิดพังผืดรวมไปด้วย



รูป 1 แสดงหลอดลมและปอดปกติและปอดของผู้ป่วยโรคหอบหืด

3.1.3 อุบัติการณ์เกิดภาวะหอบหืดเฉียบพลัน (Acute asthma attack)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย และประเทศกำลังพัฒนาอีกหลายประเทศ ความชุกในผู้ใหญ่ร้อยละ 3-72 ซึ่งการเกิดอาการหอบเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินเป็นภาวะฉุกเฉินที่นำผู้เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหายใจลำบากมีเสียงหวีดจากการมีสิ่งกระตุ้น เช่น การออกกำลังกาย อุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น บางรายอาจเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการได้ด้วยตนเอง จากการสำรวจโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลสุขภาพเช่น หลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ที่จะทำให้เกิดอาการหอบ การรับรู้อาการเตือนที่จะนำสู่อาการหอบ การจัดการกับอาการเมื่อมีอาการหอบรวมทั้งการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องเพื่อควบคุมอาการ การขาดการออกกำลังกาย พบว่ามีผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคนที่ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการหอบเฉียบพลัน และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.7 เท่านั้นที่มีการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2560)

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่นปี 2564 และ 2565 เป็นจำนวน 2,392 และ 2,466 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยหอบหืดได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล 854 และ 989 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ รพ.ขอนแก่น, 2565) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

3.1.4 การวินิจฉัยหอบหืด

นอกเหนือจากการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยเฉพาะการฟังเสียงปอดทั้งสองข้างแล้ว แพทย์วินิจฉัยโรคหืดได้ด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งการตรวจหลัก ๆ ได้แก่

1) การตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธี Spirometry ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าและออกจากปอด รวมถึงประสิทธิภาพของปอดในการลำเลียงออกซิเจนเข้าสู่กระแสเลือด โดยแพทย์จะให้ยาขยายหลอดลมแล้วให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่แล้วเป่าลมหายใจออกให้เร็วและแรงผ่านเครื่อง spirometer เพื่อวัดค่าปริมาณอากาศที่ผู้ป่วยสามารถหายใจออกใน 1 วินาที เทียบกับค่าปริมาณของอากาศเมื่อหายใจออกทั้งหมด เมื่อนำผลมาพิจารณาประกอบกับอาการของผู้ป่วยก็จะสามารถบอกถึงระดับความรุนแรงของโรคได้

2) การตรวจ Peak Expiratory Flow (PEF) เป็นการตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่อง Peak Flow Meter โดยให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าให้เต็มปอดแล้วเป่าออกให้แรงที่สุดเพื่อวัดค่าความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออกได้ หากค่าที่วัดได้ต่ำกว่าปกติอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากภาวะหลอดลมตีบ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการใกล้เคียงโรคหอบหืด แต่เมื่อตรวจด้วยสองวิธีดังกล่าวข้างต้นแล้วไม่พบความผิดปกติ แพทย์อาจตรวจเพิ่มเติม เช่น

- ตรวจภาวะหลอดลมไวเกินโดยให้ผู้ป่วยสูดดมสารเมธาโคลีน (Methacholine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดลมหดตัวเพื่อดูปฏิกิริยาตอบสนองของหลอดลม
- ตรวจการออกกำลังกายเพื่อดูว่ามีภาวะหลอดลมตีบหลังการออกกำลังกายหรือไม่
- ตรวจภาวะภูมิแพ้ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการของโรค
- ตรวจภาพรังสีทรวงอกหรือเอกซเรย์ปอด เพื่อแยกโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน
- ตรวจการอักเสบของหลอดลม

3.1.5 การรักษาหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน

การอักเสบของเยื่อหลอดลมในผู้ป่วยโรคหอบหืดนั้น หากเกิดขึ้นเป็นเวลานานอาจทำให้หลอดลมเปลี่ยนแปลงรูปร่างและการทำงานได้ ซึ่งผลที่ตามมาคือสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยจะต่ำกว่าปกติและหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นอย่างถาวร การรักษาโรคหอบหืดจึงควรกระทำแต่เนิ่น ๆ แนวทางในการรักษาโรคหอบหืดประกอบไปด้วย การรักษาภาวะอักเสบเพื่อควบคุมอาการของโรคให้สงบลง และการป้องกันอาการกำเริบด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

สำหรับยาที่ใช้รักษาโรคหอบหืดมีทั้งชนิดสูดพ่นและยารับประทาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มยาควบคุมหรือระงับการอักเสบของหลอดลม เช่น ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น (Inhaled corticosteroids)

2) กลุ่มยาบรรเทาอาการ ได้แก่ ยาขยายหลอดลมซึ่งมีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมคลายตัวและขยายตัว จึงช่วยลดอาการไอ เหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวก ยานี้ควรใช้เฉพาะเมื่อมีอาการ และไม่มีผลในการลดอาการหลอดลมอักเสบ

เนื่องจากโรคหอบหืดเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นแพทย์จะ

ประเมินผลการรักษาด้วยยาเป็นระยะ และอาจต้องปรับเปลี่ยนขนาดของยาตามความจำเป็นเพื่อให้การควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และลดความเสี่ยงของอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

3.1.6 การพยาบาลผู้ป่วยหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน

1) ขณะมีอาการหอบหืด วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ประเมินความรุนแรงการหอบ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการเขียวของสีผิว ตรวจวัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจน ในเลือดของผู้ป่วย ผลคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด พ่นยาขยายหลอดลม และสังเกตอาการใจสั่น มือสั่น จากผลข้างเคียงของยา ให้ยาแก้แพ้ชนิดสเตียรอยด์ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ยาละลายเสมหะชนิดรับประทานดูแลให้ออกซิเจน Cannula อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที จัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 45 องศา จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเต็มที่

2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการอุดตันของทางเดินหายใจ และการได้รับสารน้ำที่น้อยหรือมากเกินไป ประเมินความสามารถการระบายเสมหะ ช่วยระบายเสมหะโดยการเคาะผนังอก การใช้แรงสั่นสะเทือน และการดูดเสมหะ ให้ยาแก้ไอละลายเสมหะ กระตุ้นให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ สังเกตสีและปริมาณของเสมหะ

3) ขณะมีไข้เลือดตัวลดไข้ ดูแลให้ยาลดไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ

4) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจาก
ร่างกาย

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกัน ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด การช่วยเหลือขณะเกิดอาการหอบ วิธีการป้องกันอาการกำเริบ การใช้ยาอย่างถูกต้องฝึกการบริหารการหายใจโดยการเป่าอุปกรณ์ที่มีเสียง การร้องเพลง การจัดทำระบายนเสมหะ

6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยซักถามเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อคลายความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ ปลอดภัยให้กำลังใจ

3.2 ความรู้ ความชำนาญและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน

3.2.1 พยาบาลผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษทางอายุรกรรมที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหอบหืด

3.2.2 มีความรู้ทักษะและความสามารถในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญในภาวะฉุกเฉินด้านอายุรกรรม
ทั้งที่เกิดจากการจำกัดการหายใจลำบาก การขับเสมหะ และภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการต่างๆ เพื่อ
เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

3.2.3 มีทักษะในการติดต่อประสานงานทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกองค์กร ในเรื่องที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเป็นแหล่งประโยชน์ในการปฏิบัติงาน

3.2.4 มีความชำนาญในการสื่อสารทั้งที่เป็นวาจาและการบันทึกเอกสารเพื่อใช้ในการปฏิบัติการ
พยาบาลและช่วยเหลือผู้รับบริการ สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสหภาพ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

โรคหอบหืดเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยบางรายอาจต้องขาดงาน ขาดรายได้ สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายในการรักษา ถ้าการดำเนินโรครุนแรง และไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง อาจเกิดอันตราย ถึงชีวิต จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหอบหืดประมาณ 262 ล้าน คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคหอบหืดประมาณ 461,000 คน (WHO, 2021) และยังคงคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2568 โรคหอบหืดจะกลายเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลก ซึ่งจะมีผู้ป่วยโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน (สายสุณี และคณะ, 2561) จากข้อมูลรายงานสถิติผู้ป่วยใน กระทรวงสาธารณสุขพบผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559 - 2561 จำนวน 119,037, 135,090 และ 124,000 ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 1,000,000 รายต่อปี ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหอบหืดเฉียบพลัน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากข้อมูลข้างต้นพบว่าแนวโน้มอุบัติการณ์ การเกิดโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่ และ มลภาวะสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปริมาณฝุ่น PM 2.5 ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหืดกำเริบ (นภารัตน์, 2562) ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่นปี 2564 และ 2565 เป็นจำนวน 2,392 และ 2,466 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยหอบหืดได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล 854 และ 989 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ รพ.ขอนแก่น, 2565) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

อย่างไรก็ตามการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการหอบหืดกำเริบและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่ ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหืดกำเริบซ้ำ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับการรักษาไม่เหมาะสม อาจมีอาการกำเริบรุนแรงต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งในรายที่มีอาการรุนแรงมากและมารับบริการรักษาล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต สาเหตุส่วนใหญ่คือไม่ได้พ่นยาป้องกันหอบหืดต่อเนื่อง และเวลามีอาการกำเริบก็จะพ่นยาไม่ทันหรือไม่ถูกวิธี เนื่องจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ ที่ถูกต้องเมื่อมีอาการ หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหอบหืด และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องสามารถควบคุมอาการไม่ให้หอบหืดกำเริบและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

พยาบาลจึงบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอาการหอบหืดกำเริบ ทั้งการพยาบาลระยะเฉียบพลันเพื่อป้องกันภาวะร้ายแรงการขาดออกซิเจน การพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับยาขยายหลอดลมและยาขับเสมหะที่เหมาะสม และ บทบาทการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการอาการหอบหืดกำเริบ พยาบาลเล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดและเลือกทำกรณีศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกำเริบซ้ำ และลดอัตราเสียชีวิตจากโรคหอบหืดเฉียบพลันได้

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.2.1 เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ราย ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญและน่าสนใจ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติกรพยาบาล
- 4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
- 4.2.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
- 4.2.4 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรีกษาแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญด้านศัลยกรรมกระดูก 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 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหอบหืดเฉียบพลัน
- 4.3.2 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะหอบหืดกำเริบ
- 4.3.3 ผู้ป่วยและญาติสามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ

5. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 65 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หม้าย ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 เวลา 16.40 น. แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 158/114 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 125 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 81 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ฟังปอดพบว่าปอดมีเสียง Wheezing ทั้งสองข้าง มีการใช้กล้ามเนื้อทรงอกส่วนบนและกล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ให้ประวัติว่า 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหอบเหนื่อยหายใจไม่สะดวก ไอ มีน้ำมูก ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืด ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง จากการประเมินผู้ป่วยพบปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะตีบแคบของหลอดลม แพทย์ให้การรักษาโดยพ่นยา Berodual 1 Nebulizer ผสม Pulmicort 1 Nebulizer พ่นทุก 15 นาที 3 ครั้ง จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนปอดขยายตัวได้ดีและมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น ครอบหน้ากากให้แนบสนิทกับใบหน้าผู้ป่วยปรับสายรัดให้กระชับให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง สูดหายใจเข้าออกลึก ๆ จนหมดละอองฝอย หลังให้ยาไม่พบอาการข้างเคียงของยาพ่น เช่น หัวใจเต้นเร็ว อาการใจสั่นปากแห้ง ประเมินอาการผู้ป่วยหลังจากพ่นยาครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอดมีเสียง Wheezing อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 92 เปอร์เซ็นต์ พบปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจภาวะจากหอบหืด แผนการรักษาให้ยา Dexamethasone 8 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ และดูแลพ่นยาครั้งที่ 2 หลังพ่นยา ฟังเสียงปอดมีเสียง Wheezing อัตราการหายใจ 28

ครั้งต่อมา ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94 เปอร์เซ็นต์ พ่นยาครั้งที่ 3 หลังพ่นยา ฟังเสียงปอดมีเสียง Wheezing วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/98 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยยังมี อาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย แผนการรักษาให้ ออกซิเจนแบบสายผ่านจมูก 3 ลิตรต่อนาที และ ถ่ายภาพรังสีทรวงอกไม่พบความผิดปกติ ตรวจคลื่นหัวใจผลปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยาและ อิเล็กโทรไลต์ผิดปกติคือมีภาวะ Hypokalemia ได้ให้ E.KCL 30 ml. stat 1 dose แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมี ภาวะหอบหืดเฉียบพลัน ได้จำหน่ายจากโรงพยาบาลหลังสังเกตอาการ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหอบหืดเฉียบพลัน มีอาการ หอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก ไอ น้ำมูก มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 พบปัญหาทางการพยาบาล 5 ปัญหา ได้แก่ 1. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะตีบแคบของหลอดลม 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจภาวะจากหอบหืด 3. ผู้ป่วยมีความทนในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากอาการหอบเหนื่อย 4. ผู้ป่วยพร่องความรู้ในเรื่องปัจจัยการส่งเสริมให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ 5. ผู้ป่วยมีภาวะ Hypokalemia ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขเป็นที่เรียบร้อย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยอาการทุเลาลง ปลอดภัยจากโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับบ้านได้ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีนัดติดตามอาการ ในวันที่ 19 ธันวาคม 2565 ที่คลินิกอายุรกรรมหลังจำหน่าย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหอบหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงและอันตรายที่เกิดอย่างเฉียบพลันได้ตลอดจนผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองภายหลังกลับไปอยู่บ้านและพึงพอใจในการได้รับการ

6.2 เป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและแนวความคิดใหม่ๆเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์และการรักษา

6.3 เป็นแนวทางประกอบการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ผู้ป่วยสูงอายุการได้ยินลดลง ขณะให้ความรู้ใช้น้ำเสียงโทนต่ำ พูดช้า ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินชัดเจน

7.2 ผู้ป่วยมีภาวะหลงลืม ต้องทำการสอนหลายครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยจดจำเนื้อหาได้ และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเมื่ออยู่ที่บ้าน

7.3 บ้านผู้ป่วยตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเดือน พฤศจิกายน - มกราคม ของทุกปีจะมีปัญหาฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหืดกำเริบ ทำให้เกิดปัญหาด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเนื่องจาก ปัญหาฝุ่น PM 2.5 เป็นปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมและจัดการได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลพูดคุยให้กำลังใจ ชักถามสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้ การดูแลตนเองที่บ้าน จำเป็นต้องเน้นในเรื่องการใช้จ่ายพ่นและยารับประทานตามคำแนะนำของแพทย์ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเองในการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีส่วนกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ

9.2 ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยกับกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้านในเรื่องของการจัดสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกบ้านให้เหมาะสม

9.3 เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จึงควรจัดให้มีเอกสารแนะนำการปฏิบัติตนพร้อมให้หมายเลขโทรศัพท์ของห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แนะนำผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาสอบถามปัญหาและข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ที่พยาบาลห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงหมายเลข 1669 ซึ่งเป็นบริการที่สอดคล้องกับโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

10. การเผยแพร่ผลงาน -

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวนิภาดา สีลามา สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวนิภาดา สีลามา)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

..... 22 / พ.ย. / 66

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวนิภาดา สีลามา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสมพร หงษ์เวียง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

..... 22 / พ.ย. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางธัญรัตน์ ปิยวัชรเวลา)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

..... 24 / พ.ย. / 66

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)
(นางพินรัฐ จอมเพชร)
.....
วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
.....
..... ๒ / กุมภาพันธ์ / 2567

(ลงชื่อ)
(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
.....
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
.....
..... 15 ก.พ. 2567 / 2567

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาสื่ออินเทอร์เน็ตออนไลน์ในการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดเฉียบพลัน
2. หลักการและเหตุผล

โรคหอบหืด (Asthma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก โรคหอบหืดเฉียบพลัน (Acute asthmatic attack) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเสียชีวิต จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหอบหืดประมาณ 262 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคหอบหืดประมาณ 461,000 คน (WHO, 2021) และยังคงคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2568 โรคหอบหืดจะกลายเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลก ซึ่งจะมีผู้ป่วยโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน (สายสุณี, 2561) จากข้อมูลรายงานสถิติผู้ป่วยในกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559 - 2561 จำนวน 119,037, 135,090 และ 124,000 ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 1,000,000 รายต่อปี ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการ หอบหืดเฉียบพลัน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากข้อมูลข้างต้นพบว่าแนวโน้มอุบัติการณ์ การเกิดโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่ และ มลภาวะสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปริมาณฝุ่น PM 2.5 ที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหืดกำเริบ (นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร, 2562) ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับการรักษาไม่เหมาะสม อาจมีอาการกำเริบรุนแรง ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และนอนรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งในรายที่มีอาการรุนแรงมาก และมารับบริการรักษาล่าช้า อาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่นปี 2564 และ 2565 (ตุลาคม - กรกฎาคม) 2,392 และ 2,466 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยหอบหืดได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล 854 และ 989 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ รพ.ขอนแก่น, 2565) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคหอบหืด กำเริบระดับฉุกเฉินรุนแรง และร้อยละผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ได้พ่นยาป้องกันหอบหืดต่อเนื่อง และเวลามีอาการกำเริบก็จะพ่นยาไม่ทัน หรือไม่ถูกวิธี เนื่องจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อมีอาการ ดังนั้นโรงพยาบาลจึงเล็งเห็นความสำคัญ และมีความตั้งใจในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดให้มีคุณภาพ

ปัจจุบันสื่ออินเทอร์เน็ตมีความสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันมากขึ้น สื่ออินเทอร์เน็ตสามารถเข้าถึงได้ทุกเพศทุกวัยทุกบ้านจะมีสมาร์ตโฟนอย่างน้อย 1 เครื่อง เมื่อประชาชนมีข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพมักจะเข้าไปหาความรู้เพิ่มเติมทางสื่ออินเทอร์เน็ตออนไลน์ ผู้จัดทำจึงจัดทำสื่ออินเทอร์เน็ตออนไลน์ โดยการแสกน QR Code เรื่องโรคหอบหืดเฉียบพลัน เป็นเอกสารประกอบการสอนการให้คำแนะนำในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง คลายความวิตกกังวลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยได้นำทฤษฎีทางการพยาบาล และกรอบความคิดที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถอธิบายเป้าหมาย และเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกัน มีรายละเอียดดังนี้ ตามแนวคิดและทฤษฎีของโอเร็ม เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลในระดับกว้างซึ่งเป็นที่ประจักษ์แพร่หลายใน

วิชาชีพพยาบาลและมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้อธิบายความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองได้กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่า ความสามารถที่จะกระทำได้จะอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือการพยาบาล

การให้ความรู้เป็นส่วนหนึ่งในทฤษฎีโอเร็มในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capabilities & Disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังโดยทั่ว ๆ ไปคือ ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น (Orem, 2001) และทฤษฎีระบบการพยาบาล ได้อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคลและช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของบุคคลนั้น ๆ (สุภาวดี, 2564) การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดมีปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการหอบหืดกำเริบ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่ ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหืดกำเริบซ้ำบ่อยครั้งสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับการรักษาไม่เหมาะสมอาจมีอาการกำเริบรุนแรง ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งในรายที่มีอาการรุนแรงมาก และมารับบริการรักษาล่าช้า อาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ไม่ได้พ่นยาป้องกันหอบต่อเนื่อง และเวลามีอาการกำเริบก็จะพ่นยาไม่ทันหรือไม่ถูกวิธี เนื่องจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อมีอาการ จึงนำกรอบแนวคิดนี้มาใช้สร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

การประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหอบหืด ตลอดจนส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ก่อนกลับบ้าน เป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันอาการหอบหืดกำเริบ เป็นการสร้างกำลังใจ จึงมีแนวคิดในการให้ความรู้ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตออนไลน์โดยการสแกน QR - Code เรื่องโรคหอบหืดเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มช่องทางการเผยแพร่ความรู้ให้สะดวกและเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการสอนสุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหอบหืดและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ/ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลพูดคุยให้กำลังใจ ชักถามสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้ การดูแลตนเองที่บ้าน จำเป็นต้องเน้นในเรื่องการใชยาพ่นและยารับประทานตามคำแนะนำของแพทย์ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ สามารถแก้ไขได้โดยเน้นการให้ความรู้เป็นตามทฤษฎีโอเร็มในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care Agency) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capabilities & Disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังโดย

ทั่ว ๆ ไปคือ ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทางสรีระและจิตวิทยา แบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น (Orem, 2001)

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหอบหืดเฉียบพลัน
- 4.2 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะหอบหืดกำเริบ
- 4.3 ผู้ป่วยและญาติสามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยโรคหอบหืดเฉียบพลันภายใน 1 เดือน ลดลง
- 5.2 ร้อยละผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรคหอบหืดผ่านเกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 80

(ลงชื่อ) นิภาดา สีสยาม

(นางสาวนิภาดา สีสยาม)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

22 / พ.ย. / 66

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 30 มิถุนายน – 30 กรกฎาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคกรวยไตอักเสบ (pyelonephritis : PLN) คือ การติดเชื้อที่กรวยไต ท่อต่าง ๆ ภายในไต (renal tube) และเนื้อไต (interstitial tissue) อาจเกิดการติดเชื้อที่ไตข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้างก็เป็นได้ โดยแบ่ง ออกเป็น 2 ประเภท (วลัยพร วังจินดา, 2560) 1) กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน (Acute pyelonephritis) หมายถึง มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่บริเวณเนื้อไต แต่ไตยังทำงานได้ตามปกติ 2. กรวยไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic pyelonephritis) หมายถึง มีการอักเสบแบบเฉียบพลันมาก่อน รักษาแล้วแต่ไม่หาย สาเหตุ เกิดจากการติดเชื้อจุลินทรีย์ ได้หลายชนิดที่พบบ่อย เช่น *Escherichia coli* , *Staphylococcus saprophyticus* เป็นต้น

พยาธิสรีรภาพ

ท่อทางเดินปัสสาวะเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่มีช่องทางติดต่อกัน ตั้งแต่ท่อปัสสาวะถึงไต ซึ่ง การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากแบคทีเรียเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะทางท่อปัสสาวะ และแบคทีเรียสามารถย้อน กระแส ปัสสาวะเข้าไปถึงไตได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อของเนื้อไต เมื่อมีการอักเสบ ไตจะขยายใหญ่ขึ้น เกิด การคั่งของ เลือดและบวม หากมีการติดเชื้อที่รุนแรง กรวยไตจะบวมและมีลักษณะแดงจัด อาจมีเลือดออกถ้า การติดเชื้อ ไม่รุนแรงและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะมีรอยแผลเป็นเล็กน้อย แต่ถ้าเป็นเรื้อรังจะทำให้เกิดแผลเป็น (fibrosis) จนทำให้ท่อต่าง ๆ ของไตอุดตัน เส้นเลือดฝอยของโกลเมอรูล (glomeruli) ตีบแคบ ทำให้ไตขาด เลือด ขนาดของไตเล็กลง การทำงานของไตจะลดลงจนในที่สุดอาจเกิดภาวะไตวายได้ (renal failure) (จิตรา นนท์ จันทร์อ่อน, 2559)

อุบัติการณ์การเกิดโรค

จากรายงานเครือข่ายความปลอดภัยด้านสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่วนบนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยในสหรัฐอเมริการับบริการเป็นผู้ป่วยนอกประมาณ 250,000 ครั้งต่อปี และเข้ารับ บริการเป็นผู้ป่วยในประมาณ 200,000 ครั้งต่อปี ในประเทศแคนาดา พบว่า เป็นสาเหตุการนอนรักษาใน โรงพยาบาล 11 ครั้งต่อประชากรเพศหญิง 10,000 คน (Colgan R. et al., 2011) ในประเทศไทยส่วนใหญ่พบ ในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายสัดส่วน 4:1 และประมาณร้อยละ 60 ของผู้หญิงทั่วไป พบว่าการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะอย่างน้อย 1 ครั้งตลอดช่วงชีวิต เนื่องจากท่อปัสสาวะของผู้หญิงสั้นกว่าผู้ชาย ทำให้เชื้อลุกล้ำได้ง่าย กว่า ยังพบว่าการเป็นกรวยไตอักเสบ (โรจนกาล พานดวงแก้วและคณะ, 2559)

อาการและอาการแสดง

กรวยไตอักเสบเฉียบพลันจะมีอาการ ไข้สูง หนาวสั่น ปวดบั้นเอวหรือสีข้าง (flank pain) ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ปวดตามกล้ามเนื้อ ถ่ายปัสสาวะแสบขัด ปวดเบ่งเวลาถ่ายปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะ ขุ่นมี ตะกอน หรืออาจมีเลือดปน (วลัยพร วังจินดา, 2560)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคกรวยไตอักเสบสามารถทำได้โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้อง ปฏิบัติการและ

ตรวจทางรังสีวิทยา (วลัยพร วังจินดา, 2560) ดังนี้

1. การซักประวัติ ผู้ป่วยจะให้ประวัติว่า มีไข้ หนาวสั่น ปวดหลัง ปวดท้อง ปัสสาวะบ่อย สีขุ่น บางครั้งเป็นหนอง รู้สึกแสบขัดเวลาปัสสาวะ บางครั้งปัสสาวะลำบาก เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน
2. การตรวจร่างกาย พบมีอาการปวดอย่างรุนแรงจากการกดลึกๆ บริเวณข้างใดข้างหนึ่งของบั้นเอว (Costovertebral angle)
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
 - 3.1 การตรวจปัสสาวะ
 - 3.2 การตรวจเลือด การเจาะนับเม็ดเลือด (CBC)
4. การตรวจทางรังสีวิทยา นิยมทำภาพถ่ายรังสี ไต (Plain KUB)
5. การทำอัลตราซาวด์ (Ultrasound KUB)

การรักษา

การรักษาโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันคือ การให้ยาปฏิชีวนะให้ตรงกับเชื้อก่อโรคเป็นการรักษาหลัก แต่เนื่องจากการเพาะเชื้อเพื่อให้ทราบเชื้อก่อโรคอาจต้องใช้เวลา 48-72 ชั่วโมง แพทย์จึงพิจารณาเริ่ม ยาปฏิชีวนะเข้าทางหลอดเลือดดำ ตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษา เพื่อป้องกันเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด จากนั้นจะมีการติดตามอาการไข้ หากมีแนวโน้มลดลง ร่วมกับการติดตามผลเพาะเชื้อในปัสสาวะและในเลือด หากไม่พบการติดเชื้อ ก็จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะต่อไปจนครบ 10 วัน แล้วเปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน แบ่งตามปัจจัยเสี่ยงของการดื้อยา (วลัยพร วังจินดา, 2560) ดังนี้

1. ยาปฏิชีวนะที่ใช้กับผู้ป่วยในกรณีไม่มีปัจจัยเสี่ยงของการดื้อยา ceftriaxone 1-2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 10-14 วัน gentamicin 5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7-14 วัน ciprofloxacin 500 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง หรือ 400 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง levofloxacin 750 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5-7 วัน
2. ยาปฏิชีวนะที่ใช้กับผู้ป่วยในกรณีมีปัจจัยเสี่ยงของการดื้อยาหลายชนิด ertapenem 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 10-14 วัน meropenem 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 10-14 วัน

การพยาบาล

1. การซักประวัติเกี่ยวกับอายุ สาเหตุของการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเจ็บป่วย
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากมีไข้ควรเช็ดตัวลดไข้ และประเมินอุณหภูมิร่างกาย ถ้าหลังเช็ดตัว 30 นาที หากยังมีไข้ให้เช็ดตัวต่อจนอุณหภูมิร่างกายปกติ ร่วมกับบริหารยาลดไข้ตามแผน การรักษา
3. ติดตามอาการและอาการแสดงของโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน หากมีอาการหนาวสั่น ควรให้ความอบอุ่นอย่างเพียงพอ ร่วมกับการตรวจสอบอาการผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย
4. บริหารยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดน้ำ
6. จัดให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
7. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,500-3,000 มิลลิลิตร เพื่อขับเชื้อจุลินทรีย์ออกทางปัสสาวะ ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ และควรทำความสะอาดทุกครั้งภายหลังขับถ่ายปัสสาวะ ควรขับให้แห้ง อย่าให้อับชื้น
8. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรค จำกัดอาหารจำพวกโปรตีนเพื่อลดการทำงานของไต หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนแนะนำให้รับประทานอาหารทีละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง หากยังมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนมาก ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน
9. บันทึกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออก พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของปัสสาวะที่ออกมา ถ้าพบว่า ชุ่น มีตะกอน มีเลือดปน ควรรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพาะเชื้อ พร้อมทั้งติดตามผลตรวจทุกครั้ง
10. การดูแลทางด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบข้อซักถาม ให้ข้อมูลด้านอาการและการแสดง และแผนการรักษาของแพทย์เพื่อคลายความวิตกกังวล

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

โรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันเป็นกลุ่มโรคที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียของทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดการอักเสบในระบบทางเดินปัสสาวะจนถึงบริเวณกรวยไต ส่วนใหญ่มาด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัดหรือปัสสาวะไม่ออกซึ่งอาการเหล่านี้ มักจะทำให้มีการทำลายของเนื้อไตนำไปสู่สาเหตุภาวะไตวายเฉียบพลัน ไตวายเรื้อรัง และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว (จิตรานนท์ จันทร์อ่อน, 2559) ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาเป็นเวลานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่ม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จากรายงานเครือข่ายความปลอดภัยด้านสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนบนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยในสหรัฐอเมริการับบริการเป็นผู้ป่วยนอกประมาณ 250,000 ครั้งต่อปี และเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในประมาณ 200,000 ครั้งต่อปี ในประเทศแคนาดา พบว่า เป็นสาเหตุการนอนรักษาในโรงพยาบาล 11 ครั้งต่อประชากรเพศหญิง 10,000 คน (Colgan R.et al., 2011) ในประเทศไทยส่วนใหญ่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายสัดส่วน 4:1 และประมาณร้อยละ 60 ของผู้หญิงทั่วไป พบว่าการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะอย่างน้อย 1 ครั้งตลอดช่วงชีวิต เนื่องจากท่อปัสสาวะของผู้หญิงสั้นกว่าผู้ชาย ทำให้เชื้อลุกล้ำได้ง่ายกว่า ยังพบว่าการเป็นกรวยไตอักเสบ แม้รักษาหายแล้ว ถ้าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก (โรจนกมล พานดวงแก้วและคณะ, 2559) แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยมารับบริการด้วยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเฉียบพลันในปีงบประมาณ 2563-2566 จำนวน 2,846 ราย, 2,292 ราย, 2,451 ราย และ 2,747 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันจำนวน 199 ราย, 169 ราย, 192 ราย, 207 ราย ตามลำดับ และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 113 ราย, 85 ราย, 120 ราย, 125 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ รพ.ขอนแก่น, 2566) จากสถิติดังกล่าวพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรค

ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเฉียบพลัน และโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและอาจทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นตามมา ในบทบาทของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีความรู้ความสามารถอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดในการประเมินและให้การพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข พยาบาลเล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบ และเลือกทำกรณีศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน

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 ปรัชญาแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญด้านอายุรกรรม และแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาล 7 Aspect care ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและนำเสนอต่อหัวหน้าหน่วยงาน

4.2.8 จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐาน รวดเร็ว เหมาะสม

4.3.2 มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน

4.3.3 พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน

4.3.4 โรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

5. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพแม่บ้าน มีสามีเป็นผู้ดูแล โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาการสำคัญที่นำมา คือ มีไข้ เวียนศีรษะคลื่นไส้ อาเจียนก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดท้องน้อยด้านซ้ายและปัสสาวะแสบขัด ชื่นมากขึ้น และปัสสาวะกระปิบประปราย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น ปวดท้องได้ขายโครงร้างไปเอว รับประทานยาลดไข้ที่บ้านอาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล แรกแรกที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มาด้วยรถส่วนตัว โดยญาตินำส่ง จากการซักประวัติและประเมินอาการพบว่า ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง หนาวสั่น วัดอุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 169/75 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ประเมินอาการเบื้องต้นให้เก็บ

ปัสสาวะและเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจปัสสาวะ พบว่า มี WBC 20-30 cell(s)/HPF(ค่าปกติ 0 cell(s)/HPF) Leukocyte 3+(ค่าปกติ 0-0) Bacteria trace (ค่าปกติ 0-0) Nitrite positive(ค่าปกติ negative) Squamous epith 3-5 cells/HPF (ค่าปกติ 0 cell(s)/HPF) การแปลผลจากการตรวจปัสสาวะ พบว่า มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และผลตรวจ CBC พบว่ามี neutrophils 90 % (ค่าปกติ 55-75%) lymphocyte 23 % (ค่าปกติ 20-35%) monocyte 3 % (ค่าปกติ 1-6%) eosinophil 1% (ค่าปกติ 0-3%) basophil 1% (ค่าปกติ 0-2%) การแปลผลจากการตรวจเลือดพบว่าการติดเชื้อในร่างกาย ตรวจร่างกายพบว่า CVA tenderness แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน (acute pyelonephritis) แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ ceftriazone ขนาด 2 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ให้ยาบรรเทาอาการเป็นยาลดไข้ paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม 2 เม็ดทุก 4-6 ชั่วโมงหรือเวลาที่มีไข้ ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียน dimenhydrate จึงให้การพยาบาลโดยการดูแลผู้ป่วยจนอาการทุเลา และนำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ภายหลังได้รับการรักษา เจาะเลือดตรวจปัสสาวะซ้ำไม่พบเชื้อ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 3 วัน และให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน 1 สัปดาห์ คือ ยา ciprofloxacin ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้ง 1 เม็ดหลังอาหาร และเย็น ยาลดไข้ paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมงเวลาที่มีไข้ ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียน dimenhydrate วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น การรักษาโดยการให้ยา โดยนัดมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจอายุรกรรมอีก 1 สัปดาห์ พร้อมผลตรวจเลือดและปัสสาวะ

จากการให้การพยาบาลศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันเป็นเวลา 3 วันในระหว่างรับผู้ป่วยในความดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง 2) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย จากปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมดพยาบาลได้ใช้ความรู้ความสามารถในการแก้ไขตามหลักกระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนผู้ป่วยมีอาการทุเลาจากโรคที่เป็นอยู่ และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดอย่างเฉียบพลันได้ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองภายหลังกลับไปอยู่บ้านและพึงพอใจในการได้รับการบริการ

6.2 เป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและแนวความคิดใหม่ๆเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกรวยไตอักเสบ ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์และการรักษา

6.3 เป็นแนวทางประกอบการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบแบบเฉียบพลัน มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรังซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญ หากไม่ได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว อาจมีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด นำไปสู่ความรุนแรงและอันตรายตามมาได้ (ธีระพงษ์ มนต์มธุรพจน์, 2557) พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถใน

การประเมินและการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าระวังและติดตามความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การสอนให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยที่ถูกต้อง และการประสานงานกับแพทย์ ในการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีกรวยไตอักเสบเฉียบพลันได้

7.2 ผู้ป่วยและญาติมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย เนื่องจาก ผู้ป่วยมีกลิ่นไ้ อาเจียนก่อนมา ทำให้ญาติจะซักถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียอักเสบเฉียบพลัน บริเวณกรวยไต ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณที่บริเวณสีข้าง โดยจะปวดมากที่ข้างใดข้างใดข้างหนึ่ง และอาการปวดร้าวลงมาที่บริเวณขาหนีบ พร้อมกับมีไข้สูง ไม่สุขสบายตัว หนาวสั่นมากเป็นพักๆ และอาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อาจมีปัสสาวะแสบขัด ร่วมด้วยปัสสาวะขุ่น และมีอาการแทรกซ้อน จากศึกษาจึงพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานดังนี้

1. การจัดการความเจ็บปวด และภาวะไม่สุขสบายตัวของผู้ป่วย เนื่องจากมีไข้สูง หนาวสั่นมาก และมีอาการปวดท้อง ปัสสาวะแสบขัด และอาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยทุกหรรมาจากการอาการดังกล่าว

2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมดพยาบาลได้ใช้ความรู้ความสามารถในการแก้ไขตามหลักกระบวนการพยาบาล จนผู้ป่วยมีอาการทุเลาจากโรคที่เป็นอยู่และมีความรู้ความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดประชุมวิชาการบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรค การประเมินผู้ป่วยและวางแผนให้การพยาบาลที่ถูกต้องและมีความทันสมัยตลอดเวลา

2. จัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

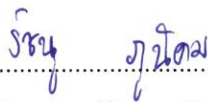
3. การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรังเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

10. การเผยแพร่ผลงาน -

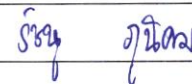
11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวรัชฎา ภูนิคม สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสาวรัชช ญนิคม)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
18 / ตุลาคม / 2566
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวรัชช ญนิคม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสมพร หงษ์วียง)
หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
18 / ตุลาคม / 2566

(ลงชื่อ)
(นางรัญรัศม์ ปิยวัชรเวลา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
18 / ตุลาคม / 2566

(ลงชื่อ) 
(นางพินรัฐ จอมเพชร)
รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
31 / มกราคม / 2567
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
15 ก.พ. 2567
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน
2. หลักการและเหตุผล

กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน คือหนึ่งในภาวะติดเชื้อที่รุนแรงของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยมีการอักเสบบริเวณไตและ กรวยไต โดยภาวะนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองของร่างกายที่ผิดปกติแล้วทำให้เกิดภาวะ sepsis และ septic shock ตามมาภายหลังได้ (เอกรินทร์และคณะ, 2563) โดยผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มาด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัดหรือปัสสาวะไม่ออก ปวดเมื่อยตามตัวร่วมกับอาการ ปวดบริเวณเอวหรือด้านข้างของลำตัวซึ่งอาการเหล่านี้ มักจะเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน แต่ในบางรายอาการจะไม่ชัดเจน ในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัย จากอาการยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดได้ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (เอกรินทร์และคณะ, 2563)

อุบัติการณ์ของกรวยไตอักเสบเฉียบพลันในประเทศสหรัฐอเมริกาจะพบสูงที่สุดในผู้หญิงอายุน้อย โดยพบได้ประมาณ 15 คนต่อประชากร 10,000 คน รองลงมาจะพบมากในเด็กทารกและผู้สูงอายุ ประชากรหญิงอัตราผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไตอักเสบต่อปีอยู่ที่ 12-13 คนต่อประชากร 10,000 คนและ 3-4 คนต่อประชากร 10,000 คนตามลำดับ ในกลุ่มประชากรชายนั้นอัตราคือ 2-3 คนต่อประชากร 10,000 คนและ 1-2 คนต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ (Czaja CA. et al., 2007) จากสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2563-2566 ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินปีงบประมาณ จำนวน 199 ครั้งเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 113 คิดเป็นร้อยละ 57 ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 169 ครั้งเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 192 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 207 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 125 คิดเป็นร้อยละ 60 (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ รพ.ขอนแก่น, 2566)

จะเห็นได้ว่าสถิติผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันที่มารับการรักษาห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้น และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความรุนแรงของผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่ายังไม่มีแนวทางในการประเมินและการพยาบาล ผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน อาการของโรคมักจะเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน และบางรายอาการแสดงไม่ชัดเจน บุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานและให้ การพยาบาลที่แตกต่างกันเนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงานแตกต่างกัน ผู้จัดทำจึงเห็น ความสำคัญในการจัดทำคู่มือแนวทางการประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยงาน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันที่มารับบริการต้องได้รับการความดูแลจากพยาบาล ได้รับการประเมิน ปฏิบัติตามหลักของพยาบาล (7 Aspect of care) และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เพื่อประเมินสภาพร่างกายที่ผิดปกติและให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยส่วนมากมักเกี่ยวกับการติดเชื้อใน ร่างกาย อาการถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติ ความไม่สุขสบายจากภาวะความวิตกกังวลและความเจ็บปวด ตลอดจนมีโอกาสเกิดการเสียความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีการคั่งคั่งของของเสียในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากไตเสียหายที่ นอกจากนี้หากได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวนานมีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรให้การดูแลอย่างดีที่สุด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้หาย จากโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการอักเสบ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการอักเสบแบบเรื้อรัง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐาน รวดเร็ว เหมาะสม
- 4.2 มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกรวยไต อักเสบเฉียบพลันได้ถูกต้อง
- 4.3 ผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันได้ถูกต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล และไม่กลับมาเป็นซ้ำจากการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 พยาบาลในหน่วยงานมีความรู้ในการประเมินและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันได้ถูกต้อง
- 5.2 ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลจากการรักษา

(ลงชื่อ) รัชฎา ภูนิคม
(นางสาวรัชฎา ภูนิคม)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
18 / ตุลาคม / 2566
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑.ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia)

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางอายุรกรรม คือ มีภาวะปอดอักเสบ ร่วมกับมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอ ๒ และย้ายมาที่หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑๔/๔ โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ เอกสาร วิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

๓.๑ ทบทวนวรรณกรรม

๓.๑.๑ กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง

โรคปอดอักเสบ(Pneumonia) เป็นโรคที่พบได้ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อ เกิดจากสาเหตุหลัก ๒ กลุ่ม คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อและปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ โดยทั่วไปพบปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อมากกว่า ชนิดของปอดอักเสบจำแนกได้หลายแบบ ปัจจุบันนิยมจำแนกตามสภาพแวดล้อมที่เกิดปอดอักเสบเป็น ปอดอักเสบในชุมชน (community- acquired pneumonia - CAP) และปอดอักเสบในโรงพยาบาล (nosocomial pneumonia หรือ hospital-acquired pneumonia -HAP) เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยและดูแลรักษาตั้งแต่แรก

ปอดอักเสบในชุมชน (CAP) หมายถึงปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลโดยไม่รวมปอดอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน ๒ สัปดาห์

ปอดอักเสบในโรงพยาบาล (HAP)หมายถึงปอดอักเสบจากการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลแล้วอย่างน้อย ๔๘-๗๒ ชั่วโมง (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖)

รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบ ข้อมูลระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ ปัจจุบันสถานการณ์โรคปอดอักเสบที่ไม่รวมการติดเชื้อโควิด ๑๙ ในประเทศไทย ตั้งแต่ ๑ มกราคม - ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ พบผู้ป่วย ๑๗๙, ๒๑๑ ราย มีรายงานผู้เสียชีวิต ๑๗๖ ราย โดยพบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือน สิงหาคม และกันยายนที่ผ่านมา กลุ่มอายุ ๐-๔ ปี มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไปและมีภูมิต้านทานต่ำมักจะมีการติดเชื้อที่รุนแรง ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง (ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๕)

ผู้สูงอายุที่มีภูมิต้านทานต่ำ จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน ส่วนใหญ่เกิดจากการลดการตอบสนองของทีเซลล์ พบว่าเกิดจากการเสื่อมของต่อมไทมัส ที่เป็นอวัยวะที่สร้างทีเซลล์ ทำให้องค์ประกอบสำคัญในทีเซลล์ผิดปกติ รวมทั้งปริมาณการสร้างทีเซลล์ลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนที่ทำหน้าที่เป็นตัวรับกระตุ้น เช่น CD๔ และไซโตไคน์ที่หลังจากทีเซลล์ลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการต้านทานเชื้อโรค และสร้างระบบภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์ในผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง มีอาการหลงลืม และอาจมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคกระดูก เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกันจนบางครั้งอาจรับยามากเกินความจำเป็น รวมทั้งมีพยาธิสภาพหลายอย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน จึงส่งผลให้สุขภาพโดยรวมทรุดลงเป็นทวีคูณ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

ปอดอักเสบได้ และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้มีวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องรู้ถึงวิธีการป้องกันโรคปอดอักเสบ ก็จะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบลงได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำในเรื่องปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายและรสจืด โดยรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง ทำให้ปริมาณการรับประทานอาหารต่อมื้อลดลงจะช่วยลดอาการสำลักได้ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดในช่วงที่มีไข้หวัด และไข้หวัดใหญ่ระบาด หลีกเลี่ยงการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น หมั่นล้างมือเป็นประจำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไม่สูบบุหรี่ ไม่เข้าใกล้ควันบุหรี่ควันไฟ หรือควันจากท่อรถยนต์ ฝึกบริหารปอด เพื่อให้ปอดแข็งแรง รวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกปี สิ่งเหล่านี้จะช่วยป้องกันการเกิดโรค และช่วยลดความรุนแรงเมื่อเกิดโรคปอดอักเสบลงได้

การรักษาโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ ประกอบด้วย การรักษาจำเพาะ โดยให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็วและเหมาะสม โดยพิจารณาจากอายุ โรคประจำตัว ภาวะภูมิคุ้มกัน ประวัติการเดินทางต่างประเทศ และสภาพแวดล้อม และประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนภายใน ๓ เดือน รวมถึงประวัติที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อดื้อยา การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ สำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสและเชื้ออื่นๆ ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ยาลดไข้ ยาละลายเสมหะ ยาขยายหลอดลม ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ออกซิเจน และทำกายภาพบำบัดทรวงอก และการรักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เกิดฝีในปอด หรือเกิดภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดที่จำเป็นต้องเจาะหรือดูดออก ในรายที่อาการรุนแรงมากอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต จำเป็นต้องใส่ท่อเข้าหลอดลมร่วมกับเครื่องหายใจ และดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจะได้รับการรักษาตามอาการ การให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้ความรู้ทางวิชาการ ทฤษฎีทางกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยการประเมินสภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน (Majorj Goddon) ซึ่งประกอบด้วย ๑๑ แบบแผนในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายนี้

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุม กาย จิต สังคมของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งบันทึก สรุปรายงานอาการเปลี่ยนแปลงและปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาล ตลอดจนความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาด้านบริการพยาบาล การให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การรักษาพยาบาลตามอาการ เช่น การพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สบายจากอาการไข้ ไอและหายใจหอบเหนื่อย ให้การดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาบรรเทาอาการไอตามแผนการรักษา ดูแลให้อุ่นหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งติดตามประเมินอาการไอและการหายใจเป็นระยะ เพื่อหาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป การให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ติดเชื้อดื้อยา มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ในระยะนี้ต้องเฝ้าระวังและประเมินภาวะแทรกซ้อนอย่างละเอียด ภาวะแทรกซ้อนนี้อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยการประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะ

รูปแบบการหายใจ การระบายอากาศ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการผิดปกติ หากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องทันทั่วทั้งที่ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือเครื่องใช้ หรืออุปกรณ์การแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้ออื่นๆ ในโรงพยาบาล ดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ความรู้ในเรื่องการดูแลและป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นการแก้ไขบรรเทาอาการไม่สุขสบายเบื้องต้น เช่น อาการไอและไข้ เป็นต้น รวมทั้งฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ใส่เข้าไปในร่างกายเพื่อการรักษา เช่น การใส่สายเข้าทางรูจมูกผ่านหลอดอาหารถึงกระเพาะอาหาร (NG tube) หรือการใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดลม (Tracheostomy tube) เป็นต้น สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดนสร้างสัมพันธภาพสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยบุคลิกที่เหมาะสม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติภายในขอบเขตที่ปฏิบัติได้ ให้ข้อมูลคำแนะนำในเรื่องการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบให้แก่สหสาขาวิชาชีพ หรือบุคลากรทีมสุขภาพที่เข้ามาให้บริการ โดยเน้นในเรื่อง การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (Personal protective equipment) ดูแลให้การพยาบาลในระยะที่พ้นจากการแพร่กระจายเชื้อของโรคปอดอักเสบ ได้แก่ การจำหน่ายกลับบ้านเมื่อหายจากโรค และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมีการประเมินความรู้หลังให้สุขศึกษา หรือในผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ที่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะอย่างใกล้ชิด จำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยอื่น เพื่อจัดการให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ต้องมีการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมีการประสานงานเรื่องแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือในผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่พ้นระยะแพร่กระจายเชื้อ แต่มีความจำเป็นต้องย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤติหรือหอผู้ป่วยเฉพาะทาง เพื่อรับการดูแลรักษาที่ซับซ้อนต้องให้คำแนะนำ และส่งเวรกับหอผู้ป่วยปลายทางถึงการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของโรคปอดอักเสบให้เป็นไปตามบริบทของหอผู้ป่วยนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม

๓.๑.๒ แบบประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินสภาวะสุขภาพ ๑๑ แบบ แผนของมาร์จอรี่ กอร์ดอน (Major Gordon) ซึ่งประกอบด้วย ๑๑ แบบแผนดังนี้ ๑)แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ๒)แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ๓)แบบแผนการขับถ่าย ๔)แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ๕)แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ ๖)แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ๗)แบบแผนการรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ ๘)แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ๙)แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์ ๑๐)แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด ๑๑)แบบแผนความเชื่อ

๓.๑.๓ แนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย ต้องมีข้อมูลที่เชื่อถือได้สนับสนุนอย่างเพียงพอ โดยอาจได้จากคำบอกเล่า อาการและอาการแสดงที่พบเห็น หรือจากการตรวจพบความผิดปกติต่างๆ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถกำหนดได้ทั้งเหตุการณ์ที่กำลังเกิด เสี่ยง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ต่อการเกิด หรืออาจจะเกิด พร้อมทั้งสามารถบอกแนวทางปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ตอบสนองต่อข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นๆได้

๓.๑.๔ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่เกิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ผู้ป่วยจะเรียนรู้ประสบการณ์ตรงของตนเอง จากการ ได้ความรู้จากแหล่งความรู้ต่างๆ นำมาปฏิบัติในการดูแลตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่ เพื่อให้ตนเองสามารถตอบสนองต่อความต้องการตนเองและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้เป็นเพศหญิง อายุ ๖๖ ปี ส่งตัวมารักษาต่อจากศูนย์แพทย์มิตรภาพ ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน ๑ สัปดาห์ มีไข้ ไอมีเสมหะ มีน้ำมูก จาม คอแห้ง ระคายคอ ตรวจ Self atk negative มีคลื่นไส้อาเจียนเป็นน้ำ ๒ ครั้ง หลังรับประทานอาหาร ไม่อยากอาหาร กินอาหารแล้วอาเจียนทุกครั้ง กินยากี่อาเจียน ไม่ถ่ายไม่ผายลม ๓ วัน แพทย์วินิจฉัยขั้นต้น Acute nasopharyngitis, Nausea and vomiting, unspecified จากศูนย์แพทย์มิตรภาพ และได้เข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง ๒ และหอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑๔/๔ อุณหภูมิร่างกาย ๓๙ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๐๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๕/๖๒ มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat ๙๔% Lung: Clear, Abdomen: mild distended, soft ซักประวัติเพิ่มเติมมีโรคประจำตัวเป็น ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (รับยาโรงพยาบาลกระนวน) ปฏิเสธการแพ้ยา วินิจฉัยแรกรับ AFI (Acute Febrile illness) ร่วมกับมี Elyte imbalance แกรับมี Hyponatremia (๑๒๒), Hypokalemia (K=๓.๑๐) แพทย์ Tx. Pneumonia : Ceftriaxone + Azithromycin (๒๗-๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕) ใช้ไม่ลง W/U scrub typhus Ig+, IgM+ และให้ Doxycycline stat (๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕) ใช้ลดลง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙% NaCl v rate ๘๐ ml/hr. (Na=๑๓๖), EKCL ๓๐ ml po (K=๓.๗๙) และยาแก้ไอตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาลของทีมนดูแลหอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑๔/๔ ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบดังนี้

ปัญหาที่ ๑. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ ๖๖ ปี
๒. ผู้ป่วยไอมีเสมหะ
๓. อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที O₂ Sat ๙๔%
๔. ใช้สูง อุณหภูมิร่างกาย ๓๙ องศาเซลเซียส
๕. ผลภาพถ่ายทางรังสีปอดพบ infiltration

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปาลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อปมูวหนังมี

ลักษณะการขีดเขียน ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก ๔ ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันที่และรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ

๒. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย

๓. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน

๔. สอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) โดยการจัดทำให้อนสิริษะสูง ๓๐ องศา มีอวบน้ำตัก หายใจเข้าทางรูจมูกช้าๆ ให้เต็มปอด นับ ๑-๑๐ กลั้นลมหายใจ ๒-๓ วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้าๆโดยห่อปากเล็กน้อย ซึ่งระยะเวลาหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า ทำสลับกัน ๕-๑๐ ครั้งและสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกทางปากทำจำนวน ๓ ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้กลั้นหายใจไว้นาน ๓ วินาทีให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอประมาณ ๓ ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะ

๕. ฟังเสียงปอดเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการหดตัวของปอดที่ผิดปกติของหลอดลมและดูแลท่ากายภาพบำบัดทางเดินหายใจ (chest physical therapy) เช่น เริ่มตั้งแต่จัดท่าเพื่อระบายเสมหะโดยการดูแลให้อนสิริษะสูง (postural drainage) การเคาะปอด (percussion) โดยทำมือเป็นอุ้งมือรูปถ้วย นิ้วทั้ง ๕ ชิดกัน ใช้วิธีสลับหรือเคลื่อนไหวนิ้วส่วนข้อนิ้วการเคาะแต่ละช่วงทำติดต่อกัน ๓-๕ นาทีเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก

๖. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อลดการใช้ออกซิเจน

๗. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ปลอดภัย เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพยาบาลมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไอไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ ๖๖ ปี

๒. ผู้ป่วยไอไม่มีเสมหะ

๓. อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที O₂ Sat ๙๔%

๔. ใช้สูง อุณหภูมิร่างกาย ๓๙ องศาเซลเซียส

๕. ผลภาพถ่ายทางรังสีปอดพบ infiltration

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ไอเสมหะออกเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ เขียวปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะขีดเขียน ระดับความรู้สึกตัว และประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก ๔ ชั่วโมงและติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันที่และรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ

๒. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยให้อนสิริษะสูง ๓๐ องศาเซลเซียส เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่กะบังลมหย่อนตัว และเพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้นและสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) โดยการจัดทำให้อนสิริษะสูง ๓๐ องศา มีอวบน้ำตักหายใจเข้าทางรูจมูกช้าๆ

ให้เต็มปอด นับ ๑-๑๐ กลั้นลมหายใจ ๒-๓ วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้าๆ โดยห่อปากเล็กน้อย ซึ่งระยะเวลาหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า ทำสลับกัน ๕-๑๐ ครั้ง

๓. ดูแลสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกทางปาก ทำจำนวน ๓ ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้กลั้นหายใจไว้นาน ๓ วินาทีให้ผู้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ ประมาณ ๓ ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะ

๔. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลมและช่วยทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physical therapy) ด้วยการเคาะปอด ถ้าไม่มีข้อห้าม เช่น ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ ตัวเขียว มีประวัติเป็นโรคกระดูกหักหรือวัณโรค มีภาวะกระดูกหักบริเวณทรวงอก มีแผลเปิดหรือแผลหลังผ่าตัดที่ยังไม่ติด หรือมีภาวะเลือดออกง่ายโดยทำมือเป็นอุ้งมือรูปถ้วย นิ้วทั้ง ๕ ชิดกันใช้วิธีสับัดหรือเคลื่อนไหวส่วนข้อมือการเคาะแต่ละช่วงทำติดต่อกัน ๓-๕ นาทีเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก

๕. ดูแลจัดท่าให้นอนศีรษะสูง (postural drainage) เพื่อให้ระบายเสมหะออกได้ง่ายรวมทั้งกระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆหรือเปลี่ยนท่าบ่อยๆทุก ๑-๒ ชั่วโมงโดยลูกขึ้นนั่งบนเตียงหรือข้างเตียงตามสภาพความพร้อมร่างกาย

๖. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางสัญญาณชีพที่เลวลง เช่น หายใจเร็ว อัตราการหายใจมากกว่า ๒๐ ครั้งต่อนาที หายใจเข้าลึกกว่าหายใจออกความเข้มข้นออกซิเจนน้อยกว่า ๙๕ เปอร์เซ็นต์ ชีพจรเบาเร็วอาการทางด้านร่างกาย โดยสังเกตได้จากผิวหนังซีดหน้าซีดริมฝีปากเขียวซีด เล็บมือเล็บเท้าเขียวคล้ำ ๖ ปวดมึนศีรษะหรืออาการทางพฤติกรรม เช่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด ตอบสนองช้า เฉื่อยชา สับสน เป็นต้น

๗. แนะนำให้ดื่มน้ำบ่อยๆ ประมาณวันละ ๑,๕๐๐-๒,๐๐๐ มิลลิลิตร เพื่อช่วยทำให้เสมหะที่คั่งอยู่ในปอดอ่อนตัวลงและไอขับเสมหะออกมาได้ง่ายขึ้นโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคไตบางชนิดที่ปัสสาวะออกน้อยจะเกิดภาวะบวม น้ำ ได้โดยต้องมีการชั่งน้ำหนักทุกวันว่าน้ำหนักขึ้นเกิน ๑ กิโลกรัมต่อวันจากน้ำหนักเดิมหรือไม่โดยชั่งหลังจากเข้าห้องน้ำตอนเช้า หรือโรคหัวใจล้มเหลว ต้องมีข้อจำกัดในเรื่องของปริมาณ เนื่องจากเมื่อดื่มน้ำ เข้าไปจะไปเพิ่มปริมาณน้ำเลือดในร่างกาย ทำให้เกิดอาการบวมบริเวณเท้าและหน้าแข้งทั้งสองข้าง รวมทั้งภาวะปอดบวม น้ำ เนื่องจากหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวไม่ดีเมื่อน้ำเข้าสู่ร่างกายผ่านทางหลอดเลือดดำที่ไปปอด และกลับจากปอดมายังหัวใจก็จะขับออกไม่ทัน เป็นต้น

๘. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง เพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ทำให้อาการเหนื่อยอ่อนเพลียลดลงและดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง เช่น การเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น

๙. ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นของร่างกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะติดเชื้อที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ใช้สูง อุณหภูมิร่างกาย ๓๙ องศาเซลเซียส

๒. ผลตรวจรังสีทรวงอก พบ Patchy infiltration at right lower lung field

๓. ตรวจจล็ดพบมีการติดเชื้อในร่างกาย WBC ๑๑x๑๐^๓/ul

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อที่ปอด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายทุก ๔ ชั่วโมง ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย ๓๙ องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้เพื่อช่วยให้ความร้อนออกจากร่างกาย และกระตุ้นให้ดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย
๒. ให้ยาลดไข้ Paracetamol ขนาด ๕๐๐ มิลลิกรัม รับประทาน ๑ เม็ด เมื่อมีอาการ และประเมินผลหลังเช็ดตัวลดไข้ ๓๐ นาที
๓. สังเกตลักษณะ สี กลิ่นของเสมหะ ส่งตรวจ sputum gram stain, AFB, C/S พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจ
๔. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจซ้ำ
๕. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Cef-๓ ขนาด ๒ กรัม วันละครั้งทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่อาการปวดศีรษะ มึนงงคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอาหารในร่างกายเนื่องจาก รับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยเบื่ออาหารและคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารแล้วอาเจียนทุกครั้ง
๒. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปริมาณที่ควรจะได้รับในแต่ละวัน

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและอาหารในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ในรายที่หอบเหนื่อยจัดอาหารให้เป็นช่วงเวลาและมีเวลาได้พักในขณะรับประทานอาหาร และระมัดระวังเรื่องการสำลัก
๒. ติดตามอาการคลื่นไส้ อาเจียน แนะนำให้หายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ และดื่มน้ำอุ่นเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน
๓. ดูแลเรื่องการรักษาความสะอาดปากและฟันเพื่อให้ปากสะอาด ช่วยลดอาการปากแห้ง และลดรสขมหรือรสไม่ดีอื่นๆ ทำให้มีความรู้สึกอยากอาหารเพิ่มขึ้น
๔. ดูแลให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาเองเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเบื่ออาหาร โดยอาหารนั้นต้องไม่ขัดกับแผนการรักษาและให้ความรู้กับญาติในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เช่น ผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงขนมขบเคี้ยว
๕. ประเมิน skin turgor โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับผิวหนังยกขึ้นแล้วปล่อยพบว่า ผิวหนังกลับสู่สภาพปกติทันทีแสดงว่าความตึงตัวของผิวหนังปกติ(normal skin turgor) แต่ถ้าปล่อยมือแล้วผิวหนังตั้งค้างอยู่ ๒-๓ วินาทีแสดงว่าความตึงตัวของผิวหนังไม่ดี(poor skin turgor)
๖. ประเมินและบันทึก fluid intake and output โดยบันทึกปริมาณน้ำ เข้าออกทุก ๘ ชั่วโมง สังเกต สี ลักษณะ และปริมาณปัสสาวะ ถ้าปริมาณ fluid intake น้อยกว่า fluid output ปัสสาวะออกน้อยกว่า ๓๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มีสีเข้ม เป็นข้อมูลสนับสนุนว่า มีภาวะขาดน้ำ และถ้าปริมาณ fluid intake มากกว่า fluid output เป็นข้อมูลสนับสนุนว่ามีน้ำเกิน

๗. ติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของผู้ป่วยโดยการชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเข้าก่อนรับประทานอาหารและบันทึกไว้เพื่อติดตามผล

๘. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

๙. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

๑๐. ประสานงานปรึกษาโภชนคลินิกเมื่อ nutritional screening มีความผิดปกติตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป คือ ๑.) น้ำหนักลดลงมากกว่า ๖ เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ ๒.) รับประทานอาหารได้น้อยลงมากกว่า ๗ วัน ๓.) BMI น้อยกว่า ๑๘.๕ กิโลกรัม/เมตร^๒ หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ กิโลกรัม/เมตร^๒ และ ๔.) ผู้ป่วยวิกฤติหรือกึ่งวิกฤติเพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

๑๑. ติดตามค่าผลเลือด albumin เป็นระยะหากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๕ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยและญาติบอกว่า วิตกกังวลโดยสอบถามเกี่ยวกับอาการบ่อยครั้ง
๒. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลคิ้วขมวด
๓. ผู้ป่วยพักผ่อนได้น้อย

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการพูดคุย เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกด้วยความตั้งใจให้การพยาบาลที่นุ่มนวลและมีท่าทีมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี
๒. สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจการทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือไหว้พระ ฟังเพลง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ
๓. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ
๔. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคการดำเนินโรคแผนการรักษาและความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติม
๕. แนะนำและสอนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ญาติสามารถทำได้เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลเช่น การเช็ดตัวผู้ป่วยการหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยรับประทานที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รู้สึกอุ่นใจ มั่นใจในการดูแลมากขึ้น
๖. เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น
๗. ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องโรคและแนวทางการรักษาเพื่อให้คลายความวิตกกังวลลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยสูงอายุ ๖๖ ปี
๒. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ประเมิน risk factor มีความเสี่ยง คือ วิงเวียนศีรษะ เหนื่อย อ่อนเพลีย

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ปรับเตียงนอนให้ต่ำสุด ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งและใส่เบรกล้อตลอดเวลา
๒. เดินตรวจเยี่ยมทุก ๒-๔ ชั่วโมง ดูแลให้สุขสบายทั้งร่างกาย การขับถ่ายและการทำกิจกรรมต่างๆ
๓. การประเมินความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอเพื่อคัดกรองผู้ป่วยและนำไปสู่การป้องกันทุกเวอร์
๔. มีการสื่อสารระดับความเสี่ยงให้เวรต่อไปทราบ และลงบันทึกในเอกสารทางการพยาบาล
๕. แนะนำการใช้อินเทอร์เน็ตคอมพิวเตอร์เมื่อต้องการความช่วยเหลือ
๖. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ลืดอกประตูห้องน้ำ ดูแลให้มีแสงสว่างตลอดทางเดินและไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง
๗. ดูแลช่วยประคองเวลาลุกนั่งยืนหรือเดินในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทรงตัวและแนะนำให้ค่อยๆเปลี่ยนท่าเพราะถ้าเปลี่ยนท่าเร็วอาจจะทำให้หน้ามืดได้
๘. อธิบายผู้ป่วยให้ระมัดระวังอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม และตระหนักถึงอันตรายหากเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๗ ผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการดูแลตัวเองอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
๒. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น วิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรคต่างๆ และจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดอากาศถ่ายเทได้สะดวก
๒. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงแหล่งชุมชนที่แออัดหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางระบบทางเดินหายใจให้ผู้ผู้ป่วยปิดปากเมื่อไอจามหรือใส่หน้ากากอนามัยเพื่อช่วยป้องกันการแพร่กระจายหรือรับเชื้อโรคจากผู้อื่น
๓. ควรรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง โดยให้หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารสำเร็จรูป อาหารจำพวกไขมัน ให้รับประทานผักใบเขียวทุกชนิดเพิ่ม งดสุราหรือดื่มสุราโดยเด็ดขาด
๔. แนะนำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๖-๘ ชั่วโมง ดื่มน้ำให้มากอย่างน้อยวันละ ๑,๕๐๐-๒,๐๐๐ มิลลิลิตร
๕. เน้นให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และควรไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

๖. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น คืออาการไข้สูง ไอมาก มีเสมหะมาก เสมหะสีเขียว หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ควรพามาพบแพทย์ทันที

๗. ประเมินความรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน เพื่อวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ แจกเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคปอดอักเสบไปอ่านที่บ้าน ให้หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ รวมทั้งแนะนำการจัดการปัญหาและแหล่งบริการใกล้บ้านเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ๗ วัน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) คือโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งประกอบไปด้วยถุงลมปอด และเนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย อาการที่สำคัญคือ ไอใช้เหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจออกบุ๋ม (chest retraction) จมูกบาน (nasal flaring) ฟังเสียงปอดอาจได้ยินเสียงกรอแกรบ หรือเสียงเหมือนขี้หมูไถ (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำหรือมูก (rhonchi) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย พบบ่อยในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว สามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย ในวัยเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี ผู้ที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ บางรายการติดเชื้ออาจรุนแรง และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งโรคปอดอักเสบเกิดได้จาก ๒ สาเหตุได้แก่ (๑.) การติดเชื้อ เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด การติดเชื้อชนิดใดขึ้นกับกลุ่มอายุ อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะภูมิคุ้มกัน ประวัติการเดินทาง ต่างประเทศ การสูบบุหรี่ และสภาพแวดล้อม เช่น เชื้อไวรัสได้แก่ เชื้อ Respiratory Syncytial Virus (RSV), เชื้อไข้หวัดใหญ่ (influenza), เชื้อโคโรนา (corona) เชื้อแบคทีเรียได้แก่ เชื้อ Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenzae, เชื้อ Atypical bacteria และเชื้อราซึ่งพบน้อย (๒.) ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น สารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่น ควัน สารเคมีที่ระเหยได้ นอกจากนี้การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาเคมีบำบัด และยาที่ใช้ควบคุมการเต้นของหัวใจบางชนิด เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, ๒๕๔๔)

พยาธิสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นจากกระบวนการอักเสบ คือ ปัญหาการระบายอากาศหายใจ พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบแบ่งออกเป็น ๓ ระยะคือ

๑. ระยะบวมคั่ง (Stage of Congestion or Edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีโลหิตมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดโลหิตขยายตัว มีแบคทีเรีย เม็ดโลหิตแดง ไฟบริน และเม็ดโลหิตขาว (เป็นพวกนิวโทรฟิลและโพลีมอร์ฟ) ออกมาเกินแบคทีเรียระยะนี้กินเวลา ๒๔-๔๖ ชั่วโมง หลังจากเชื้อโรคเข้าสู่ปอด

๒.ระยะเนื้อปอดแข็ง (Stage Of Consolidation) ระยะแรกจะพบว่า มีเม็ดโลหิตแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดโลหิตฝอยที่ผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้นทำให้เนื้อปอดสีแดงจัดคล้ายตับสด (Redheptization) ในรายที่มีการอักเสบรุนแรงจะมีการอักเสบลุกลามไปถึงเนื้อปอดด้วย ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดโลหิตขาวเข้ามาแทนที่เม็ดโลหิตแดงในถุงลมมากขึ้นเพื่อกินเชื้อโรค ระยะนี้ถ้า ตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey heptization) เนื่องจากมีหนอง (Exudate) เซลล์โพลีมอร์โฟและไฟบริน หลอดโลหิตฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัว เล็กลงระยะนี้กินเวลา ๓-๕ วัน จากการที่ผนังถุงลมบวม มีหนองในถุงลมทำให้การระบายอากาศภายในปอดไม่เพียงพอและหลอดลมหดตัว ทำให้อุดกั้นทางเดินอากาศด้วย ทำให้ความดันออกซิเจนในถุงลมลดลง โลหิตดำที่เข้าสู่ปอดในส่วนที่อักเสบและมีการระบายอากาศน้อย กลับเข้าสู่หัวใจซีกซ้ายโดยไม่มีออกซิเจน ทำให้โลหิตไปเลี้ยงร่างกายขาดออกซิเจน เช่นเดียวกับการมีโลหิตจากหัวใจซีกขวารั่วเข้าสู่หัวใจซีกซ้าย

๓.ระยะปอดฟื้นตัว (Stage of Resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้ เม็ดโลหิตขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบริน เม็ดโลหิตขาวและหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะมีลักษณะเป็นสีสนิมเหล็ก เพราะมีโลหิตค้างอยู่ในเนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไปหรือมีพังผืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมากแต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ ๕ วัน ผู้ใหญ่ ๒ สัปดาห์แต่ไม่ควรเกิน ๖ สัปดาห์ ถ้าเกิน ๖ สัปดาห์ต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม เช่น มะเร็งปอดหรือหลอดลม เป็นต้น

ถ้าเชื้อออกจากปอดทางท่อน้ำเหลืองไปถึงต่อมน้ำเหลือง ถ้าต่อมน้ำเหลืองเก็บเชื้อโรคได้หมดโรคจะเป็นเฉพาะที่ปอด แต่ถ้าต่อมน้ำเหลืองไม่สามารถเก็บเชื้อโรคได้หมดเชื้อโรคจะเข้าสู่กระแสโลหิตไปทั่วร่างกาย เช่น สมอ่ง ข้อ ถ้าเชื่อมีความรุนแรงจะช็อคจากการติดเชื้อได้ (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก.๒๕๔๑)

อาการและการแสดง

อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใดด้วยอาการไข้สูง(อาจจับไข้ตลอดเวลา) หนาวสั่นโดยเฉพาะในระยะที่เริ่มเป็น) และหายใจหอบ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะต่อมาจะมีเสมหะข้นออกเป็นสีเหลือง สีเขียว สีสนิมเหล็กหรือมีเลือดปน ในเด็กโตและผู้ใหญ่อาจมีอาการเจ็บแปลบในหน้าอก เวลาหายใจเข้าหรือไอแรงๆบางครั้งอาจปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สีข้างหรือท้อง ในเด็กเล็กอาจมีอาการปวดท้อง ท้องอืดหรือท้องเดิน โรคแทรกซ้อน

การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบได้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนจะเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่

๑. ปอดบวมน้ำหรือมีโลหิตคั่งในปอด
๒. เยื่อหุ้มปอดอักเสบ ทั้งชนิดมีน้ำและไม่มีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด
๓. มีหนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด
๔. มีการติดเชื้อของไต เยื่อช่องท้องอักเสบ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ข้ออักเสบเป็นหนอง การติดเชื้อในอวัยวะเหล่านี้เกิดจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ทำให้เกิดพิษของแบคทีเรียกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ

๕. หูชั้นกลางอักเสบและโพรงอากาศอักเสบ

๖. ข้อคจากการติดเชื้อ

๗. ระบบไหลเวียนล้มเหลวร่วมกับหัวใจวายชนิดโลหิตคั่ง

๘. เกิดการจับกลุ่มของโลหิตอุดตันในหลอดเลือด เกิดขึ้นได้ในกรณีที่ปอดอักเสบอย่างรุนแรง

(คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก.๒๕๔๑)

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จากข้อมูลของโรงพยาบาลขอนแก่น ๓ ปีย้อนหลังพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ จำนวน ๔๙๙ ราย ๖๗๗ ราย และ ๘๘๗ รายตามลำดับโดยเข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๒ จำนวน ๗๙ ราย ๙๔ ราย และ ๗๕ รายตามลำดับและเข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑๔/๔ จำนวน ๓๒ ราย ๔๖ ราย และ ๒๘ ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูล mms รพ.ขอนแก่น) การรักษาโรคปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย รักษาได้โดยให้ยาฆ่าเชื้อในรูปแบบยากินและยาฉีด โดยแพทย์จะพิจารณาจากระดับความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปหลังจากได้รับยาฆ่าเชื้ออาการจะดีขึ้นภายใน ๒-๓ วัน ส่วนโรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัสมีความรุนแรงน้อยกว่าการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งการรักษาจะพิจารณาตามอาการ เน้นให้คนไข้ดูแลตัวเองพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างไรก็ตามในกรณีของผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีโรคเรื้อรังควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลอาการอย่างใกล้ชิดป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียส่วนใหญ่คือเชื้อ *Streptococcus pneumonia* ซึ่งมีมากกว่า ๙๐ สายพันธุ์นอกจากนี้เชือนี้ยังสามารถก่อให้เกิดโรคที่สำคัญคือ การติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง และการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัจจุบันได้มีการพัฒนาวัคซีนสำหรับการป้องกันการติดเชืวดังกล่าวโดยแบ่งชนิดของวัคซีนเป็น ๒ ชนิด คือ Conjugated vaccine มี ๓ ชนิดส่วนใหญ่ใช้ในเด็ก มีเพียงชนิด PCV๑๓ ที่ควบคุมเชื้อ ๑๓ สายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคส่วนใหญ่ ซึ่งได้รับการรับรองให้ใช้ในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ส่วนวัคซีนชนิด Polysaccharide vaccine ที่เรียกว่า PPSV๒๓ ครอบคลุมเชื้อ ๒๓ สายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคส่วนใหญ่ ผลข้างเคียงที่พบได้จากการฉีดวัคซีนที่พบได้บ่อยประมาณ ๓๐-๕๐% คืออาการปวด บวม แดงบริเวณที่ฉีด อาจมีไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้แต่พบน้อยกว่า ๑% ส่วนอาการข้างเคียงรุนแรงพบได้น้อยมาก นอกจากนี้วัคซีนเหล่านี้ทำมาจากส่วนประกอบของเชื้อไม่ใช่ตัวเชื้อที่ยังมีชีวิตจึงไม่ทำให้เกิดโรคหลังการฉีด ทำได้เพียงกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคเท่านั้นซึ่งโดยมากจะมีผลหลังฉีด ๒-๓ สัปดาห์ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ.๒๕๔๔)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยเลือกผู้รับบริการที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑๔/๔ จำนวน ๑ ราย ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงจากการเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดัน และไขมันในเลือดสูง เพื่อประเมินภาวะความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ ลดอัตราเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราเสี่ยงการชีวิตลดลงด้วย วางแผนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา การพยาบาล เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานการพยาบาลและนำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๔.๒.๑ คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๑ ราย
- ๔.๒.๒ รวบรวมเอกสารเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
- ๔.๒.๓ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
- ๔.๒.๔ ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา วิทยุและสื่อ internet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ปรึกษากับพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
- ๔.๒.๕ นำข้อที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
- ๔.๒.๖ ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
- ๔.๒.๗ สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
- ๔.๒.๘ รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี
- ๔.๒.๙ เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงานจัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข
- ๔.๒.๑๐ เผยแพร่ผลงาน

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

๕. ผลสำเร็จของงาน

- ๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ
มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) จำนวน ๑ เรื่อง
- ๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ
๕.๒.๑ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้น
๕.๒.๒ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้รับข้อมูลทางสุขภาพ มีความมั่นใจสามารถดูแลตนเองในระหว่างอยู่โรงพยาบาล สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้และมีความพึงพอใจต่อบริการของทีมสุขภาพ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์
๖.๑.๑ เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป
๖.๑.๒ เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในรายอื่นๆ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
๖.๑.๓ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานโดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
- ๖.๒ ผลกระทบ
จำนวนเนื้อหาที่ให้กับผู้ป่วยมีรายละเอียดมาก ส่งผลให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย

จึงจำเป็นต้องมีแผนปฏิบัติการมีเนื้อหาที่กระชับอธิบายและเพื่อให้ข้อมูลที่ครบถ้วนเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้นป้องกันการคลาดเคลื่อนได้

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ภาวะของโรคปอดอักเสบ

เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเป็นความดัน และไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีความเสี่ยงต่อการการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบจากผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้รุนแรงกว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทั่วไป

ผู้ป่วยรายนี้รักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะทั้งทางหลอดเลือดดำ ทางวิธีรับประทาน และเจาะเลือด เก็บสิ่งส่งตรวจ และยังต้องรับประทานยาหลายชนิดจากโรคประจำตัว พยาบาลจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวมทั้งติดตามค่าผลเลือด สิ่งส่งตรวจ เพื่อประเมินสภาวะการเปลี่ยนไปของโรคร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฝึกการหายใจ (Breathing exercise) การบริหารปอด (Lung expansion exercise) การออกกำลังกายเบาๆ (Light General exercise) เทคนิคแรงจูงใจกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งอยู่ที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

๗.๒ การรับรู้

เนื่องจากการให้ข้อมูลในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยจำเป็นที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และให้ญาติหรือผู้ดูแลหลัก (Care Giver) มาเฝ้าเพื่อส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยมากขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามทั้งแผนการรักษา แผนการพยาบาลเป็นระยะๆ เพื่อสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่มากขึ้น คลายความกังวลลงได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การสอบถามข้อมูลแก่ผู้ป่วยระยะแรกทำได้ยากเพราะผู้ป่วยยังมีอาการไข้ อ่อนเพลีย และเป็นผู้สูงอายุ ต้องสอบถามจากญาติและบางทีข้อมูลไม่ต่อเนื่องเพราะญาติผลัดกันเฝ้า แต่เจ้าหน้าที่พูดคุยให้กำลังใจหาสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยมีการประสานทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้ การดูแลตนเองที่บ้าน

ผู้ป่วยวิตกกังวลเมื่อต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องการกลับบ้าน ไม่อยากนอนโรงพยาบาลนาน พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเสนอแนะแนวทางในการดูแลตนเอง และให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก (care giver) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ควรมีการวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ครอบคลุม รวมถึงการวางแผนจำหน่ายเมื่อกลับบ้านและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และลดการกลับเป็นซ้ำ

๙.๒ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในทีมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น การฝึกอบรมเฉพาะทาง การฝึกอบรมระยะสั้น การศึกษาจากงานวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยอย่างสูงสุด

๙.๓ นำกระบวนการพยาบาลและการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องมาใช้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

๙.๔ มีการติดตามผลลัพธ์ของการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ยังไม่มีกรพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ผู้ขอรับการคัดเลือกเป็นผู้ดำเนินการเองทุกขั้นตอน

ข้าพเจ้านางสาวชราภรณ์ บุญญฤทธิ์ เป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดคิดเป็น ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวชราภรณ์ บุญญฤทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๖๓ / ๖.๕ / ๖๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชราภรณ์ บุญญฤทธิ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางพินรัฐ จอมเพชร)

(ตำแหน่ง) รักษาการหัวหน้าพยาบาล

(วันที่) ๙ / ๘.๖ / ๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 15 ก.พ. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

๒. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอักเสบ(Pneumonia) เป็นโรคที่พบได้ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อ เกิดจากสาเหตุหลัก ๒ กลุ่ม คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อและปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ โดยทั่วไปพบปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อมากกว่า ชนิดของปอดอักเสบจำแนกได้หลายแบบ ปัจจุบันนิยมจำแนกตามสภาพแวดล้อมที่เกิดปอดอักเสบเป็น ปอดอักเสบในชุมชน (community- acquired pneumonia - CAP) และปอดอักเสบในโรงพยาบาล (nosocomial pneumonia หรือ hospital-acquired pneumonia -HAP) เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยและดูแลรักษาตั้งแต่แรก

ผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบสูงมาก เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตสูงถึง ๕๐% เป็นเหตุผลให้โรคปอดอักเสบในผู้สูงอายุน่ากลัวกว่าปอดอักเสบในคนทั่วไป ซึ่งอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับระบบต่างๆในร่างกายทำให้การรักษาเป็นไปอย่างยากลำบาก

การรักษาภาวะโรคปอดอักเสบ(Pneumonia) โดยรักษาตามอาการรวมกับการให้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ในปี ๒๕๖๕ มีจำนวนผู้ป่วยมารับการรักษา จำนวน ๑๘๗ ราย และรับยารักษาต่อที่หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๑๔/๔ จำนวน ๕๘ ราย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การให้การพยาบาลจะต้องอาศัย การดูแลใกล้ชิดให้คำแนะนำ ข้อซักถาม และหาผู้ดูแลหลัก(care giver) มาช่วยเสริมการจดจำข้อมูล รวมทั้งการใช้เอกสารแผ่นพับประกอบการให้คำแนะนำ ข้อมูลตลอดจนแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการดูแลและการให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องนี้จะเป็นประโยชน์ สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดระยะการนอนโรงพยาบาลให้นานขึ้นได้

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการให้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ ใช้เวลาทั้งหมด ๗ วัน เพื่อให้ได้รับยาครบตามแผนการรักษาและสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่ายและให้ข้อมูลการพยาบาลตามหลัก D-METHOD เพื่อที่จะสามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านไปไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดการ Re admit ตามมา

ดังนั้นในทางปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคปอดอักเสบ(Pneumonia) จึงจำเป็นมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (Care Giver) เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งในระหว่างผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกัน ส่งเสริม การดูแลตนเองของผู้ป่วย และป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคปอดอักเสบ(Pneumonia) เป็นแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ มั่นใจ ในการปฏิบัติตัวขณะรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะการรับรู้ข้อมูล การเข้าใจแนวทางการดูแล

การให้การพยาบาลและการรักษาของผู้ป่วยและญาติจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ดี ถูกต้องเหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคปอดอักเสบ จึงทำควบคู่ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (Care Giver) อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดความมั่นใจและคลายกังวลได้ ซึ่งส่วนนี้ส่งผลต่อความพร้อม ทั้งต่อการรับรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ดียิ่งขึ้นอีกด้วย

ในช่วงหลังได้รับยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำครบตามแผนการรักษา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน พยาบาลยังส่งเสริมให้ข้อมูลที่เป็น เพื่อเป็นหลักการและเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวหลังการรักษา และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ขัดต่อโรคประจำตัว การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามช่วงวัย หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด และการหลีกเลี่ยงอยู่ในสถานที่แพร่กระจายเชื้อโรค เป็นต้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคปอดอักเสบ(Pneumonia) และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

๔.๒ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลลง ผู้ป่วยปลอดภัยและหายกลับบ้านไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคปอดอักเสบ(Pneumonia) ร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด การติดเชื้อในกระแสเลือด

๕.๓ ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองจากภาวะโรคปอดอักเสบ การป้องกันลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้

(ลงชื่อ).....

(นางสาวชราภรณ์ บุญญฤทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๓ / ๑๑ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน