



ประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ - สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑	นางอรพรรณ ไหมวันทา	นักวิชาการเงินและบัญชี ชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานการเงิน
๒	นางสาวรุ่งทิwa สมสมัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช
๓	นางสาวรัตนภา เกตุสุด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายประจวบ รักแพทย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น
ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางอรพรรณ ไหมวันทา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานการเงิน นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	๖๘๑๒๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานการเงิน นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ	๖๘๑๒๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน แนวทางการตรวจสอบใบสำคัญและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาระบบควบคุมภายในและตรวจสอบใบสำคัญจ่ายด้วยระบบ Digital Checklist และ Data Analysis				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๒	นางสาวรุ่งทิวา สมสมัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๒๘๓๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๒๘๓๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ (Pelvic inflammatory disease : PID) ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๓	นางสาวรัตนาภา เกตุสุด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๒๘๔๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๒๘๔๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม : กรณีศึกษา ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง แนวทางการตรวจสอบใบสำคัญและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานได้รับการอบรม

ใช้ความรู้ความชำนาญในด้านกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินของทางราชการ โดยเฉพาะระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติมมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องของหลักฐานการจ่าย ตลอดจนใช้ประสบการณ์ในการวินิจฉัยปัญหาและให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้การบริหารงบประมาณของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามระเบียบและโปร่งใส

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์กระบวนการตรวจสอบใบสำคัญค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามระเบียบ กฎหมาย โดยเน้นการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) มาใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารหลักฐาน และการสรุปประเด็นข้อตรวจพบเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการเบิกจ่ายให้มีความโปร่งใสและลดข้อผิดพลาดทางการเงิน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- การศึกษาระเบียบและข้อบังคับ : ศึกษาระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ฯ และหนังสือเวียนที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการตรวจสอบ (Criteria)
- การรวบรวมข้อมูล : รวบรวมข้อมูลใบสำคัญค่าใช้จ่ายฝึกอบรมและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายที่เกิดขึ้นจริงในรอบปีงบประมาณ
- การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) : นำข้อมูลการเบิกจ่ายมาจำแนกประเภท และวิเคราะห์หาความเสี่ยงหรือจุดที่เกิดข้อผิดพลาดในการแนบเอกสารหลักฐาน รวมถึงการคำนวณเงินตามสิทธิที่อาจไม่สอดคล้องกับระเบียบ
- การประเมินและสรุปผล : สรุปผลการวิเคราะห์เพื่อระบุถึงสาเหตุของปัญหา และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการทำงานเพื่อลดผลกระทบจากการเบิกจ่ายที่ผิดพลาด

เป้าหมายของงาน

- เพื่อส่งเสริมให้การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมมีความถูกต้องตามระเบียบ ๑๐๐% และเพื่อลดระยะเวลาในขั้นตอนการแก้ไขเอกสารที่ล่าช้า

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ :

- ดำเนินการตรวจสอบใบสำคัญค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมได้ถูกต้องตามเป้าหมายทุกรายการ
- พบและแก้ไขจุดบกพร่องจากการเบิกจ่ายได้ ร้อยละ ๑๐๐ ของรายการที่ตรวจพบทั้งหมดก่อนที่จะมีการจ่ายเงินจริง
- ข้อมูลสรุปผลการวิเคราะห์ (Data Analysis) สามารถระบุประเภทข้อผิดพลาดหลักได้ชัดเจน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการระวังป้องกันในอนาคต

เชิงคุณภาพ :

- เพิ่มประสิทธิภาพในการกำกับดูแลการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการและถูกต้องตามระเบียบกระทรวงการคลัง
- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจในขั้นตอนและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายมากขึ้น จากคำแนะนำที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก
- ลดความเสี่ยงจากการถูกทักท้วงโดยหน่วยงานตรวจสอบภายนอก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์ :

- ข้อมูลจากการวิเคราะห์ (Data Analysis) ถูกนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการกำหนดแนวทางเบิกจ่ายเบื้องต้น สำหรับเจ้าหน้าที่การเงินและเจ้าหน้าที่ผู้จัดโครงการ
- ใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบใบสำคัญจ่ายที่มีความซับซ้อนให้มีมาตรฐานและมีความละเอียดรอบคอบยิ่งขึ้น

ผลกระทบ :

- ต่อองค์กร : สร้างระบบการควบคุมภายในที่เข้มแข็งในด้านการงบประมาณ ส่งผลให้ภาพรวมการบริหารเงินบำรุงและเงินงบประมาณของโรงพยาบาลมีความถูกต้องแม่นยำ
- ต่อผู้ปฏิบัติงาน : เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมีความมั่นใจในการดำเนินงาน และลดความซ้ำซ้อนในการแก้ไขเอกสาร ทำให้กระบวนการทำงานในภาพรวมคล่องตัวขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ความซับซ้อนของหลักเกณฑ์และระเบียบ : เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมมีรายละเอียดข้อบังคับที่หลากหลาย ทั้งในเรื่องสิทธิการเบิกเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าพาหนะ ซึ่งแตกต่างกันตามระดับตำแหน่งและประเภทการอบรม ทำให้การตรวจสอบต้องใช้ความละเอียดรอบคอบสูงเพื่อป้องกันการเบิกจ่ายผิดสิทธิ
- ข้อจำกัดด้านเวลาและปริมาณข้อมูล : โรงพยาบาลมีโครงการฝึกอบรมจำนวนมากในแต่ละปีงบประมาณ ทำให้มีใบสำคัญและเอกสารประกอบปริมาณมาก การตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังเพื่อหาความซับซ้อนหรือตรวจสอบความถูกต้องของฐานข้อมูล จึงมีความยุ่งยากในการบริหารจัดการข้อมูลให้เป็นระบบ
- การประสานงานกับหลายหน่วยงาน : ต้องตรวจสอบเอกสารที่มาจากหลายงาน/กลุ่ม/ศูนย์ ซึ่งมีความเข้าใจในระเบียบการเงินที่ไม่เท่ากัน ทำให้ต้องใช้ทักษะในการสื่อสารและวินิจฉัยระเบียบให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ความไม่ครบถ้วนของเอกสารหลักฐาน : บ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่ผู้จัดโครงการแนบเอกสารหลักฐานการจ่ายไม่ครบตามที่ระเบียบกำหนด หรือเอกสารมีความคลาดเคลื่อน เช่น ใบเสร็จรับเงินไม่ถูกต้องตามแบบของราชการ ทำให้กระบวนการตรวจสอบต้องหยุดชะงักเพื่อรอการแก้ไข
- ข้อผิดพลาดในการคำนวณสิทธิตามระเบียบ : จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัญหาหลักเกิดจากการคำนวณค่าตอบแทนวิทยากรหรือค่าอาหารว่างเกินอัตราที่ระเบียบกำหนด ทำให้ต้องมีการตีกลับเอกสารเพื่อแก้ไขหลายรอบ
- ระบบการจัดเก็บข้อมูลแบบเดิม : การจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบเอกสารทำให้การนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบในภาพรวมเพื่อหาจุดบกพร่องทำได้ล่าช้าและไม่ทันต่อสถานการณ์

๙. ข้อเสนอแนะ

- การจัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติ (Manual) : ควรมีการสรุปประเด็นที่มักตรวจพบข้อผิดพลาดจากการวิเคราะห์ข้อมูล มาจัดทำเป็นคู่มือแนวทางการเบิกจ่ายค่าฝึกอบรมที่อ่านง่าย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้เป็นเกณฑ์ตรวจสอบเบื้องต้นก่อนส่งมายังกลุ่มงานการเงิน
- การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ : จัดอบรมให้ความรู้เรื่องระเบียบการเงินและบัญชีที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการ เพื่อลดข้อผิดพลาดตั้งแต่ต้นทาง (Source of Data)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

- การพัฒนาระบบการทำงานในอนาคต : ควรมีการนำเครื่องมือทางเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการตรวจสอบข้อมูลเพื่อสร้างมาตรฐานเดียวกัน และพัฒนารูปแบบการตรวจสอบให้เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- ไม่มี -

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ประเมิน (ระบุร้อยละ) นางอรพรรณ ไหมวันทา สักส่วนผลงานร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ไม่มี -

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

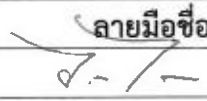
(นางอรพรรณ ไหมวันทา)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ

(วันที่)๒...../เมษายน/๒๕๖๙

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอรพรรณ ไหมวันทา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางรัมภา ชินเกต)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน

(วันที่) ...๒.../เมษายน/๒๕๖๙

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายวรกร เสนธนวัต)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

(วันที่) ...๒.../เมษายน/๒๕๖๙

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายธนสิทธิ์ ไพรงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) ๒๙/เมษายน/๒๕๖๙

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบควบคุมภายในและตรวจสอบใบสำคัญจ่ายด้วยระบบ Digital Checklist
และ Data Analysis -----

๒. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบัน กระบวนการเบิกจ่ายงบประมาณและการตรวจสอบใบสำคัญจ่ายยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะการตรวจสอบเอกสารในรูปแบบกระดาษที่มีปริมาณมาก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดข้อผิดพลาดจากการตรวจสอบด้วยมือ มีความล่าช้าในการตรวจสอบ และความยากลำบากในการติดตามสถานะ อีกทั้งการควบคุมภายในมักเป็นการตรวจสอบแบบย้อนหลัง (Reactive) ทำให้ไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติหรือการเบิกจ่ายที่เข้าเงื่อนไขได้อย่างทันท่วงที

เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ และนโยบายการบริหารงานภาครัฐดิจิทัล จึงจำเป็นต้องนำเทคโนโลยี Digital Checklist มาใช้เพื่อสร้างมาตรฐานการตรวจสอบที่แม่นยำ และใช้เทคนิค Data Analysis มาวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูล เพื่อยกระดับระบบการควบคุมภายในให้เป็นเชิงรุก (Proactive) เพิ่มความโปร่งใส และลดความเสี่ยงในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์และแนวความคิด :

การพัฒนานี้ใช้แนวคิดการเปลี่ยนขั้นตอนการทำงานให้เป็นระบบดิจิทัล (Digitization) และการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ โดยแบ่งเป็น ๒ ส่วนหลัก:

- Digital Checklist : เปลี่ยนเกณฑ์การตรวจสอบตามระเบียบ ให้เป็นรายการเช็คลิสต์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบความครบถ้วนตามเงื่อนไข (Compliance) และลดการใช้ดุลยพินิจส่วนตัว
- Data Analysis : นำข้อมูลจาก Digital Checklist และระบบบัญชีมาวิเคราะห์เพื่อหาความผิดปกติ (Anomaly Detection) เช่น การเบิกจ่ายซ้ำซ้อนในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน หรือการวิเคราะห์สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อการวางแผนงบประมาณ

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

- จัดทำแบบฟอร์ม Digital Checklist ผ่านระบบ Google Forms, Microsoft Power Apps, Microsoft Excel หรือระบบภายในโรงพยาบาล
- สร้าง Dashboard แสดงผลการตรวจสอบและสถานะใบสำคัญจ่ายแบบ Real-time
- นำชุดข้อมูล (Dataset) มาวิเคราะห์ผ่านโปรแกรม เช่น Excel (Advanced), Power BI หรือ Tableau เพื่อหาจุดเสี่ยง (Risk Area)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัด	แนวทางแก้ไข
บุคลากรอาจขาดทักษะด้านการใช้เครื่องมือดิจิทัล	จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) และจัดทำคู่มือการใช้งานแบบง่าย (One Page Manual)
ข้อมูลนำเข้าไม่เป็นระเบียบหรือผิดพลาดจากต้นทาง	กำหนด Data Standard และใช้ระบบดักจับความผิดพลาด (Input Validation) ใน Digital Checklist
ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาซอฟต์แวร์ราคาแพง	เริ่มต้นด้วยเครื่องมือ Low-code หรือเครื่องมือที่มีอยู่แล้วในหน่วยงาน (เช่น Office ๓๖๕)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- **ด้านประสิทธิภาพ :** ลดระยะเวลาในการตรวจสอบใบสำคัญจ่ายลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เมื่อเทียบกับระบบเดิม
- **ด้านความแม่นยำ :** ลดข้อผิดพลาดในการเบิกจ่ายผิดระเบียบหรือการต้องตีคืนเอกสารเพื่อแก้ไข
- **ด้านการบริหารจัดการ :** ผู้บริหารมีข้อมูลวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่ชัดเจน เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงบริหารและการจัดสรรงบประมาณในอนาคต
- **ด้านความโปร่งใส :** มี Log File และระบบฐานข้อมูลที่สามารถเรียกตรวจสอบย้อนหลังได้ทุกชั้นตอน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- KPI ๑: ร้อยละของใบสำคัญจ่ายที่ได้รับการตรวจสอบผ่านระบบ Digital Checklist (เป้าหมาย: ร้อยละ ๑๐๐)
- KPI ๒: ระยะเวลาเฉลี่ยในการตรวจสอบใบสำคัญจ่ายต่อฉบับลดลง (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ ๒๐-๓๐)
- KPI ๓: ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าระดับ "ดีมาก")
- KPI ๔: จำนวนข้อผิดพลาดจากการตรวจสอบที่พบโดยหน่วยงานตรวจสอบภายนอกลดลง (เป้าหมาย: เป็นศูนย์ หรือลดลงจากปีก่อนหน้าอย่างมีนัยสำคัญ)



(ลงชื่อ)

(นางอรพรรณ โหมวันทา)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ

(วันที่) ...๕.../เมษายน/๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ(Pelvic inflammatory disease : PID)”

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึง ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

รายการกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ					
	พ.ย. ๖๗	ธ.ค. ๖๗	ม.ค. ๖๘	ก.พ. ๖๘	มี.ค. ๖๘	เม.ย. ๖๘
๑. เลือกหัวข้อเรื่องที่จะทำการศึกษา	↔					
๒. รวบรวม เอกสาร ข้อมูลพร้อมประเมินผู้ป่วย		↔				
๓. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร			↔			
๔. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล				↔		
๕. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมเพื่อจัดทำเป็นกรณีศึกษา				↔	↔	
๖. ขั้นตอนการจัดพิมพ์ รูปเล่ม						↔
๗. เผยแพร่ผลงาน						

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วย

กายวิภาคที่เกี่ยวข้องกับอุ้งเชิงกรานอักเสบ (Pelvic Inflammatory Disease หรือ PID) คือ การอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงส่วนบน ได้แก่ มดลูก (Uterus), ท่อนำไข่ (Fallopian tubes), และรังไข่ (Ovaries) ภาวะนี้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ลุกลามจากช่องคลอดและปากมดลูกขึ้นไปยังอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนบนเหล่านี้ โดยอาจทำให้เกิดถุงหนองในท่อนำไข่และรังไข่ (สมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ๒๕๖๒)

๓.๑.๑ อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับอุ้งเชิงกรานอักเสบ

๓.๑.๑.๑ มดลูก (Uterus)

อวัยวะรูปทรงลูกแพร์ที่ใช้สำหรับตั้งครรภ์ การอักเสบของเยื่อบุโพรงมดลูกเรียกว่า เยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบ (Endometritis)

๓.๑.๑.๒ ท่อนำไข่ (Fallopian tubes):

ท่อที่เชื่อมต่อรังไข่กับมดลูก ทำหน้าที่นำไข่ไปยังมดลูก การอักเสบที่นี้เรียกว่า ปีกมดลูกอักเสบ (Salpingitis) ซึ่งเป็นส่วนหลักของภาวะ PID

๓.๑.๑.๓ รังไข่ (Ovaries):

อวัยวะที่ผลิตฮอร์โมนและเซลล์ไข่ การอักเสบของรังไข่เรียกว่า รังไข่อักเสบ (Oophoritis)

๓.๑.๒ การลุกลามของการติดเชื้อ

๓.๑.๒.๑ การติดเชื้อที่ช่องคลอดและปากมดลูก

ส่วนใหญ่มักเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.๑.๒.๒ การลุกลามผ่านช่องทางปากมดลูก

เชื้อโรคสามารถผ่านช่องปากมดลูกขึ้นไปสู่โพรงมดลูกและท่อนำไข่

๓.๑.๒.๓ การติดเชื้อในอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนบน

เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ท่อนำไข่ ก็จะเกิดการอักเสบ และลุกลามไปยังรังไข่และอวัยวะอื่นๆ ใน

อุ้งเชิงกราน

๓.๑.๓ ผลกระทบต่ออวัยวะภายใน

๓.๑.๓.๑ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ การอักเสบอาจทำให้เกิด เนื้อเยื่อแผลเป็น และ
ถุงหนอง ในระบบสืบพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

๓.๑.๓.๒ ในกรณีที่รุนแรง การอักเสบอาจลุกลามไปถึง ตับ ทำให้เกิดภาวะ ตับอักเสบรอบ
นอก (Fitz-Hugh-Curtis syndrome) ซึ่งอาจมีอาการปวดบริเวณท้องด้านขวาบน

๓.๑.๔ สาเหตุและปัจจัยในการเกิดภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID)

ผู้ป่วยที่มีภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) มีปัจจัยด้านเพศสัมพันธ์ เป็น
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบมากที่สุด ดังนี้

๓.๑.๔.๑ การมีคู่นอนหลายคน

๓.๑.๔.๒ การที่คู่นอนที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อหนองในในเพศชายที่ ๑
ใน ๓ อาจไม่ แสดงอาการ ทำให้เกิดภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบในหญิงที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยเพิ่มขึ้น

๓.๑.๔.๓ อายุ จากการศึกษาพบว่าภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบมักพบในหญิงอายุช่วง ๑๕-๒๕ ปี
มากที่สุด นอกจากนั้นการติดเชื้อซ้ำมักเกิดในหญิงที่เริ่มมีภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบตั้งแต่อายุน้อย

๓.๑.๔.๔ ประวัติภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบในอดีต พบว่า ๑ ใน ๔ ของหญิงที่มีภาวะอุ้งเชิงกราน
อักเสบอาจมี ภาวะการติดเชื้อซ้ำได้

๓.๑.๔.๕ การใส่ห่วงคุมกำเนิด จากงานวิจัยพบว่าการใส่ห่วงคุมกำเนิดจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบเล็กน้อย โดยมักจะเกิดในช่วง ๓ สัปดาห์แรกหลังจากการทำหัตถการ

๓.๑.๔.๖ ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของเชื้อประจำถิ่นในช่องคลอด (สุภาพร พรหม
ทอง. ๒๕๖๔)

๓.๑.๕ ลักษณะทางคลินิก (Clinical features)

๓.๑.๕.๑ ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) จะมีอาการ ปวด
ท้องน้อย อาจเป็นได้ทั้ง ๑ หรือ ๒ ข้าง ตกขาวลักษณะผิดปกติ หรือตกขาวลักษณะเหมือนหนอง เจ็บลึกๆขณะมี
เพศสัมพันธ์ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด และจะมีอาการแสดง ดังนี้ กดเจ็บบริเวณท้องน้อย เจ็บบริเวณปีก
มดลูกขณะที่ตรวจภายใน เจ็บเมื่อมีการโยกปากมดลูกขณะตรวจภายใน มีไข้ > ๓๘.๓ องศาเซลเซียส การ
วินิจฉัยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบจากอาการและอาการแสดง มีความไวและความจำเพาะที่ต่ำ จึงจำเป็นต้อง
อาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ดังนี้

๓.๑.๕.๑.๑ Cervical / vaginal swab for Nucleic acid amplification test
(NAAT) เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ Gonorrhea หรือ Chlamydia (การตรวจไม่พบเชื้อไม่ได้หมายความว่าไม่มี
ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ)

๓.๑.๕.๑.๒ ESR, C-reactive protein, white cell count มี ค่า สูง ขึ้น แต่
ความจำเพาะค่อนข้างต่ำ และในรายที่ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบไม่รุนแรงอาจพบค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

๓.๑.๕.๑.๓ การย้อมเชื้อจาก vaginal/ cervical discharge หากตรวจไม่พบเชื้อจะมี
ความน่าเชื่อถือสูง (negative predictive value ๙๕ %) แต่หากตรวจพบเชื้อจากการย้อมผู้ป่วยอาจไม่มีภาวะ
อุ้งเชิงกรานอักเสบก็ได้ (positive predictive value ๑๗ %)

๓.๑.๕.๑.๔ การตรวจด้วยเครื่องมือคลื่นความถี่สูง (Ultrasonography) ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ แต่การตรวจด้วย doppler ultrasound อาจพบภาวะ increase blood flow ได้ แต่ต้องแยกกับภาวะอื่นด้วย

๓.๑.๕.๑.๕ MRI หรือ CT scan ในอุ้งเชิงกราน เป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยในการแยกโรคระหว่างภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบกับภาวะอื่นออกจากกันได้

๓.๑.๕.๒ ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) เป็นการติดเชื้อชนิดหนึ่ง สามารถรักษาได้ด้วยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน และสามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้หากอาการอยู่ในระดับ mild หรือ moderate หากมีอาการดังต่อไปนี้ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน

๓.๑.๕.๒.๑ ไม่สามารถแยกโรคกับภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดได้ (surgical condition)

๓.๑.๕.๒.๒ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน

๓.๑.๕.๒.๒ อาการรุนแรง เช่น ไข้สูง คลื่นไส้อาเจียนมาก

๓.๑.๕.๒.๔ โรคดำเนินต่อจนกลายเป็นฝีบริเวณปีกมดลูก

๓.๑.๕.๒.๕ ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบระหว่างการตั้งครรภ์

๓.๑.๕.๒.๖ ไม่สามารถทนผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานได้

การรักษาโรคอุ้งเชิงกรานอักเสบ (PID) คือ การรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างครบตามกำหนด โดยแพทย์จะสั่งยาปฏิชีวนะหลายชนิดร่วมกันเพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ในกรณีมีอาการไม่รุนแรง อาจรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน แต่ถ้าอาการรุนแรง ตั้งครรภ์ หรือมีภาวะแทรกซ้อน อาจต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ สิ่งสำคัญคือต้อง รักษาคู่นอนด้วยเสมอ และ งดการมีเพศสัมพันธ์ จนกว่าจะหายขาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (วารสาร ชูช่วย. ๒๕๖๐)

๓.๑.๖ การรักษา

๓.๓.๖.๑ ยาปฏิชีวนะ เป็นหัวใจหลักของการรักษา

๓.๓.๖.๑.๑ ยาแบบรับประทาน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการน้อยถึงปานกลาง โดยทั่วไปจะให้รับประทานยาปฏิชีวนะหลายชนิดร่วมกัน เป็นเวลา ๑๔ วัน เพื่อให้การติดเชื้อหายขาด

๓.๓.๖.๑.๒ ยาทางหลอดเลือดดำ (IV) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดท้องรุนแรง ไข้สูง มีฝีหนอง หรือตั้งครรภ์

๓.๓.๖.๒ การรักษาอาการปวด สามารถรับประทานยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอล หรือไอบูโพรเฟน เพื่อบรรเทาอาการ

๓.๑.๗ สิ่งที่ต้องปฏิบัติ

๓.๑.๗.๑ รับประทานยาปฏิชีวนะให้ครบ แม้ว่าอาการจะเริ่มดีขึ้นแล้วก็ตาม การรับประทานยาจนครบตามที่แพทย์สั่งเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

๓.๑.๗.๒ รักษาสุขอนามัยของคู่นอน คู่นอนต้องได้รับการรักษาด้วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ หรือแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่น

๓.๑.๗.๓ งดการมีเพศสัมพันธ์ งดการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะรักษาหายขาด เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อและภาวะแทรกซ้อน

๓.๑.๗.๔ พบแพทย์เพื่อติดตามผล ควรไปพบแพทย์ตามนัด เพื่อดูการตอบสนองต่อยา หากอาการไม่ดีขึ้น อาจต้องปรับเปลี่ยนการรักษาหรือรับการรักษาในโรงพยาบาล

๓.๒ ความรู้ ทฤษฎี ทางกายภาพ ได้แก่ กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, ๑๙๙๔) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติพิจารณาจากการเปรียบเทียบมาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์ของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายใน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจากค่าปกติของสารเคมีต่างๆ ในเลือดโดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย ๑๑ ด้าน ดังนี้ (Potter & Perry, ๒๐๒๑)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจำกัด เจ็บใจ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติ และขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมอง(ความคิด)ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า การกินอาหารขยะ เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ขนมก๊อบก๊อบ การกินไม่เป็นเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องกิน เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ฯลฯ ตลอดจนความรู้สึกรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถกินอาหารที่ตนเองเคยชอบ หรือไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการกินได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวล กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น เกรงจะถูกตำหนิ)

น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมา Body mass index (ค่าปกติผู้หญิง ๑๘ - ๒๔ kg/m^๒, ผู้ชาย ๒๐ - ๒๗ kg/m^๒) ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร (ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผม เล็บ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กดเจ็บหรือไม่ ต่อม้ำเหลือง ต่อมไทรอยด์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อ

แก้ไข้ปัญหา

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย (ตรวจห้อง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนักและการทำงานของลำไส้)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ มุมมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเหงื่อออกเป็นการออกกำลังกายในมุมมองของเขา ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจนจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ผลการตรวจร่างกายระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด) ผลการตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรก็ครั้ง/นาที จังหวะ เสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท่าไร สีผิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่) ผลการตรวจร่างกายระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวการทรงตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน(Relax)ของผู้รับบริการ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรม การผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น)

การสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญหาและการรับรู้

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ)

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา/ลักษณะการตอบโต้/การใช้ภาษา/การได้ยิน/การมองเห็น/การได้กลิ่น/การสัมผัส/อาการเหน็บชา/เจ็บปวด/ระดับความรู้สึกตัว/Nuerological signs/Reflex

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯ ทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวังสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สิ้นหนาท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนใน

ครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารักษาที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรม พบปะกับบุคคลอื่นการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่นี้ใครรับผิดชอบงานในบ้านแทนคุณ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยครั้งนี้)การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง และคู่ของตนเองเพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่ตั้งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร) เพศหญิง (ประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่ม หรือไม่ การคุมกำเนิด)เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ใส่เลื่อน มีก้อน/ตุ่ม หรือไม่)พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตจากปฏิกิริยา ท่าทาง การแต่งกาย คำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ)ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ (เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิงตรวจเต้านม และอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ)

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตราย การงดเว้นของแสลงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆที่เชื่อว่าจะทำให้อาการหรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้นต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่น่าสนใจ เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานถึงอุบัติการณ์ของโรคที่ชัดเจน แต่ในต่างประเทศได้มีการเก็บข้อมูลพบว่า ในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบถึงปีละ ๑๐๖,๐๐๐ ราย และมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงปีละ ๖๐,๐๐๐ ราย ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบมักพบในหญิงวัยเจริญพันธุ์มากกว่า แต่พบน้อยในสตรีตั้งครรภ์ สตรีวัยก่อนมีระดู สตรีวัยหลังหมดระดู และสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) หมายถึง ภาวะที่มีการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์เพศหญิงส่วนบน อันได้แก่ มดลูก (endometritis) ท่อนำไข่ (salpingitis) รังไข่ (oophoritis) และเยื่อช่องท้องในอุ้งเชิงกราน (pelvic peritonitis)

การเกิดภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบมักเกิดจากการติดเชื้อจากระบบสืบพันธุ์เพศหญิงส่วนล่างขึ้นสู่ส่วนบนเท่านั้น โดยปกติปากมดลูกจะมีหน้าที่ป้องกันไม่ให้เชื้อโรคเคลื่อนตัวสู่ระบบสืบพันธุ์เพศหญิงส่วนบน ทำให้ระบบสืบพันธุ์เพศหญิงส่วนบนเป็นบริเวณที่ปลอดเชื้อโรค แต่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือการทำหัตถการผ่านทางช่องคลอดและปากมดลูก จะทำให้เชื้อโรคสามารถเคลื่อนตัวสู่ระบบสืบพันธุ์เพศหญิงส่วนบน และก่อให้เกิดภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๓)

ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบยังสามารถพบได้ในหญิงที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่อุบัติการณ์ค่อนข้างน้อยในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนว่า เพราะเหตุใดเชื้อประจำถิ่นในช่องคลอดจึงก่อโรคในเฉพาะหญิงบางรายเท่านั้น แต่จากการศึกษารายงานว่า ปัจจัยที่มีผลคือ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ที่มีผลต่อภูมิบริเวณปากช่องคลอด และปัจจัยในด้านจำนวนของเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ให้บริการจำนวนเตียง ๑,๒๓๘ เตียง จากงานสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่นปีงบประมาณ ๒๕๖๔ พบผู้ป่วยมีภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) เป็นผู้ป่วยนอก ๕๙๓ ราย จากจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด ๓๔,๙๐๒ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑.๗๐ เป็นผู้ป่วยใน ๑๗๒ รายจากผู้ป่วยในทั้งหมด ๒,๖๔๓ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๖.๕๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นผู้ป่วยนอก ๖๔๗ ราย จากจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด ๓๖,๘๔๑ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑.๗๖ เป็นผู้ป่วยใน ๑๘๓ รายจากผู้ป่วยในทั้งหมด ๒,๕๗๕ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๗.๑๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เป็นผู้ป่วยนอก ๑,๐๘๘ ราย จากจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด ๓๗,๐๘๕ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๒.๙๓ เป็นผู้ป่วยใน ๑๙๒ รายจากผู้ป่วยในทั้งหมด ๓,๑๑๔ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๖.๑๗ (ข้อมูลจากงานสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น ณ วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๗) จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) มีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ทั้งใน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

เมื่อผู้ป่วยมาด้วยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะสืบเนื่องที่เป็นอันตรายหรือปัญหาเรื้อรังแก่ผู้ป่วยในระยะสั้น ได้แก่ การแตกของกอนฟีหนอง และการติดเชื้อของผิวหนัง ส่วนในระยะยาวภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ การกลับมาเป็นซ้ำ การปวดท้องน้อยเรื้อรัง ภาวะมีบุตรยาก และการตั้งครรภ์นอกมดลูก ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินระยะแรกเพื่อการดูแลรักษาให้ทันเวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

จากการศึกษาที่ผ่านมารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) ในโรงพยาบาล มีแนวความคิดพัฒนางานและแนวทางการปฏิบัติอย่างเห็นได้ชัดเจน อาทิ เช่น แนวทางการป้องกันการเกิดโรค การส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และการฟื้นฟูสภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ โดยการปรับรูปแบบการทำงานตามสาขา เป็นการทำงานกลุ่มตามความเชี่ยวชาญในสาขา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม การพัฒนาระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยและการดูแลรักษาไปยังโรงพยาบาลชุมชน ในเครือข่าย ให้มีความปลอดภัยและลดขั้นตอนในการประสานงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อคัดกรอง วินิจฉัย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยที่มีภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) พัฒนางานคุณภาพการรักษา และเพิ่มความเชี่ยวชาญให้มีความก้าวหน้าทันสมัย ทั้งนี้ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการติดต่อสื่อสาร ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดทำเครื่องมือ การถ่ายทอดความรู้โรค การเฝ้าระวังภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (P.I.D.) และการดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผ่านการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยในการป้องกันดูแลอีกช่องทาง เพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการสื่อสาร ส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๓)

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (P.I.D.)

๔.๓ เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (P.I.D.)

๔.๔ สรุปสาระสำคัญ (ให้บรรยายสรุปอาการ อาการแสดงการตรวจรักษา และการพยาบาลที่ได้รับตั้งแต่ได้รับการจำหน่ายและวินิจฉัยการพยาบาล)

ผู้ศึกษาได้ศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (P.I.D.)

รายละเอียดดังนี้

๔.๔.๑ ข้อมูลประวัติสุขภาพ

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ ๐๓/๐๓/๖๘ - ๐๕/๐๓/๖๘ HN ๖๓-๐๕๐๖๕๒ AN ๖๘-๑๕๐๒๕

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๑๗ ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา อยู่ระหว่างศึกษามัธยมศึกษาปีที่๕ อาชีพ นักเรียน ภูมิลำเนา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น การวินิจฉัยแรกเริ่ม Acute Pelvic inflammatory disease

ประวัติการผ่าตัด ไม่มี

การแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรทอง

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ปวดท้อง ๑๖ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๑๖ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านล่างข้างซ้าย ระดับคะแนน ๗-๘ คะแนน เป็นๆ หายๆ ร่วมกับมีไข้ ปัสสาวะแสบขัด ตกขาวผิดปกติมีสีเหลือง คันช่องคลอด กินยาธาตุน้ำขาวอาการไม่ดีขึ้น ปวดมากเวลาขยับตัว มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดร่วมกับตกขาวสีเหลือง ปริมาณไม่เยอะ ใช้ผ้าอนามัย ๒ แผ่นไม่ชุ่ม อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว บุคคลอื่นในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง

ข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่าย

ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยมีมาด้วยอาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านล่างข้างซ้ายร่วมกับมีไข้ อุณหภูมิแรกเริ่ม ๓๘.๑ องศาเซลเซียส ปัสสาวะแสบขัด ตกขาวผิดปกติมีสีเหลือง คันช่องคลอด แพทย์วินิจฉัย Acute Pelvic inflammatory disease ผู้ป่วยได้ให้ยาฆ่าเชื้อคือ Ceftriaxone ๒ กรัม วันละ ๑ ครั้ง และ Metronidazole ๘๐๐ mg ทุก ๘ ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ และได้รับคำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้อง กล่าวคือ ผู้ป่วยควรรับประทานยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดจนครบกำหนด ห้ามหยุดยาเองแม้อาการจะดีขึ้น และควรงดการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะหายขาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจาก ผู้ป่วยได้ยาากินกลับบ้าน เป็นยา Metronidazol ต่อเนื่อง ๒ เม็ด ๓ เวลา หลังอาหาร พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง ปวดท้องน้อยรุนแรง ตกขาวมีกลิ่นเหม็น หรือมีเลือดออกผิดปกติ หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติดังกล่าว ควรรีบมาพบแพทย์ทันที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว พร้อมให้กำลังใจให้คำแนะนำและสนับสนุนด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ

๔.๕ สรุปผลการศึกษา (สรุป Case กรณีศึกษา)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่องดี มาด้วยอาการปวดบริเวณท้องน้อยด้านข้างซ้ายร่วมกับมีไข้ อุณหภูมิแรกรับ ๓๘.๑ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๑๘-๒๐ ครั้งต่อนาที, O₂ sat ๙๘-๑๐๐% ไม่พบภาวะขาดออกซิเจน มีปัสสาวะแสบขัด ตกขาวผิดปกติมีสีเหลือง คันช่องคลอด

วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ยังมีไข้อยู่ อุณหภูมิ ๓๗.๖ องศาเซลเซียส ยังมีอาการปวดท้องน้อย PS ๘/๑๐ คะแนน ปัสสาวะแสบขัดสีขุ่น แพทย์ให้คาน้ำดอาหาร ให้ยาแก้ปวด เป็น Pethidine ๒๕ mg ทางหลอดเลือดดำทันที ให้น้ำเกลือเป็น Aceter ๑,๐๐๐ ml ทางหลอดเลือดดำ rate ๑๒๐ ml/hr และให้ยาฆ่าเชื้อเป็น Ceftriaxone ๒ กรัม วันละ ๑ ครั้ง และ Metronidazole ๘๐๐ mg ทุก ๘ ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการต่ออย่างใกล้ชิด ประเมินความปวดทุก ๒-๔ ชั่วโมง และแนะนำการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาลหลีกเลี่ยงการสวนล้างช่องคลอด เพราะจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๒ องศาเซลเซียส ยังมีอาการปวดท้องน้อย PS ๖/๑๐ คะแนน มีเลือดออกเล็กน้อยเวลาทำความสะอาด ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ยังมีตกขาวสีเหลือง แพทย์พิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อตาม Order เดิม สังเกตอาการต่อเนื่อง

วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี ไม่มีไข้อยู่ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ไม่มีปวดท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีอาการคันตามช่องคลอด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้โดยให้ยาฆ่าเชื้อ กลับไปกินต่อบ้าน เป็น Metronidazol ต่อเนื่อง ๒ เม็ด ๓ เวลา หลังอาหาร แต่ผู้ป่วยมีมีอาการวิตกกังวลเล็กน้อย ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังกลับบ้าน พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะโปรตีน วิตามิน และดื่มน้ำให้เพียงพอ หากมีอาการ ปวดท้องน้อย สามารถประคบอุ่น เพื่อบรรเทาอาการปวดได้ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง ปวดท้องรุนแรงขึ้น ตกขาวมีกลิ่นเหม็น เลือดออกผิดปกติ ให้รีบพบแพทย์ ผู้ป่วยรับทราบ คลายความวิตกกังวลลง พร้อมดูแลตัวเองต่อเนื่องที่บ้าน

๔.๖ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๑ ราย
๒. รวบรวมข้อมูลที่เป็นเอกสาร ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ นำมาวางแผนโดยการใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทางด้าน ร่างกาย จิตสังคมและบริบทที่เกี่ยวข้อง
๖. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้
๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะในการพยาบาล
๘. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล การให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ นำมาเรียบเรียง ตรวจสอบคุณภาพผลงาน จัดพิมพ์รูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ผลกระทบ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณคือผลงานที่เห็นจากการปฏิบัติผลสำเร็จเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการ : การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบ (Pelvic inflammatory disease PID) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลภายหลังการดูแล อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐-๓๐

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ คือตอบสนองยุทธศาสตร์ใด ความพึงพอใจ ลดค่าใช้จ่ายลดคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจตามทฤษฎีการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล

๕.๒.๒ ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบและแผนการรักษาของแพทย์

๕.๒.๓ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเกี่ยวกับเรื่องโรคการรักษาพยาบาล ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในภาวะวิกฤติ และมีความพร้อมในการดูแลตนเองสามารถปรับตัวไป ดำเนินชีวิต ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมป้องกันการเกิดเป็นซ้ำได้

๕.๒.๔ ผู้ป่วยกรณีศึกษาไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบ มีการพัฒนารูปแบบ การวางแผนการจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบ เพื่อพัฒนาตนเองและหน่วยงานโดยการศึกษาหาความรู้ และประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยและใช้เป็นแนวทางในการปฐมนิเทศ พยาบาลสำเร็จใหม่หรือผู้สนใจในการศึกษาดูงานผู้รับบริการถูกต้อง ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพและปลอดภัย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) มีความสำคัญมาก เนื่องจากมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ จำเป็นต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้รับผิดชอบต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะ ตลอดจนเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค อาการ และอาการแสดง การประเมินสภาวะทั้งในระยะแรกรับ ระหว่างดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ซึ่งจะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมาเป็นซ้ำ ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการพยาบาลที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป โดยใช้บทบาทโดยตรงของพยาบาลในการทำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล ๗ ด้าน มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การประเมินอาการผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ การจัดการอาการ รบกวนต่าง ๆ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การดูแลรักษา ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายบริการสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และตลอดจนได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ภาวะอึ่งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและ แต่ละราย อาจมีอาการหรืออาการแสดงต่างกัน ถ้าไม่ได้มีการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยอาจเข้าสู่ภาวะวิกฤติได้ พยาบาลควรประเมินอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

๘.๒ การอธิบายกับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยในช่วงแรก ญาติจะยังไม่เข้าใจ เนื่องจากยังมีความกลัวและวิตกกังวลอยู่ จำเป็นต้องพูดคุยกับญาติในเรื่องเดิมซ้ำๆจนญาติคลายกังวลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรได้รับการอบรมหรือศึกษาเฉพาะทาง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

๒. พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ โดยตระหนักและเห็นความสำคัญในการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและภายหลังกลับบ้าน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ในหน่วยงาน วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.

๑๑. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวรุ่งทิวา สมสมัย สัตว์ส่วนผลงานร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางสาวรุ่งทิวา สมสมัย)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(วันที่) 30 / มี ค / ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางสาวรุ่งทิวา สมสมัย	รุ่งทิวา สมสมัย

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ดิเรกดี ใจใส
(..... นิภาดี ปิตารณ)
..... สถาบันราชภัฏรำไพพรรณี

(ตำแหน่ง)

(วันที่) 30 / มีค / 2569

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) [ลายมือชื่อ]
(..... (พัชราภรณ์ เจริญธรรมกิจ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 30 / มีคม / ๒๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) [ลายมือชื่อ]
(..... (นางพินิจ ใจอมเพชร))
(..... พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 8 / พฤษ / ๖๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) [ลายมือชื่อ]
(..... (นายธนสิทธิ์ ไพรพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 27 เม.ย. 2569

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
๒. **หลักการและเหตุผล** ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) ในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานถึงอุบัติการณ์ของโรคที่ชัดเจน แต่ในต่างประเทศได้มีการเก็บข้อมูลพบว่า ในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบถึงปีละ ๑๐๖,๐๐๐ ราย และมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงปีละ ๖๐,๐๐๐ ราย ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบมักพบในหญิงวัยเจริญพันธุ์มากกว่า แต่พบน้อยในสตรีตั้งครรภ์ สตรีวัยก่อนมีระดู สตรีวัยหลังหมดระดู และสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๖๕)

โรงพยาบาลขอนแก่น ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช เป็นหน่วยงานบริการผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยเฉพาะทางสำหรับสตรี โดยข้อมูลจากงานสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เป็นจำนวน ๓,๐๓๒ คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นจำนวน ๒,๙๕๐ คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เป็นจำนวน ๓,๓๙๐ คน ทั้งนี้การบริการมีทั้ง ป้องกัน รักษา และเสริมสร้างสุขภาพ ของสตรี ในแต่ละช่วงอายุ ตั้งแต่วัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ จนถึงวัยหมดประจำเดือน รวมถึงสตรีที่มีอาการผิดปกติต่างๆ อาทิเช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะติดเชื้ออุ้งเชิงกราน เป็นต้น ซึ่งแต่ละอวัยวะส่วนที่มีความสำคัญและมีความซับซ้อนในร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติในอวัยวะส่วนใดจะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ การทำงานและการเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับตำแหน่งของพยาธิสภาพของโรคได้ ผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) จากข้อมูลสถิติ พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ทั้งใน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย อาจเนื่องมาจากสภาพสังคมในปัจจุบันมีความเจริญทางด้านวัตถุและเทคโนโลยีมากขึ้น จากข้อมูลข้างต้นที่กล่าวมา ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) สามารถกลับเป็นซ้ำได้ง่าย เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในระยะสั้น และ ระยะยาว ทั้งนี้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ รักษาที่อวัยวะที่อักเสบ ให้หายจากการติดเชื้อ ให้อวัยวะนั้นคงสภาพและทำหน้าที่ได้ตามปกติ

ดังนั้นด้วยเหตุข้างต้น ผู้จัดทำเล็งเห็นว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการป้องกันการเกิดซ้ำ ส่งผลให้เกิดการรักษาไม่ครบถ้วน การกลับมาเป็นซ้ำ และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ขณะเดียวกันรูปแบบการให้สุขศึกษาด้วยวิธีการสื่อสารแบบเดิมอาจมีข้อจำกัดด้านเวลา ความต่อเนื่อง และการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ปัจจุบันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว สะดวก และต่อเนื่อง การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสม สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วย เพิ่มความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสนับสนุนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน

ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ลดอัตราการเกิดโรคซ้ำ และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบ (Pelvic Inflammatory Disease: PID) ที่ให้เห็นว่าหัวใจสำคัญของการพยาบาลไม่ได้จำกัดเพียงการบริหารยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อขจัดเชื้อจุลชีพเท่านั้น แต่คือการใช้สมรรถนะการพยาบาลขั้นสูงในการเฝ้าระวังพยาธิสภาพที่ลุกลาม ซึ่งอาจก่อให้เกิดพังผืดในช่องท้องและท่อ นำไข่อุดตัน อันเป็นสาเหตุหลักของการปวดท้องน้อยเรื้อรัง การตั้งครรภ์นอกมดลูก และภาวะมีบุตรยากในอนาคต โดยกระบวนการพยาบาลต้องบูรณาการแนวความคิดการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติกายจิตสังคม ผ่านการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อลดตราบาปทางสังคม (Social Stigma) ที่มีมากับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลประวัติเสี่ยงและการนำคู่นอนเข้าสู่ระบบการรักษา นอกจากนี้ ยังสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการสอนสุขศึกษาเชิงรุกที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนและการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (Re-infection) โดยต้องคำนึงถึงบริบทความพร้อมของผู้ป่วยและระบบสนับสนุนทางสังคม เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลจากเพียงการรักษาในระยะเฉียบพลันสู่การส่งเสริมสุขภาพะเจริญพันธุ์ในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๒ แนวความคิด แนวความคิดเชิงวิชาการในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบ (PID) เป็นการบูรณาการ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) เพื่อมุ่งเน้นการจัดการภาวะพร่องในการดูแลตนเองที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ โดยพยาบาลทำหน้าที่ประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนจากสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) กับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งในระยะเฉียบพลันที่มีความเจ็บปวดรุนแรง พยาบาลจะใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดหรือบางส่วนเพื่อควบคุมการติดเชื้อ บรรเทาอาการ และที่สำคัญคือการเปลี่ยนผ่านสู่ "ระบบสนับสนุนและให้ความรู้" (Supportive-Educative System) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการบริหารยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง การสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการมีบุตรยาก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (Re-infection) รวมถึงการสื่อสารเพื่อนำคู่นอนเข้าสู่กระบวนการรักษา อันเป็นการลดช่องว่างของความพร่องในการดูแลตนเองและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตทางเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์และพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

๓.๓ ข้อเสนอแนะและข้อจำกัด พยาบาลควรเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นเพียงผู้ให้การรักษาตามอาการ (Symptomatic care) ไปสู่การเป็น "ผู้ประคับประคองและเสริมพลังอำนาจ" (Empowerment support) โดยเน้นการสร้างระบบการติดตามผลการรักษาที่เป็นรูปธรรม (Follow-up system) เช่น การใช้ Tele-nursing เพื่อประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาและอาการแทรกซ้อนหลังจำหน่าย และควรจัดทำสื่อการสอนที่เข้าถึงง่ายและเป็นส่วนตัว (Privacy-oriented materials) เพื่อลดความเขินอายในการรับข้อมูลเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และเป็นอุปสรรคสำคัญคือ "ความซับซ้อนของปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม" ของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งมักพบปัญหาการเข้าถึงคู่นอน (Partner notification) ทำให้เกิดวงจรการติดเชื้อซ้ำ (Re-infection) แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนหายดีแล้วก็ตาม รวมถึงข้อจำกัดด้านทัศนคติของผู้ป่วยต่อการตรวจภายในและการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งมักถูกมองข้ามเมื่ออาการปวดในระยะเฉียบพลันบรรเทาลง

ข้อจำกัดในเรื่องของ "ความต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล" ในกรณีที่ผู้ป่วยเปลี่ยนสถานที่รักษา ทำให้การประเมินประวัติการติดเชื้อในอดีตไม่สมบูรณ์ ส่งผลต่อการวินิจฉัยภาวะพังผืดหรือภาวะมีบุตรยากที่แม่นยำ ดังนั้น แนวทางแก้ไข ที่ควรมีการพัฒนาาระบบเครือข่ายส่งต่อข้อมูลและการรักษาคู่นอนที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Partner Management Protocol) ควบคู่ไปกับการสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยถึงผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพะเจริญพันธุ์มากกว่าเพียงการหายจากอาการปวดชั่วคราว รวมถึงการฝึกทักษะการสื่อสารเชิงลึกสำหรับพยาบาลเพื่อคลายกำแพงความลับระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะ

ช่วยให้การดูแลพยาบาลครอบคลุมทุกมิติและลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในอนาคตได้อย่างแท้จริง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ Pelvic inflammatory disease (PID) ในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
- ๒) บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีความรู้สามารถ ให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยได้
- ๓) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
- ๔) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจถึงการถึงการปฏิบัติตัว และสามารถกลับไปดูแลตนเอง รวมถึงเฝ้าระวังอาการข้างเคียงต่อที่บ้านได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ > ๘๕
- ๒) ร้อยละการRe-admission < ๕
- ๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถระบุนอาการผิดปกติและมาพบแพทย์ได้ทันท่วงที

(ลงชื่อ) อรุณีทิพย์ สมสมัย
(นางสาวรุ่งทิภา สมสมัย)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(วันที่) 30 / มีค / ๒๕๖๙
ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม : กรณีศึกษา

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 13 กุมภาพันธ์ 2568 – 30 ธันวาคม 2568

กิจกรรม	13 ก.พ.-17 ก.พ. 68	18 ก.พ. -30 ธ.ค. 68
2.1 เลือกเรื่องที่จะทำกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 ราย	←→	
2.2 รวบรวมเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการใช้จ่ายและสารเสพติด รวมทั้งประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย	←→	
2.3 ศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจพิเศษ และแผนการรักษาของแพทย์	←→	
2.4 ศึกษาและค้นคว้าตำรา บทความ วิชาการ งานวิจัย แนวทางการรักษาและการพยาบาล รวมทั้งขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา	←→	
2.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และวางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล	←→	
2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลให้ครอบคลุมตามที่ได้วางแผนไว้	←→	
2.7 สรุปการปฏิบัติการพยาบาล	←→	
2.8 รวบรวมข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามา วิเคราะห์และเปรียบเทียบกับทฤษฎี		←→

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กิจกรรม	13 ก.พ.-17 ก.พ. 68	18 ก.พ. -30 ธ.ค. 68
2.9 เรียบเรียงและเขียนสรุปรายงาน รวมทั้งจัดพิมพ์เพื่อส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของรายงาน		←————→
2.10 แก้ไขรายงานตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ		←————→

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 การทบทวนวรรณกรรม

3.1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว

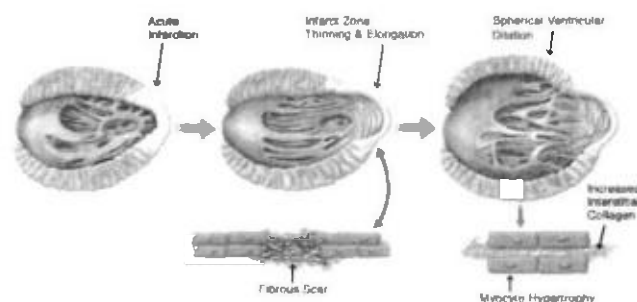
พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลวได้มีการสมมติฐานไว้หลายสมมติฐาน ได้แก่

3.1.1.1 ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการขับเกลือและน้ำ (edematous disorder) ทำให้เกิดการคั่งของน้ำและเกลือ (Gardetto, Greaney & Arai, 2015, อ้างถึงใน ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.1.2 ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติทางการไหลเวียนโลหิต (hemodynamic disorder) ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดและการเพิ่มขึ้นของระบบการต้านทานของหลอดเลือด (systemic vascular resistance) และการลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac output) (Gardetto, Greaney & Arai, 2015, อ้างถึงใน ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.1.3 ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทและฮอร์โมน (neurohormonal disorder) ทำให้เกิดการกระตุ้น renin-angiotensin-aldosterone system และ sympathetic system (Gardetto, Greaney & Arai, 2015, อ้างถึงใน ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.1.4 ภาวะที่มีการอักเสบเรื้อรัง (inflammatory syndrome) เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของระดับ inflammatory cytokines ในกระแสเลือดและในเนื้อเยื่อ เช่น tumor necrotic factors (TNP), interleukin-1 (IL-1), ภาวะที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial disease) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขนาดและการทำงานของหัวใจ (cardiac remodeling) (Gardetto, Greaney & Arai, 2015, อ้างถึงใน ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562) ดังภาพที่ 1



3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ภาพที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจ (cardiac remodeling)

ที่มา: (Marvin A, Konstam et al. JIMG 2011, อ้างถึงใน ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

จากข้อมูลของการศึกษาต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถอธิบายด้วยกลไกอย่างใดอย่างหนึ่งได้ แต่ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นแบบอาการที่แย่ง (progressive disease) จากการมีปัจจัยเสี่ยง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหัวใจ เกิดอาการและอาการแสดง จนถึงเสียชีวิต โดยการเปลี่ยนแปลงของหัวใจเกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติ (index events) ที่ทำให้เกิดการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจ โดยอาจเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) หรือเกิดแบบช้าและเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ (chronic progressive course) เช่น กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากโรคทางพันธุกรรม โรคเส้นหัวใจรั่วที่ทำให้หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้นจากการมีปริมาณเลือดในหัวใจมากเกินไป (hemodynamic load) เป็นระยะเวลานาน ทำให้การทำงานของหัวใจลดลง ร่างกายจะมีกระบวนการที่พยายามรักษาปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกาย เรียกว่า compensatory mechanism โดยมีการกระตุ้นระบบประสาทและฮอร์โมน (neurohormonal system) โดยระบบที่สำคัญ คือ ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic system) และระบบ renin-angiotensin-aldosterone system โดยในระยะแรกจะช่วยรักษาระดับปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ จากการเพิ่มปริมาณพลาสมา (plasma volume) เพิ่มการบีบตัวของหัวใจ และเพิ่มระดับความดันโลหิตจากการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการหัวใจล้มเหลว แต่ในระยะยาวจะทำให้เกิดภาวะหัวใจโตและมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจนถึงระดับโมเลกุล (cardiac remodeling) ทำให้การทำงานของหัวใจลดลงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562) ดังภาพที่ 2



3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ภาพที่ 2 แสดงพยาธิการเกิดโรคตั้งแต่การมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การทำงานของหัวใจลดลงและการกระตุ้น neurohormonal system ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างจนถึงระดับโมเลกุลและทำให้เกิดอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว

ที่มา: (Konstam et al., 2011, อ้างถึงใน ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.2 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะหัวใจวาย (Heart failure) คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ทั้งร่างกายได้อย่างพอเพียง ส่งผลให้เกิดอาการที่สำคัญคือ อาการเหนื่อย ภาวะนี้เป็นผลมาจากการเป็นโรคต่างๆ อาการมีทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเรื้อรัง และอาจมีปัจจัยส่งเสริมต่างๆ ที่ทำให้อาการกำเริบขึ้นมาได้ หลักการรักษาคือ ต้องรักษาภาวะของหัวใจวายและรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ รวมถึงกำจัดปัจจัยส่งเสริมต่างๆ (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

โดยทั่วไป ภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถแบ่งได้หลายชนิด โดยแบ่งตามระยะเวลาที่มีอาการสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute heart failure) เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการเกิดขึ้นใหม่อย่างรวดเร็ว หรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่แต่กลับแย่ลงในเวลาไม่นาน ซึ่งมีผลต่อ hemodynamics (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

2) ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure) พบได้ในผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ก็ได้ แต่ในขณะที่ทำการวินิจฉัยผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวและ/หรือมีการทำงานที่ผิดปกติไปของหัวใจคงอยู่เป็นเวลานาน (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.3 อุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงานที่ในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยพยาธิสภาพส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง สาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงถึงร้อยละ 45 ของผู้ป่วย พบอายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 65 ปี พบในเพศชายและหญิงได้เท่ากัน และพบว่าโรคหัวใจล้มเหลวยังเป็นสาเหตุการตายของประชากร เป็นอันดับ 2 โดยมีสถิติการตายจากโรคหัวใจล้มเหลว ในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 27,346 28,956 และ 25,002 ราย ตามลำดับ โดยภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานที่ของหัวใจ การหายใจลำบาก จึงพบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 30 วัน ร้อยละ 13.8 ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย (สุธาทิพย์ วงษ์ศรีนาถ, 2566)

สำหรับประเทศไทย สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจอื่นซึ่งรวมภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้น จาก 4,634 คน (7.1 %) ในปี 2558 เป็น 7,605 คน (11.6 %) ในปี 2562 ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ประมาณปีละ 550,000 ราย และมีผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังประมาณ 5,000,000 ราย รวมทั้งมีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นจาก 30.7 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2012 เป็น 69.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2030 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หากมีการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ต้องกลับมาเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ตุ้มทอง โนดโธสง, 2567)

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษารวม 248, 278 และ 253 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต 11, 8 และ 15 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการภาวะพร่องออกซิเจน และผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมใน 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะอยู่รักษา และระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง จนมีความพร้อมในการจำหน่าย (ตุ้มทอง โนดโธสง, 2567)

3.1.4 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

3.1.4.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ทำให้เลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ผู้ป่วยมักจะมีประวัติเจ็บและแน่นหน้าอกนำมาก่อน (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.4.2 ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial disease) เช่น หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวลดลง (left ventricular systolic dysfunction) หรือกล้ามเนื้อหัวใจหนา (hypertrophic cardiomyopathy) (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.4.3 โรคลิ้นหัวใจต่าง ๆ เช่น โรคลิ้นหัวใจรั่ว โรคลิ้นหัวใจตีบ (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.4.4 ความดันโลหิตที่สูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวมากขึ้น และเกิดการทํางานล้มเหลว (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.4.5 โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจจะเต้นช้าเกินไปหรือเร็วเกินไป ทำให้หัวใจไม่สามารถ บีบเลือดได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.4.6 การได้รับยาหรือสารบางประเภทเกินขนาด เช่น โคเคน แอลกอฮอล์ การได้รับยาเคมีบำบัดบางชนิดที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง โรคที่มีโปรตีนชื่อ Amyloid เข้าไปสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจ (Amyloidosis) เป็นต้น (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

สาเหตุเหล่านี้ ทำให้หัวใจทำหน้าที่บีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ หากเกิดขึ้นเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงขึ้น แต่หากเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป หัวใจจะมีการปรับตัวให้สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้เพียงพอ โดยไม่ทำให้เกิดอาการ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจมีการขยายขนาดให้หนาขึ้น เพื่อให้มีแรงบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น เป็นต้น แต่หากมีปัจจัยส่งเสริมบางอย่างที่ทำให้อวัยวะต่าง ๆ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ต้องการเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ผู้ป่วยก็จะเกิดอาการของหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันขึ้นมาได้ (ภาวิโล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.5 ปัจจัยของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่

3.1.5.1 การติดเชื้อโรคต่าง ๆ

3.1.5.2 ภาวะโลหิตจาง (ภาวะซีด)

3.1.5.3 ไทรอยด์เป็นพิษ (ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ)

3.1.5.4 การตั้งครรภ์

3.1.5.5 ความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน (เช่น พบในผู้ที่หยุดกินยารักษาความดันโลหิตสูง

กะทันหัน)

3.1.5.6 การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (ภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ)

3.1.5.7 การกินอาหารที่มีโซเดียม เกลือแกง อาหารเค็มมากเกินไป

3.1.5.8 การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดมากเกินไป

3.1.5.9 สภาพแวดล้อมของอากาศที่ร้อนเกินไป (โรคลมแดด) หรือหนาวจัดเกินไป

3.1.5.10 การขาดยา (poor compliance)

3.1.5.11 การรับประทานยาที่กระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (เช่น NSAIDs)

3.1.5.12 อารมณ์โกรธหรือเสียใจที่รุนแรงด้วย

3.1.5.13 ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) เช่น myocardial

ischemia induced heart failure (ภาวิโล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

เนื่องจากการรักษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจากสาเหตุต่าง ๆ มีความแตกต่างกัน เช่น การผ่าตัดแก้ไขในกรณีที่เกิดจากลิ้นหัวใจตีบหรือลิ้นหัวใจรั่ว ดังนั้นการวินิจฉัยถึงสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (ภาวิโล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.6 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

3.1.6.1 อาการเหนื่อย หายใจลำบาก (Dyspnea) ในช่วงแรกของการเกิดภาวะนี้ อาการเหนื่อยจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อออกแรงทำงาน ทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือออกกำลังกาย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องสังเกตความเปลี่ยนแปลงของตนเอง เนื่องจากความรู้สึกเหนื่อยของแต่ละคนเมื่อออกแรงทำกิจกรรมเดียวกันอาจไม่เท่ากัน แต่เมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ อาการเหนื่อยก็จะเป็นมากขึ้นจนกระทั่งทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา เช่น กวาดบ้าน อาบน้ำ กินข้าว ก็จะเหนื่อยง่ายจนผิดสังเกตและเมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรงมาก ผู้ป่วยก็จะรู้สึกเหนื่อยแม้ว่ากำลังนั่งเฉย ๆ ก็ตาม อาการเหนื่อยเหล่านี้เกิดจากการที่หัวใจบีบเลือดออกไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เต็มที่ เลือดจึงคั่งอยู่ในหลอดเลือดของปอด ทำให้ค่าความดันของหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดดำเล็ก ๆ ในปอดเพิ่มขึ้น น้ำจากหลอดเลือดปอดเหล่านี้จึงซึมออกมาและเข้าไปอยู่ในถุงลม ทำให้ถุงลมของปอดมีน้ำคั่งเรียกว่า ภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) การแลกเปลี่ยนก๊าซจึงลดลง ผู้ป่วยจึงรู้สึกเหนื่อย อีกทั้งการที่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

หัวใจส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ซึ่งรวมไปถึงกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจเข้าออก ก็มีส่วนทำให้รู้สึกเหนื่อยด้วยเช่นกัน (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.6.2 อาการนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) ผู้ป่วยจะต้องใช้หมอนหนุนหลายใบเพื่อให้ศีรษะยกตัวสูงขึ้น ในรายที่อาการรุนแรงจะไม่สามารถล้มตัวลงนอนราบตามปกติได้ ต้องนอนหลับในท่านั่งเท่านั้น สาเหตุเกิดจากเมื่อนอนราบลง น้ำที่อยู่ในช่องว่างระหว่างเนื้อเยื่อและในหลอดเลือดของขาและช่องท้อง จะไหลเทกลับเข้าสู่หัวใจ แต่เนื่องจากหัวใจไม่สามารถบีบเลือดออกไปสู่ร่างกายได้เหมือนปกติเลือดจึงคั่งอยู่ในหลอดเลือดของปอดและทำให้เกิดอาการเหนื่อยตามมาดังได้กล่าวแล้วนั่นเอง อีกทั้งในท่านอน กะบังลมจะยกตัวสูง ทำให้ปริมาตรปอดลดลงด้วย อาการนี้มักจะปรากฏช้ากว่าอาการเหนื่อย (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.6.3 อาการเหนื่อยเฉียบพลันขณะหลับ (Paroxysmal nocturnal dyspnea) ขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับเป็นเวลาหลาย ๆ ชั่วโมง อยู่ ๆ ก็ตื่นขึ้นมากะทันหันเพราะรู้สึกเหนื่อย เหมือนคนกำลังจะจมน้ำหรืออาจตื่นขึ้นมาและมีอาการไอติด ๆ กัน (Nocturnal cough) จนผู้ป่วยต้องลุกขึ้นนั่งห้อยขาหรือเดินเพื่อให้อาการเหนื่อยหรือไอบรรเทาลง สาเหตุเกิดจากขณะนอนหลับ ศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองจะทำงานลดลง ทำให้การหายใจช้าลง และระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมการบีบตัวของหัวใจก็ทำงานลดลงด้วย ซึ่งในคนปกติจะไม่ทำให้เกิดอาการใด ๆ แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ก็จะมีอาการเหนื่อยขึ้นมา อาการอ่อนเพลียอ่อนแรง เป็นอาการที่ไม่จำเพาะ เกิดจากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทั่วร่างกายลดลง (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.6.4 อาการที่เกิดจากน้ำคั่ง ได้แก่ น้ำที่คั่งในถุงลมของปอด หรือปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ทำให้เกิดอาการเหนื่อย และหากฟังเสียงปอดจะได้ยินเสียงผิดปกติ (Pulmonary rales) หรือ น้ำอาจเกิดการคั่งอยู่ในช่องหรือโพรงเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion: ภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด) ซึ่งก็ทำให้มีอาการเหนื่อยเช่นกัน น้ำอาจซึมออกมาจากหลอดเลือดดำในท้อง ทำให้เกิดมีน้ำในท้องขึ้น (Ascites: ท้องมาน) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องโต แน่นท้อง นอกจากนี้เนื้อเยื่อไตผิวหนังอาจเกิดน้ำคั่งทำให้เกิดอาการบวมได้ โดยเฉพาะบริเวณหน้าแข้งและข้อเท้า ซึ่งมักจะเป็นมากขึ้นในช่วงเย็น เมื่อผู้ป่วยเดิน ยืน หรือนั่งห้อยขามาตลอดทั้งวัน แต่หากเป็นผู้ป่วยที่นอนอยู่กับเตียง จะเห็นเนื้อเยื่อบริเวณก้นกบบวมแทน (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.6.5 อาการอื่น ๆ เช่น มีเสียงหัวใจเต้นผิดปกติ คือมีเสียงที่ 3 และ 4 เกิดขึ้น (เสียงหัวใจในคนปกติมีแค่ 2 เสียง) เรียกว่า S-3 หรือ S-4 gallop ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจพบความดันโลหิตระหว่างตัวบน (Systolic pressure) กับตัวล่าง (Diastolic pressure) มีค่าแคบลง หรืออาจจับชีพจรได้แรงกับเบาสลับกันไปอย่างสม่ำเสมอ เรียกว่า Pulsus alternans ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นเฉียบพลัน หรือมีอาการกำเริบขึ้นรุนแรง อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกหน้ามืด ใจ สั่นปากเขียว เล็บมือเขียว (ภาวะเขียวคล้ำ) เพราะเนื้อเยื่อต่าง ๆ ขาดออกซิเจนได้ (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3.1.7 การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวินิจฉัยหัวใจล้มเหลวควรประกอบด้วยอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับการตรวจพบลักษณะที่บ่งถึงโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติ โดยหลักการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน สามารถวินิจฉัยได้จาก

3.1.7.1 โรคที่เป็นต้นเหตุ

3.1.7.2 ปัจจัยส่งเสริม

3.1.7.3 อาการและอาการแสดง (ความผิดปกติที่แพทย์ตรวจพบ)

3.1.7.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ภาววิไล พัทธพงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

โดยในส่วนของเกณฑ์การวินิจฉัยกำหนดไว้ดังนี้ คือ ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงต่อไปนี้ ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป สามารถให้การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ คือ

- 1) อาการเหนื่อยเฉียบพลันขณะหลับ
- 2) หลอดเลือดดำที่คอโป่งพองหรือออกแรงกดหน้าท้องแล้วหลอดเลือดดำที่คอโป่งออก
- 3) ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงผิดปกติ
- 4) เอกซเรย์ปอดพบน้ำในถุงลม
- 5) เอกซเรย์ปอดพบหัวใจโต
- 6) ฟังเสียงหัวใจได้ยินเสียงผิดปกติ (S-3 gallop)
- 7) ตรวจวัดความดันของหลอดเลือดดำใหญ่ได้มากกว่า 16 เซนติเมตรน้ำ (American Association of Heart Failure Nurses, 2016, อ้างถึงใน ภาววิไล พัทธพงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงข้างต้น 1 ข้อ ร่วมกับอาการ ดังต่อไปนี้ 2 ข้อ สามารถให้การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ คือ

- 1) ขาหรือข้อเท้าบวม
- 2) หอบเหนื่อยเมื่อออกแรงทำงาน
- 3) มีอาการตื่นมาไอกลางคืน
- 4) ตับโต
- 5) หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที
- 6) เอกซเรย์ปอดพบน้ำในช่องหรือโพรงเยื่อหุ้มปอด
- 7) ตรวจสมรรถภาพปอดพบมีสมรรถภาพลดลงประมาณ 3 เท่าของคนปกติ
- 8) น้ำหนักลดตั้งแต่ 4.5 กิโลกรัมภายในระยะเวลา 5 วัน ภายหลังจากได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อ

รักษาอาการบวม (American Association of Heart Failure Nurses, 2016, อ้างถึงใน ภาววิไล พัทธพงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

1) ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray; CXR) เป็นการตรวจเพื่อยืนยันภาวะเลือดคั่งในปอด (pulmonary congestion) ภาวะที่มีความผิดปกติของหัวใจ และตรวจหาความผิดปกติที่อาจบ่งชี้ถึงโรคปอดที่เป็นสาเหตุของอาการเหนื่อย โดยลักษณะที่ตรวจพบในภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ Cardiomegaly โดยมีอัตราส่วนระหว่างหัวใจและช่องอก (Cardio-thoracic ratio) มากกว่า 0.5 แต่ในกรณีที่เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute Heart failure) ขนาดของหัวใจอาจไม่โตก็ได้ และ Pulmonary venous congestion โดยในภาวะความดันในปอดสูงเล็กน้อย (mild pulmonary venous hypertension) อาจไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ในภาวะความดันในปอดสูงปานกลาง (moderate pulmonary venous hypertension) จะพบลักษณะ cephalization of pulmonary vasculature คือ หลอดเลือดในปอดจะมีการเพิ่มปริมาณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณปอดด้านบน (upper lobe) มากกว่าปอดด้านล่าง (lower lobe) ซึ่งตรงข้ามกับภาวะปกติ บางครั้งเรียกว่า redistribution และในภาวะความดันในปอดสูงมาก (severe pulmonary venous hypertension) จะมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่น้ำท่วมเยื่อหุ้มช่องปอด (Interstitial pulmonary edema) จะพบว่า มี Kerle's B lines หรือมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ซึ่งพบในปอดข้างขวาบ่อยกว่าปอดข้างซ้าย และเมื่อรุนแรงขึ้นจะพบน้ำท่วมถุงลม (alveolar pulmonary edema) ซึ่งเห็นเป็นลักษณะทึบแสงเป็นหย่อม ๆ (patchy opacity) กระจายอยู่ทั่วไปบริเวณภายในปอด (inner lung zone) มากกว่าภายนอกปอด (outer lung zone) ให้ลักษณะเหมือนปีกค้างคาวหรือปีกผีเสื้อ (bat's wing or butterfly appearance) (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

2) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography) สามารถบอกถึงความผิดปกติของหัวใจ เช่น หัวใจโต (chamber enlargement) การมีกล้ามเนื้อหัวใจตายจาก pathological Q-wave หัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น atrial fibrillation ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของหัวใจล้มเหลว (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3) การตรวจเลือด

(1) Complete blood count (CBC) เพื่อตรวจหาภาวะซีด ซึ่งอาจทำให้มีอาการเหนื่อย และอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

(2) การทำงานของไต (Renal function) การตรวจ BUN, creatinine เพื่อประเมินการทำงานของไต ซึ่งการทำงานของไตที่ลดลงอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกินและมีอาการและอาการแสดงเหมือนภาวะหัวใจล้มเหลว และอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

(3) ระดับ natriuretic peptides ในกระแสเลือด (serum natriuretic peptides) สาร natriuretic peptides เป็นสารที่หลั่งออกจากหัวใจเมื่อเกิด wall stress โดยมีผลทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด (vasodilatation) ลดแรงต้านทานที่หลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular resistance) ยับยั้งการทำงานของระบบซิมพาเซติก (sympathetic activity) และการขับน้ำและเกลือออกจากร่างกาย โดยลดการดูด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กลับที่ได้ ซึ่งเป็นกลไกการชดเชย (compensatory mechanism) อย่างหนึ่ง โดย natriuretic peptides ที่สำคัญคือ A-type natriuretic peptides (ANP) และ B-type natriuretic peptides (BNP) แต่ที่ตรวจในทางคลินิก คือ BNP และ NT-pro BNP (N-terminal pro BNP) ซึ่งเป็น active และ inactive component ของ BNP ตามลำดับ การศึกษาในผู้ป่วยที่มาตรวัดที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการเหนื่อย พบว่าการใช้ระดับ BNP มีประโยชน์ในการแยกผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยจากหัวใจล้มเหลว ออก จากผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยจากสาเหตุอื่น เช่น โรคปอด โดยระดับ BNP หรือ NT-pro BNP จะมีระดับสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยจากหัวใจล้มเหลว ในขณะที่ระดับจะปกติในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตาม ระดับ natriuretic peptides อาจเพิ่มสูงขึ้นได้จากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ภาวะไตวายที่มีน้ำเกิน การติดเชื้อในกระแสเลือด จึงถือว่าเป็นการตรวจที่มีความไวสูง (negative predictive value สูง) แต่ความจำเพาะต่ำ เหมาะสำหรับใช้วินิจฉัยแยกภาวะหัวใจล้มเหลวออกไปในกรณีที่ระดับ natriuretic peptides อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ถ้าระดับสูงต้องหาภาวะอื่นร่วมด้วย (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

(4) การตรวจการทำงานของตับ (Liver function test) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีการทำงานของตับผิดปกติ เนื่องจากมีการคั่งของเลือดในตับ (hepatic congestion) และในผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง (cirrhosis) อาจมีอาการบวมและเหนื่อยง่าย (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

(5) การทำงานของต่อมไทรอยด์ (Thyroid function test) ในกรณีที่มีอาการบ่งชี้เช่น หัวใจเต้นเร็ว ต่อมไทรอยด์โต มือสั่น น้ำหนักลด เนื่องจากภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มาก (hyperthyroid) หรือการทำงานของต่อมไทรอยด์น้อย (hypothyroid) อาจเป็นสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติและเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการมากขึ้น (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

4) การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหัวใจ (echocardiography) การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหัวใจมีความสำคัญในการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของ หัวใจ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว และบอกถึงสาเหตุของหัวใจล้มเหลว ประเมินความรุนแรงของความผิดปกติ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาอาการสำหรับในกลุ่มที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจสามารถแยกว่าเป็นกลุ่มที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง (left ventricular systolic dysfunction) หรือกลุ่มที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวปกติ แต่การคลายตัวผิดปกติ (heart failure with preserved ejection fraction หรือ diastolic heart failure) ข้อจำกัดของการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหัวใจ คือ สามารถตรวจได้ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป จึงเป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis) ไม่ใช่การตรวจเพื่อการคัดกรองโรค (screening test) แนวทางการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วยอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับการตรวจพบลักษณะที่บ่งถึงโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติ (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.8 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

แนวทางหรือหลักการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว คือ รักษาอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว รักษา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

โรคที่เป็นสาเหตุ และรักษาหรือกำจัดการปัจจัยส่งเสริมให้หมดไป การเลือกการรักษาต้องพิจารณาในหลายปัจจัย ได้แก่ 1) สาเหตุของหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการรักษาต้องแก้ไขที่สาเหตุ ถ้าแก้ไขได้ก็ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ เช่น ความผิดปกติของลิ้นหัวใจหรือหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) 2) ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นชนิดที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง หรือไม่ (heart failure with left ventricular systolic dysfunction หรือ heart failure with preserved left ventricular systolic function) 3) ระยะของโรค (staging of heart failure) และความรุนแรงของ อาการตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional class 4) โรคอื่น ๆ ที่พบร่วม เช่น โรคไต โรคทางเดินหายใจ ซึ่งจะมีผลต่อการพิจารณาใช้ยา 5) ค้นหปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบ (precipitating factors) (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

โดยการรักษาอาการจากภาวะหัวใจวาย แบ่งออกเป็น

3.1.8.1 การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด: ในภาวะหัวใจวาย ระบบฮอร์โมนระหว่าง Renin-angiotensin-aldosterone system และสารสื่อประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic nervous system จะถูกกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนบางชนิดออกมา ซึ่งมีผลให้หัวใจบีบตัวทำงานหนักมากขึ้น การรักษาจึงต้องให้ยาที่ไปต้านฮอร์โมนและสารสื่อประสาทเหล่านี้ เช่น ยาในกลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitors ยาในกลุ่ม Angiotensin receptor blockers ยาในกลุ่ม Aldosterone antagonist และยาในกลุ่ม Beta-adrenoceptor blockers (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.8.2 การควบคุมและกำจัดการน้ำส่วนเกินหรือน้ำคั่ง: ภาวะหัวใจวายทำให้ร่างกายมีปริมาณน้ำรวมถึงเกลือแร่โซเดียมเกินกว่าปกติ และทำให้เกิดอาการบวมในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะตามมา การรักษาจึงต้องขจัดน้ำและโซเดียมส่วนเกินนี้ ได้แก่ การจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมจากอาหารที่รับประทาน เพื่อไม่ให้ร่างกายได้รับเกลือโซเดียมเกินกว่าความสามารถที่ไตจะกำจัดออกไปทางปัสสาวะได้ (ซึ่งในภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไตจะดูดน้ำและโซเดียมกลับมากกว่าปกติอยู่แล้ว) เพราะหากรับประทานเกลือมาก กระแสเลือดของเราก็จะมีโซเดียมมากขึ้น ไตก็จะดูดน้ำกลับเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น แทนที่จะขับออกทางปัสสาวะทิ้งไป ร่างกายจึงมีการคั่งของน้ำมากขึ้นไปอีก (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.8.3 การให้ยาขับปัสสาวะ ซึ่งมีอยู่หลายตัว เช่น Furosemide เป็นต้น (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.8.4 การลดภาระการทำงานของหัวใจ ได้แก่ การงดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายที่ ทำให้รู้สึกเหนื่อยเกินไป หากจะทำงาน ควรมีระยะพักเป็นระยะ ๆ บ่อยครั้ง เพื่อไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อยเกินไปรวมถึง การควบคุมอารมณ์โกรธ หงุดหงิด และความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ ซึ่งอาจต้องใช้ยาระงับประสาทหรือยาคลายเครียดช่วย การเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ คือ การใช้ยา Digitalis เพื่อช่วยให้หัวใจบีบเลือดส่งไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีขึ้น โดยที่ต้องไม่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือด (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.8.5 การติดอุปกรณ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจ นอกจากปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ควบคู่กับการใช้ยาแล้วก็อาจต้องใช้อุปกรณ์เพื่อกระตุ้นการทำงานหรือควบคุมจังหวะบีบ-คลายของกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อให้เลือดสามารถไหลเวียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยจะได้รับยาสลับและอุปกรณ์จะถูกติดตั้งไว้ใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยจะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกว่าแพทย์จะมั่นใจว่า อุปกรณ์ทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ อุปกรณ์ที่แพทย์มักเลือกใช้ มีดังนี้ (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

1) เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิด (Cardiac Resynchronization Therapy: CRT) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายในระยะที่หัวใจห้องล่างซ้ายไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้แล้ว และส่งผลต่อการทำงานของหัวใจส่วนอื่น ๆ แพทย์จะพิจารณาติดตั้งอุปกรณ์ดังกล่าวให้ โดยอุปกรณ์จะช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายและห้องขวา ให้ทำงานได้อย่างสอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

2) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Implantable Cardioverter Defibrillators: ICD) หากแพทย์พบว่าผู้ป่วยมีอาการหรือมีความเสี่ยงหัวใจเต้นผิดจังหวะ แพทย์จะให้ผู้ป่วยติดอุปกรณ์ดังกล่าวเพื่อช่วยให้หัวใจเต้นได้ตามจังหวะปกติ การทำงานของอุปกรณ์ชนิดนี้ คือ หากหัวใจเริ่มมีจังหวะการเต้นที่ผิดปกติมากเกินไป เครื่องจะปล่อยกระแสไฟฟ้าอ่อน ๆ ออกมาเพื่อกระตุ้นหัวใจกลับมาเต้นตามปกติ (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3) เครื่องกระตุ้นและกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Cardiac resynchronization therapy defibrillator: CRT-Ds) สำหรับผู้ป่วยหัวใจวายที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ช้าและผิดปกติ แพทย์จะใช้อุปกรณ์นี้ ในการกระตุ้นการทำงานของหัวใจให้ดีขึ้นโดยจะช่วยกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และปรับจังหวะการเต้นให้อยู่ในระดับปกติ (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.8.6 การผ่าตัด ใช้ในผู้ป่วยรายที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลมากกว่า ซึ่งการรักษาภาวะหัวใจวายด้วยการผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้หัวใจวาย โดยมีวิธีในการผ่าตัด ดังนี้ (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

1) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Coronary Angioplasty) เป็นการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยมุ่งเน้นไปที่การขยายหลอดเลือดที่ตีบหรืออุดตันให้เลือดสามารถไหลเวียนได้ดีขึ้น (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

2) การผ่าตัดบายพาสหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graf: CABG) เป็นการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยนำหลอดเลือดจากส่วนอื่นของร่างกายมาทำทางเบี่ยงให้หลอดเลือดเพื่อให้เลือดสามารถไหลเวียนไปที่หัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3) การผ่าตัดลิ้นหัวใจ หากสาเหตุมาจากความเสียหายที่ลิ้นหัวใจ แพทย์จะพิจารณาให้ทำการผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยการผ่าตัดแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจ และการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งในการเลือกชนิดของการผ่าตัดนั้น แพทย์จะพิจารณาจากความเสียหาย และความรุนแรงของปัญหาของลิ้นหัวใจเป็นหลัก (ภาวิไล พิทักษ์วงษ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

4) การผ่าตัดติดตั้งเครื่องช่วยสูบฉีดเลือด (Left Ventricular Assist Devices) ใน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กรณีหัวใจห้องล่างซ้ายไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ หรือการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลแพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อติดตั้งเครื่องช่วยสูบฉีดเลือด นอกจากนี้วิธีการผ่าตัดดังกล่าวยังใช้กับผู้ที่ไม่สามารถผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจได้ หรืออยู่ในระหว่างรอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ทั้งนี้อุปกรณ์ดังกล่าวจะมีแบตเตอรี่อยู่ภายนอก และมีสายที่เชื่อมต่อกับอุปกรณ์ที่อยู่ใกล้ผิวหนัง (ภาวิไล พัทธ์กษัตริย์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

5) การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplant) ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจวายรุนแรง และการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ให้ผลไม่เป็นที่น่าพึงพอใจหรือไม่ได้ผล แพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ ทว่าการผ่าตัดชนิดนี้ค่อนข้างซับซ้อน และมีความเสี่ยงสูง อีกทั้งยังต้องรอรับการบริจาคหัวใจจากผู้บริจาค ซึ่งอาจใช้เวลานานกว่าจะเจอหัวใจที่เข้ากับผู้ป่วย (ภาวิไล พัทธ์กษัตริย์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

6) เครื่องเอคโม (Extracorporeal Membrane Oxygenation: ECMO) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพิ่มระดับออกซิเจนและลดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดจากภายนอกในร่างกายสำหรับผู้ป่วยวิกฤติที่ปอดและหัวใจไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซในสภาวะปกติได้อย่างพอเพียง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลวชนิดรุนแรงและผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวชนิดรุนแรง หรือในบางรายอาจมีอาการทั้งสองอย่างร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา จะถือว่าผู้ป่วยมีภาวะที่ต้องการรักษา (Refractory heart failure) ซึ่งมักจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ซึ่งการรักษาที่อาจช่วยชีวิตได้ คือ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplant) (ภาวิไล พัทธ์กษัตริย์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.9 การพยาบาลภาวะหัวใจล้มเหลว

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในระยะวิกฤติที่มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ โดยลดการทำงานของหัวใจ ลดออกซิเจนที่ใช้ในการเผาผลาญของร่างกายให้ลดน้อยลง ได้แก่ การพักผ่อน การให้ออกซิเจน การช่วยเหลือจำกัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ลดภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วย อีกทั้งลดอาการบวมของร่างกายและอาจจำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่ม (พิกุล บุญช่วง, 2559, อ้างถึงใน ภาวิไล พัทธ์กษัตริย์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562) บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน แบ่งเป็นหัวข้อได้ดังนี้

3.1.9.1 ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจในการบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ได้ดีขึ้น มีการคั่งของน้ำในร่างกายลดลง เป็นการช่วยเหลือและให้การพยาบาลในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะหัวใจล้มเหลวเบื้องต้น และได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจมีโอกาเสียชีวิตกะทันหันได้ (Goodlin, 2017, อ้างถึงใน ภาวิไล พัทธ์กษัตริย์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562) ซึ่งมีกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1) ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ โดยวัดอัตราการเต้นของหัวใจทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากหัวใจที่เต้นเร็วทำให้ความต้องการออกซิเจนของหัวใจเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการที่มีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง เมื่อมีภาวะความดันโลหิตต่ำ แสดงว่ามีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง และภาวะความดันโลหิตสูงแสดงว่าอาจเกิดการคั่งของเลือดในปอดเพิ่มขึ้น (ภาวิไล พัทธ์กษัตริย์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

2) จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนอยู่บนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute bed rest) จัดท่ากึ่งนอนศีรษะสูง 30-90 องศา หรือนอนพับ เพื่อลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3) ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง โดยสังเกตอัตราการความลึกและลักษณะการหายใจเนื่องจากอัตราการหายใจที่เพิ่มขึ้น บ่งบอกว่าได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ แต่หากมีการหายใจที่ช้าลงแสดงถึงการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวร่วมกับการฟังปอดทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำท่วมปอดที่จะได้ยินเสียงกรอบแกรบ (crepitation) บริเวณชายปอดด้านล่างทั้ง 2 ข้าง ประเมินจนกว่าสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยคงที่ (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

4) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ช่วยแก้ไขภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (O_2 saturation < 95%) ที่เกิดจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่น้อยกว่าที่ลดลง และช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้นทางแคนนูลา (Cannula) ประมาณ 3-5 ลิตรต่อนาที แต่หากมีภาวะขาดออกซิเจนมากขึ้น (O_2 saturation < 92%) จะต้องได้รับการช่วยเหลือโดยใช้ออกซิเจนทางหน้ากาก (Mask with bag) หรือมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงมาก (O_2 saturation < 90%) จะต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยเครื่องช่วยหายใจหรือ BIPAP (reference) (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

5) ฟังเสียงหัวใจทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตเสียงที่ผิดปกติ ได้แก่ เสียง 3 เกิดจากหัวใจห้องล่างไม่สามารถคลายตัวได้ ทำให้มีภาวะน้ำเกิน เสียง 4 เกิดจากการยึดขยายตัวที่ผิดปกติของหัวใจห้องล่าง ประเมินจนกว่าเสียงผิดปกติหายไป (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

6) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและมีการติดตามประเมินผลของยา กลุ่มยาที่มีดังนี้

(1) ยา Dopamine เป็นยากระตุ้นให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

(2) ยาในกลุ่ม ACE Inhibitor จะช่วยในการขยายหลอดเลือด ได้แก่ Captopril, Enalapril maleate (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

(3) ยา Nitroglycerine ช่วยขยายหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงบริเวณส่วนปลาย ทำให้ช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจได้ (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

(4) ยาขับปัสสาวะ เพื่อลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ โดยช่วยให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น ยาที่นิยมคือ Lasix (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.9.2 บันทึกสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกายที่แสดงถึงการทำหน้าที่ของไต หากไม่สมดุลอาจเกิดภาวะน้ำเกินได้ (ภาวิไล พิทักษ์วงค์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.9.3 ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวันในเวลาเดิมคือ ตอนเช้าหลังถ่ายปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะน้ำ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

เกิน หากมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัมใน 1 วัน แสดงว่าขณะนั้นมีน้ำเกินอยู่ในร่างกายประมาณ 2 ลิตรและประเมินอาการบวมบริเวณแขน-ขา ก้นกบและรอบกระบอกตา ซึ่งจะบ่งชี้ถึงภาวะน้ำเกินจากการเสียหายที่ของไต (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.9.4 จำกัดน้ำในแต่ละวันตามแนวทางการรักษา โดยในรายที่ไม่รุนแรงให้จำกัดประมาณ 800-1000 ซีซีต่อวัน เพื่อช่วยลดปริมาตรสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเข้มงวด และในการผสมยาฉีดหรือการให้น้ำสำหรับรับประทานต้องใช้น้ำในปริมาณน้อยที่สุด (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.9.5 การพยาบาลผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประเด็นที่สำคัญ คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดังนี้ (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

1) ประเมินความรู้สึกและปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย พร้อมทั้งซักถามความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลควรใช้เวลาและตั้งใจรับฟังปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบและเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่มีอยู่หรือความรู้สึกวิตกกังวล โดยพยาบาลยอมรับกับความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วยและอธิบายว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ตามปกติ เพราะการให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลลง (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3) สอนและแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายที่สอดคล้องกับความสนใจของผู้ป่วย โดยควรฝึกให้ผู้ป่วยสามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายมาปฏิบัติได้ เพื่อลดความวิตกกังวล (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

4) ควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัว ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว ป้อนอาหาร ดูแลขับถ่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีและลดความวิตกกังวลได้ (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

5) มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นไปในทางที่ดี (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.10 ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

3.1.10.1 ยา Dopamine เป็นยากระตุ้นให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ซึ่งการออกฤทธิ์ของโดปามีน จะมีการแบ่งขนาดการให้ยาเป็น 3 ช่วงคือ (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

1) ขนาดต่ำ 0.5-2 microgram/kg/min จะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดไปเลี้ยงที่ไต ให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

2) ขนาดปานกลาง 2-10 microgram/kg/min จะช่วยกระตุ้นให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3) ขนาดสูง มากกว่า 10 microgram/kg/min ทำให้หลอดเลือดหดตัว เพื่อเพิ่ม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ความดันโลหิต แต่อาจทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงไตลดลง (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

พยาบาลประเมินสัญญาณชีพ บันทึกสารน้ำเข้า-ออกและปริมาณปัสสาวะทุก ชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น มีปัสสาวะน้อยลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปลายมือปลายเท้า ชีดยื่น ต้องหยุดยาทันที ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มักเลือกใช้ขนาดต่ำๆ เพื่อเพิ่ม renal perfusion หรือขนาดไม่เกิน 10 microgram/kg/min เพื่อเพิ่ม cardiac contraction โดยความดันโลหิตอาจสูงขึ้นหรือไม่เปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้พยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นเร็วเกิน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและเต้นผิดจังหวะ เช่น Atrial Fibrillation ได้ (อรัญย์ เจษฎาญาณเมธา, 2015, อ้างถึงใน ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.10.2 ยากลุ่ม ACE Inhibitor จะช่วยในการขยายหลอดเลือด ได้แก่ Captopril, Enalapril maleate โดยในการพยาบาลควรติดตามวัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ติดตามระดับ creatinine ในเลือดเพื่อดูการทำงานของไต และมีการสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น อาการไอ หากพบต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทันที (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.10.3 ยา Nitroglycerine ช่วยขยายหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงบริเวณส่วนปลาย ทำให้ช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจได้ ในการให้ยา พยาบาลควรมีการติดตามความดันโลหิตเพราะอาจมีความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดอาการปวดศีรษะได้ บรรเทาอาการโดยใช้กระเป๋าน้ำแข็งประคบศีรษะ (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.1.10.4 ยาขับปัสสาวะ เพื่อลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ โดยช่วยให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น ยาที่นิยมคือ Lasix ซึ่งสามารถขับน้ำออกจากร่างกายได้มากขึ้น ในการให้ยา พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ เพราะอาจทำให้เกิดอาการเวียน หน้ามืดได้ จากการมีความดันโลหิตในเลือดต่ำและมีปริมาณโปแตสเซียมในร่างกายลดลง (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

3.2 การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน ตามแนวคิดของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Majorj Gordon) อันประกอบด้วย 1) แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception–health management pattern) 2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional–metabolic pattern) 3) แบบแผนการขับถ่าย (Elimination pattern) 4) แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย (Activity–exercise pattern) 5) แบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ (Sleep–rest pattern) 6) แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive–perceptual pattern) 7) แบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์ (Self–perception, self–concept, emotional status pattern) 8) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role–relationship pattern) 9) แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality–reproductive pattern) 10) แบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด (Coping–stress–tolerance pattern) 11) แบบแผนคุณค่า ความเชื่อและสภาวะทางจิตวิญญาณ (Value–belief–spiritual pattern) (นงนภัทร รุ่งเนย, 2560)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน อันประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) 3) การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) 5) การประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) โดยกระบวนการพยาบาลเป็นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นเหตุเป็นผล เป็นการศึกษาวิเคราะห์ เพื่อประกอบการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน (รุ่งทิwa ซีนชอบ และคณะ, 2559)

3.4 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นแนวคิดที่สำคัญต่อการทำความเข้าใจลักษณะตามธรรมชาติของภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคล เนื่องจากการแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของบุคคลในมิติต่างๆ ซึ่งได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นพยาบาลผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยตรง จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการการพยาบาลอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม (นงนภัทร รุ่งเนย, 2560)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงานที่ในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยพยาธิสภาพส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง สาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงถึงร้อยละ 45 ของผู้ป่วย พบอายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 65 ปี พบในเพศชายและหญิงได้เท่ากัน และพบว่าโรคหัวใจล้มเหลวยังเป็นสาเหตุการตายของประชากร เป็นอันดับ 2 โดยมีสถิติการตายจากโรคหัวใจล้มเหลว ในปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 28,010 27,663 และ 27,672 ราย ตามลำดับ โดยภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของหัวใจ การหายใจลำบาก จึงพบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 30 วัน ร้อยละ 13.8 ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย (สุธาทิพย์ วงษ์ศรีนาถ, 2566) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หากมีการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ต้องกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ตุ้มทอง โนดโรสง, 2567)

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 248, 278 และ 253 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต 11, 8 และ 15 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการภาวะพร่องออกซิเจน และผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมใน 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะอยู่รักษา และระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง จนมีความพร้อมในการจำหน่าย (ตุ้มทอง โนดโรสง, 2567)

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมีความยากและความท้าทายในการประเมินและดักจับความเสี่ยงที่อาจเกิด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีความรู้ สมรรถนะการจัดการ ฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ที่ทันสมัย เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันมีความแตกต่างจากเดิมตามเทคโนโลยีและองค์ความรู้ที่พัฒนาขึ้นตามยุคสมัย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ต้องมีการศึกษากรณีศึกษาและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ที่ทันสมัย ทันต่อความเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีด้านการรักษาและมาตรฐานการรักษา ในการพัฒนาการดูแลมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งมีเป้าหมายส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย อย่างไรก็ตามด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการรักษาและมาตรฐานการรักษา (Guideline) ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวมทั้งได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อฝ้าระวังให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีความสามารถในการประเมินดักจับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งสามารถใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะกรณี (case study approach) ที่เป็นการศึกษาเฉพาะราย (specific case) ในกรณีที่น่าสนใจเป็นพิเศษ เพื่อค้นหารายละเอียดการรักษา (treatment) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) และการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic care nursing) เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม :
กรณีศึกษา

4.3 เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 ราย

4.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.4.1 เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 ราย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3

4.4.2 รวบรวมเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการใช้ยาและสารเสพติดรวมทั้งประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

4.4.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ และแผนการรักษาของแพทย์

4.4.4 ศึกษาและค้นคว้าตำรา บทความวิชาการ งานวิจัย แนวทางการรักษาและการพยาบาล รวมทั้ง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

4.4.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และวางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

4.4.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลให้ครอบคลุมตามที่ได้วางแผนไว้

4.4.7 สรุปการปฏิบัติการพยาบาล

4.4.8 รวบรวมข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกับ

ทฤษฎี

4.4.9 เรียบเรียงและเขียนสรุปรายงาน รวมทั้งจัดพิมพ์เพื่อส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง

ของรายงาน

4.4.10 แก้ไขรายงานตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม จำนวน 1 เรื่อง โดยสรุปกรณีศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี ซึ่งมารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 อาคารสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ มีตื่นมาหอบตอนกลางคืน ขาทั้ง 2 ข้างบวมมากขึ้น ไอ ไม่มีไข้ ปัสสาวะออกดี จึงไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำพอง แกร็บ เจาะ DTX stat= 342 mg%, RR= 40 bpm หายใจ room air, O₂saturation= 96% ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาโดย On ETT No. 7.5 depth 20 cms ฟันยา Berodual 1 nebule via nebulizer stat, Lasix 40 mg IV. stat, RI 6 units SC. stat แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Congestive heart failure with respiratory failure แล้วจึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น (S/P PCI with DES) โรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 17.08 น. แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน ประเมินสัญญาณชีพ: BT= 37.2°C, PR= 70 bpm, RR= 24 bpm, BP= 161/99 mmHg, หายใจ On ETT No. 7.5 depth 20 cms with ventilator PCV mode, IP 18, PEEP 5, RR 16, FiO₂ 0.4, วัดค่า O₂saturation= 100% ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง E₄V₇M₆ ได้รับการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, creatinine, electrolyte, calcium, magnesium, phosphate, ตรวจ AKG ผล negative, ตรวจหาเชื้อ Influenza A,B ผล negative เจาะ DTX stat= 270 mg%, Lung sound : crepitation both lungs, ส่งตรวจ chest X-ray ผลเป็น infiltration at right lower lungs, ผล Ultrasound bed side พบ Right pleural effusion แพทย์วินิจฉัยเป็น Congestive heart failure with respiratory failure with simple hyperglycemia เนื่องจากผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย BP แกร็บ= 161/99 mmHg ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ยา Nitroglycerine (1:5) IV. 9

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

mL/hr ปรับยาขึ้น/ลงทีละ 3 mL/hr ทุก 15 นาที keep BP < 160/90 mmHg และแพทย์พิจารณาให้เข้ารับการ รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3

ในระหว่างที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 ผู้ป่วยได้รับการรักษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 17.50 น. เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ: BT= 36.8°C, PR= 70 bpm, RR= 20 bpm, BP= 158/93 mmHg ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้ เรื่อง หายใจ On ETT No. 7.5 depth 20 cms with ventilator PCV mode, PIP 20, PEEP 5, RR 16, FiO₂ 0.4 แพทย์วินิจฉัยเป็น Congestive heart failure with respiratory failure with simple hyperglycemia ได้รับการรักษาให้ Lasix 40 mg IV. stat, Nitroglycerine (1:5) IV. 9 mL/hr ปรับยาขึ้น/ลงทีละ 3 mL/hr ทุก 15 นาที keep BP < 160/90 mmHg, Losec 40 mg IV. OD, Hydralazine (25) 1 tab via NG-tube ทุก 6 ชั่วโมง , Doxazocin (2) 1x2 via NG-tube pc, ได้รับการ NPO (ยกเว้นยา), record I/O, record vital signs

วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง หายใจ On ETT No. 7.5 depth 20 cms with ventilator PSV mode, PS 8, PEEP 5, FiO₂ 0.4 ประเมิน weaning protocol ไม่ผ่าน ยังมีหายใจหอบเหนื่อย RR= 26-30 bpm เป็นช่วงๆ และส่งตรวจ chest X-ray ยังมี infiltration at right lower lungs with R/O pleural effusion แพทย์จึงพิจารณา hold off ETT ด้รับยา Lasix 40 mg IV. stat, ได้รับการ NPO (ยกเว้นยา) เพื่อเตรียมพร้อมในการ off ETT ในวันถัดไป ได้รับการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, creatinine, electrolyte, calcium, magnesium, phosphate, ketone, serial DTX ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการปวดต้นขาซ้ายและบริเวณข้อพับเข่า เวลายกหรือขยับ มี pitting edema 2+, Pain score 10/10 คะแนน ด้รับยา Tramadol 50 mg IV. stat เพื่อบรรเทาอาการปวด และดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง หายใจ On ETT No. 7.5 depth 20 cms with ventilator PSV mode, PS 8, PEEP 5, FiO₂ 0.4 ประเมิน weaning protocol ผ่าน แพทย์พิจารณาให้ off ETT at เวลา 10.00 น. จากนั้น On O₂ HFNC flow 40 LPM, Temperature 34°C, FiO₂ 0.4, Record I/O : negative 2,550 ml ได้รับการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, creatinine, electrolyte, serial DTX 11.00 น. และ 21.00 น. ผู้ป่วยยังมีอาการปวดต้นขาซ้ายและบริเวณข้อพับเข่า เวลายกหรือขยับ มี pitting edema 2+, Pain score 9/10 คะแนน ด้รับยา Tramadol 50 mg IV. stat เพื่อบรรเทาอาการปวด และดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ประเมินการกลืนโดยใช้แบบประเมินความพร้อมก่อนเริ่มการกลืน (Dysphagia screening test) ผ่านทุกขั้นตอน ร่วมกับประเมินปฏิกิริยาการขย้อน (gag reflex) ผลเป็น positive แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหาร ทางปากได้อย่างปลอดภัย ไม่สำลัก จึงด้รับประทานเป็นอาหารอ่อนจืดเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ตามแผนการรักษาของแพทย์

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง ด้รับการรักษาให้ On O₂

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

canula 3 LPM ไม่มีหอบเหนื่อย serial DTX 21.00 น.= 304 mg% ได้รับยา NPH 8 units SC. stat ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum K = 2.99 mmol/dL ได้รับยา Elixir KCl 30 ml per oral ทุก 3 ชั่วโมง × 3 doses ผู้ป่วยยังมีอาการปวดต้นขาซ้ายและบริเวณข้อพับเข่า เวลายกหรือขยับ มี pitting edema 2+, Pain score 9/10 ค่ะแนบ ได้รับยา Tramadol (50) 1 cap per oral prn. ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อบรรเทาอาการปวด และดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ยังไม่สามารถเดินลงน้ำหนักที่ขาซ้ายได้ จำกัดน้ำ < 800 ml/day, keep I/O negative 500 ml/day, Record I/O : negative 100 ml จึงได้รับยา Lasix 40 mg IV. stat total urine หลังได้รับยา ออก 1,000 ml (I/O negative 700 ml)

วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2568 เวลา 9.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง หายใจ room air ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีอาการแทรกซ้อนอื่นๆ

เวลา 14.00 น. จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต พร้อมทั้งแนะนำก่อนจำหน่ายตามแบบแผน D-METHOD มีดังนี้ D= Diagnosis ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวกับผู้ป่วยและญาติ, M= Medication ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ การใช้ยา วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามในการใช้ยา, E= Environment and Economic ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย, T= Treatment อธิบายบอกผู้ป่วยและญาติให้ทราบเกี่ยวกับความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษา การประเมินอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้ ซึมลง ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น, H= Health ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ข้อจำกัดที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพและเพื่อให้ญาติมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น, O= Outpatient referral ให้คำแนะนำในการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงที่สุด หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669, D= Diet ผู้ป่วยควรได้รับอาหารน้ำและสารอาหารที่เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ผู้ป่วยรายนี้ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จึงไม่ควรรับประทานอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด ไม่ควรได้รับเกลือมากกว่า 2 กรัมต่อวัน หรือไม่เติมเกลือ น้ำปลาเพิ่มซีอิ๊วในอาหารที่ซื้อรับประทาน และไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน แกงกะทิ ขนมหวาน เป็นต้น

แพทย์สั่งจ่ายยากลับบ้าน ได้แก่ ASA (81) 1x1 per oral pc, Plavix (75) 1x1 per oral pc, Glipizide (5) 1x2 per oral ac, Losartan (50) ½ x1 per oral pc, Atorvastatin (40) 1x1 per oral hs, Lasix (40) 1x1 per oral pc, Sodamint (300) 1x3 per oral pc, Carvedilol (6.25) 1x2 per oral pc, Aldactone (25) 1x1 per oral pc มินัดติดตามอาการ เพื่อรับยาและติดตามผลเลือด FBS ที่โรงพยาบาลน้ำพอง 2 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล

สรุปการรักษารวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 4 วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

วินิจฉัยแรกรับ Congestive heart failure with respiratory failure with simple hyperglycemia

วินิจฉัยสุดท้าย Congestive heart failure with respiratory failure with simple hyperglycemia with essential hypertension with hypokalemia with atherosclerotic heart disease

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 10 ข้อ ได้แก่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: มีภาวะเนื้อเยื่อพรวงอกซีเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจลดลงจากภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพจากภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากไตทำงานไม่มีประสิทธิภาพจากโรคไตวายเรื้อรัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดขาซ้าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8: ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10: พร่องความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยแยกโรค วินิจฉัยทางการพยาบาล เฝ้าระวังและสังเกตอาการตลอดจนการได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม ทันทีที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5.2.2 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและพึงพอใจในการพยาบาล

5.2.3 มีการพัฒนาองค์ความรู้ จากการทบทวนความรู้ทางวิชาการ แนวคิดทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียจากโรค

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลทางการพยาบาลที่เหมาะสม

6.2 ทราบถึงสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ทำการศึกษา นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานให้การพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

6.3 เกิดความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาตรฐานการพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของโรคมมากกว่าปกติ ซึ่งอาจมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้อีก หากได้รับการรักษาไม่ทัน อาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาเป็นซ้ำ

7.2 การฝึกหายใจก่อนการเตรียมตัวหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องทำให้เร็วที่สุด เพื่อลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อปอดอักเสบ และลดอัตราการพังครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน เพิ่มประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็ว และสามารถหยุดเครื่องช่วยหายใจได้ในที่สุด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ระยะเวลาการฟื้นตัวของผู้ป่วยต้องทำการติดตามอาการและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับการฟื้นฟูหลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ และเฝ้าระวังการฟื้นหายจากการติดเชื้อปอดอักเสบ ในการนัดหมายระยะ 14 วัน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต้องมีความละเอียดอ่อน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนการตัดสินใจที่ถูกต้อง ฉับไว เพื่อการดูแลผู้ป่วย

9.2 นำข้อมูลกรณีตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

9.3 ควรมีการนิเทศ กำกับ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาทบทวนร่วมกันในทีมผู้ดูแลการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลเมื่อกลับบ้าน

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) อยู่ระหว่างดำเนินการ

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวรัตนภา เกตุสุด สัดส่วนของผลงาน คิดเป็น 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ทินกม เกตุสุด.....

(นางสาวรัตนภา เกตุสุด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 23 / สิงหาคม / 2569

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวรัตนาภา เกตุสุด	รัตนาภา เกตุสุด

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ✓
(.....(นางสาวกัลยา แซ่ลิ้ม).....)

(ตำแหน่ง).....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ..... ✓
(วันที่)..... 13 / มีนาคม / 2569.....


(ลงชื่อ)..... ✓
(.....รสาวดี ชนสวัสดิ์.....)

(ตำแหน่ง).....
(วันที่)..... 24 / มี.ค. / 69.....

(ลงชื่อ)..... ✓
(.....(นางพิมพ์รัฐ จอมเพชร).....)

(ตำแหน่ง).....ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล
(วันที่)..... 10 / มกราคม / 2569.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... ✓
(.....(นายชนสิทธิ์ ไพรพงษ์).....)

(ตำแหน่ง).....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
(วันที่)..... / 27 เม.ย. 2569.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ: คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะหัวใจวาย (Heart failure) คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆทั่วร่างกายได้อย่างพอเพียง ส่งผลให้เกิดอาการที่สำคัญคือ อาการเหนื่อย ภาวะนี้เป็นผลมาจากการเป็นโรคต่างๆ อาการมีทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเรื้อรัง และอาจมีปัจจัยส่งเสริมต่างๆ ที่ทำให้อาการกำเริบขึ้นมาได้ หลักการรักษาคือ ต้องรักษาภาวะของหัวใจวายและรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ รวมถึงกำจัดปัจจัยส่งเสริมต่างๆ (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562) สำหรับประเทศไทย สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจอื่นซึ่งรวมภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้น จาก 4,634 คน (7.1 %) ในปี 2558 เป็น 7,605 คน (11.6 %) ในปี 2562 ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ประมาณปีละ 550,000 ราย และมีผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังประมาณ 5,000,000 ราย รวมทั้งมีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นจาก 30.7 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2012 เป็น 69.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2030 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หากมีการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ต้องกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ดัมทอง โนดโรสง, 2567) ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ 1) อาการอ่อนเพลียอย่างรุนแรง 2) ไตวาย 3) โรคคลื่นหัวใจไม่ตรัสหรือไตรคัสปีดรั่ว 4) หัวใจเต้นผิดจังหวะ 5) ตับวาย ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรุนแรง จะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ก็อาจนำมาสู่การเสียชีวิตได้เช่นกัน (ภาวิไล พิทักษ์วงศ์ และสุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีคุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ แม้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับการรักษาเป็นอย่างดี แต่มีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และทำให้อัตราการกลับมาพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ได้แก่ การไม่จำกัดการดื่มน้ำ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ รวมถึงการไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ ตลอดจนมีข้อจำกัดการรักษาที่ทำให้ไม่สามารถปรับยาได้ตามมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาใน

โรงพยาบาลซ้ำ โดยพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน หรือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (พรรณทิพ แสงสว่าง, 2568)

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 248, 278 และ 253 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิต 11, 8 และ 15 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการภาวะพร่องออกซิเจน และผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมใน 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะอยู่รักษา และระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง จนมีความพร้อมในการจำหน่าย (ตุ้มทอง โนดโรสง, 2567)

ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย มีเป้าหมายในการดูแลรักษาไม่ใช่เพียงแค่รักษาอาการให้ดีขึ้นแต่ยังมุ่งเน้นในเรื่องการชะลอความก้าวหน้าของโรคและควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ หรือลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงขึ้น ควบคู่กับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมจนสามารถปฏิบัติตัวได้เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมอาการของโรค และป้องกันการกำเริบของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการดูแลจะต้องเน้นการดูแลต่อเนื่องที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย การให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษา การทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา และการวางแผนการจำหน่ายเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม ชะลอความก้าวหน้าของโรค รักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือเป็นสาเหตุของการทำงานผิดปกติของโรคหัวใจ ลดปัจจัยที่ทำให้เสียชีวิตได้ จากการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 พบว่าผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ด้านการรับประทานอาหารและการจำกัดน้ำรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (พรรณทิพ แสงสว่าง, 2568) จากความสำคัญนี้ ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอักเสบโดยการศึกษาสภาพปัญหาจากพยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแล พัฒนารูปแบบ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีภายหลังจำหน่าย เช่น ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ลดการเกิดซ้ำลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต ต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีคุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ (พรรณทิพ แสงสว่าง, 2568) โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการใน

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission rate) ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น (Quality of life) รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาล (Satisfaction) ด้วย

3.2 แนวคิดการพัฒนา

3.2.1 จากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่กล่าวว่า การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทน หรือการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือ ให้สุขภาพกลับดีขึ้นและอยู่ได้อย่างปกติสุข (Orem, 1971, อ้างถึงใน พรรณทิพ แสงสว่าง, 2568)

3.2.2 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (lifestyle change) และการรับประทานยาเป็นแนวทางพื้นฐานในการป้องกันและแก้ไขการทำงานที่ขาดประสิทธิภาพของหัวใจ เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถจะควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้เกิดอาการรุนแรง ความถี่ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงได้ (เพ็ญจันทร์เสรีวิวัฒนา, 2552, อ้างถึงใน พรรณทิพ แสงสว่าง, 2568) ก่อให้เกิดแนวคิดในการสร้างเสริมแรงจูงใจให้กับ ผู้ป่วยและญาติในการที่จะปฏิบัติดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องอาหารการรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมักจะปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ นำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ

3.2.3 รูปแบบ D-METHOD (กองการพยาบาล, 2539) และการเสริมสร้างพลังอำนาจของคานเตอร์ (Kanter, 1993) เลือกใช้รูปแบบ D-METHOD เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ครอบคลุมในการให้ความรู้เรื่องโรค (D:Disease) ยา (M: Medication) สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ (E: Environment and economic) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (T: Treatment) การดูแลสุขภาพ (H: Health) การมาตรวจตามนัด การส่งต่อ (O: Outpatient/referral) และอาหาร (D: Diet) ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของคานเตอร์ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับทรัพยากร การได้รับโอกาส การได้รับข้อมูล ข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุน มาเสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล นำไปสู่การ รับรู้สมรรถนะแห่งตน และเกิดความพึงพอใจ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ดูแล

3.3 ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน

3.3.1 ขั้นพัฒนา/เตรียมการ

3.3.1.1 ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจาก เอกสาร ตำราวิชาการ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อนำมาประยุกต์เป็นกรอบเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติ

3.3.1.2 การวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติการณ์ของโรคจากเวชระเบียน

3.3.2 ขั้นดำเนินการ

จัดทำแนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยกำหนดโครงสร้างหัวข้อ ความรู้เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหากิจกรรมในแต่ละส่วนจากการประยุกต์ความรู้ เนื้อหากิจกรรมตามแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

3.3.3 ขั้นติดตามและประเมินผล

การติดตาม ประเมินผลหลังจากการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติโดยการ ชักถาม ถ้าพบว่าผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลตอบคำถามผิดในข้อใด จะมีการอธิบายซ้ำอีกครั้งจนผู้ดูแลมีความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้มีการซักถามเพิ่มเติม และตอบข้อซักถามและอธิบายให้ละเอียด เพื่อที่จะได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติได้จริง และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ได้รับทราบสภาพปัญหาของรูปแบบการพยาบาลเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในโรงพยาบาลขอนแก่น

4.2 ได้รูปแบบรูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

4.3 รูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย เป็นมาตรฐานเดียวกันของโรงพยาบาลขอนแก่นและเป็นแบบอย่างของผู้ที่มาศึกษาดูงานนำไปประยุกต์ใช้

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว และการ re-admit ร้อยละ 0

5.2 ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 80

5.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95

(ลงชื่อ) รัตนาภา เกตุสุด
(นางสาวรัตนาภา เกตุสุด)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) 23 / สิงหาคม / 2569
ผู้ขอประเมิน