



ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์
และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่
โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๗ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวชนิษฐา ฉัตรสุวรรณ ✓	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ✓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช ✓
๒.	นางสาวรุ่งนิภา ดวงดี ✓	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ✓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาเยีย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ✓
๓.	นายอภิเชษฐ์ เชื้อสกล ✓	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ✓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพืชผล กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ✓
๔.	นางสาวอมลรดา เลื่อมใส ✓	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ✓	จังหวัดอุบลราชธานี สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ ✓
๕.	นางสาวมณีรัตน์ คำแห่งพล ✓	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ) ✓	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ✓

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๖.	นางสาวภัศร สระแสง ✓	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ✓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช ✓
๗.	นายอภิสิทธิ์ บุญส่ง ✓	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ ✓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และ สารสนเทศทางการแพทย์ ✓

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อันนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายสมเพชร สร้อยสรคู)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประภคพิชการ ระดับ ชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวนิษฐา ฉัตรสุวรรณ ชื่อผลงานส่งประเมิน “ การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโมโนกระแผลเลือด : กรณีศึกษา ” ✓ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนาแนวทางการคัดกรองและแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโมโนกระแผลเลือด ” ✓ รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “ แนบท้ายประกาศ ”	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนไย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๙๗๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนไย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๙๗๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นางสาวรุ่งนิภา ดวงดี ชื่อผลงานส่งประเมิน “ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (UGIB) ” ✓ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ” ✓ รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “ แนบท้ายประกาศ ”	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนไย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๑๒๐๓๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนไย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๒๐๓๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%

Handwritten signature

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)
นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Handwritten signature

บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ ข้าราชการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๓	นายอภิเชษฐ์ เชื้อสกล ชื่อผลงานส่งเสริม "การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดี" ✓ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน " การพัฒนาการให้ควมรู้ที่ถูกต้องเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน" ✓ รายละเอียดได้โครงการ "แบบทำยประกาศ"	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพิรุณ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๑๒๐๐๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพิรุณ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๒๐๐๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๔	นางสาวอมลรดา เลื่อมใส ชื่อผลงานส่งเสริม "การพยาบาลโรคออทิสติกในเด็ก (Autistic Disorder) : กรณีศึกษา" ✓ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน " การพัฒนาระบบเครือข่ายดูแลโรคออทิสติกในเด็ก (Autistic Disorder)" ✓ รายละเอียดได้โครงการ "แบบทำยประกาศ"	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๓๖๒๓๕	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)	๓๖๒๓๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%



(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)
นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ford

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ ชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวมนิรัตน์ คำแหงพล	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๐๐๐๔๘	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๐๐๐๔๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๖	นางสาวภัศรา สระแสง	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแกนนำครอบครัวโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในวัยทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี” รายละเอียดคำโครงการผลงาน “แบบท้ายประกาศ”	๒๒๙๐๑๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๙๐๑๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา” ✓ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)” ✓ รายละเอียดคำโครงการผลงาน “แบบท้ายประกาศ”	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา” ✓ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)” ✓ รายละเอียดคำโครงการผลงาน “แบบท้ายประกาศ”				



(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)
นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ ข้าราชการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๗	นายอภิสิทธิ์ บุญส่ง ชื่อผลงานส่งประเมิน “ การบริหารจัดการเครือข่ายคอมพิวเตอร์ด้วย Mikro Tik Router OS” ✓ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ การบริหารจัดการระบบเครือข่ายเสมือน VPN L๒ ด้วย Mikro Tik Router OS” ✓ รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “ แบบท้ายประกาศ”	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ ๒๔๒๗๒๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ ๒๔๒๗๒๒			เลื่อนระดับ ๑๐๐%

๕๕



(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

ข้าราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมาย

1. Infection คือ ภาวะที่จุลชีพเชื้อก่อโรคเข้าสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อบริเวณที่สะอาดปราศจากเชื้อและทำให้เกิดกระบวนการอักเสบ
2. Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) คืออาการที่เกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ ประกอบด้วย
 - 2.1 Temperature $> 38^{\circ} \text{C}$ or $< 36^{\circ} \text{C}$
 - 2.2 Heart rate > 90 beats/min
 - 2.3 Respiratory rate $> 20/\text{min}$ หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg
 - 2.4 WBC $> 12,000/\text{mm}^3$, $< 4,000/\text{mm}^3$ หรือมี band form neutrophil $> 10\%$
3. Sepsis คือ ภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ โดยวินิจฉัยเมื่อมีการติดเชื้อหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับมีอาการแสดงของ SIRS อย่างน้อย 2 ข้อ
4. Severe sepsis คือ ภาวะ sepsis ร่วมกับที่มีอวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ (multiple organ dysfunction) เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ ภาวะ hypotension โดยมีความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
 - 4.1 Urine output < 0.5 mL/kg./hr.
 - 4.2 ของเสียในร่างกายคั่ง, Creatinine > 2.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
 - 4.3 ภาวะเลือดเป็นกรด ,blood lactate level > 4 มิลลิโมล/ลิตร
 - 4.4 Apillary refill time > 2 วินาที, ผิวหนังลาย (mottling) จากการไหลเวียนเลือดที่ลดลง
 - 4.5 ปริมาณ O_2 ในเลือดลดลง ระดับ $\text{O}_2\text{sat} < 95\%$
 - 4.6 ระดับความรู้สึกตัวลดลง
 - 4.7 ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด INR > 1.5 หรือ PTT > 60 วินาที
 - 4.8 Platelet count $< 100,000$ ตัว/ไมโครลิตร
 - 4.9 Bilirubin > 2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
 - 4.10 Systolic blood pressure < 90 มิลลิเมตรปรอทหรือลดลง > 40 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตเฉลี่ย > 65 มิลลิเมตรปรอท
5. Septic shock คือ ภาวะ sepsis ที่ยังคงมี systolic blood pressure < 90 มิลลิเมตรปรอทหรือ systolic blood pressure ลดต่ำลง > 40 มิลลิเมตรปรอท จากระดับเดิมหรือ mean arterial pressure < 70 มิลลิเมตรปรอท แม้ว่าผู้ป่วยได้รับ fluid resuscitation อย่างเพียงพอแล้ว

พยาธิสภาพ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ ภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ โดยการวินิจฉัยเมื่อมีการติดเชื้อหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิต ร่วมกับมีอาการแสดงของ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) อย่างน้อย 2 ข้อ เริ่มต้นจากการติดเชื้อหรือ inflammatory foci ในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งจะมีการหลั่งสาร endotoxin, exotoxin, peptidoglycans และอื่นๆ ทำให้มีการกระตุ้น host defense system ที่สำคัญคือ monocyte, neutrophil และ endothelial cell ให้หลั่ง mediator ต่างๆ ที่สำคัญคือ tumor necrosis factor (TNF) , IL-1 จากข้อมูลในปัจจุบันเชื่อว่า TNF, IL-1 จะไปกระตุ้นการสร้างและการหลั่ง cytokine ต่างๆ เช่น TNF, IL-1, IL-2 และอื่นๆ กระตุ้น complement pathway, coagulation system , platelet activating factors และอื่นๆ ส่งผลให้มี inflammatory response ทั่วๆไปในร่างกาย Systemic inflammation และความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อการทำงานของเซลล์ต่างๆ ทำให้อวัยวะต่างๆทำหน้าที่เสียไป ส่วนการเสื่อมหน้าที่ของระบบไหลเวียนเลือดเกิดจากความผิดปกติตั้งแต่ระดับเซลล์ microcirculation เช่น vasoconstriction, vasodilatation และ vascular leakage และ myocardial depression ส่งผลโดยภาพรวมให้มีความผิดปกติหรือเกิดภาวะช็อก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถปรับแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลและการให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

สาเหตุของภาวะ sepsis severe, sepsis และ septic shock

1. แบ่งตามเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อได้ ดังนี้

1.1 เชื้อแบคทีเรียรูปแท่งชนิดแกรมลบ (Gram negative bacteria) พบได้ร้อยละ 40 เชื้อชนิดนี้จะพบได้ในทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะและทางเดินหายใจ

1.2 เชื้อแบคทีเรียรูปกลมชนิดแกรมบวก (Gram positive bacteria) พบได้ร้อยละ 30 เชื้อชนิดนี้จะพบได้ตามผิวหนังและระบบหายใจ

1.3 เชื้อแบคทีเรียพบได้ร้อยละ 5

1.4 เชื้อรา พบร้อยละ 6

1.5 เชื้อหลายชนิด พบได้ร้อยละ 16

2. แบ่งตามตำแหน่งที่เกิดการติดเชื้อ แบ่งออกเป็น

2.1 อวัยวะในช่องท้อง ได้แก่ ลำไส้ติ่งอักเสบ ช่องท้องอักเสบ ลำไส้ทะลุ ถุงน้ำดีอักเสบหรือเป็นหนอง ลำไส้อักเสบ ตับอ่อนอักเสบ

2.2 ระบบประสาท ได้แก่ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ไขสันหลังอักเสบ

2.3 ระบบหายใจ ได้แก่ ปอดบวม ไชน์สอักเสบ

2.4 ผิวหนัง ได้แก่ แผลติดเชื้อ แผลเบาหวาน ฝีหนองที่ผิวหนัง ผื่นแพ้ที่มีการติดเชื้อ

2.5 ทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ กรวยไตอักเสบ

ลักษณะอาการและอาการแสดงทางคลินิก

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ อาการแสดงทั่วไปของการติดเชื้อ อาการเฉพาะที่หรือเฉพาะอวัยวะ อาการที่เกิดจากการกระจายของโรคมะที่ผิวหนังและอาการที่เกิดจาก

1. อาการแสดงทั่วไปของการติดเชื้อ เช่น มีไข้หนาวสั่น ซีพจรเร็ว หายใจเร็ว การมีไข้ ซึ่งพบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีไข้ก็ได้ถึงแม้จะมีการติดเชื้อรุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย hypothyroidism ผู้ป่วยที่ได้รับยา corticosteroid เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติถึงแม้ว่าจะมีการติดเชื้อรุนแรง การตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้แพทย์จึงต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ จะต้องตรวจหาอาการแสดงอื่นๆร่วมด้วย

2. อาการเฉพาะที่หรือเฉพาะอวัยวะที่ช่วยให้ระบุตำแหน่งของการติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้พอจะทราบถึงชนิดของเชื้อก่อโรคได้ เช่น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาหายใจ ไข้สูงเฉียบพลัน อาจตรวจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) และอาจเข้าสู่ภาวะ shock อย่างรวดเร็ว เป็นลักษณะที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อ Streptococcus pneumoniae อาการปวดท้องส่วนใหญ่บ่งบอกถึงการติดเชื้อในช่องท้อง แต่อาจเป็นอาการแสดงของภาวะปอดอักเสบได้ด้วย อาการปวดหลังอาจไม่ใช่ acute pyelonephritis อาจเป็นอาการของการติดเชื้อที่กระดูกสันหลัง (osteomyelitis of vertebra) หรือหมอนรองกระดูกสันหลัง (discitis) ในผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะเกิดจากเชื้อ Staphylococcus aureus อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการและอาการแสดงชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีฝีในตับจากเชื้อ Klebsiella pneumoniae หรือ Escherichia coli โดยไม่มีอาการปวดท้องเลยก็ได้

3. อาการที่เกิดจากการกระจายของโรคมะที่ผิวหนังโดยตรง เช่น septic emboli จะพบเป็นตุ่มหนอง, ซึ่งเมื่อนำไปย้อมสีกรัมจะพบตัวเชื้อก่อโรคได้หรืออาจเป็นผลมาจากภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด เช่น การเกิดเนื้อตายส่วนปลายชนิดเดียวกันพร้อมกันทั้งซ้ายและขวา (symmetrical peripheral gangrene) ซึ่งเป็นรอยโรคที่พบได้ใน ภาวะ septic shock ไม่ใช่ลักษณะจำเพาะของการติดเชื้อได้

4. อาการที่เกิดจากความล้มเหลวของระบบอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ อวัยวะต่างๆ ได้รับเลือดและออกซิเจนไม่พอเพียง ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน กระวนกระวาย ซึมหมดสติมีปัสสาวะน้อยลงหรือไม่มีปัสสาวะเลย เลือดและเนื้อเยื่อต่างๆ มีกรด lactic คงหรือการมีสารน้ำรั่วซึมในปอด ทำให้ผู้ป่วยหายใจหอบ ภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือดทำให้เลือดออกง่าย เป็นต้น ระยะแรกจะเป็นลักษณะ warm shock ซึ่งตรวจพบปลายมือปลายเท้าอุ่น แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการของ cold shock ซึ่งตรวจพบปลายมือปลายเท้าเย็นตั้งแต่เริ่มต้น อาการต่างๆจะดีขึ้นใน 24 - 96 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษา ในผู้ป่วยที่มีอาการหนักอาจพบภาวะช็อกรุนแรงร่วมกับอาการของการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะ (organ dysfunction) จากภาวะที่เม็ดเลือดแดงไหลผ่านหลอดเลือดฝอยได้ช้าลง ทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนและสารอาหารลดลง (low perfusion) และนำไปสู่การทำงานที่ผิดปกติ ระบบอวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการ septic shock โดยไม่มีอาการจำเพาะการวินิจฉัยสาเหตุของภาวะดังกล่าว อาจทำได้หากทำการเพาะเชื้อจากเลือดได้ ถ้าพบเชื้อหลายชนิด โดยเฉพาะถ้าเป็นเชื้อกลุ่ม enterobacteriaceae มักบ่งชี้ถึงการติดเชื้อในช่องท้องเป็นสาเหตุสำคัญ

ภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อในกระแสเลือด

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาทันที ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (Disseminated Intravascular Coagulation, DIC) หรือภาวะดีไอซี ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอาจเกิดภาวะเลือดในหลอดเลือดแข็งตัวได้ โดยจะเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดเล็กที่อยู่ทั่วร่างกาย

ต่อมหมวกไตล้มเหลว ต่อมหมวกไตอยู่เหนือไต ทำหน้าที่ผลิตอะดรีนาลีน สเตียรอยด์ และสารสื่อประสาทอื่นๆ ที่สำคัญต่อร่างกาย หากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอาจทำให้การทำงานของต่อมหมวกไตล้มเหลวได้

อวัยวะทำงานผิดปกติ นอกจากภาวะแทรกซ้อนตามที่กล่าวมาแล้ว การติดเชื้อในกระแสเลือดยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะอื่น ๆ ภายในร่างกายอีกด้วย กล่าวคือ อวัยวะหลายส่วนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งรวมไปถึงการทำงานของหัวใจ ปอด และไต

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS) ภาวะนี้ถือเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงปอดอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ ยังทำให้ปอดเสียหายถาวร และส่งผลกระทบต่อสมองจนนำไปสู่ปัญหาเกี่ยวกับความจำ

การรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือด

หากการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะหรือเนื้อเยื่อตามส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยอาจต้องเข้ารับการรักษาและพักผ่อนร่างกายที่หน่วยดูแลผู้ป่วยหนัก ทั้งนี้ วิธีรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ สุขภาพด้านต่างๆ ลักษณะอาการของผู้ป่วย และความอดทนต่อฤทธิ์ยา หากเกิดการอักเสบภายในร่างกาย ส่งผลให้ลิ่มเลือดอุดตัน ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อกระตุ้นให้หายใจได้ปกติ และหัวใจกลับมาทำงานเหมือนเดิม โดยวิธีรักษาประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การดูแลตามอาการของผู้ป่วย และการผ่าตัด ดังนี้

การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจะได้รับยาเพื่อรักษาอาการต่าง ๆ ดังนี้

ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงจะได้รับยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ต่อต้านเชื้อแบคทีเรียครอบคลุมหลายประเภท เนื่องจากแพทย์ไม่สามารถระบุประเภทของเชื้อได้อย่างเฉพาะเจาะจงในเวลาอันสั้น อีกทั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที โดยแพทย์จะฉีดยาปฏิชีวนะที่คาดว่าจะมีผลในการรักษาผู้ป่วยเข้าหลอดเลือดดำภายใน 6 ชั่วโมงแรกหรือเร็วกว่านั้น ทั้งนี้ เมื่อได้ผลตรวจเลือดแล้ว แพทย์จึงจะเปลี่ยนไปใช้ยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาประเภทของเชื้อได้เฉพาะเจาะจง โดยจะเปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะแบบเม็ดให้ผู้ป่วยหลังจากระยะวิกฤตผ่านไปแล้ว ผู้ป่วยอาจต้องใช้เวลาในช่วงระยะเวลา 7-10 วัน หรือนานกว่านั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยแต่ละราย

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แพทย์จะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยเพื่อรักษาระดับความดันโลหิตให้คงที่ ทั้งนี้ สารน้ำที่ให้แก่ผู้ป่วยซึ่งติดเชื้อในกระแสเลือดจะช่วยป้องกันภาวะขาดน้ำและไตล้มเหลว โดยแพทย์จะให้สารน้ำภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ยาเพิ่มความดันโลหิต ผู้ป่วยบางรายหากยังมีความดันโลหิตต่ำอยู่หลังจากได้รับสารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ แพทย์อาจให้ยาเพิ่มความดันโลหิต โดยยานี้จะทำให้หลอดเลือดตีบลงและช่วยเพิ่มความดันโลหิต

การดูแลผู้ป่วยตามอาการ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจอาจจำเป็นต้องต่อท่อหรือใส่ หน้ากากเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้หายใจได้สะดวกขึ้น

การผ่าตัด หากต้นเหตุของการติดเชื้อมาจากฝีหรือแผลที่ทำให้ลุกลามได้นั้น อาจต้องเจาะเอาหนองออกมา ส่วนผู้ป่วยที่เกิดอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อนำเนื้อเยื่อส่วนที่ติดเชื้อออกไป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

1. ชักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ
2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาที ในช่วงแรกที่ให้สารน้ำทุกๆ 30 นาทีในช่วงที่ 2 แล้วยืด เวลาออกไปเป็นทุกๆ 4 ชั่วโมง
3. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข
4. ลดปัจจัยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ
5. ลดการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ
6. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต
7. ติดตามผลโลหิตวิทยาโดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และค่านิวโทรฟิล (neutrophil) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Ceftriaxone 2 กรัม ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการดำเนินงาน

พยาบาลต้องมีความรู้และนำทฤษฎีทางการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้น บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลที่เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องกับความต้องการดูแลและนำไปสู่ความผาสุก (Well-Being) ซึ่งการดูแลตนเองของบุคคลจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและเป็นเป้าหมายเพื่อรักษาซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ พยาบาลดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องสามารถปรับแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นกลุ่มอาการการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis syndrome) ที่มีพยาธิสภาพซับซ้อนและคุกคามต่อชีวิตที่ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก โดยพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 20 – 30 ล้านรายทั่วโลกและ ทุก 1 ชั่วโมง จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1,000 รายหรือ 24,000 รายต่อวัน นับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆของประชากรทั่วโลก ภาวะ sepsis เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ในระยะแรกร่างกายจะอยู่ในภาวะ hypodynamic state โดยจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilatation) ส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำที่จะให้ระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่อวัยวะ (hypovolemia) ประกอบกับการทำงานของหัวใจที่แย่งลง เป็นผลมาจาก cytokines ต่างๆที่ถูกปล่อยออกมาจากเซลล์เม็ดเลือดขาวและกระบวนการอักเสบที่มีอยู่ ทำให้ปริมาณของออกซิเจนที่ถูกขนส่งไปยังเนื้อเยื่อต่างๆลดลง ในขณะที่เนื้อเยื่อต่างๆมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้นจากอัตราการเผาผลาญในร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง เนื้อเยื่อจะปรับตัวโดยพยายามดึงเอาออกซิเจนจากเลือดซึ่งมีน้อยอยู่แล้วออกจากฮีโมโกลบินและพลาสมาให้มากขึ้น หากยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของเนื้อเยื่อต่างๆร่างกายจะปรับตัวโดยเปลี่ยนไปใช้ anaerobic metabolism แทน ทำให้ระดับของสาร lactate ในเลือดสูงขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไขร่างกายจะเข้าสู่ภาวะ hyperdynamic state โดยมีการตีบตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เลือดสูบฉีดมากขึ้น cardiac output เพิ่มขึ้นและปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดเริ่มสูงขึ้นไปด้วย แต่ปริมาณออกซิเจนที่มากขึ้นเนื้อเยื่อไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ได้ เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง เซลล์เนื้อเยื่อต่างๆจะค่อยๆเสื่อมสภาพจนเกิดอวัยวะล้มเหลวในที่สุด หากอวัยวะล้มเหลวพร้อมกันหลายระบบ (Multiple Organ Failure) อาจถึงแก่ชีวิตได้

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลน้ำยีน มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษา ปี 2562 - 2564 จำนวน 62, 73 และ 59 ราย ตามลำดับ ทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจเป็นอย่างมากทั้งๆที่เป็นโรคที่สามารถควบคุมรักษาโรคได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้และในหน่วยงานและองค์กรต้องมีประสิทธิภาพในการดูแลรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลถูกต้องตามมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีการจำหน่ายกลับบ้าน
3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของพยาบาลทั้งในด้านทฤษฎี และปฏิบัติตลอดจนประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
2. ผู้ป่วย และญาติมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีการจำหน่ายกลับบ้าน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็น

ข้อมูล

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
8. เรียบเรียง และจัดพิมพ์ผลงาน
9. นำเสนอผลงานวิชาการหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเพื่อประกอบการขอรับการประเมิน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี HN 16817 เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส คู่

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน วันที่ 27 เมษายน 2565 เวลา 11.53 น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ใช้ อาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง เป็นเศษอาหาร ไม่ปวดท้อง ถ่ายปกติ ไม่มีไข้ ยังไม่ได้ไปรักษาที่ไหน

5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง เป็นเศษอาหาร ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลีย วิงเวียนศีรษะ คล้ายจะวูบ เหงื่อออกตัวเย็น จึงมาโรงพยาบาล ปฏิเสธประวัติ contact COVID-19

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation)

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารหรือสารเคมีอื่นๆ

ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด

ปฏิเสธการดื่มสุรา/สูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สัญญาณชีพแรกจับ อุณหภูมิ 39.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ ผิวดำแดง รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร เสื้อผ้าและการแต่งกายสะอาดเหมาะสม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 39.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ: ผิวดำแดง capillary refill 2 sec มีเหงื่อออกตัวเย็น

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก:

ศีรษะ : บริเวณศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่พบรอยโรค ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีขาว

ตา : ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อบุตาไม่ซีดไม่เหลือง ไม่มีอาการบวม รูปร่างตาขยายเท่ากัน 2 มิลลิเมตร มีการตอบสนองต่อแสงของตาทั้งสองข้างดี การมองเห็นปกติ

หู : ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน

จมูก : จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ผนังกันช่องจมูกไม่คดโค้ง เยื่อบุจมูกไม่มีการอักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ

คอ : รูปร่างลักษณะปกติ หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมไทรอยด์ไม่โต มีการเคลื่อนไหวในการกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คลำไม่พบก้อน

หัวใจและหลอดเลือด: หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur ชีพจรเต้น 130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

ทรวงอกและระบบหายใจ: ทรวงอกไม่เขียว การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 32 ครั้ง ต่อนาที มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีหน้าอกบวม ฟังปอดได้ยินเสียงเท่ากัน 2 ข้าง

ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง: คลำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดเจ็บ ไม่มีรอยแผลผ่าตัดบริเวณ หน้าท้อง

ต่อมน้ำเหลือง: ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อย่าง GCS E4V5M6 รูปร่างตาขยายเท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประสาทรับความรู้สึกปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาทั้ง 2 ข้าง ระดับ 5

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

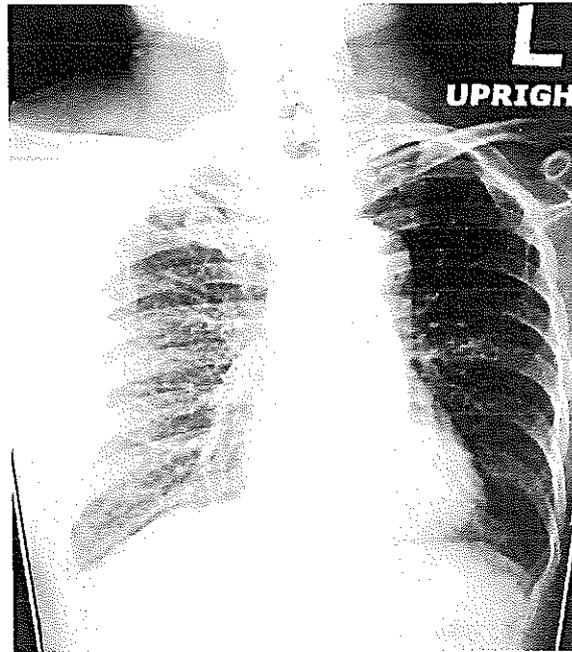
ผลการตรวจ CBC วันที่ 27 เมษายน 2565

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Hemoglobin	12.6%	ค่าปกติ 12-16%	ค่าปกติ
Hematocrit	38%	ค่าปกติ 35-49%	ค่าปกติ
WBC	15,230 cell/mm	ค่าปกติ 5,000-10,000 cell/mm	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อ
PLT count	363,000 cell/mm	ค่าปกติ 150,000-400,000 cell/mm	ค่าปกติ
Neutrophil	65%	ค่าปกติ 55-75%	ค่าปกติ
Lymphocyte	27%	ค่าปกติ 25-35%	ค่าปกติ
Monocyte	6%	ค่าปกติ 2-10%	ค่าปกติ
Eosinophil	2%	ค่าปกติ 1-3%	ค่าปกติ

ผลการตรวจ Electrolyte วันที่ 27 เมษายน 2565

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Sodium	138.1 mmol/L	ค่าปกติ 135-145 mmol/L	ค่าปกติ
Potassium	3.08 mmol/L	ค่าปกติ 3.5-5.3 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ
Chloride	101.8 mmol/L	ค่าปกติ 95-105 mmol/L	ค่าปกติ
CO2	26.7 mmol/L	ค่าปกติ 21-34 mmol/L	ค่าปกติ
BUN	25.3 mg/dL	ค่าปกติ 6.0-20.0 mg/dL	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวาย
Creatinine	1.78 mg/dL	ค่าปกติ 0.9-1.3 mg/dL	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวาย

ผลการถ่ายภาพรังสีเอกเรย์ วันที่ 27 เมษายน 2565 : No infiltration



การวินิจฉัยโรค

ครั้งแรก : Septic shock

ครั้งสุดท้าย Septic shock with Hypokalemia

การรักษา

1. 0.9% NSS 1,000 ml IV load 1,000 ml then rate 120 ml/hr
2. Ceftriaxone 2 gm IV stat
3. E.KCL 30 ml oral stat
4. Dopamine 2:1 IV start 10 mcg/min
5. Dimenhydrinate 50 mg IV stat
6. Plasil 10 mg IV stat

สรุปอาการผู้ป่วยระยะรับใหม่

วันที่ 27 เมษายน 2565 เวลา 11.53 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง เป็นเศษอาหาร ไม่ปวดท้อง ถ่ายปกติ ไม่มีไข้ ยังไม่ได้ไปรักษาที่ไหน 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง เป็นเศษอาหาร ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลีย วิงเวียนศีรษะคล้ายจะวูบ เหงื่อออกตัวเย็น จึงมาโรงพยาบาล ปฏิเสธประวัติ contact COVID-19 สัญญาณชีพ แรกรับ อุณหภูมิ 39.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท DTX = 168 mg%, O2 sat RA = 100% ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung, ส่ง CXR : no infiltration ผล Lab: CBC (WBC 15,230) ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000ml IV load 1,000 ml then rate 120 ml/hr หลัง load NSS 1,000 ml BP 86/54 mmHg P= 120/min แพทย์พิจารณาให้ Dopamine 2:1 IV start 10 mcg/min วัดความดันโลหิตซ้ำ 113/64 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา ปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV stat ผล Electrolyte : Potassium 3.08 mmol/L แพทย์พิจารณาให้ E.KCL

30 ml oral stat ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ แพทย์พิจารณาให้ Dimenhydrinate 50 mg IV stat, Plasil 10 mg IV stat หลังฉีดยาไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ผล lab BUN 25.3 mg/dL, Creatinine 1.78 mg/dL แพทย์พิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ urine 50 ml สีเหลืองใส ไม่ขุ่น นอนราบได้ แพทย์วินิจฉัย Septic shock พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะ Hypokalemia

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

สรุปอาการผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง

วันที่ 3 พฤษภาคม 2565 รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60-110/70 มิลลิเมตรปรอท ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung, O2 sat room air 97-98% ผล lab BUN 26.4 mg/dL, Creatinine 1.82 mg/dL แพทย์พิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อประเมินปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย urine สีเหลืองใส ไม่ขุ่น นอนราบได้ แพทย์พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะต่อ Ceftriaxone 2 gm IV OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยไม่มีไข้ ไอมีเสมหะลดลง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย รับประทานอาหารได้ นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรสารน้ำในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจาก การสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย

สรุปอาการผู้ป่วยระยะจำหน่าย

วันที่ 5 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ประเมินผู้ป่วย lung clear both lung, O2 sat room air 97-98% ส่ง film CXR ไม่มี infiltration ไม่มีไข้ ไม่มีหายใจหอบ ไม่มีเหนื่อยเพลีย รับประทานอาหารได้ ยาที่ได้รับไปทานที่บ้าน Augmentin (625) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Dimenhydrinate ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น Domperidone รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น, ORS จิบบ่อยๆ พยาบาลแนะนำผู้ป่วยให้มาตามนัด แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้ หายใจหอบเหนื่อย ปัสสาวะแสบขัด แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่งและรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ประเมินการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 3 วัน

การพยาบาลระยะรับใหม่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติมีไข้ อาเจียน เหนื่อยเพลีย

Objective data

- สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 39.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท มีเหงื่อออก ตัวเย็น

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ในช่วงระหว่าง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงระหว่าง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วงระหว่าง 12-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงระหว่าง 90/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท, O₂ sat RA > 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติค้นหาสาเหตุการติดเชื้อ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ
2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุกชั่วโมง 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากแพทย์วินิจฉัยโรค พิจารณาให้ ceftriaxone 2 gm IV stat สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น มีผื่นคันตามผิวหนัง หายใจลำบาก หน้าบวมมีอาการบวมแดงปวดบริเวณที่ฉีดยา มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที
4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV load 1,000 ml then rate 120 ml/hrs ตามแผนการรักษาของแพทย์ ต้อง check blood return ทุก 15 นาที
5. ดูแลให้ยา Dopamine 2:1 IV start 10 mcg/min ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น เป็นต้น
6. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลามีไข้ ทุก 4-6 ชม ตามแผนการรักษา
7. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
8. ลดปัจจัยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เทคนิคปลอดภัยต่างๆ
9. ลดการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ การส่งตรวจเพาะเชื้อ
10. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 1-2 ชั่วโมง เพื่อการประเมินการทำงานของไต

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ หลังได้รับการรักษา ไซ้ลดลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/64 ออกซิเจนในร่างกาย 96-98%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะ Hypokalemia

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกรู้สึกเหนื่อยเพลีย ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ

Objective data

- Potassium (K) = 3.08 mmol/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามการเต้นของหัวใจ
2. ประเมินอาการโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เพลีย ท้องผูก ตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น
3. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลทำ EKG 12 lead
4. ดูแลให้ได้รับยา E.KCL 30 ml oral stat ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. แนะนำรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่กล้วย ส้ม ถั่วเมล็ดแห้ง นมและผลิตภัณฑ์จากนม
6. ติดตามผลอิเล็กโทรลัยต์

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผล Potassium 5.14 mmol/L สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยอ่อนเพลียดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา
ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยถามว่า “ผมจะหายไหม”

Objective data

- ผู้ป่วยหน้าตาอึดโรย วิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง รู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ควบคุมโรคให้ได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติไม่มีความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น นอนหลับได้
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจโดยพูดคุยให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยนเป็นกันเองจะเป็นการลดความเครียดในการปรับตัวต่อสถานที่

2. คอยให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่คนเดียววนเวียนไป ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตามสภาพผู้ป่วย

3. บอกอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อนของโรค แผนการรักษา เหตุผลของการให้การพยาบาลทุกครั้ง และบอกความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

4. หลังจากให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ควรมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำการสอน เพื่อติดตามช่วยเหลือในระยยะอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะต้องสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

5. ให้การรักษาพยาบาลด้วยความมั่นใจถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล

6. ถามและสังเกตความต้องการของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมักจะเกรงใจไม่กล้าขอความช่วยเหลือ

7. ประเมินความเชื่อของผู้ป่วย ทศนคติ การยอมรับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา สภาพจิตใจ ชีวิตครอบครัว และสังคมของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น ยิ้มแย้ม ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอนหลับได้

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติมีไข้ เหนื่อยเพลีย

Objective data

- ผู้ป่วย case septic shock รับส่งต่อจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อมาฉีดยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง
- มีสัญญาณชีพผิดปกติ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท
- White Blood Cell 12,400, Neutrophil 75, Lymphocyte 10

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ในช่วงระหว่าง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงระหว่าง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วงระหว่าง 12-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงระหว่าง 90/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท, O₂ sat RA > 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติค้นหาสาเหตุการติดเชื้อ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ
2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm IV OD
4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 80 ml/hrs ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข
6. ลดปัจจัยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ
7. ลดการแพร่ระบาดเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ การส่งตรวจเพาะเชื้อ
8. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมง เพื่อการประเมินการทำงานของไต
9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดูจากเม็ดเลือดขาว (WBC) และค่า Neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หลังได้รับการรักษา ไม่มีไข้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ White Blood Cell 11,200, Neutrophil 71, Lymphocyte 14

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรสารน้ำในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติมีปัสสาวะออกน้อย ไข่

Objective data

- มีสัญญาณชีพผิดปกติ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท
- ผล Lab: BUN 26.4 mg/dL, Creatinine 1.82 mg/dL

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไตวายเฉียบพลันและไตกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย บวม ค้นตามตัว หอบเหนื่อย
2. BUN < 40 mg/dL, Creatinine < 8.9 mg/dL

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินทุก 1 ชั่วโมงในระยะแรก และทุก 4 ชั่วโมงเมื่อมีอาการคงที่
2. ประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจ ติดตามโดยใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ สังเกตดูลักษณะ T-wave EKG วัดความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง ถ้ามมากกว่า 12 cmH₂O รายงานแพทย์
3. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกอย่างถูกต้องทุก 8 ชั่วโมง
4. ควบคุมการให้สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตรทุกชนิด
5. ประเมินชีพจรส่วนปลาย อาการบวมของแขน ขา และ Dependent area ดูลักษณะ Neck vein สังเกตความตึงตัว ความยืดหยุ่นของผิวหนังอย่างน้อยแวนละครั้ง
6. ฟังเสียงปอดทุกแวนเพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema เพื่อจะได้ให้การดูแลทันที่
7. ติดตามค่าการทำงานของไต ตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ปัสสาวะออกดีหลังได้รับการรักษา ไม่บวม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าการทำงานของไตดีขึ้น BUN 16 mg/dL, Creatinine 1.3 mg/dL, Co₂ 15 mmol/L

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจาก การสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการปวดบริเวณใส่สายสวนปัสสาวะ”

Objective data

- มีสัญญาณชีพผิดปกติ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท
- Retained Foley’s catheter 6 วัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีหนอง บริเวณใส่สายสวนปัสสาวะไม่บวมแดง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินบริเวณที่สอดใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกตร่องรอยของการอักเสบ เช่น บวม แดง ร้อน ซึ่งถ้ามีต้องรายงานแพทย์ทราบ
2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้
3. ให้ยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm IV OD ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น มีผื่นคันตามผิวหนัง หายใจลำบาก หน้าบวมมีอาการบวมแดง ปวดบริเวณที่ฉีดยา มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที
4. เปลี่ยนแผลบริเวณที่สอดใส่สายสวนปัสสาวะเมื่อพบว่ามีแผลซึมหรือเปื่อยขึ้น
5. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุก 12 ชั่วโมง
6. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ โดยดูแลสายสวนปัสสาวะให้มีการไหลดี ไม่มีการหักพับงอหรือมีการอุดตันของสาย สายยางอยู่ในระบบปิด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีไข้ บริเวณใส่สายสวนปัสสาวะไม่บวม แดง ไม่มีการหักพับงอของสายปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส

การพยาบาลระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจาก ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยและญาติถามว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

Objective data

- ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางแสดงความวิตกกังวล
- ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความเจ็บป่วยเรื้อรัง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวโรคติดเชื้อในกระแสเลือดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและตอบคำถามด้วยท่าทีที่มั่นใจและเต็มใจ
2. ประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตน
3. ให้ข้อมูลในเรื่องที่ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรค การรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ
4. แนะนำการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
 - รักษาความสะอาดปากฟัน
 - ล้างมือบ่อยๆ ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง
 - แนะนำสวมหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูกทุกครั้ง เมื่อออกจากบ้านหรืออยู่ในสถานที่แออัด
5. แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การเดินควรเดินอย่างน้อย 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นอย่างน้อย ระยะก้าวในการเดินความสม่ำเสมอถ้าเดินแล้วเหนื่อยหยุดเดิน
6. อธิบายให้ญาติรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของร่างกาย เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด มีแผลอักเสบบวมแดง ต้องรีบส่งโรงพยาบาลเพื่อให้การรักษาได้ทันที่
7. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัด

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนได้มากขึ้นและจากการสังเกตสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

การวางแผนการจำหน่ายในกรณีศึกษา ตามหลัก D-Method

D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคภาวะ sepsis เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ในระยะแรกร่างกายจะอยู่ในภาวะ hypodynamic state โดยจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilatation) ส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำที่จะให้ระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่อวัยวะ (hypovolemia) ประกอบกับการทำงานของหัวใจที่แย่งลง เป็นผลมาจาก cytokines ต่างๆที่ถูกหลั่งออกมาจากเซลล์เม็ดเลือดขาวและกระบวนการอักเสบที่มีอยู่ ทำให้ปริมาณของออกซิเจนที่ถูกลำเลียงไปยังเนื้อเยื่อต่างๆลดลง ในขณะที่เนื้อเยื่อต่างๆมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้นจากอัตราการเผาผลาญในร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง เนื้อเยื่อจะปรับตัวโดยพยายามดึงเอาออกซิเจนจากเลือดซึ่งมีน้อยอยู่แล้วออกจากฮีโมโกลบินและพลาสมาให้มากขึ้น หากยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของเนื้อเยื่อต่างๆร่างกายจะปรับตัวโดยเปลี่ยนไปใช้ anaerobic metabolism แทน ทำให้ระดับของสาร lactate ในเลือดสูงขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไขร่างกายจะเข้าสู่ภาวะ hyperdynamic state โดยมีการตีบตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เลือดสูบฉีดมากขึ้น cardiac output เพิ่มขึ้นและปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดเริ่มสูงขึ้นไปด้วยแต่ปริมาณออกซิเจนที่มากขึ้นเนื้อเยื่อไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ได้ เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง เซลล์เนื้อเยื่อต่างๆจะค่อยๆเสื่อมสภาพจนเกิดอวัยวะล้มเหลวในที่สุด หากอวัยวะล้มเหลวพร้อมๆกันหลายระบบ (Multiple Organ Failure) อาจถึงแก่ชีวิตได้

M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา ได้แก่ Augmentin (625) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Dimenhydrinate ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น Domperidone รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น, ORS จิบบ่อยๆ

E Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม

T Treatment แนะนำการเฝ้าสังเกตอาการตนเองของผู้ป่วย ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบเหนื่อย แนะนำให้รีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

H Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O Out patient แนะนำการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารอ่อนย่อยง่าย เนื้อปลา ผัก นม

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
1. อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับยา ATB ภายใน 45-60 นาที	>90%	84.74%	100%
2. อัตราผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับสารน้ำภายใน 1 ชม.	>90%	100%	100%
3. อัตราผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการส่งต่อภายใน 3 ชม.	100%	95.89%	96.61%

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. อัตราการเกิดภาวะ septic shock ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง
2. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดลง
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามประสิทธิภาพการดูแลตาม CPG care map ที่กำหนด
4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษา

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ใช้เป็นมาตรฐานแนวทางในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
3. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้า การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
4. ใช้เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยและผู้สนใจ
5. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลตลอดจนผู้มาฝึกอบรม

ศึกษาดูงาน

6. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. จากกรณีศึกษาผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งการตัดสินใจรับเข้ารับการรักษา เนื่องจากกรณีไข้ อาเจียน อาจคิดว่าอาการไม่รุนแรงจึงไม่ได้รับมารักษา การติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงอาจเสียชีวิตถ้าได้รับการล่าช้าและถ้าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้มีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. การเข้าถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยล่าช้า เนื่องจากไม่ได้ใช้ระบบ EMS ของเครือข่ายอำเภอניים
2. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง

9. ข้อเสนอแนะ

1. เสนอให้มีการสอนสุขศึกษาเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังทุกรายและผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจที่โรงพยาบาล เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง เพื่อให้มีความรู้และเมื่อมีอาการจะได้เข้ารับการรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น
2. มีระบบการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทุกจุดบริการในโรงพยาบาล โดยใช้แบบคัดกรอง SOS score เช่นที่ OPD ER IPD คลินิก NCD ในเขตโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจะได้ให้การตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว
3. มีระบบการทบทวน Case โดยใช้เครื่องมือคุณภาพ เช่น C3THER ทบทวนการดูแลผู้ป่วย
4. จัดทำ Clinical Tracer ในโรคติดเชื้อในกระแสเลือดต่อเนื่องทุกปีเพราะเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อหาโอกาสพัฒนา

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า นางสาวชนิษฐา ฉัตรสุวรรณ เป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด คิดเป็น 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) น.ช.ชนิษฐา ฉัตรสุวรรณ

(นางสาวชนิษฐา ฉัตรสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 18 / ตุลาคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

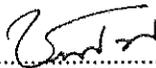
(ลงชื่อ) 

(นางละอองศรี มั่งมี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 18 / ต.ค. / 65

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

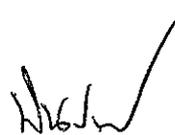
(ลงชื่อ) 

(นายชัยวัฒน์ ดาราสิขณ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเย็น

(วันที่) ๑๙ / ต.ค. / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



(นายทีทัตพงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๗ พ.ย. ๒๕๖๕

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการคัดกรองและแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
2. หลักการและเหตุผล

อุบัติการณ์ของภาวะ sepsis มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจาก ความสามารถในการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น มีการใช้หัตถการในการสอดใส่เข้าร่างกาย (invasive procedure) ในการวินิจฉัยและรักษาเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดเชื้อดื้อยามากขึ้น มีผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น ประเทศไทยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วย sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ปี และผู้ป่วย sepsis เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี ซึ่งพบว่าผู้ป่วย sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 5 ราย ทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมาก แม้ว่าปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อ คือ มียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราการตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง โดยอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 อยู่ที่ร้อยละ 36.03

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลน้ำเย็น มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษา ปี 2562-2564 จำนวน 62, 73 และ 59 ราย ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงที่พบมากในผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มเบาหวาน และกลุ่มไตวายเรื้อรัง โรคที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (AGE) แผลติดเชื้อ (cellulitis) ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนพบปัญหาการวินิจฉัยได้ล่าช้ามาจากอาการที่ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้าการรักษาก็จะล่าช้าตามไปด้วย จึงได้นำแบบคัดกรองโดยใช้ SOS score เพื่อปรับปรุงกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งเน้นการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงและส่งต่อที่ทันเวลา

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองและแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
2. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะ sepsis
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
5. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
6. บุคลากรในแผนกสามารถใช้แบบคัดกรอง SOS score เพื่อการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข บทวิเคราะห์

ภาวะ sepsis เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ในระยะแรกร่างกายจะอยู่ในภาวะ hypodynamic state โดยจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilatation) ส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำที่จะให้ระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่อวัยวะ (hypovolemia) ประกอบกับการทำงานของหัวใจที่แย่งลง เป็นผลมาจาก cytokines ต่างๆที่ถูกหลั่งออกมาจาก เซลล์เม็ดเลือดขาวและกระบวนการอักเสบที่มีอยู่ ทำให้ปริมาณของออกซิเจนที่ถูกขนส่งไปยังเนื้อเยื่อต่างๆลดลง ในขณะที่เนื้อเยื่อต่างๆมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้นจากอัตราการเผาผลาญในร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุหลักของผู้ป่วยที่ได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลในครั้งนี้อย่างนี้ จากการที่ได้ดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้พยาบาลพบปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย sepsis ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาล่าช้า การดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมและไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ที่ชัดเจน จึงได้นำปัญหามาหาแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงเพื่อนำไปพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อการประเมินผู้ป่วยที่รวดเร็วและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีประสิทธิภาพดังนี้

1. การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยได้เร็ว โดยใช้แบบคัดกรอง SOS score ดังนี้

Plan

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. ปรับปรุงแบบคัดกรองโดยใช้ SOS score
3. ปรับปรุงแนวทางการคัดกรองและประเมินซ้ำในผู้ป่วยที่สงสัย sepsis และ septic shock

Do

1. จัดทำแนวทางการคัดกรอง sepsis และ septic shock ได้รับการคัดกรองโดยใช้ SOS score
2. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการโดยการคัดกรอง ณ จุดคัดแยก โดยใช้ SOS score
3. ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย sepsis และ septic shock ตาม Guideline Sepsis 2018
4. กำหนดระยะเวลาการผล Lab เพื่อให้เหมาะสมตามแนวทางที่กำหนด CBC ภายใน 30 นาที
5. กำหนดระยะเวลาในการได้รับยา Antibiotic และ IV fluid ภายใน 1 ชั่วโมง หลังแพทย์วินิจฉัย
6. เฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วย sepsis โดยใช้ SOS score ในการประเมินทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา
7. เน้นบุคลากรปฏิบัติตามแนวทาง IC เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อเนื่อง
8. มีการทบทวน case การดูแลผู้ป่วย sepsis ทุกรายร่วมกับทีมสหวิชาชีพทุก 3 เดือน

9. นำเสนอข้อมูลปัญหาที่พบให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้รับทราบและหาแนวทางแก้ไขปัญหา

Check

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตซึ่งเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย หากไม่ได้รับการรักษาทันที อาจเกิดการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว ซึ่งถือเป็นการติดเชื้อที่ร้ายแรง อาจมีผู้ป่วยติดเชื้อถึงร้อยละ 50 เสียชีวิตจากภาวะดังกล่าว ผู้ที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลน่าน จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แบบคัดกรอง SOS score เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะดังกล่าว และประเมินผลการใช้แบบคัดกรองได้ตามตัวชี้วัด ดังนี้

Action

ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสมใช้ SOS score (search out severity score) มาช่วยในการประเมินและค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะ sepsis ในร่างกาย ดังนี้

ใบบันทึก SOS Score

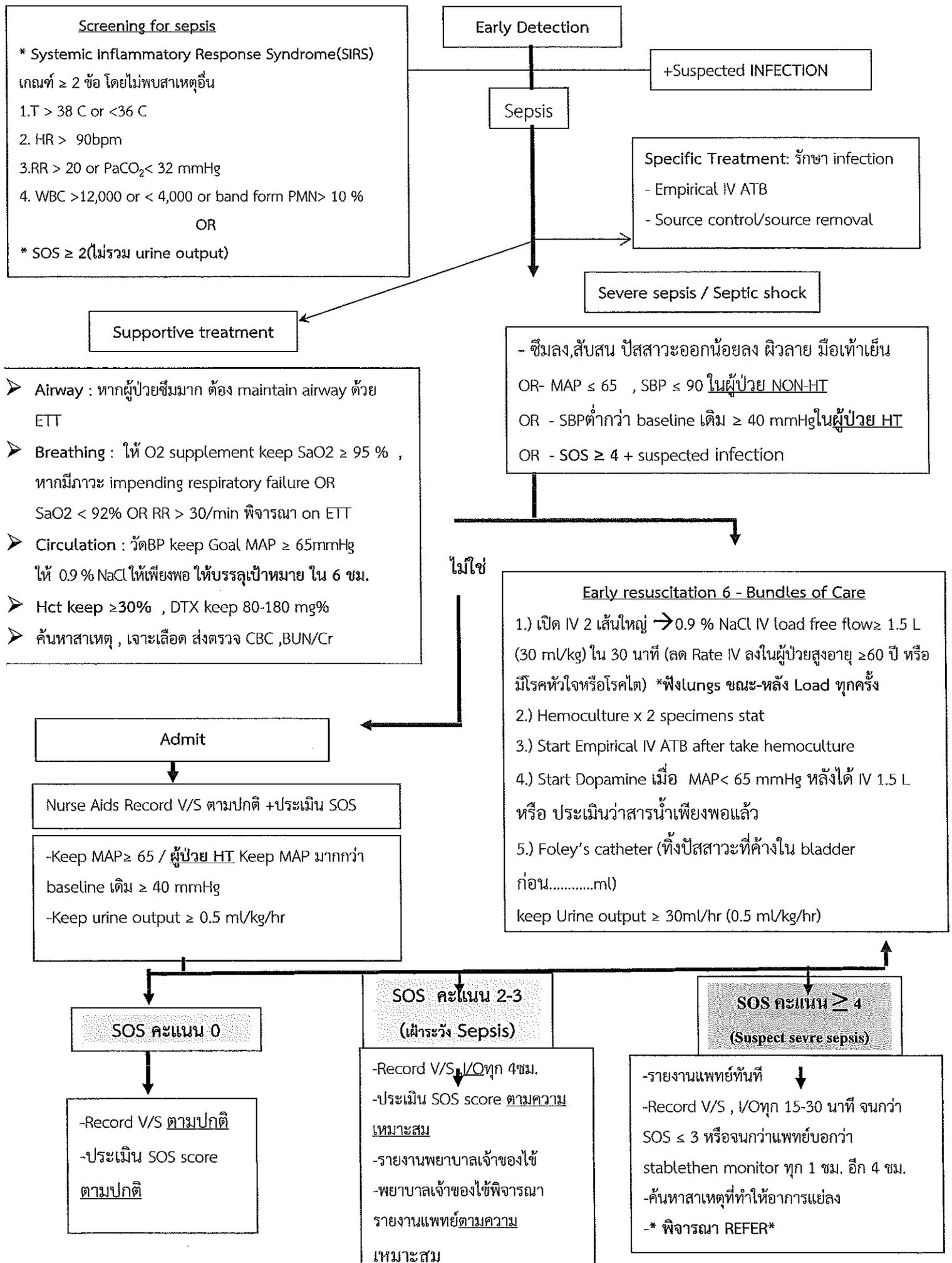
Score	3	2	1	0	1	2	3
Temp		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
SBP	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ให้ยากระตุ้นBP
Pulse	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
RR	≤8	On ETT		9-20	21-25	26-35	≥35
Conscious			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นตี พูดคุยรู้ เรื่อง	ซึม เรียก ลืมตา	ซึมมาก ต้อง กระตุ้น จึงลืมตา	ไม่รู้สึกตัวแม้จะ กระตุ้นแล้วก็ตาม
Urine/day		≤500	501-999	≥1,000			
Urine/8hr.		≤160	161-319	≥320			
Urine/4hr.		≤80	81-59	≥160			
Urine/1hr.		≤20	21-39	≥40			

แนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ SOS score (search out severity score)

2. กลยุทธ์และแนวทางในการปฏิบัติการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประสบความสำเร็จ ประกอบไปด้วย

- 2.1 การสร้างทีมงานคอยประสานและติดตามตัวชีวิตในโรงพยาบาล โดยต้องมีทีมสหวิชาชีพพร้อมกันดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และต้องมีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case manager) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย 1 คน
- 2.2 เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและวินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยมีการใช้ Quick SOFA, SOS score หรือ early warning score ช่วยในการคัดกรอง
- 2.3 จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles)
- 2.4 จัดทำแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 2.5 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ในโรงพยาบาล เพื่อรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้น และสร้างแนวทางการพัฒนางานต่อไปให้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis / Septic Shock) ในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลน้ำยิ้น



ผลการดำเนินงาน

จากการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า

1. อัตราการเกิด septic shock ขณะ Admit ลดลง จากในปี 2563= 29% ในปี 2564 ลดลงเป็น 27%
2. อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับความยา ATB ภายใน 45-60 นาที เพิ่มขึ้นจาก จากในปี 2563= 84.74% ในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 100%
3. ประสิทธิภาพการดูแลตาม CPG care map ที่กำหนดนาที่ เพิ่มขึ้นจาก จากในปี 2563= 70% ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 75%

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย
2. เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างครอบคลุมและมีแบบแผน
3. เพื่อเพิ่มความสามารถ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพตนเอง จากการค้นพบจุดแข็งตามความสามารถและพลังอำนาจในตัวผู้ป่วยเอง
4. ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
5. ลดจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและทรุดลงส่งต่อ
6. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
7. บุคลากรในแผนกสามารถใช้แบบคัดกรอง SOS score เพื่อการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) \geq ร้อยละ 90
2. ผู้ป่วยได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic \geq ร้อยละ 90
3. ผู้ป่วยได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก \geq ร้อยละ 90 (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)
4. บุคลากรในแผนกมีความพึงพอใจในการใช้แบบคัดกรอง SOS score เพื่อการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) จริญญา บัณฑิตกุล
 (นางสาวจริญญา บัณฑิตกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 18 / ๑๑ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (UGIB)
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง ๑๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมาย

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน (Upper gastrointestinal bleeding หรือ UGIB) หมายถึง การมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนถึงลำไส้เล็กส่วนต้นเหนือ ligament of Treitz (เป็นจุดที่ใช้ในการแบ่งระหว่าง duodenum กับ jejunum) ทำให้มีอาการนำมามีอาเจียนเป็นเลือดสด (Hematemesis) หรือเลือดเก่า (Coffee ground) และถ่ายอุจจาระมีสีดำ (Melena)

พยาธิสรีรวิทยา

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน (UGIB) เกิดจากทางเดินอาหารอักเสบหรือเป็นแผล ซึ่งโดยปกติแล้วทางเดินอาหารจะมี mucosal barrier เพื่อป้องกันการย่อยตัวเอง (Acid Autodigestion) เมื่อมีการหลังกรดเกิดขึ้น โดยมี prostaglandin เป็นตัวช่วยป้องกัน แต่ถ้ากลไกการป้องกันล้มเหลวหรือขาดความสมดุล จะทำให้ทางเดินอาหารอักเสบมีการทำลายของ mucosa เกิดการแพร่กระจายของกรด (Hydrochloric acid และ pepsin) เข้าใน mucosa ทำให้ hydrogen ion (pH) เพิ่มมากขึ้น เมื่อมีการทำลายถึงชั้น Epithelial cell ร่างกายจะหลั่งสาร Histamine ออกมาซึ่งจะมีผลกระตุ้น Parietal cell ให้หลังกรดเพิ่มมากขึ้นและมีผลต่อ Mucosal blood flow ทำให้หลอดเลือดฝอยขยายตัวน้ำและ Protein จะรั่วออกมา บางแห่งจะขาดเลือดมาเลี้ยง บางแห่งจะบวมแดงและเกิดเป็นแผลขึ้นเส้นเลือดเล็กๆ (small vessels) แตกและมีเลือดออก โดยเลือดที่ออกมาจะทำปฏิกิริยากับน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร จึงทำให้เลือดเป็นสีดำผู้ป่วยจึงมักมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดเก่าสีดำและถ่ายดำ แต่หากเลือดออกมากในระยะเวลาสั้นผู้ป่วยจะอาเจียนออกมาเป็นเลือดสีแดงสดได้

สาเหตุ

๑. พฤติกรรมอุปนิสัยการรับประทานอาหาร อาหารรสจัดและอาหารเครื่องเทศ เมื่อสัมผัสกับเนื้อเยื่อในกระเพาะอาหารจะทำให้เกิดการหลั่งน้ำย่อยมากขึ้น หรืออาหารบางประเภท เช่น โปรตีนจากเนื้อสัตว์จะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนแกสตรินเพิ่มมากขึ้น และการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้เช่นกัน

๒. ผลข้างเคียงของยาและสารบางชนิดทำให้เกิดแผลในกระเพาะได้คือยาที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อในกระเพาะอาหาร เช่น แอสไพริน Aspirin ในกลุ่ม Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และแอลกอฮอล์ ยาที่กระตุ้นการหลั่งกรด (gastric secretion) ได้แก่ corticosteroid, Phenylbutazone caffeine และ สารนิโคตินในบุหรี่

๓. ความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมน ซีครีติน (Hormone secretin) มาก ทำให้การหลั่งน้ำย่อยมาก ซึ่งพบในกลุ่มอาการโซลิ่งเกอร์-เอลลิสัน (Zollinger Ellison Syndrome)

๔. จากสาเหตุอื่นๆ เช่น เกิดการไหลย้อนกลับของเกลือน้ำดี (Bile salt) เข้าไปในกระเพาะอาหารหรือเกิดอาการแพ้อาหารบางชนิดทำให้ร่างกายสร้างน้ำย่อยเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง

๑. ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย โดยมักจะปวดบริเวณลิ้นปี่ลักษณะการปวดแต่ละบุคคลอาจไม่เหมือนกัน บางรายอาจปวดแบบตื้อๆ (dull) ปวดจี๊ดๆ (nagging) ปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือปวดเกร็ง (cramping) บางรายอาจมีอาการท้องอืดแน่นท้องก็ได้

๒. มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน อาเจียนเป็นเลือดสดหรือเลือดเก่า และถ่ายอุจจาระดำ

๓. อาการอื่นๆ เช่น มีไข้ อาจเกิดภายใน ๒๔ ชั่วโมง หรือบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีภาวะช็อค มีอาการปวดศีรษะ กระจายน้ำ เหงื่อออก ใจสั่น กระวนกระวาย ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็วได้

การตรวจวินิจฉัย

๑. การตรวจทั่วไป (Systemic examination)

๑.๑ การซักประวัติ โดยการซักถึงโรคประจำตัวหรืออาการต่างๆ อาเจียนเป็นเลือดหรือมีถ่ายดำปริมาณเท่าไร ประวัติการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs Aspirin

๑.๒ การตรวจร่างกาย โดยทั่วไปเราตรวจดูสภาพร่างกายผู้ป่วยทั่วๆ ไป รวมทั้งการตรวจ vital signs ที่สำคัญ คือ ภาวะขาดน้ำหรือเสียเลือด เช่น ชีต หรือปากแห้ง ตรวจดูความรุนแรงของการปวดตรวจได้จากการที่ผู้ป่วยพูดแล้วหยุดเป็นพักๆ เพราะอาการปวด หรือลักษณะการหายใจของผู้ป่วย เช่นหายใจสั้นๆ เร็ว ๆ ก็อาจบ่งชี้ว่า อาจมีภาวะ peritoneal irritation ทำให้ไม่กล้าหายใจแรงเพราะกลัวเจ็บ หรือการสังเกตท่านอนของผู้ป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่มี colicky pain จะดิ้นนอนปวดบิดไปบิดมา แต่ในผู้ป่วย peritonitis จะนอนนิ่ง ๆ ไม่ขยับ

๒. การตรวจทางหน้าท้อง (Abdominal examination) โดยใช้ทฤษฎีการดู คลำ เคาะและฟัง

๒.๑ การดู ในภาวะ abdominal distension, abdominal ecchymosis และ visible peristalsis อาจสามารถตรวจพบได้จากการมองตาเปล่า

๒.๒ การคลำและการเคาะหน้าท้อง จะสามารถหาสาเหตุของ abdominal pain ได้มากกว่า เช่น การคลำหาก้อนและตำแหน่งที่เจ็บของผู้ป่วย หรือในผู้ป่วยที่มี peptic ulcer perforation ก็จะเคาะได้โปร่งในบริเวณที่ควรจะเป็นตำแหน่งที่ตั้งของตับ หรือการเคาะได้ทึบเหมือนมีน้ำก็อาจจะเป็น infected peritoneal fluid ก็ได้

๒.๓ การฟัง โดยการฟัง bowel sound เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะ gut obstruction นั้น bowel sound โดยจะเพิ่มขึ้น active bowel sound แต่ในทางตรงกันข้ามในผู้ป่วยที่มีภาวะ peritonitis จะมี bowel sound ลดลง หรือไม่มี bowel sound ไปเลยก็ได้ การฟังได้ยินเสียง bruit ก็พบได้ในผู้ป่วยมี abdominal aortic aneurysm และ hyper vascularized tumor ได้ เป็นต้น

๓. การตรวจภายใน ทางทวารหนักและช่องคลอด (Genital, Rectal and pelvic examination)

โรคทางนรีเวชบางโรค เช่น pelvic inflammatory disease หรือ tubular ovarian abscess ก็ สามารถแสดงอาการปวดท้องได้ โดยการตรวจทางทวารหนักและภายในช่องคลอดก็สามารถช่วยในการวินิจฉัย แยกโรคได้ หรือในผู้ป่วยใส่ดิ่งอักเสบเฉียบพลันบางราย การตรวจทางหน้าท้องอาจจะได้ข้อมูลไม่ชัดเจนมากนัก แต่การตรวจทางทวารหนักโดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็น retrocecal type ก็จะเป็นได้ จากภาวะ localized peritonitis

๔. การใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหาร เพื่อดูลักษณะของ gastric content สามารถบอกความรุนแรงของภาวะเลือดออกได้ และเพื่อทำกระเพาะอาหารให้ว่าง เตรียมพร้อมสำหรับการส่องกล้องทางเดินอาหาร นอกจากนี้ยังช่วยในการหยุดเลือด (stop bleeding) ที่ออกในกระเพาะได้อีกด้วย

๕. การส่องกล้องทางเดินอาหาร เป็นการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาตำแหน่งของจุดเลือดออก เช่น Esophagogastroduodenoscopy และการทำ Barium enema เป็นต้น

๖. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือ Hematocrit (HCT), Hemoglobin (Hb), Blood urea nitrogen (BUN), และ Creatinine (Cr) ในเลือด ช่วยประเมินการสูญเสียเลือด การตรวจ Prothrombin Time (PT), Partial thromboplastin (PTT), International normalized ratio (INR), เพื่อดูความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด Liver function test (LFT), เพื่อดูความผิดปกติของตับ ช่วยบอกภาวะตับแข็ง Stool occult blood จะพบเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ

การรักษาและการป้องกัน

หลักในการรักษา ได้แก่ การทำให้เลือดหยุดไหล การเพิ่มปริมาตรเลือดไหลเวียนให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว และการป้องกันไม่ให้เกิดเลือดออกซ้ำ ซึ่งการรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารดังนี้

๑. การรักษาหรือแก้ไขภาวะช็อกโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อเพิ่มปริมาตรการไหลเวียนแก้ไขภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย หรือการให้เลือดส่วนประกอบของเลือดต่างๆ เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ลดลง

๒. การรักษาโดยการให้ยา ได้แก่ ยาลดการหลั่งกรด เช่น กลุ่ม H₂ Receptor antagonist (H₂ RA) กลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PPI) ยา Splanchnic vasoconstrictors ใช้เพื่อลด portal venous flow และ ยาระงับประสาท ยาประเภท Anticholinergic

๓. การผ่าตัดในกรณีฉุกเฉิน ที่มีภาวะเลือดออกไม่หยุด

๔. การป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด กาแฟ น้ำอัดลม ยาแก้ปวดบางชนิด กลุ่ม NSAIDs และยาประเภทสเตียรอยด์ รวมถึงการพักผ่อนอย่างเพียงพอทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (UGBI) เป็นภาวะฉุกเฉินทางเวชปฏิบัติที่เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งของการเสียชีวิตในระบบสาธารณสุขของทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์เกิด ๔๘-๑๖๐ รายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ ๑๐-๑๔ และอาจถึงร้อยละ ๓๕ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการักษาในโรงพยาบาลที่มีโรคทางอายุรกรรมอย่างอื่นร่วมด้วย

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้รับบริการของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการดูแลรักษาต้องอาศัยความร่วมมือของทีมแพทย์ พยาบาล เนื่องจากภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้รับบริการเสียเลือดจนเกิดภาวะช็อกและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้จากสถิติของโรงพยาบาลนาเยีย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕ จำนวน ๑๙ ราย, ๑๗ ราย และ ๒๐ ราย ตามลำดับ โดยจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและสาเหตุที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ไม่ใช่หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร แต่เป็นสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่เป็นประจำ, พฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทหมักดองหรืออาหารรสจัด, การซื้อยามารับประทานเอง เช่น ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอลหรือการใช้ยาสเตียรอยด์ ยาละลายลิ่มเลือด และสาเหตุจากการมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง เป็นต้น สำหรับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเลือดออก ได้แก่ เพศ ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เป็นผลจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน จึงต้องอาศัยทีมบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤตรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือการกลับไปเป็นซ้ำ ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีองค์รวม

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๘ ปี HN: ๒๔๓๔๑

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาเยีย วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๓.๓๐ น.

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ อาเจียนเป็นเลือด ก่อนมา ๕ ชม.

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน EMS โรงพยาบาลนาเยียออกรับ แจ้งว่า ๕ ชม. ก่อนมา อาเจียนเป็นเลือดสด ๕ ครั้ง ครั้งละประมาณ ๓๐ ml ปวดจุกท้องด้านซ้าย ไม่มีถ่ายอุจจาระสีดำ เหนื่อยเพลียมาก ดูซึมลง ไม่มีเหงื่อแตกตัวเย็น ไม่มีไข้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว: โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารหรือสารเคมี

ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการดื่มสุรา/สูบบุหรี่/การใช้สารเสพติด : ดื่มสุราประจำทุกวัน วันละประมาณ ๓๐-๖๐ ml นานประมาณ ๑๐ ปี , สูบบุหรี่ทุกวัน วันละ ๓-๕ มวน, ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ประวัติส่วนตัวและการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร ๒ คน เป็น ประกอบอาชีพ เกษตรกรและทำงานก่อสร้างเป็นครั้งคราว หลังเลิกงานจะชอบสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงาน อุปนิสัยเป็นคนร่าเริง ดูแลครอบครัวดี

ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทยวัยผู้ใหญ่ ผิวสีน้ำตาลแดง รูปร่างอ้วน น้ำหนัก ๘๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๖ เซนติเมตร BMI=๒๕.๘๒ เสื้อผ้าและการแต่งกายสุภาพ สะอาดเหมาะสม รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าดูเหนื่อย ซึม

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๙๔ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๘๐/๑๐๘ มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ: ผิวสีน้ำตาลแดง ไม่ซีด ไม่มีเหงื่อแตกตัวเย็น ปลายเล็บไม่ซีดเขียวคล้ำ Capillary refill ๒ วินาที

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก:

ศีรษะ: ผมสั้นสีดำมีผมหงอกเล็กน้อย ศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่พบรอยโรค ไม่มีก้อนที่ศีรษะ

ตา: การมองเห็นปกติ รูม่านตาขยายเท่ากัน ๒ มิลลิเมตร มีการตอบสนองต่อแสงของตาทั้งสองข้างดี เยื่อบุตาสีชมพูดี ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง ไม่มีอาการบวม

หู: ได้ยินชัดเจน ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ

จมูก: จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ผนังกันช่องจมูกไม่คดโค้ง เยื่อบุจมูกไม่มีการอักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ

คอ: รูปร่างลักษณะปกติ หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมน้ำไทรอยด์ไม่โต คอไม่พบก้อน ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง มีการเคลื่อนไหวในการกลืนปกติ

หัวใจและหลอดเลือด: อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ซีพจร ๙๔ ครั้งต่อนาที ไม่พบเสียง murmur เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง ตรวจพบความดันโลหิต ๑๘๐/๑๐๘ มิลลิเมตรปรอท

ทรวงอกและระบบหายใจ: ทรวงอกไม่มีก้อนผิดปกติ ไม่มีหน้าอกบวม มีการขยายเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ฟังปอดได้ยินเสียงเท่ากันสองข้าง เคาะปอด เสียงปกติเท่ากัน ๒ ข้าง

ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง: หน้าท้องไม่บวมโต ไม่มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ฟังได้ยินเสียง Hyperactive bowel sound เคาะเสียงโปร่ง คลำท้อง soft กดไม่เจ็บ ไม่พบตับม้ามโต

ต่อมน้ำเหลือง: ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัว ดูเหนื่อยซึม สับสนเมื่อเรียก ถามตอบรู้เรื่อง GCS: E๓V๕M๖ รุ่มนตาขยายเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง ขนาด ๒ มิลลิเมตรและตอบสนองต่อแสงดี ท่าทางและการเคลื่อนไหวปกติ ประสาทรับความรู้สึกปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: เดินได้เอง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีบวมผิดปกติ ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวาระดับ ๕ แขนขาข้างซ้ายระดับ ๕

กรประเมินสภาพจิตใจ: ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยด้วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน และต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานเยี่ยงเบื้องต้น และจะได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลวารินชำราบในลำดับถัดไป ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: Hct = ๔๖%, Hb = ๑๕.๙ g/dl, WBC = ๑๖,๙๘๐ cells/mm^๓, Plt = ๓๐๓,๐๐๐ cells/mm^๓, MCV = ๘๖ fl, MCH = ๓๐.๑ Pg, N = ๘๗%, Eos = ๑%, Lymph = ๘%, Mono = ๔%, Baso = ๐%

Electrolyte: Na = ๑๔๐.๒ mmol/L, K = ๓.๐๔ mmol/L, Chloride = ๑๐๓.๘ mmol/L, Col = ๒๓.๓ mmol/L

BUN: ๑๙.๑ mg/dl Creatinine: ๐.๙๗ mg/dl GFR: ๙๑.๙๓

LFT: Total protine = ๘.๖ g/dl, Albumin = ๔.๘ g/dl, Globulin = ๓.๘ g/dl, Total bilirubin = ๐.๗๔ mg/dl, AST = ๔๒ U/L, ALT = ๒๑ U/L, ALP = ๖๖ U/L

PT: ๑๒ Sec. INR: ๑.๐

ATK: Negative

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๘ ปี HN ๒๔๓๔๑ รูปร่างอ้วน สีผิวดำแดง สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน โรคประจำตัวเบาหวานและไขมันเลือดสูง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาเยี่ยง วันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๒๓.๓๐ น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ๕ ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นเลือดสด ๕ ครั้ง ครั้งละ ประมาณ ๓๐ ml ปวดจุกท้องด้านซ้าย ไม่มีถ่ายอุจจาระสีดำ เหนื่อยเพลียมาก ดูซึมลง ไม่มีเหงื่อแตกตัวเย็น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๙๔ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๘๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์เวรรับทราบมา ประเมินอาการ ตรวจร่างกาย และส่งผล Lab ตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากผลการตรวจแพทย์วินิจฉัย Upper Gastrointestinal hemorrhage (UGBI) แพทย์พิจารณาให้ NG Irrigate รวม ๑,๐๐๐ ml Content Coffee ground ๒๐ ml สารน้ำ ๐.๙% NSS IV loading รวม ๑,๐๐๐ ml then rate ๑๒๐ ml/hr, ให้นยาฉีด Omeprazole ๘๐ mg IV stat, และจากผล Lab K = ๓.๐๔ mmol/L แพทย์ให้ ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ ml + KCL ๒๐ mEq IV rate ๘๐ ml/hr นำส่งรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลวารินชำราบ โดยพยาบาล ๑ คน ขณะนำส่ง ผู้ป่วยอาการ Stable ดี ถึงโรงพยาบาลวารินชำราบ เวลา ๐๑.๓๐ น.

จากการติดตามอาการผู้ป่วยที่โรงพยาบาลวารินชำราบ ได้รับการทำ Esophagogastroduodenoscopy (EGD) ผล gastric ulcer หลังทำ EGD ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์ให้การรักษาโดยการ Admit สังเกตอาการและปริมาณเลือดออก เจาะความเข้มข้นของเลือดทุก ๖ ชั่วโมง และให้สารน้ำ ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml + KCL ๒๐ mEq IV rate ๑๐๐ ml/hr ต่อ และให้ยา Omeprazole ๔๐ mg IV ทุก ๑๒ ชั่วโมง ติดตามผล Lab K = ๓.๖๙ mmol/L ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีปวดท้อง ไม่มีอาเจียนเป็นเลือดเพิ่ม ไม่เหนื่อยเพลีย หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์พิจารณาจำหน่าย ให้ยาไปรับประทานที่บ้าน omeprazole (๒๐) รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น รวมระยะเวลาการรักษา ๓ วัน

การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

ปัญหาที่ ๑ มีโอกาสเกิดภาวะช็อค เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติว่า อาเจียนเป็นเลือด ๕ ครั้ง ครั้งละประมาณ ๓๐ ml เหนื่อยเพลีย ซึมลง
- ให้ประวัติดื่มสุราเป็นประจำทุกวัน วันละประมาณ ๓๐-๖๐ ml นานประมาณ ๑๐ ปี

Objective data

- NG content Coffee ground ๒๐ ml
- อัตราการเต้นของหัวใจ ๙๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๘๐/๑๐๘ มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน

เกณฑ์การประเมิน

๑. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย
๒. ไม่มีอาการช็อค สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
๓. ปัสสาวะออกมากกว่า ๓๐ ml/hr (๐.๕ ml/kg/hr)
๔. สาย NG content ไม่มีเลือดปน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลใส่ NG สังเกตดูลักษณะของ Content ที่ออก แล้ว Irrigate ๑,๐๐๐ ml จนน้ำเป็นสีใส แล้วต่อสายยางลงถุงเพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกและดูว่ามีเลือดออกซ้ำหรือไม่
๒. วัดสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ใน ๑ ชั่วโมงแรก เพื่อประเมินภาวะช็อค
๓. ให้ออกซิเจน Cannula ๓ ลิตรต่อนาที เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และระบบหายใจ
๔. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา คือ ๐.๙ % NSS IV load ๑,๐๐๐ ml, then rate ๑๒๐ ml/hr เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียไป
๕. ดูแลให้ยา Omeprazole ๘๐ mg IV stat ตามแผนการรักษา
๖. งดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด เพื่อให้กระเพาะอาหารว่างและสามารถหดตัวได้และทำให้เลือดหยุดง่าย
๗. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อดูสมดุลย์ของน้ำในร่างกาย
๘. Retained foley's cath บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต
๙. บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ระดับสติ เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการรักษา
๑๐. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อลดความหวาดกลัวและความวิตกกังวล

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ให้ความร่วมมือในการรักษา
๒. ผิวหน้าอุ่นชื้น ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว
๓. หลังทำ NG irrigate ครบ ๑,๐๐๐ ml Content สีใสไม่มีเลือดปน
๔. หลัง load IV V/S Stable ไม่มีภาวะช็อค

ปัญหาที่ ๒ ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย อาเจียนเป็นเลือด

Objective data

๑. WBC = ๑๖,๙๘๐ cells/mm^๓, N= ๘๗%, Lymphocyte = ๘%
๒. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง
๓. ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะไว้
๔. ผู้ป่วยใส่สายเข้าไปในกระเพาะอาหารทางจมูก

วัตถุประสงค์

เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

๑. ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่ขุ่น ไม่มีหนอง ตรวจ UA ไม่พบ WBC, RBC
๒. ผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ
๓. บริเวณให้สารน้ำไม่ปวด บวมแดง
๔. ผลการตรวจเลือด CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ
WBC ๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ cell/mm^๓
Neutrophil ๖๐-๘๐ %
Lymphocyte ๒๐-๔๐ %

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้การพยาบาลใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกครั้ง เช่น การให้สารน้ำ การฉีดยา และล้างมือ ก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง และสังเกตภาวะบวมแดง ปวด บริเวณให้สารน้ำ
๒. วัดสัญญาณชีพ ทุก ๑ ชั่วโมง และวัดอุณหภูมิทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการติดเชื้อ เช่น มีไข้
๓. หนาวสั่น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว BP ต่ำ
๔. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ
๕. ถ้ามีไข้ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา และเช็ดตัวลดไข้ให้
๖. แนะนำการปฏิบัติตัวและการดูแลความสะอาดขณะใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด การติดเชื้อ เนื่องจากสวนสายปัสสาวะคาไว้ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย
๗. ดูแลความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะปาก ฟัน ผิวหนัง อวัยวะสืบพันธุ์ รวมถึงการดูแลความ สะอาดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT=๓๖.๕ C, RR = ๒๐ ครั้ง/นาที, ซีฟจรสม่ำเสมอ PR= ๘๐ ครั้ง/นาที, BP ๑๒๐/๘๐ mmHg.
2. ผลตรวจ CBC ปกติ WBC =๑๐,๐๔๐ cells/mm^๓, N= ๗๔%, Lymphocyte = ๓๒%
3. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีหนอง ไม่มีขุ่น
4. บริเวณให้สารน้ำไม่มี phlebitis

ปัญหาที่ ๓ ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย อาเจียนเป็นเลือด ๕ ครั้ง ครั้งละประมาณ ๓๐ ml กินไม่ได้

Objective data

K = ๓.๐๔ mmol/L

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ระดับโพแทสเซียมในร่างกายปกติ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่เหนื่อยเพลีย ไม่อาเจียน ไม่มีมีซีกเกร็งกระตุกหรือซีมลง
2. ผลการตรวจเลือดค่า K อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ๓.๕ - ๕. ๐ mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดง เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็งกระตุก สับสนซีมลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน
2. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ ml + KCL ๒๐ mEq IV rate ๘๐ ml/hr
3. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยรับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงของหมักดองและอาหารรสจัดทุกชนิด รวมถึงแนะนำอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่นกล้วย นม หรือผักสีเขียว เป็นต้น
4. ติดตามบันทึกสัญญาณชีพและปริมาณน้ำเข้าออกในร่างกายอย่างต่อเนื่อง
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและทำกิจกรรมเบาๆ เพื่อระวังการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
6. ติดตามผลตรวจ electrolyte เพื่อดูระดับค่า K ต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่เหนื่อยเพลีย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน และถ่ายปกติดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรงหรือซีกเกร็งกระตุก
2. ผลตรวจ Electrolyte ปกติ K = ๓.๖๔ mmol/L

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ศึกษาหาข้อมูลประเด็นเรื่องที่น่าสนใจในโรงพยาบาล
๒. กำหนดเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ๑ ราย
๓. ซักถามประวัติต่างๆ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย
๔. ศึกษาผลการตรวจของแพทย์ แผนการรักษา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ
๕. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับทีมพยาบาลและแพทย์ผู้รักษาที่ให้การดูแลผู้ป่วย
๖. นำข้อมูลที่ได้อมารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
๗. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม
๘. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
๙. เรียบเรียงเนื้อหาข้อมูลและจัดพิมพ์ผลงาน
๑๐. นำเสนอผลงานวิชาการหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเพื่อประกอบการขอรับการประเมิน

ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี) ไม่มี

ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

นางสาวรุ่งนิภา ดวงดี นำเสนอผลงานทุกขั้นตอน ๑๐๐ %

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
๑. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะ UGIB with shock	< ๕%	๐%	๐%	๐%
๒. อัตราผู้ป่วย UGIB เกิดภาวะ shock ระหว่างการรักษา	< ๑๐%	๐.๕๗% (๓ คน)	๐.๓๔% (๒ คน)	๐.๘% (๕ คน)
๓. อัตราผู้ป่วย UGIB กลับมารักษาซ้ำ	< ๕%	๐.๖% (๓ คน)	๐.๕๑% (๓ คน)	๑ % (๕ คน)

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕ จำนวน ๑๙ ราย, ๑๗ ราย และ ๒๐ ราย ตามลำดับ โดยจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และจากตารางพบว่าอัตราผู้ป่วย UGIB เกิดภาวะ shock ระหว่างการรักษาเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มียุติผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะ UGIB with shock และมีอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วย UGIB เพิ่มขึ้น จากการทบทวนวิเคราะห์ปัญหาเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน เช่น ดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่อย่าแก้ปวดมารับประทานเอง และการรับประทานอาหารรสจัด เป็นต้น รวมถึงยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นอีกด้วย

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย UGIH ลดลง
 ๒. อัตราผู้ป่วย UGIH เกิดภาวะ shock ระหว่างการรักษาลดลง
 ๓. อัตราผู้ป่วย UGIH กลับมารักษาซ้ำลดลง
 ๔. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
 ๕. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน
๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ
๑. เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน
 ๒. ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการจัดทำมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
 ๓. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้า การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน
 ๔. ใช้เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง
 ๕. เพื่อเป็นแนวทางในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยรูปแบบหน้าที่หรือแบบแผนสุขภาพมาประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม
 ๖. เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถและพัฒนาตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนให้มีคุณภาพมากขึ้น
๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ
- ผู้ป่วยขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุราเป็นประจำ และชอบรับประทานอาหารรสจัด บางครั้งเวลาเจ็บป่วยมักซื้อยาแก้ปวดรับประทานเองเป็นประจำ ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร จนเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนตามมาได้
๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ
- เนื่องด้วยโรงพยาบาลนาเยียเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับขีดความสามารถอาจไม่เพียงพอสำหรับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ไม่มีกล้องส่องทางเดินอาหาร ไม่มียาบางชนิดที่ใช้ในการรักษา หรือขีดจำกัดในการให้การพยาบาลที่ยังไม่สามารถให้เลือดได้ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเข้ามารักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้เกิดอุปสรรคการติดตามข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
๙. ข้อเสนอแนะ
๑. ควรมีการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการสังเกตอาการเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน และให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การลดละเลิก การดื่มสุราและสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง เป็นต้น
 ๒. มีการทบทวน Case โดยใช้เครื่องมือคุณภาพ เช่น CnTHER ทบทวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
 ๓. ติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนอย่างต่อเนื่องเพื่อศึกษาและเป็นโอกาสพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

๔. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านสุขศึกษา จัดนิทรรศการเกี่ยวกับภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุและการป้องกันไม่ให้เกิดโรค และการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน หรือการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน

๕. ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ เพื่อประเมินผู้ป่วยและให้พยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วิงพิภ คองค์
(นางสาวรุ่งนิภา ดวงดี)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕
ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น]
(นางสาวปิยนดา สารินทร์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
(วันที่) 9 / ก.ย. / 65
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น]
(นางชลลดา นกขนิษฐา)
(ตำแหน่ง) [ลายเซ็น]

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๑๗ พ.ย. ๒๕๖๕

(วันที่) 5 / พ.ย. / 65
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการป้องกันเลือดออกและเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเป็นภาวะฉุกเฉินทางเวชปฏิบัติที่เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งของการเสียชีวิตในระบบสาธารณสุขของทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์เกิด ๔๘-๑๖๐ รายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ ๑๐-๑๔ และอาจถึงร้อยละ ๓๕ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีโรคทางอายุรกรรมอย่างอื่นร่วมด้วย สำหรับข้อมูลในประเทศไทยนั้น พบว่ามีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ ๑๐-๒๐ โดยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล อัตราการตาย ๒๖.๓ และ ๒๕.๑ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ และ พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามลำดับ สาเหตุที่ทำให้ต้องเสียชีวิตคือภาวะช็อคจากการเสียเลือด โดยการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ ๒ เท่า และสาเหตุที่เกิดส่วนใหญ่ไม่ใช่หลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหารหรือกระเพาะอาหาร แต่เป็นสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่เป็นประจำ, พฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทหมักดองหรืออาหารรสจัด, การซื้อยามารับประทานเอง เช่น ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอลหรือการใช้ยาสเตียรอยด์ ยาละลายลิ่มเลือด และสาเหตุจากการมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง เป็นต้น สำหรับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเลือดออก ได้แก่ เพศ ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เป็นผลจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เจตคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลนาเยีย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕ จำนวน ๑๙ ราย, ๑๗ ราย และ ๒๐ ราย ตามลำดับ โดยจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทางผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน เพราะการดูแลผู้ป่วยต้องมีทักษะความรู้ในการปฏิบัติกรพยาบาล โดยต้องอาศัยความร่วมมือของทีมแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริงอันจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้หายจากโรคหรือไม่กลับมาเป็นซ้ำได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการรวบรวมข้อมูลในเบื้องต้น จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุราเป็นประจำ รับประทานอาหารรสจัด หรือซื้อยาแก้ปวดรับประทานเองเป็นประจำ และนอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่เคยเป็นแล้วยังมีอาการเลือดซ้ำ จะเห็นได้ว่าจากที่กล่าวมาพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และขาดการเสริมความแข็งแกร่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม เน้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเองโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย มาประยุกต์ใช้เป็นพื้นฐานในการให้การพยาบาล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนได้รับการช่วยเหลือช่วยเหลือและได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน แกไขภาวะช็อค ปลอดภัย กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ
๒. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนได้รับข้อมูลของโรค ความรุนแรง การรักษาที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง
๓. พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนได้ตามมาตรฐาน ๑๐๐%
๔. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันได้ เช่น เมื่อเจ็บป่วยไม่ชื้อยามารับประทานเอง ต้องไปตรวจกับแพทย์, รับประทานอาหารตรงเวลา, ไม่ทานอาหารรสจัด หรือรสเผ็ด, งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๕. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนไม่กลับเป็นซ้ำอีก

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะ UGIH with shock ลดลง < ๕%
๒. อัตราผู้ป่วย UGIH เกิดภาวะ shock ระหว่างการรักษา < ๑๐%
๓. อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วย UGIH < ๕%
๔. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ๑๐๐%

(ลงชื่อ) รัชนิภา ดวงดี

(นางสาวรุ่งนิภา ดวงดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑-๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ด้านความรู้

๑. มีความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลองค์รวมเพื่อวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ

๒. มีความรู้ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ให้สามารถกลับมาดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

๓. มีความรู้ในการคัดกรอง การประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ การวิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

๔. มีความรู้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล จำแนกความรุนแรงของปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยที่มารับบริการ

๕. มีความรู้ในการวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลที่ใช้ประสบการณ์และความชำนาญสูงในการให้บริการ

ด้านความสามารถ

๑. มีความสามารถในการกำกับและนำตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมงาน และติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยตลอดเวลา

๒. มีความสามารถในการวางแผน ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน แผนบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพของงานที่มีความยากโดยต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในการวิเคราะห์ ตัดสินใจกำหนดแนวทางแก้ปัญหา พัฒนา เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

๓. มีความสามารถในการร่วมวางแผนบริหารอัตรากำลัง พัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน และแผนการศึกษา ผู้อบรมหลักสูตรเฉพาะสาขาต่าง ๆ ตามภารกิจของหน่วยงาน

๔. มีความสามารถในการร่วมวางแผนนิเทศแก่บุคลากรพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและ นอกหน่วยงาน โดยต้องใช้ความรู้และประสบการณ์และความชำนาญสูง ในการเชื่อมโยงมาตรฐานที่เกี่ยวข้องในการนิเทศงาน เพื่อพัฒนาการปฏิบัติ และระบบบริการพยาบาลในหน่วยงาน และเครือข่ายให้มีคุณภาพ

๕. มีความสามารถในการร่วมกับหัวหน้างาน หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนบริหารจัดการ ระบบวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และเครื่องมือพิเศษเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยซับซ้อน ตามขอบเขตงานที่รับมอบหมาย เพื่อให้ระบบเครื่องมือมีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้ และคุ้มค่าคุ้มทุน

๖. มีความสามารถในการวางแผนร่วมกับหัวหน้างานในการดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนงาน โครงการงานที่ได้รับมอบหมายในหน่วยงาน

๗. มีความสามารถในการสอน แนะนำ พยาบาลผู้ปฏิบัติในการวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงาน และวางแผน แก้ปัญหา แผนงาน โครงการเพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติงานในหน่วยงาน

ด้านทักษะความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่จำเป็น

๑. มีความเชี่ยวชาญในการประสานการทำงาน ชี้แจงให้รายละเอียดข้อมูล แนวทางปฏิบัติ ข้อเท็จจริง ที่มีรายละเอียดยาก เพื่อความเข้าใจ สร้างความร่วมมือกับผู้ปฏิบัติ ในหน่วยงาน หน่วยงานอื่น และ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๒. มีความเชี่ยวชาญในการประสานการทำงาน โดยให้ความคิดเห็น คำแนะนำ กับผู้ปฏิบัติในหน่วยงานและ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก มีความหลากหลายของบุคคล และ ทีมงานผู้เกี่ยวข้อง

๓. มีความเชี่ยวชาญในการประสานความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลภายในงาน

ด้านคุณลักษณะอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

๑. มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ เช่น เมตตา กรุณา ซื่อสัตย์ เสียสละ ขยัน รับผิดชอบ มีน้ำใจ ดูแลช่วยเหลือให้บริการ ฯลฯ

๒. มีความรัก เจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีใจรักให้บริการ

๓. มีความสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม มีจิตสำนึกในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเชิงจริยธรรม (Analytic Competency) ของผู้ประกอบการวิชาชีพ และค้นหาแนวทางปฏิบัติได้ด้วยตนเองรักตนเองและผู้อื่น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือหากมีอาการก็จะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดี ได้แก่ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholecystitis) ถุงน้ำดีอักเสบเป็นหนอง (empyema gallbladder) หรือนิ่วหลุดลงไปในท่อน้ำดี (common bile duct stone) อุบัติการณ์ของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคที่พบบ่อยพบได้ประมาณ ๕-๑๐ % ของประชากรโดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ ๒ - ๓ เท่าและพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า ๔๐ ปีในคนอายุเกิน ๗๐ ปีพบได้ประมาณ ๑๕ - ๓๐ % อุบัติการณ์ในการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) ในประเทศไทยพบได้ในร้อยละ ๖๑

จากสถิติของโรงพยาบาลตระการพืชผลพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จำนวน ๔๘ ราย ๘๔ ราย และ ๘๗ ราย ตามลำดับและเข้ารับการรักษาผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จำนวน ๗๒ ราย ๕๔ ราย และ ๗๓ ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำดีซึ่งสามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ในกรณีที่ถุงน้ำดีมีการอักเสบมากหรือแตกทะลุในช่องท้องและการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องในกรณีที่ถุงน้ำดีไม่มีการอักเสบซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยและผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวร่วมด้วยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมคือการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดพยาบาลมีหน้าที่ในการเฝ้าระวังติดตาม และประเมินผล ให้ครอบคลุมทุกมิติโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแล ๑๑ แบบแผนของ Gordon ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ตามมาตรฐานการพยาบาล

ดังนั้นผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการพยาบาล โดยพยาบาลต้องมีการประเมิน วางแผน วินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและได้รับการฟื้นฟูสภาวะสุขภาพ สามารถกลับไปดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ได้รับการดูแลรักษาที่มีมาตรฐาน พ้นวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๒. เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีอย่างถูกต้อง

๓. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. กำหนดหัวข้อเรื่อง เลือกศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีขณะที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลตระการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ศึกษา ค้นคว้า เก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งจากผู้ป่วยและญาติ
๓. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีจากเอกสารทางวิชาการ ตำรา คู่มือประสบการณ์ทำงาน ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญ และค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ต
๔. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำมาวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ
๕. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้
๖. สรุปผลการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
๗. เรียบเรียงผลงานเพื่อจัดทำเอกสารวิชาการ และตรวจสอบความถูกต้อง
๘. เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบและแก้ไข
๙. รวบรวมจัดพิมพ์เอกสารเพื่อเผยแพร่ผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตระการพิชผล ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕

ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
๑. อัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัด ๒๔ ชม. กรณีไม่ฉุกเฉิน	ร้อยละ ๐	๐	๐	๐
๒. อุบัติการณ์ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าภายใน ๒๔ ชม.	ร้อยละ ๐	๐	๐	๐
๓. ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรก	ร้อยละ ๐	๐	๐	๐
๔. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	ร้อยละ ๐	๐	๐	๐

๕.๒ เชิงคุณภาพ

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา ๓ วัน พบว่ามีปัญหาทั้งหมด ๙ ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมด โดยผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งในขณะที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านและแนะนำเกี่ยวกับข้อห้ามต่าง ๆ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ตอบข้อซักถาม และมีความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง พยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด การขอรับบริการจากแหล่งประโยชน์อื่นที่อยู่ใกล้บ้าน ระหว่างพักรักษาตัวผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะเสียเลือดหลังผ่าตัด ๒๔ ชั่วโมง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการพยาบาล มีแนวทาง ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีมีความรู้ในการดูแลตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๒. ทราบข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาโครงการการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีที่ได้รับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๓. เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาเป็นแนวทางในการ พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีและผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การผ่าตัดอุ้งน้ำตีอีกเสบแบบเปิดมีความซับซ้อน ละเอียดอ่อน ต้องใช้ทักษะความรู้ ความชำนาญในการช่วยส่งเครื่องมือผ่าตัด ซึ่งผู้ช่วยผ่าตัดต้องทบทวนขั้นตอนในการส่งเครื่องมือให้แม่นยำ ต้องเตรียมเครื่องมือและเครื่องถ่างแผลให้ครบถ้วน

๒. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นอย่างดีเพื่อที่จะนำไปให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวล

๓. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องส่งต่อ ข้อมูลให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ที่ถูกต้องและกลับไปปฏิบัติตัว ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงทำให้มีข้อจำกัดและข้อปฏิบัติ ในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคประจำตัวที่รับการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลต้องเน้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ อย่างเคร่งครัด

๒. ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เนื่องจากมีโรคประจำตัวหลายโรค

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต้องมีความสามารถในการประเมินและสังเกตอาการผิดปกติจากโรคประจำตัวของผู้ป่วยได้ทันที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

๒. ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต้องทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และไม่เกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ให้กำลังใจและยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและญาติต้องการความช่วยเหลือในเรื่องสุขภาพและคำแนะนำต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

๑. เผยแพร่ผลงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูวิชาการ โรงพยาบาลตระการพืชผลประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๒. เผยแพร่ผลงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลตระการพืชผล

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นายอภิเชษฐ์ เชื้อสกล เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ๑๐๐ % ✓

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....อภิเชษฐ์ เชื้อสกล.....

(นายอภิเชษฐ์ เชื้อสกล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

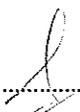
(วันที่).....๑...../.....พ.ย...../.....๒๕๖๕.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นายอภิเชษฐ์ เชื้อสกล	อภิเชษฐ์ เชื้อสกล ✓
๒. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	
๓. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

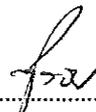
(ลงชื่อ)..........

(นางกัญญวรา อุปนิสากร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

(วันที่).....๑...../.....พ.ย...../.....๒๕๖๕.....

(ลงชื่อ)..........

(นางสาวจุไรรัตน์ ทุมนันท์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิรุณ

(วันที่).....๑...../.....พ.ย...../.....๒๕๖๕.....


(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๗ พ.ย. ๒๕๖๕

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาการให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๒. หลักการและเหตุผล

นิ่วในถุงน้ำดี เกิดจากภาวะไม่สมดุลของสารประกอบในน้ำดี ซึ่งเมื่อนิ่วเกิดขึ้นแล้ว อาจมีอาการ ตั้งแต่ ท้องอืด อาหารไม่ย่อย บางครั้งนิ่วไปอุดท่อถุงน้ำดีทำให้มีอาการปวดแบบปวดตื้อ หรือถ้านิ่วตกลงไปอุด ท่อน้ำดีใหญ่จะทำให้มีอาการตัวเหลืองตาเหลือง ในบางรายอาจตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดีแต่ไม่มีอาการ ได้เช่นกัน นิ่วในถุงน้ำดี ไม่สามารถรักษาได้โดยใช้เครื่องสลายนิ่ว การรักษาโดยใช้ยาละลายนิ่วใช้ได้เฉพาะนิ่วบางชนิด เท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน และเมื่อหยุดยาก็อาจเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้อีก อีกทั้งนิ่วของคนไทยส่วนมากมักไม่ละลายโดยใช่ยา ดังนั้นการรักษาที่ดีที่สุด คือการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก ซึ่งการตัดถุงน้ำดี ไม่มีผลต่อการย่อยอาหาร เพราะน้ำดีสร้างมาจากตับ ถุงน้ำดีเป็นเพียงที่เก็บพักน้ำดีเท่านั้น การผ่าตัดเอาถุงน้ำดี ออกจึงเป็นการแก้ปัญหาที่ถาวร เพื่อไม่ให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีขึ้นได้อีกต่อไปและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ

การให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้านจึงเป็นสิ่ง สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังผ่าตัดได้ รวมถึงช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีมีประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคนิ้วในถุงน้ำดีเป็นหนึ่งในโรคระบบทางเดินอาหารที่พบมากโรคหนึ่งและเป็นปัญหาที่สำคัญกับระบบการดูแลสุขภาพ ความชุกของโรคนิ้วในถุงน้ำดีแตกต่างกันไปตามภูมิภาค ในประเทศตะวันตกพบความชุกของโรคนิ้วในถุงน้ำดีในผู้ชายร้อยละ ๗.๘ และในผู้หญิงร้อยละ ๑๖.๖ ส่วนในเอเชียพบประมาณร้อยละ ๓-๑๕ ใน คนแอฟริกันพบร้อยละ ๕ ในประเทศจีนมีรายงานพบร้อยละ ๔.๒-๑๑.๐ ความชุกของโรคนิ้วในถุงน้ำดีพบได้สูงในบางกลุ่มชาติพันธุ์เช่นในผู้หญิงอินเดีย พบร้อยละ๗๓ผู้ชายเชื้อสายอเมริกัน-อินเดีย พบร้อยละ ๒๙.๕ และผู้หญิงเชื้อสายอเมริกัน-อินเดีย พบร้อยละ๖๑.๑ ในผู้ชายเชื้อสายอเมริกัน-แม็กซิกันพบร้อยละ๘.๘และผู้หญิงเชื้อสายอเมริกัน-แม็กซิกันพบร้อยละ ๒๖.๗อุบัติการณ์โดยรวมพบร้อยละ ๑๐-๒๐ ดังนั้นโรคนิ้วในถุงน้ำดีจึงเป็นโรคที่พบบ่อยและมีความเกี่ยวข้องทาง เศรษฐกิจและเป็นปัญหาของประเทศอุตสาหกรรมในประเทศไทยพบโรคนิ้วในถุงน้ำดีได้ประมาณร้อยละ ๖ การรักษาโรคนิ้วในถุงน้ำดีต้องรักษาโดยการผ่าตัดซึ่งการผ่าตัดนั้นมีการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ซึ่งการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องมักจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการขาที่แผลผ่าตัดและปวดบริเวณแผลผ่าตัดอยู่หลายเดือน หลังจากผ่าตัดรักษาแล้วยังมีเรื่องที่สำคัญคือการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้านจึงเป็นสิ่ง สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังผ่าตัดได้ รวมถึงช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ้วในถุงน้ำดีมีประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น

แนวคิดที่ใช้ดำเนินการ

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, ๑๙๙๕) เป็นแนวทาง ซึ่งโอเร็ม เชื่อว่าบุคคล มีความสามารถในการประยุกต์ และเรียนรู้ที่จะอยู่กับภาวะเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพจากความเจ็บป่วยอย่าง ผาสุกบุคคลมีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนั้น บุคคลยังมีหน้าที่ในการเฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ดังนั้นบุคคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่ใช้ความสามารถที่ได้รับจากวิชาชีพเพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน จึงมี บทบาทสำคัญในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ซึ่งจัดเป็นบุคคลที่สามารถเรียนรู้และปฏิบัติ กิจกรรม ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการสนับสนุนให้ปฏิบัติ กิจกรรมนั้น ๆ โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในระบบการพยาบาลของโอเร็มที่ประกอบ ด้วยการสอนการชี้แนะ และสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องขณะอยู่ในเครื่องตั้ง ถ่วง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ๒๕๓๙ :๒๕)

ขั้นตอนการพัฒนา

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีโดยใช้กล้อง ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่การผ่าตัดใหญ่ ผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายน้อย แต่ผู้ป่วยทุกคนที่เกิดภาวะเจ็บป่วยไม่ว่าจะมากน้อยเมื่อต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล และไม่ว่าจะได้รับการผ่าตัดไม่ว่าเล็กหรือใหญ่ สำหรับผู้ป่วยและญาติแล้วย่อมมีผลกระทบ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงหน้าที่การงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือและการดูแลจากทีมสุขภาพ ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี เมื่อกลับไปอยู่บ้านถือเป็นเรื่องจำเป็น จากทฤษฎีระบบการพยาบาล อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทน บุคคล และช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ การช่วยเหลือนี้ แบ่งเป็นระบบการพยาบาล ๓ ระบบ สัมพันธ์กับความสามารถในการคิด การตัดสินใจ และความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Gantz, ๑๙๙๐ อ้างในอรสา พันธภักดิ์ ๒๕๕๒) คือ

๑. ระบบทดแทนทั้งหมด ใช้ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถคิด ตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ หรือคิดตัดสินใจได้แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อดูแลตนเองได้

๒. ระบบทดแทนบางส่วน ใช้กรณีที่บุคคลมีความพร้อมในการกระทำกิจกรรมในสิ่งที่ตนเองขาดทักษะ เช่น การทำแผลทวารเทียมให้พร้อมกับสอนให้ผู้ป่วยรู้วิธีการทำเพื่อจะได้สามารถทำแผลทวารเทียมได้เองในอนาคต

๓. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ใช้ในกรณีที่บุคคลสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้ ความชำนาญในกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทที่จะช่วยบุคคลให้สามารถสนองความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอ และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้ เช่น การให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้านที่จัดทำขึ้นโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ

๑. เสนอแนวความคิดต่อที่ประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อขอความคิดเห็นจากหัวหน้าหน่วยงานและผู้ร่วมงานร่วมเสนอแนวทางร่วมกัน

๒. นำข้อมูล ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคนิ้วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดมาวิเคราะห์ ประเด็นปัญหา พร้อมทั้งนำเสนอการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย

๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี โดยได้ศึกษาและค้นคว้าจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่ทันสมัย นำมาจัดทำเป็นเอกสารแผ่นพับให้ความรู้ และภาพพลิกเพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคนิ้วในถุงน้ำดีและญาติ

ขั้นตอนการนำไปปฏิบัติ

๑. เมื่อมีผู้ป่วยโรคนี้ในฤกษ์น้ำดีมาเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อรอรับการผ่าตัด ให้เข้าไปสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคนี้ในฤกษ์น้ำดีโดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ารับฟังในห้องให้ คำปรึกษาของหอผู้ป่วยศัลยกรรม พร้อมทั้งฉายภาพนิ่งเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคนี้ในฤกษ์น้ำดีประกอบคำอธิบาย จากนั้นให้ผู้ป่วยและญาติดูวีดีโอเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคนี้ในฤกษ์น้ำดีให้ผู้ป่วยเข้าใจพอสังเขป เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ไม่เกิดความกังวลหรือกลัว

๒. พยาบาลให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนี้ในฤกษ์น้ำดี ก่อนให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนี้ในฤกษ์น้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ถ้ามี ญาติอยู่ให้ญาติร่วมฟังการสอนด้วย โดยในครั้งแรกพยาบาล จะให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนี้ในฤกษ์ น้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้านก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

๓. หลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด พิจารณาระบาดูและอาการคงที่ พยาบาลให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนี้ในฤกษ์น้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้านอีกครั้ง หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และซักถามถึงข้อข้องใจต่าง ๆ พยาบาลอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยเข้าใจ พร้อมทั้งบอกถึงแหล่งความรู้ แหล่งประโยชน์ และสถานที่ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือในกรณี que ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ขั้นประเมินผล

เมื่อนำขั้นตอนการให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนี้ในฤกษ์น้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้านไปปฏิบัติ ให้สังเกตอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลให้ ผู้ป่วยทำแบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนี้ในฤกษ์น้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้านอีกครั้ง เปรียบเทียบคะแนนจากการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังได้รับความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด นี้ในฤกษ์น้ำดี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โทรศัพท์ไปสอบถามใน ๒-๓ วันแรก สัปดาห์ที่ ๒, ๓ และในวันที่ ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามการรักษาตามแพทย์นัด โดยบันทึกไว้เป็นสถิติว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับการสอนเรื่อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนี้ในฤกษ์น้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้านมีสถิติของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องร้อยละเท่าไร

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทุกคน เมื่อจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง มีความก้าวหน้าในการดูแลรักษาเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์

๓. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ของบุคลากรทาง การแพทย์ และพยาบาลมากยิ่งขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยนิ้วในถุงน้ำดีจากการทำแบบสอบถามก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้ที่ถูกต้อง เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้น ๑๐๐%

๒. ผู้ป่วยนิ้วในถุงน้ำดีที่มารับการผ่าตัด หลังได้รับการให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด นิ้วในถุงน้ำดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จากการโทรไปสอบถามผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตามแบบสอบถาม เรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ๑๐๐ %

(ลงชื่อ).....^{๑๑}ไชย์ ^{๑๑}สกล

(นายอภิเชษฐ์ เชื้อสกล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....๑...../.....พ.ย...../๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลโรคออทิสติกในเด็ก (Autistic Disorder) : กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ – มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคออทิสติก (Autistic Disorder) เป็นโรคทางสมองที่ส่งผลต่อพัฒนาการ ๓ ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านการสื่อสาร ด้านการเข้าสังคม และด้านการเล่น อาการสามารถจำแนกตามพัฒนาการแต่ละด้านได้ดังต่อไปนี้

๑. พัฒนาการด้านการสื่อสาร เช่น พูดช้า พูดภาษาแปลก ๆ ไม่ส่งเสียงเรียก บอกความต้องการ โดยการชี้นิ้ว ทำตามคำสั่งง่าย ๆ ไม่ได้

๒. พัฒนาการด้านการเข้าสังคม เช่น ไม่สบตาเวลาพูด ดูเฉยเมยไร้อารมณ์ ปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ลำบาก ไม่แสดงอารมณ์ดีใจหรือเสียใจ

๓. พัฒนาการด้านการเล่น เช่น เล่นซ้ำ ๆ มองซ้ำ ๆ สนใจในรายละเอียดมากเกินไป ชอบเล่นตามลำพัง ไม่สนใจการเล่นกับเพื่อน ไม่สามารถเล่นตามกฎเกณฑ์

นอกจากนี้โรคออทิสติก (Autistic Disorder) สามารถแสดงด้วยอาการอย่างอื่นร่วม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่งหรือขาดสมาธิ ร้องกรี๊ดเสียงสูง โขกศีรษะ เป็นต้น การรักษาจำเป็นต้องใช้ความทุ่มเททั้งกาย และใจอย่างมาก ผลการรักษาขึ้นกับความเข้าใจในตัวโรค ความเชื่อมั่นศักยภาพในตัวเด็ก และความรักจากผู้ปกครองทั้งหมดนี้จะเป็นแรงผลักดันให้สามารถเอาชนะโรคออทิสติก (Autistic Disorder) ได้ การจัดระบบการพยาบาลเพื่อให้คงความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงมีความสำคัญ โดยมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

๑. การให้ความรู้ในการดำเนินโรคและข้อจำกัดของเด็กแก่พ่อแม่และคุณครู
 ๒. การรักษาด้วยยา
 ๓. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับเด็กและครอบครัว
 ๔. การช่วยเหลือทางการเรียน
๕. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคออทิสติก (Autistic Disorder) พบมากในเด็กปฐมวัย ๒-๕ ปี เพื่อให้เด็กออทิสติก (Autistic Disorder) สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างราบรื่นมีความสุข ลดปัญหาพฤติกรรมและการสื่อสารจำเป็นจะต้องมีการค้นหา คัดกรอง ติดตามเข้าระบบช่วยเหลือ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๑. จัดประชุมอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง อาทิ เช่น ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๒. ประชุมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงการดำเนินงานในพื้นที่/ให้ความรู้เครือข่ายทำงาน

๓. ดำเนินการค้นหา คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงและนำเข้าสู่ระบบสาธารณสุข

๔. จัดระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑. ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดคุณภาพ	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้					
		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕ (๖ ต.แรก)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การคัดกรองโรคจิตเวชในเด็กอายุ ๒-๑๕ ปีอำเภอเดชอุดม	๕๐%	๔,๓๐๒ (เป้า ๒๓,๒๗๘)	๑๘.๕๘	๖,๒๔๔ (เป้า ๒๒,๘๓๓)	๒๗.๓๕	๘,๖๙๓ (เป้า ๒๒,๔๔๙)	๔๓.๑๘
การคัดกรองโรคจิตเวชในเด็กอายุ ๒-๑๕ ปีอำเภอเดชอุดมพบเด็กกลุ่มเสี่ยงออทิสติก	๕๐%	๖๐ (เป้า ๔,๓๐๒)	๑.๓๙	๘๓ (เป้า ๖,๒๔๔)	๑.๓๔	๑๐๖ (เป้า ๘,๖๙๓)	๑.๐๙
อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสมาธิสั้นเด็กอายุ ๒-๕ ปี (ASD) สะสมปี ๒๕๕๖-๒๕๖๕	๕๐%	๘ (เป้า ๔๕)	๑๗.๗๘	๑๐ (เป้า ๔๕)	๒๒.๒๒	๑๔ (เป้า ๔๕)	๓๑.๑๑

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ การดูแลและปรับพฤติกรรมเด็ก (Autistic Disorder) มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการค้นพบและแก้ไขโดยทันที เพราะถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม อาจทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมและอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กได้ในอนาคต พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการค้นหา คัดกรองวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมจนเกิดการยอมรับจากครอบครัว โรงเรียนและชุมชนนำไปสู่การร่วมมือกันดูแลเด็กอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑.เป็นเอกสารทางวิชาการให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือผู้ที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพงาน

๒.ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลโรคออทิสติกในเด็ก (Autistic Disorder)

๓.สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยรูปแบบหน้าที่หรือแบบแผนสุขภาพมาประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ด้านผู้ป่วย เนื่องจากเด็กออทิสติก (Autistic Disorder) จะมีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น พูดช้า พูดภาษาแปลก ๆ ไม่ส่งเสียงเรียก บอกความต้องการ โดยการชี้นิ้ว ทำตามคำสั่งง่าย ๆ ไม่ได้ มีปัญหาด้านการเข้าสังคม เช่น ไม่สบตาเวลาพูด ดูเฉยเมยไร้อารมณ์ ปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ลำบาก ไม่แสดงอารมณ์ดีใจหรือเสียใจ และปัญหาด้านการเล่น เช่น เล่นซ้ำ ๆ มองซ้ำ ๆ สนใจในรายละเอียดมากเกินไป ชอบเล่น ตามลำพัง ไม่สนใจการเล่นกับเพื่อน ไม่สามารถเล่นตามกฎเกณฑ์ นอกจากนี้โรคออทิสติก (Autistic Disorder) ยังมีอาการอย่างอื่นร่วม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่งหรือขาดสมาธิ ร้องกรี๊ดเสียงสูง โขกศีรษะ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผล

กระทบต่อการเรียน การทำงานและการเข้าสังคม ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ครูและผู้ปกครอง ส่งผลให้เด็กเกิดภาวะเครียด เรียนไม่ได้ ไม่สนใจการเรียน มีผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ตามมา เช่น เกเร เป็นอัมพาต ใช้สารเสพติด เป็นต้น

ด้านครอบครัวและโรงเรียน พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือครูยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคออทิสติก (Autistic Disorder) ที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็ก ทำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองไม่ยอมรับต่อสถานะที่เด็กเป็น ทำให้ได้รับความร่วมมือจากพ่อแม่ ผู้ปกครองและครูน้อย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. โรงเรียนเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยส่งผลให้การติดต่อประสานงาน การดูแลเด็กขาดความต่อเนื่อง

๒. ครูประจำชั้นยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคออทิสติก (Autistic Disorder) และขาดทักษะในการประเมินเด็ก

๓. ผู้ปกครองยังขาดความตระหนักเรื่องโรคจิตเวชในเด็ก

๔. สถานการณ์โควิดส่งผลต่อการคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่และการส่งต่อเด็กเข้ามารับบริการคลินิกจิตเวชเด็ก

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ให้การดูแลผู้ช่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ประเมินปัญหา วางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างครอบครัว โรงเรียนและชุมชน

๒. จัดให้มีการเรียนการสอนสุขศึกษาเรื่องโรคออทิสติก (Autistic Disorder) โดยใช้สื่อความรู้ต่างๆ เช่น แจกเอกสารแผ่นพับ โปสเตอร์ หรือ วีซีดีทัศน์

๓. จัดให้มีการประชุมวิชาการเรื่องโรคออทิสติก (Autistic Disorder) ในโรงเรียน ชุมชน เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการค้นหา คัดกรองและดูแลโรคออทิสติก (Autistic Disorder) อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ไม่มี

นางสาวอมลรดา เลื่อมใส สักส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ออมลรดา

(นางสาวอมลรดา เลื่อมใส)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๑ / ๑๑. ๗ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(..... นายธนยุทธ ศรีไชย)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม
(วันที่) 28 / ตุลาคม / 2565
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(..... นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
(วันที่) 28 / พ.ย. / 2565
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายดูแลโรคออทิสติกในเด็ก (Autistic Disorder)

๒. หลักการและเหตุผล

เด็กออทิสติก (Autistic Disorder) เป็นเด็กที่มีเอกลักษณ์และความสามารถโดดเด่นเฉพาะตน เพราะการทำงาน ของสมองที่ผิดปกติจึงส่งผลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก การรักษาจำเป็นต้องใช้ความทุ่มเททั้งกายและใจอย่างมาก ผลการรักษาขึ้นกับความเข้าใจในตัวโรค ความเชื่อมั่นศักยภาพในตัวเด็ก และความรักจากพ่อแม่ผู้ปกครอง ทั้งหมดนี้จะเป็นแรงผลักดันให้สามารถเอาชนะโรคออทิสติก (Autistic Disorder) ได้ ดังนั้นหากช่วยให้พ่อแม่ ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค ยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เข้าใจเทคนิค วิธีการกระตุ้นพัฒนาการ การปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กและส่งเสริมจุดแข็งที่เด็กมีได้ จะช่วยให้เด็กสามารถดึงศักยภาพของตนออกมาใช้ได้ เด็กไม่เป็นภาระของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และสามารถ คืนเด็กกลับสู่สังคมอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุขและมีโอกาสพัฒนาเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าปัญหาพัฒนาการในเด็กที่พบบ่อยคือ พัฒนาการด้านภาษา ทั้งด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language : RL) และด้านการใช้ภาษา (Expressive Language : EL) ซึ่งเป็นอาการสำคัญนำสำคัญของโรคออทิสติก (Autistic Disorder) ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถดูแลช่วยเหลือและรักษาให้มีอาการดีขึ้นและปรับตัวเข้ากับสังคมได้อย่างเหมาะสม การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก (Autistic Disorder) สามารถทำได้ 3 วิธีดังต่อไปนี้

๑. การกระตุ้นพัฒนาการ เป็นการดูแลที่มีความสำคัญที่สุดในโรคออทิสติก (Autistic Disorder) การกระตุ้นพัฒนาการมีหลายวิธี ได้แก่ การกระตุ้นผ่านระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensory Integration) กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) และการฝึกพูด (Speech Therapy) โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา

๒. การปรับพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมในเด็กออทิสติก (Autistic Disorder) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมอันตราย เช่น โขกศีรษะหรือก้าวร้าว ซึ่งในเด็กออทิสติก (Autistic Disorder) จะมีข้อจำกัดในการสื่อสารทำให้ไม่สามารถใช้ ภาษาพูดได้อย่างตรงไปตรงมา การสื่อสารเพื่อปรับพฤติกรรมต้องกระชับเข้าใจง่ายและทำได้จริง ทั้งนี้พ่อแม่หรือผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรม

๓. การใช้ยา เนื่องจากโรคออทิสติก (Autistic Disorder) เป็นโรคทางพัฒนาการของสมอง ดังนั้นยาจึงจำเป็นที่จะช่วยในการควบคุมสารเคมีในสมองให้มีความสมดุลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาแทรกซ้อน การใช้ยาจะพิจารณาตามอาการสำคัญในเด็กออทิสติก (Autistic Disorder) เช่น ยา Risperidone ช่วยควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ยา Methylphenidate ช่วยควบคุมอาการขาดสมาธิและอยู่นิ่ง

ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างระบบเครือข่ายที่มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การปรับตัวเด็กกลุ่มนี้ควรได้รับการค้นพบและการประเมินพัฒนาการ แปลผลอย่างถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหา และส่งเสริมพัฒนาการให้ดีขึ้นตามศักยภาพที่จะเกิดขึ้นได้ต่อไปการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างครู ผู้ปกครอง แพทย์และพยาบาล รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องใน การดูแลเด็กกลุ่มนี้ มีความรู้ความเข้าใจในการประเมินสภาพและความรุนแรงของปัญหา จะช่วยให้เด็กได้รับการช่วยเหลือทันที่ และฟื้นฟูสภาพได้เร็วมากยิ่งขึ้น ผู้จัดจึงได้เกิดแนวคิด เพื่อพัฒนางานดังนี้

๑. นำประเด็นเรื่องโรคออทิสติก (Autistic Disorder) เข้าที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อชี้แจงให้ระดับผู้บริหาร ผู้นำชุมชนมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญ เพื่อให้เกิดเครือข่ายการทำงานและความยั่งยืนในการดำเนินงานในพื้นที่

๒. จัดอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ปกครองในเรื่องโรคออทิสติก (Autistic Disorder) แนวทางการปรับพฤติกรรมเด็กและฝึกวินัยเชิงบวก แนวทางการส่งต่อไปสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น รวมถึงการติดตามการดำเนินงานสุขภาพจิต จิตเวชในชุมชน

๓. พัฒนาแนวทางการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลเด็กให้ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดป้ายประชาสัมพันธ์เรื่องโรคจิตเวชในเด็ก ๒-๑๕ ปี เสี่ยงตามสายเรื่องพัฒนาการเด็กในชุมชน ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์หรือโซเชียล

๔. ติดตามประเมินผลเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป และประสานการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน หรือออกติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนหรือมีข้อจำกัดพร้อมคืนข้อมูลกลับยังพื้นที่เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

๕. พัฒนาคุณภาพระบบบริการ แนวทางการส่งต่อให้ได้มาตรฐานวิชาชีพ

๖. พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด ให้กลับมารับบริการอย่างต่อเนื่อง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีระบบบริการ ค้นหา คัดกรองผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

๒. บุคลากรทางสาธารณสุขมีศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือเด็ก

๓. ครอบครัว โรงเรียนและชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมิน ส่งเสริมและปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. การเข้าถึงบริการโรคออทิสติก (Autistic Disorder) เพิ่มขึ้นร้อยละ 50

๒. ความพึงพอใจของ ครู พ่อ แม่หรือผู้ปกครองหลังเด็กเข้ารับบริการร้อยละ 80

๓. เด็กดีขึ้นหลังเข้ารับบริการแล้ว ๓ เดือนร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) อมรดา

(นางสาวอมรดา เลื่อมใส)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๑ / ๑๖.๓ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๓.๑ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

๓.๒ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

๓.๓ แนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

๓.๔ กรอบแนวคิดการวิจัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานทศวรรษแห่งการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในช่วงระหว่างปี ๒๕๕๙-๒๕๖๘ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้จัดทำโครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ตลอดจนในปี พุทธศักราช ๒๕๖๐ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะทรงพระชนมพรรษา ๙๐ พรรษา อีกด้วย

โดยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากในภูมิภาคนี้มีความชุกของการติดพยาธิใบไม้ตับสูง และมีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก คือ ประมาณ ๑๑๓.๔ ในผู้ชาย และในผู้หญิง ๔๘ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และจากการประมาณการ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ ๒๐,๐๐๐ คนต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙) ทั้งนี้สาเหตุหลักเนื่องมาจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่เกิดจากการบริโภคปลาน้ำจืดที่มีเกสิด (วนิดา โชควาณิชย์พงษ์, ๒๕๕๒) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ยอมรับและได้จัดให้เป็นปรสิตที่ก่อมะเร็ง จึงจำเป็นต้องมีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยในระยะต้น สามารถรักษาให้หายขาดได้ วางแนวทางในการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพด้านสาธารณสุขของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สามารถป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ คือพฤติกรรมการดูแลตนเอง ร่วมกับการพัฒนาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในชุมชน เพื่อป้องกันและควบคุมโรค อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคได้ (Kaewpitoon et al., ๒๐๐๗) ทั้งนี้ในประเทศไทยแม้ว่าจะมีการรณรงค์คัดกรองการติดเชื้อรวมถึงการรักษาอย่างทั่วถึงมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ไม่ได้ทำให้อัตราการติดเชื้อลดลงเท่าที่ควร เมื่อพิจารณาระบบการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในปัจจุบันพบว่า การให้ความรู้สุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลของประชาชนยังมีปัญหาการขาดแรงจูงใจ แรงเสริม และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติที่เหมาะสมที่เข้าถึงตามกลุ่มวัย ตลอดจนการติดตามคำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดีได้ดำเนินงานคัดกรองป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ ซึ่งจากผลการตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์และอุจจาระในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยในปี ๒๕๖๓ ได้ตรวจคัดกรองทั้งสิ้น จำนวน ๑๘๐ ราย พบว่า ผลตรวจปกติ จำนวน ๗๙ ราย ผิดปกติ จำนวน ๑๐๑ ราย และในปี ๒๕๖๔ ได้ตรวจคัดกรองทั้งสิ้น จำนวน ๑๓๔ ราย พบว่า ผลตรวจปกติ จำนวน ๓๕ ราย ผิดปกติ จำนวน ๙๙ ราย โดยจากข้อมูลเชิงสัมพันธ์ พบว่า การเกิดโรคมะเร็งตับมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี และอะฟลาทอกซินเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งเซลล์ตับ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น สารเคมีและยารักษาโรคบางชนิดสารฆ่าแมลง สารพิษที่เกิดจากเชื้อรา สารเคมีที่เกิดจากอาหารหมักดองสุรา ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะทางระบบภูมิคุ้มกัน พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมก็เป็นปัจจัยส่งเสริมในการเกิดโรคมะเร็งตับอีกด้วย ซึ่งในประเทศไทยยังมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยเป็นสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีในคนได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของประชากรกลุ่มเสี่ยง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งกลุ่มประชากรอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ถือเป็นกลุ่มที่มีความชุกต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ทั้งนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงสัมพันธ์เกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพและการปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดทั้งสร้างสรรค์นวัตกรรมการปลูกฝังการณรงค์พฤติกรรมกรบรโภค เพื่อแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ชุมชนต่อไป

๔.๒. วัตถุประสงค์

๔.๒.๑) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรกลุ่มเสี่ยง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

๔.๒.๓) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

๔.๓ สมมติฐานการวิจัย

๔. ๓.๑ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลอง

๔. ๓.๒ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

๔.๔ ขอบเขตของการวิจัย

๔. ๔.๑ ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔. ๔.๒ ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนกลุ่มอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๓๕ คน โดยอาศัยหลักเกณฑ์การคำนึงถึงความสามารถในการรับรู้ด้านต่างๆของตนเองได้

กลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี โดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับฉลาก การเลือกตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน (Sampling With Replacement) ในการเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

๔.๔.๓ ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) แบบ ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison) กลุ่มละ ๓๕ คน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest with Experimental Group Design)

๔.๔.๔ ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๕

๔.๔.๕ ตัวแปรการวิจัย

๔.๔.๕.๑ ตัวแปรต้น ได้แก่ ชั้นความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ชั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง ชั้นการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

๔.๔.๕.๒ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

๔.๕ คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง การปฏิบัติตนซึ่งเกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่กระทำด้วยตนเอง โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติในการปฏิบัติตน เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และความผาสุก โดยเป็นการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องกระทำอย่างต่อเนื่องให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอหรือเรียกได้ว่าเป็นกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติจนเป็นนิสัยในการป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมากขึ้นในกรณีที่เกิดเจ็บป่วยแล้ว หรือการป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยเป็นโรคแล้วพยาธิใบไม้ตับ

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร หรือวัตถุสิ่งต่างๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น ได้แก่ เพื่อนในประชาชนกลุ่มเสี่ยง สมาชิกในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการได้รับแรงสนับสนุนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับได้

ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา รวมถึงแนวทางการปฏิบัติตัวและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อความเสี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การมีปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

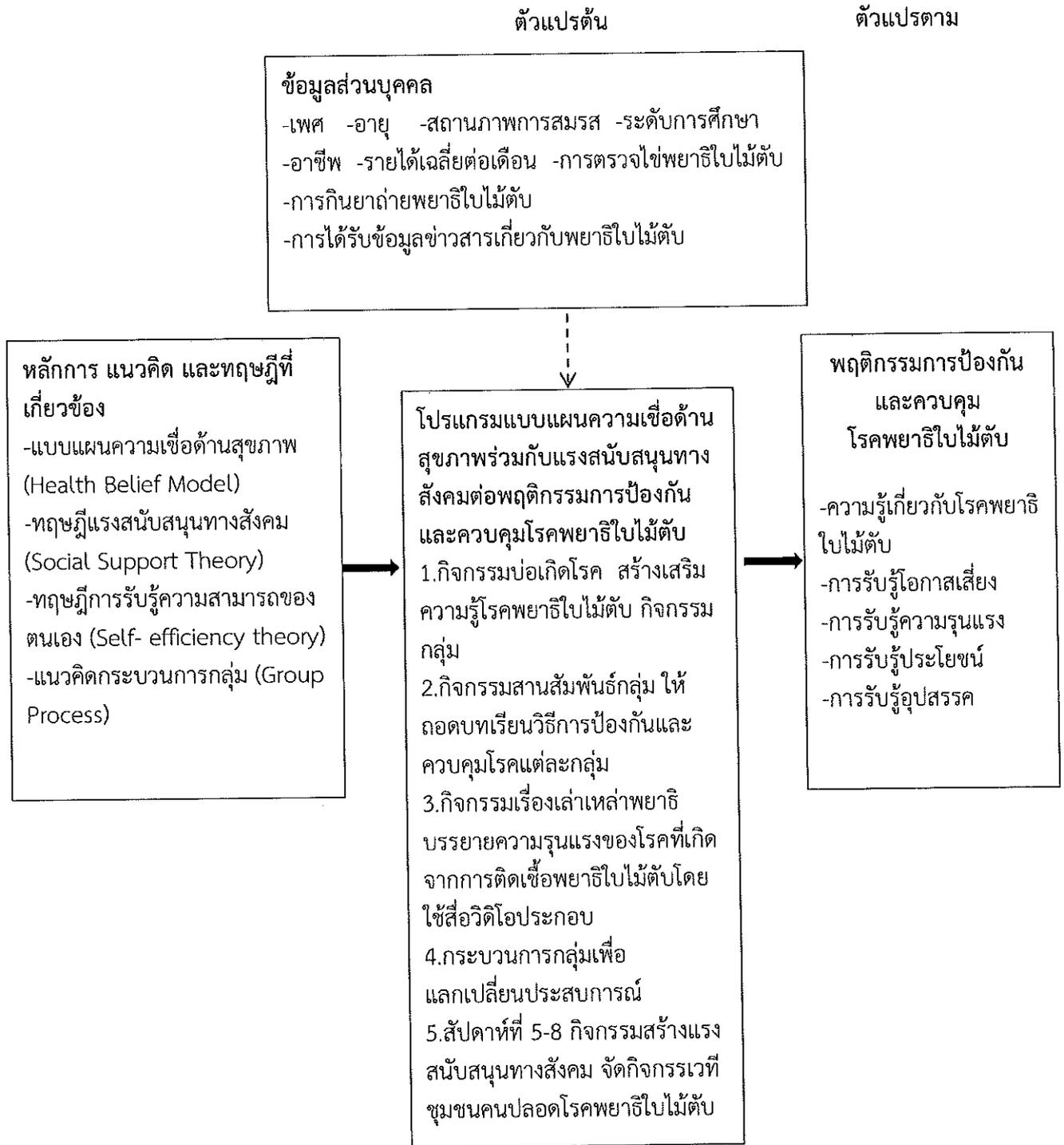
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้อุปสรรคที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ อาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หมายถึง การเกิดเหตุการณ์หรือมีสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้แสดงพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เช่น สมาชิกในครอบครัว ข้อมูลข่าวสาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

ประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนกลุ่มอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่เคยเข้ารับการตรวจด้วยการอัลตราซาวด์และตรวจหาไข่พยาธิต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๖ กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

๔.๗ วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรม (Intervention) กับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มทดลองแต่ไม่ได้รับกิจกรรม แล้วนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน ก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมและหลังจากได้รับกิจกรรมผ่านไปแล้ว ๘ สัปดาห์ ช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๕ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

๔.๗.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๗.๑.๑ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

๔.๗.๑.๑.๑ ประชาชน ทั้งชายและหญิงที่อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป มีประวัติเคยเข้ารับการตรวจด้วยการอัลตราซาวด์หรือตรวจหาไข่พยาธิต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๗.๑.๑.๒ เป็นผู้ไม่มีกลุ่มอาการทางจิตประสาทหรือปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงอันจะทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

๔.๗.๑.๑.๓ มีการรับรู้ ติดต่อสื่อสาร และสามารถช่วยเหลือตนเองได้

๔.๗.๑.๑.๔ มีความพร้อมสมัครใจเข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการวิจัย

๔.๗.๑.๒ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการทดลองวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

๔.๗.๑.๒.๑ กรณีกลุ่มประชากรมีความประสงค์จะยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย

๔.๗.๑.๒.๒ กรณีกลุ่มตัวอย่างอพยพย้ายถิ่นไม่สามารถติดต่อดี

๔.๗.๑.๒.๓.กลุ่มตัวอย่างกลายเป็นทุพพลภาพหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

๔.๗.๑.๒.๔.กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตหรือภาวะเจ็บป่วยในช่วงระยะเวลาระหว่างดำเนินการ

การศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่เคยเข้ารับการตรวจด้วยการอัลตราซาวด์หรือตรวจหาไข่พยาธิต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร ๒ กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (พญ.สรณู แก้วพิบูลย์ และคณะ, ๒๕๕๖) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ๙๕% กำหนดระดับนัยสำคัญ < 0.05 เนื่องจากงานวิจัยมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ ๓๔ คน แต่เพื่อป้องกันผู้สำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม จึงได้คำนวณปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๑ ดังนั้น ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๕ คน

๔.๘ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๔.๘.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) โดยจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการศึกษาข้อมูลให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวินิจฉัย โดยแบ่งเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน ๙ ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย การตรวจไข่พยาธิใบไม้ตับ การกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ โดยแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิดให้เลือกตอบในช่องว่างที่กำหนดให้

ส่วนที่ ๒ ปัจจัยเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตอนที่ ๑ ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ลักษณะคำถามเป็นแบบ ๒ ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงข้อเดียวที่คิดว่าถูกที่สุด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ใช่	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึของผู้ตอบแบบสอบถาม
ไม่ใช่	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึของผู้ตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงบวก (Positive statement) คือ	ข้อความเชิงลบ (Negative statement) คือ
ใช่ ค่าคะแนน คือ ๑ คะแนน	ใช่ ค่าคะแนน คือ ๐ คะแนน
ไม่ใช่ ค่าคะแนน คือ ๐ คะแนน	ไม่ใช่ ค่าคะแนน คือ ๑ คะแนน

การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, ๑๙๗๑) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป (๘-๑๐)	หมายถึง	มีความรู้ในระดับสูง
คะแนนตั้งแต่ร้อยละ ๖๐-๗๙.๙๙ (๖-๗)	หมายถึง	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป (๐-๕)	หมายถึง	มีความรู้ในระดับน้อย

ตอนที่ ๒ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการแปลผลคะแนนใช้พิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของเบสท์ (Best, ๑๙๗๗) มีเกณฑ์แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ใช่	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึของผู้ตอบแบบสอบถาม
ไม่ใช่	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึของผู้ตอบแบบสอบถาม
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสอบถามไม่แน่ใจในข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความเชิงบวก (Positive statement) คือ	ข้อความเชิงลบ (Negative statement) คือ
ใช่ ค่าคะแนน คือ ๓ คะแนน	ใช่ ค่าคะแนน คือ ๑ คะแนน
ไม่แน่ใจ ค่าคะแนน คือ ๒ คะแนน	ไม่แน่ใจ ค่าคะแนน คือ ๒ คะแนน
ไม่ใช่ ค่าคะแนน คือ ๑ คะแนน	ไม่ใช่ ค่าคะแนน คือ ๓ คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนนค่าเฉลี่ย ๒.๓๔-๓.๐๐	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับสูง
คะแนนค่าเฉลี่ย ๑.๖๗-๒.๓๓	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๖๖	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับน้อย

ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการแปลผลความรู้ ๓ ระดับ คือ ระดับดีมาก ระดับปานกลาง และระดับพอใช้ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ ซึ่งผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอทุกวันใน ๑ สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	การปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่ำกว่า ๓ วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยใน ๑ สัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนน (Best, ๑๙๗๗: ๑๔) ดังนี้

พฤติกรรมเชิงบวก คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ ค่าคะแนน คือ ๓ คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ค่าคะแนน คือ ๒ คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ค่าคะแนน คือ ๑ คะแนน

พฤติกรรมเชิงลบ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ ค่าคะแนน คือ ๑ คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ค่าคะแนน คือ ๒ คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ค่าคะแนน คือ ๓ คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนนค่าเฉลี่ย ๒.๓๔-๓.๐๐ หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับดี

คะแนนค่าเฉลี่ย ๑.๖๗-๒.๓๓ หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๖๖ หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับควรปรับปรุง

๔.๘.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ ๑ กิจกรรมบ่อเกิดโรค โดยการให้ความรู้ บรรยาย แผ่นภาพ ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมกลุ่ม รูปร่างของพยาธิใบไม้ตับ วงจรชีวิต การติดต่อ กลไกของโรค การวินิจฉัยและการรักษา การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ ๒ กิจกรรมสานสัมพันธ์กลุ่ม โดยบรรยายโดยใช้โปสเตอร์ แผ่นพับคู่มือการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้ถอดบทเรียนวิธีการป้องกันและควบคุมโรคแต่ละกลุ่ม

สัปดาห์ที่ ๓ กิจกรรมเรื่องเล่าเหล่าพยาธิ บรรยายความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยใช้สื่อวิดีโอประกอบ เน้นให้ รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ ๔ กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวคิดในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ สาธิตล้างมือ กินอยู่อย่างไรให้ห่างไกลโรค

สัปดาห์ที่ ๕-๘ กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ คำปรึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกในครอบครัว ผู้นำผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว และกลุ่มเพื่อนร่วมกิจกรรมร่วมกันให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จัดกิจกรรม เวทีชุมชนคนปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

๔.๙ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี ในระยะเวลาตั้งแต่ มกราคม - มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีหลักการดำเนินการ ๒ ขั้นตอน ดังนี้

๔.๙.๑ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำการรวบรวมแบบสอบถามเอง

ขั้นที่ ๑ ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase)

ผู้วิจัยขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้ เพื่อชี้แจงขั้นตอนวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๙.๑.๑ การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน ๕ คน เป็น อสม.ที่คัดเลือกโดยผู้วิจัย ๕ คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่เก็บข้อมูลในระยะก่อนและหลังดำเนินงาน มีวิธีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนกระบวนการ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงรายละเอียด ทำความเข้าใจแบบประเมินและทดลองอธิบายความหมายของข้อคำถามให้ถูกต้องครบถ้วน

๔.๙.๑.๒ คัดเลือกประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีคุณลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

๔.๙.๑.๓ ประชุมชี้แจงโครงการวิจัยแก่กลุ่มประชากรและนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ก็สามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการศึกษาในครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิโดยจะไม่รบกวนเวลาส่วนตัว เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ขั้นที่ ๒ การจัดการกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๙.๒ ทำการตรวจสอบความถูกต้องความครบถ้วนของข้อมูล ให้มีความครบถ้วนและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

๔.๑๐ การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS รายละเอียด ดังนี้

๔.๑๐.๑ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

๔.๑๐.๒ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Paired Sample t-test

๔.๑๐.๓ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕ และช่วงความเชื่อมั่นของการทดลองอยู่ที่ ๙๕%CI

๔.๑๑ จริยธรรมในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้เข้าร่วมการวิจัยในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยไม่ได้กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหาย อันตรายหรือคุกคามต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

๑) การดำเนินการวิจัยได้รับการพิจารณาและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยได้รับใบรับรองการอนุมัติด้านจริยธรรม

๒) การใช้หลักเอกราช (Autonomy) หมายถึง การคำนึงความเป็นส่วนตัวและควมมีอิสระ ในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย การยินยอมร่วมศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง

๓) การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นว่า การเข้าร่วม ศึกษาในครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ประการใด จะไม่คุกคามหรือ ทำร้ายความรู้สึก จิตใจของผู้เข้าร่วมการศึกษา ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถปฏิเสธไม่เข้า ร่วมการศึกษาหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลต่างๆได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีชื่อของกลุ่ม ตัวอย่างปรากฏในแบบสอบถามและรายงานผลการศึกษา

๕. ผลสำเร็จของงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๑ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รวมจำนวน ๗๐ คน ทั้งหมดสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองได้ครบทุกกิจกรรม และแบบสอบถามมีความครบถ้วนสมบูรณ์ โดยจำแนกตามลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๘๐.๐ อยู่ในช่วง อายุระหว่าง ๔๖-๕๐ ปี และ ๕๑-๕๕ ปี ร้อยละ ๒๕.๗ จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ ๕๑.๔ โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๘๘.๖ โดยมากเคยได้รับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ใบไม้ตับ ๒ ครั้ง ร้อยละ ๔๕.๗ เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๕๗.๑ และเคยได้รับการกินยาถ่าย พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๗๗.๑ ซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับจากอสม.มากที่สุด ร้อยละ ๔๕.๗ รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ ๔๐.๐ และได้รับจากข้อมูลข่าวสารแหล่งสื่อช่องทางแผ่นพับมากที่สุด ร้อยละ ๔๘.๖ รองลงมาคือทางหอกระจายข่าว ร้อยละ ๒๐.๐ ตามลำดับ

โดยในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๔.๓ อยู่ในช่วงอายุระหว่าง ๔๖-๕๐ ปี มากที่สุด ร้อยละ ๒๒.๙ รองลงมา คือ ๕๖-๖๐ ปี ร้อยละ ๒๐.๐ โดยมากจบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ ๖๕.๗ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๗๔.๓ ทั้งนี้เคยได้รับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ใบไม้ตับมากที่สุด คือ ๑ - ๒ ครั้ง ร้อยละ ๓๔.๓ เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ ๔๐.๐ และเคยได้รับการกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๕๗.๑ ซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับจาก อสม. และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ ๔๒.๙ และได้รับจากข้อมูลข่าวสารแหล่งสื่อช่องทางหอ กระจายข่าวมากที่สุด ร้อยละ ๔๐.๐ รองลงมาคือ ทางแผ่นพับร้อยละ ๓๑.๔ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๗๗.๑ รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค ในระดับดี ร้อยละ ๒๐.๐ และมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคระดับควรปรับปรุงน้อยที่สุด ร้อยละ ๒.๙ โดย หลังทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๑.๔ และมีพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคในระดับดี ร้อยละ ๔๘.๖ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๘.๖ รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคในระดับดี ร้อยละ ๘.๖ และมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคระดับควรปรับปรุงน้อยที่สุด ร้อยละ ๒.๙ โดยหลังทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๒.๙ รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคในระดับดีและควรปรับปรุง ร้อยละ ๘.๖

ส่วนที่ ๓ ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค พยาธิใบไม้ตับ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและ

ควบคุมโรค และพฤติกรรมกำบังกำบังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการกำบังกำบังและควบคุมโรค ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำบังกำบังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับทั้ง ๖ ด้าน หลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ส่วนที่ ๔ ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำบังกำบังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกำบังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และก่อนทดลอง คะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำบังกำบังควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถประยุกต์ใช้ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกำบังกำบังและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

๖.๒ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกำบังและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ภายในกลุ่มทดลอง มากกว่าก่อนการทดลอง

๖.๓ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกำบังและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มากกว่าการทดลอง

๖.๔ ประชากรกลุ่มเสี่ยงทราบถึงระดับพฤติกรรมกำบังกำบังและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการกำบังกำบังและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

๖.๕ เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์เป็นฐานข้อมูลด้านสุขภาพ และการศึกษาค้นคว้าวิจัยในพื้นที่ด้านอื่นๆ เพื่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพเชิงคุณภาพ บนฐานข้อมูลสาธารณสุขมูลฐานที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การเสริมสร้างพฤติกรรมกำบังกำบังและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยอาศัยหลักการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ตลอดทั้งการจัดกระบวนการต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายนั้น หลักการคือการจัดกระบวนการประสบการณ์ร่วมกันแก่กลุ่มเป้าหมาย เกิดกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคิด กระบวนการตัดสินใจ และการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลมีความซับซ้อนในการเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติสิ่งใดตามบริบทและปัจจัยแวดล้อมต่างๆตามแต่สถานการณ์และช่วงเวลา โดยกลุ่มเป้าหมายมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ ความสะดวกในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ถือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมวิจัย ดังนั้นการดำเนินการจัดกิจกรรมให้เกิดความต่อเนื่องจึงมีนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลสำเร็จและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมคงไว้ได้อย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญมาก จึงควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพิ่มการกระตุ้นเตือนในกระบวนการกลุ่ม และการสร้างแรงจูงใจที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ยังคงไว้ในระยะยาว

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การจัดกระบวนการประสบการณ์ร่วมกันแก่กลุ่มเป้าหมาย เกิดกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคิด กระบวนการตัดสินใจ ที่จะการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นของกลุ่มเป้าหมายนั้น พบปัญหาอุปสรรคทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของบุคคลมีความซับซ้อนในการเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติสิ่งใดตามบริบท และปัจจัยแวดล้อมต่างๆตามแต่สถานการณ์และช่วงเวลา โดยกลุ่มเป้าหมายมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ ความสะดวกในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ถือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมวิจัย

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การประยุกต์ใช้โปรแกรมความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอื่นๆได้ โดยการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับลักษณะบริบทของชุมชนนั้น จากผลการวิจัยพบว่า การจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้นจึงควรนำวิธีการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมป้องกันการโรคอื่นๆด้วย

๙.๒ การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งการได้รับแรงสนับสนุน การให้กำลังใจจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวมถึงแรงสนับสนุน การให้กำลังใจจากครอบครัวทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้และมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

๙.๓ ควรมีการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเสี่ยงภายหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย

๙.๔ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อเนื่อง จึงควรมีการศึกษาต่อและเพิ่มระยะเวลาการประเมินให้นานขึ้นเพื่อประเมินผลที่ยั่งยืนต่อไป

๑๐. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวณิรัตน์ คำแหงพล สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

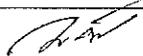
(นางสาวณิรัตน์ คำแหงพล)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) / ตุลาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวมณีรัตน์ คำแหงพล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายพรทวิ สุวรรณพรม)

(ตำแหน่ง) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอนาเยีย

(วันที่) ๒๗ / ตุลาคม / ๒๕๖๕

(ลงชื่อ)

(นายสุทัศน์ สิทน)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอนาเยีย

(วันที่) ๒๗ / ตุลาคม / ๒๕๖๕

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทรแดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๗ พ.ย. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแกนนำครอบครัวโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในวัยทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็น สาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้นๆของภาคอีสานตอนบน ซึ่งขณะนี้ในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่น้อยกว่า ๓ ล้านคน และประชาชนกลุ่มนี้อาจจะพัฒนาเป็นโรค มะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ ๒๐-๓๐ ปีข้างหน้า ปัจจุบันผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีปีละ ๑๕,๐๐๐-๒๐,๐๐๐ ราย โดยโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของท่อน้ำดีติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งได้รับพยาธินี้จากการกินอาหาร ประเภทปลาดิบ ที่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเสียชีวิตได้ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี(Cholangiocarcinoma : CCA) เป็นมะเร็งของเซลล์เยื่อบุผนังของท่อน้ำดีทั้ง ท่อน้ำดีภายในตับและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อบุ ของถุงน้ำดีและแพพซิลลาของเวเตอร์(Papilla of Vater) ส่วนมากจะไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงในระยะเริ่มแรก นโรคลุกลามจึงจะปรากฏอาการโรคมะเร็งท่อน้ำดียังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดมะเร็งชนิดนี้หลายอย่าง ได้แก่ การมีภาวะท่อน้ำดี อักเสบเรื้อรัง การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การมีนิ่วในท่อน้ำดี ความผิดปกติแต่กำเนิดของถุงน้ำดีของท่อน้ำดีรวมและตับ โรคตับเนื้อในท่อน้ำดีรวมถึงการได้รับรังสีก็เป็นได้ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงเป็นอันดับหนึ่งของโลกโดยเพศชายมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ ๔๐.๓ ต่อประชากรแสนคน เพศหญิงมีอัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ ๑๖.๖ ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราตาย ๒๖.๓ ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราตายของเพศชายสูงถึง ๓๗.๙ ต่อประชากรแสนคน ส่วนอัตราตายของเพศหญิง ๑๕.๐ ต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็งท่อน้ำดีพบมาก ในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งยังพบผู้ป่วยราย ใหม่เพิ่มปีละ ๑๕,๐๐๐ คน และร้อยละ ๕๕ มักเสียชีวิตอีกด้วย

โดยจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินงานทศวรรษแห่งการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในช่วงระหว่างปี ๒๕๕๙-๒๕๖๘ และมีนโยบายในการดำเนินการแก้ไขปัญหอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากในภูมิภาคนี้มีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง และมีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก คือ ประมาณ ๑๑๓.๔ ในผู้ชาย และในผู้หญิง ๔๘ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอำเภอนาเยี่ย ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี ๒๕๖๓ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยวิธีการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ทั้ง ๕ รพ.สต.ในเขตพื้นที่ จำนวนทั้งสิ้น ๙๖๖ ราย พบว่า รพ.สต.นาดี พบไข่พยาธิใบไม้ตับมากที่สุด ร้อยละ ๔.๓๕ รองลงมาคือ รพ.สต.นาเวียง ร้อยละ ๓.๔๓ และรพ.สต.นาเยี่ย ร้อยละ ๓.๑๔ ตามลำดับ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดีได้ดำเนินงานคัดกรองป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ ซึ่งจากผลการคัดกรองด้วยการตรวจอัลตราซาวด์และอุจจาระในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในช่วงปี ๒๕๖๓ ที่ผ่านมาสามารถตรวจคัดกรองได้ จำนวน ๑๓๔ ราย พบว่า ผลตรวจปกติ จำนวน ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๖ และผิดปกติ จำนวน ๙๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๙ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าประชาชนยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ทำมาจากปลาน้ำจืดมีเกลือ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความผิดปกติของตับและท่อน้ำดี อันจะนำไปสู่การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับจึงเป็นแนวทางที่สำคัญซึ่งจะช่วยลดอัตราความชุกของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งสอดคล้องกับ แผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี”

โดยหนึ่งในมาตรการที่สำคัญของการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีคือการป้องกันโรค โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีนั้นต้องทำให้บุคคลนั้นมี ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความรู้สึกตระหนักจากภายในตนเองก่อน จนรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง และจากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Arlinsky (๑๙๗๑), Freire (๑๙๗๐) และ Rothman (๑๙๖๘) โดยกระบวนการหลักของการสร้างเสริมพลังอำนาจต้องมีการพัฒนาระดับปัจเจกบุคคล การมีส่วนร่วม การกระตุ้นให้เกิดสำนึก และการทำงานด้านการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงสังคมจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นนอกจาก นั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล อันประกอบด้วย ความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในรูปแบบการเงิน การให้ข้อมูล ข่าวสารวัสดุ อุปกรณ์ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและการประเมินตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดียิ่งขึ้น และส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูก ต้องมากยิ่งขึ้นด้วย ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้เป็น โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแกนนำครอบครัวการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาแนวทางในการเข้าถึงหัวหน้าครัวเรือนให้มากขึ้น จึงหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี ซึ่งเป็น พื้นที่ที่พบว่ามีการคัดกรองและพบภาวะเสี่ยง โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจทั้ง ๔ ขั้นตอน มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างพลังเสริมความมั่นใจให้กับแกนนำครอบครัวให้กล้าแสดงความคิดเห็นและมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยมีเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ร่วมออกติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ ตลอดทั้งเสริมสร้างกำลังใจในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และคาดว่า ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแกนนำครอบครัวโดยใช้ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในวัยทำงานนี้จะลดอัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแกนนำครอบครัวโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในวัยทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

จัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางและกรอบทิศทางการดำเนินการส่งเสริมการดูแลพฤติกรรมสุขภาพแกนนำครอบครัว ซึ่งมีผลเป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ดังนี้

รูปแบบ กระบวนการ หน่วยงานที่รับผิดชอบ

โดยรูปแบบที่ใช้ในการจัดกิจกรรมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมแกนนำครอบครัวโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่สะท้อนให้เห็นความสามารถของบุคคลในการที่จะดึงสิ่งที่มีอยู่ในตัวเองในการควบคุม จัดการสร้างอิทธิพลกับตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกที่ศรัทธา ความตระหนักในสุขภาพ และสังคมรอบข้างอันจะส่งผลเป็นรูปธรรมต่อชีวิตตนเอง โดยมี ๔ กระบวนการ คือ

- ๑) การค้นพบสภาพการณ์จริง
- ๒) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- ๓) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม
- ๔) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

รวมกับการใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ๔ ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์

(Emotional Support) การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) จากแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ๒ ประเภท คือ กลุ่มสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการและกลุ่มสนับสนุนที่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในวัยทำงาน ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑ กิจกรรมบอกเล่าเก้าเรื่อง โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มแบ่งกลุ่ม ๙ กลุ่ม กลุ่มละ ๓-๔ คน โดยเริ่มจากการแนะนำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวทุกคนในกลุ่ม และให้เลือกประธานกลุ่ม เลขากลุ่มเพื่อประสิทธิภาพในการดำเนินกิจกรรม ตลอดทั้งการติดตามพฤติกรรมระยะยาวอีกด้วย ซึ่งกระบวนการนี้เริ่มด้วยการเล่าเรื่องแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาการกินอยู่ปลาน้ำจืดมีเกิร์ต การปรุง การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเขียนสิ่งที่เห็นประเด็นปัญหาลงในกระดาษชาร์ตกลุ่ม และให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอเรื่องราวที่เป็นปัญหาในกลุ่มของตนเองให้เพื่อนกลุ่มอื่นๆรับทราบข้อมูลด้วย

สัปดาห์ที่ ๒ กิจกรรมระจกสะท้อนความคิด โดยจะให้แต่ละกลุ่มสรุปปัญหาแล้วร่วมกันเสนอแลกเปลี่ยนวิธีการในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในครอบครัวของตนเอง พร้อมนำเสนอข้อมูลให้กลุ่มอื่นๆรับทราบข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วย

สัปดาห์ที่ ๓ กิจกรรมหาทางออก ช่วยบอกที่เป็นกระบวนการร่วมกันตัดสินใจหาทางออกวิธีการแก้ไขปัญหาหรือลดการบริโภคปลาน้ำจืดที่ไม่เหมาะสมในแต่ละครัวเรือน โดยการบรรยายความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยใช้สื่อวิดีโอประกอบ เน้นให้รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์ของพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้ถอดบทเรียนวิธีการป้องกันและควบคุมโรค โดยให้แต่ละกลุ่มร่วมกันขมวดปมสรุปประเด็นปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละครอบครัว อย่างน้อยครอบครัวละ ๑ ประเด็น ลงในสมุดบันทึกของตนเอง

สัปดาห์ที่ ๔ กิจกรรมสัญญาใจ เป็นกระบวนการสรุปประเด็นร่วมกันจากที่แต่ละกลุ่มได้เล่าเรื่องราวประเด็นปัญหาและวิธีการแก้ไขร่วมกันมาแล้วนั้น ให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มมีสัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขโดยเฉพาะด้านการบริโภคปลาน้ำจืดในครอบครัวของตน และให้ประธานกลุ่ม เลขากลุ่มที่ติดตามเยี่ยมร่วมกับกลุ่มเจ้าหน้าที่อีกด้วย

สัปดาห์ที่ ๕-๑๐ กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำปรึกษาแนะนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว และกลุ่มประธานกลุ่ม เลขากลุ่มกิจกรรมร่วมกันให้กำลังใจติดตามในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. แกนนำครอบครัวในวัยทำงานได้มีการพัฒนาพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. ได้รูปแบบแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยอาศัยแกนนำครอบครัวซึ่งมีอิทธิพลสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดมีเกิร์ตได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

๓. เกิดแนวทางรูปแบบกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่

๔. ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถประยุกต์ใช้การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๕. เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์มาเป็นฐานข้อมูลด้านสุขภาพ และการศึกษาค้นคว้าวิจัยในพื้นที่ด้านอื่นๆ เพื่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพเชิงคุณภาพ บนฐานข้อมูลสาธารณสุขมูลฐานที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ตอนที่ ๔ แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัวในวัยทำงาน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับที่ดีขึ้น

๒. เกิดแกนนำครอบครัวที่จะมีบทบาทส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพต้านส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๓. ภาครัฐเครือข่าย ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการขับเคลื่อนรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

(ลงชื่อ)

(นางสาวมณีรัตน์ คำแหงพล)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๗ / ตุลาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑.ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา

๒.ระยะเวลาดำเนินการ สิงหาคม 2564-สิงหาคม 2565

๓.ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ทราบว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมนั้น ต้องอาศัยกระบวนการหลักและปัจจัยต่าง ๆ หลายอย่างเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แนวความคิดเพื่อนำไปปรับปรุงงานและพัฒนางาน

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
2. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
3. สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง
5. ทฤษฎีการพยาบาลแบบโอเร็ม
6. แนวทางการประสานงานและการสื่อสารข้อมูลนำไปสู่ความสำเร็จ
7. กระบวนการให้คำแนะนำ/ให้คำปรึกษา/การดูแลต่อเนื่อง
8. งานวิจัยและเอกสารเกี่ยวกับการศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. สรุปสาระสำคัญและขั้นตอนในการดำเนินงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือภาวะที่เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้สมองขาดเลือดและออกซิเจน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันต่วงทีจะทำให้เซลล์สมองค่อย ๆ ตายลง โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า 85% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง(Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง แบ่งได้อีก 2 ชนิดย่อย ๆ ได้แก่โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือดโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โรคกลุ่มนี้มีอัตราการตายเฉลี่ยสูงราวร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งนี้แล้วแต่ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าเป็นชนิดเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) มีอัตราการตายสูงราวร้อยละ 50-60 และถ้าเป็นชนิดหลอดเลือดสมองอุดตัน(cerebral thrombosis) มีอัตราการตายต่ำคือราวร้อยละ 10-15 ในประเทศที่พัฒนา โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับสามรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจมะเร็ง ในประเทศไทยอุบัติเหตุการณ์โรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในเมืองสูงถึง 600 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนซึ่งใกล้เคียงกับประเทศต่าง ๆ ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา โรคหลอดเลือดสมอง(CVD)เป็นโรคที่พบได้ในกลุ่มผู้ป่วยวัยกลางคน ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป และจะพบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทที่สามารถพบได้มากที่สุด มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่สูงมาก และมักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด เป็นต้น

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง เปิดบริการ 60 เตียง มีแพทย์ทั่วไป ที่เป็นแพทย์ประจำ 6 คน แพทย์ใช้ทุน 1 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีเครื่อง CT- SCAN รับผิดชอบประชากรประมาณ 68,000 คน จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(stroke) ของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จากปี 2563- 2564 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ที่ขึ้นทะเบียนแผนกห้องฉุกเฉิน 102 และ 90 ราย ตามลำดับ(รายใหม่ + Recurrent stroke) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับ ความดันโลหิตสูง 54 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากผู้ป่วยเป็น โรคเรื้อรังเบาหวาน,ความดันโลหิตสูงหรือ Old CVA ที่ไม่ได้รับการรักษาและรับประทานอย่างต่อเนื่อง การบำบัดรักษาฉุกเฉินสำหรับโรคหลอดเลือดสมองมีหลักการเหมือนกันในระยะแรกไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุการอุดตันของหลอดเลือดในสมองหรือการแตกของหลอดเลือดในสมอง ทั้งนี้อาศัยความรู้ทางพยาธิสรีรวิทยาเป็นหลัก และเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ควรเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา ทราบอาการ อาการแสดง การวินิจฉัย และการดูแลรักษา สามารถนำข้อมูลต่าง ๆ มาประเมิน วินิจฉัย การพยาบาลและวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีระบบ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย สมรสแล้ว อายุ 47 ปี อาชีพเกษตรกร เศรษฐฐานะดี แต่งงาน อยู่กินกับภรรยาได้ 20 ปี มีบุตรด้วยกัน 2 คน เป็นบุตรชาย 1 คน บุตรสาว 1 คน กำลังศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังคือความดันโลหิตสูงอาการทั่วไปปกติ รับประทานยาสม่ำเสมอมาตลอด มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินวันที่ 30 มิถุนายน 2564 เวลา 10.48 น. มาด้วยอาการ ซึมลง ไม่พูด ปากเขียว อ่อนแรงซีกขวา ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชม. ขณะนอนดูโทรทัศน์ ภรรยาแจ้งกู้ชีพคำไหลนำส่งโรงพยาบาล มีเหงื่อออกตัวเย็น พยาบาลได้ประเมินสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 104 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท วัดออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือด 109 มก.เปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัวE4V4M5 Pupil 3 mm. มีปฏิกิริยาต่อแสงดีข้างซ้าย ข้างขวาไม่ตอบสนองต่อแสง Mortor power ข้างซ้าย ระดับข้งขวา ระดับ 3 มี Right facial palsy พยาบาลได้ Monitor vital signs และซักประวัติเพิ่มเติมจากภรรยาที่ตามมาทีหลัง รอแพทย์เวร แพทย์มาถึงห้องฉุกเฉินประเมินอาการผู้ป่วย แพทย์ได้ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง แบบมีเลือดออกในสมอง (Stroke Haemorrhage or infarction) แพทย์ได้พิจารณารักษาโดยเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 0.9% NSS IV 80 ml/hr.มีการเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) เกลือแร่ในเลือด (Electrolyte) ค่าการทำงานของตับ และไต (LFT, BUN/CREATININE) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งหมด ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อ ไม่มีภาวะช็อค เกลือแร่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะของเสียในเลือดคั่ง แพทย์พิจารณาส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา 11.30 น. ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรเร็วแต่เต้นสม่ำเสมอ 110 ครั้ง/นาที หายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/100 มิลลิเมตรปรอท วัดออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือด 98 มก.เปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัวE1V1M5 Pupil 3 mm. มีปฏิกิริยาต่อแสงดีข้างซ้าย ข้างขวาไม่ตอบสนองต่อแสง รายงานแพทย์เวรรับทราบพิจารณา ใต้ออกช่วยหายใจ เบอร์7.5 ลึก 20 cm.และส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี แผนกอายุรกรรมชาย 2 สัปดาห์ ได้รับการตรวจ เอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมอง CT-SCAN อ่านผลเป็น Lt MCA infarction ได้ทำการผ่าตัดสมอง Craniectomy ข้างซ้าย และ on warfarin life long และทำกายภาพบำบัด จึงให้สังเกตอาการทางระบบประสาทที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ต่อเนื่อง ได้ 6 วันอาการทั่วไปปกติ GCS E4M6VT Pupil 3 mm. ตอบสนองต่อแสงดี จึงให้ถอดท่อช่วยหายใจหลังถอดท่อช่วยหายใจยังมีอ่อนแรงซีกขวาเล็กน้อยยังสับสนถามตอบช้าแต่ทำตามคำบอกได้และให้สังเกตอาการที่โรงพยาบาลต่อจนกระทั่งครบ 8 วัน จึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยให้กลับไปสังเกตอาการที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและนัดติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยตามตอบได้แต่ช้า เคลื่อนไหวร่างกายได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุงและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้โดยมีคนช่วยดูแล ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยมีปัญหาที่พบขณะเยี่ยมบ้านในด้านร่างกายคือปัญหากล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้แต่ต้องมีคนช่วย ต้องพึ่งพาภรรยาในการทำกิจกรรมต่างๆ จากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ของผู้ป่วยและเกิดปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เนื่องจากผู้ป่วยเคยเป็นบุคคลที่ชอบไปพบปะเพื่อนบ้านตลอดถึงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแต่อาการปกติดี แต่เมื่อผู้ป่วยมีภาวะอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่เกิดขึ้นจากโรคที่เป็นทำให้ ในระยะแรกผู้ป่วยยอมรับไม่ได้ และปฏิเสธ แสดงออกโดยมีภาวะพึงกรรยามากขึ้น หงุดหงิด ปวดศีรษะ หลับยาก ท้อแท้ในบางครั้งแต่ได้กำลังใจจากครอบครัวที่คอยดูแลเอาใจใส่ดี ทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ และพยายามที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองให้มากขึ้น และมีความหวังว่าตนเองจะหายจาก โรคที่เป็นอยู่

ผู้เยี่ยมได้มีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตลอดจน กำหนดเป้าหมาย กิจกรรม และการประเมินผล ในกรณีศึกษา นี้ ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตและอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ก่อนข้างดี การจัดโปรแกรมฟื้นฟูสภาพร่างกายจึงได้รับความร่วมมือในระดับดี เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวค่อนข้างดี ข้อจำกัดสำหรับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ จึงอยู่ที่ ปัญหาจิตสังคมของผู้ป่วยและญาติซึ่งผู้ป่วยและญาติมีการพบปะสังคมน้อยเป็นประจำการแก้ไขปัญหาคือต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัว เนื่องจากสุขภาพของทุกคนในครอบครัวจะส่งผลดีต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยต่อไป

การรักษาที่ได้รับ

- Warfarin 3 mg รับประทานวันละ 1 เม็ดก่อนนอน
- Amlodipine 10 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า
- Simvastatin 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน,
- Folic acid 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า
- Vitamin B complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ดเช้า/ กลางวัน/ เย็นหลังอาหาร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยรายนี้คือ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ประสิทธิภาพการหายใจและการขับเสมหะลดลงเนื่องจากผู้ป่วยซึม ไม่รู้สึกตัว

ข้อมูลสนับสนุน S: ภรรยาบอกว่าผู้ป่วย ซึมและเหนื่อยมากขึ้น

O: ประเมินสัญญาณชีพ BT 36.6 องศาเซลเซียส pulse 110 ครั้ง/นาที RR 36 ครั้ง/นาที BP 180/100 มิลลิเมตรปรอท O2sat 99 เปอร์เซ็นต์ DTX 98 มก.เปอร์เซ็นต์ GCS E1V1M5 Pupil 3 mm. RTBE. มีปฏิกิริยาต่อแสงดีข้างซ้าย ข้างขวา ไม่ตอบสนอง

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยทีมแพทย์และพยาบาล ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ซิต 20 ดูดเสมหะ
 2. สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอด เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งและ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดจากสมอง
 3. บันทึกและวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลได้ถูกต้อง ประเมินและบันทึกการ GCS ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและสังเกตอาการเลวลงของสมอง
 4. ดูแล ความคุมอัตราการไหลของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ได้รับตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง
 5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงและพิษของยา เพื่อให้การช่วยเหลือ ได้ทันท่วงที
- ประเมินผล :** ค่า Oxygen saturation 98-100% ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน S: ภรรยาบอกผู้ป่วยซึมลง ไม่พูด

O: สังเกตว่าผู้ป่วย ซึมลง ไม่พูด GCS E1V1M5 Pupil 3 mm. RTBE. มีปฏิกิริยาต่อแสงดีข้างซ้าย ข้างขวา ไม่ตอบสนอง

O : ความดันโลหิต 180/100 mmHg.

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยว่ามีภาวะความดันในโพรงกะโหลก ศีรษะเพิ่มขึ้น จากอาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและทันทันท่วงที
2. บันทึกและวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลได้ถูกต้อง ประเมินและบันทึกการ GCS ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและสังเกตอาการเลวลงของสมอง
3. ดูแล ความคุมอัตราการไหลของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ได้รับตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.ดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรณรงค์งดอาหารในผู้ป่วย เพื่อป้องกันและเตรียมความพร้อมของร่างกายเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที

5.ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงและพิษของยา เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั้งที่
6.บันทึกปริมาณสารน้ำและของเหลวที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกจากร่างกาย

7.ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

8.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลประคบศีรษะด้วย cold pack เพื่อลดอาการบวมและการออกของเลือดใต้หนังศีรษะ พร้อมทั้งประเมินผลและ ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง แต่มีภาวะเลือดออกในสมอง ได้รับการแก้ไขด้วยการผ่าตัดสมอง Craniectomy ช้างซ้าย

3.ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

S=ภรรยาผู้ป่วยบอกว่าต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ

S = ผู้ป่วยบอกว่า ลูกเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยไม่ไหว

O=ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองซาแซนขาข้างขวา BP 140/80mm.Hg.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วย-เหลือตัวเอง ได้มากขึ้น โดยเริ่มจากการยืนเองและเดินในระยะสั้นๆและใช้อวัยวะที่อ่อนแรงได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยเพื่อประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยและวางแผนจัดกิจกรรมช่วยเหลือ
2. วัดระดับความดันโลหิตเพื่อทราบถึงสภาพร่างกาย และจัดวิธีการบริหารอวัยวะเพื่อการฟื้นฟูสภาพ
3. อธิบายและสาธิตวิธีการบริหารอวัยวะที่อ่อนแรง โดยการบริหารข้อและให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจแก่

ผู้ป่วย

4. นวดประคบร้อน - เย็น สลับกันที่มือขวา บริหารข้อมือขวา และขาขวา
5. สาธิตวิธีการออกกำลังกายแบบ Active Exercise ในอวัยวะที่ไม่อ่อนแรง
6. แช่ขาข้างขวาด้วยน้ำอุ่นจัดสลับกับน้ำเย็น โดยใช้หลักการของวารินาบัด เพื่อลดการตีตึงตัวของข้อ และกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ประเมินความก้าวหน้าของการบริหารอวัยวะที่อ่อนแรงและปรึกษาหารือกับผู้ช่วยเพื่อการวางแผนฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม

8. จัดทำราวหัดเดินให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ลุกเคลื่อนไหวร่างกายและฟื้นตัวได้เร็วที่สุดเมื่อร่างกายพร้อม

เกณฑ์การประเมินผล
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้โดยเริ่มจากการบริหารข้อ การยืนเองและการเดินในระยะสั้นๆ ได้ภายใน 8-10 สัปดาห์

การประเมินผล

ประเมินผลจากการเยี่ยมครั้งที่ 1

- ให้ผู้ป่วยและภรรยาลองทำตามคำแนะนำสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามคำแนะนำบริหารข้อมือขวาและข้อเท้าขวา วันละ 2-3 ครั้งๆละ 15 นาที

ประเมินผลจากการเยี่ยมครั้งที่ 2

- ภรรยาผู้ป่วยทำราวหัดเดินให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยหัดยืนและเดินในระยะ 3-4 เมตร โดยบุตรสาวเป็นคนช่วยเหลือผู้ป่วยข้างที่ อ่อนแรง

- ผู้ป่วยยังไม่สามารถลุกนั่ง เดิน ได้ด้วย ตนเอง ยังต้องพึ่งภรรยา

- มีการประคบด้วยน้ำอุ่น ให้ผู้ป่วยแต่ไม่สม่ำเสมอเพราะไม่มีเวลา เพราะภรรยาต้องไปทำงานในเวลาตอน

กลางวัน

- ผู้ป่วยทำ Active exercise วันละ 2-3 ครั้งๆละ 15-20 นาที

4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องโรค การเจ็บป่วยป่วยและต้องรับภาระในครอบครัวมากขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

S = ภรรยาผู้ป่วยถามว่าจะมีโอกาสหายหรือไม่และจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้แบบนี้และบอกว่าไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้ป่วยตอนกลางวัน

O = ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลตลอดเวลา ให้แบบประเมินความเครียดได้คะแนนในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติลดอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและสามารถจัดการงานภายในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและไม่เกิดภาวะเครียด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความรู้สึกและคาดหวังอย่างไรบ้างเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย
2. ประเมินความเครียดของผู้ป่วยและญาติโดยให้แบบประเมินความเครียด
3. พยายามเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจ สามารถเผชิญความจริงได้อย่างถูกต้อง ป้องกันความกลัว และความวิตกกังวลจากความเข้าใจผิดหรือการคิดเอาเองอย่างผิดๆ
4. อธิบายขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพและระยะเวลาที่ใช้ ในการรักษาตลอดจนให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ให้ฝึกใช้อวัยวะที่อ่อนแรงให้มากขึ้น
5. แนะนำให้ผู้ป่วยและภรรยา รวมทั้งญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย
6. ค้นหาความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย ภรรยา และญาติ โดยถามประสบการณ์การเผชิญภาวะเครียด
7. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจช่วยเหลือ
8. ประสานงานกับสังคมสงเคราะห์ หรือองค์กรในชุมชนในการหาทางช่วยเหลือในระดับต่อไป

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีการจัดการในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมภายใน 2 สัปดาห์
- ประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละข้อว่ามีความเครียดมากน้อยแค่ไหน

การประเมินผล

ประเมินผลขณะเยี่ยมครั้งที่ 1

- ผู้ป่วยและญาติมีท่าทีผ่อนคลายมากขึ้นและเล่าให้ฟังว่าครอบครัวเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

ประเมินผลจากการเยี่ยมครั้งที่ 2

- ภรรยาดูแลผู้ป่วยช่วยเหลือผู้ป่วย โดยไม่ท้อแท้และบอกว่าเข้าใจผู้ป่วยกับสภาพที่เกิดขึ้นตอนนี้ภรรยาไปทำงานในช่วงเวลากลางวันและญาติช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- จากการประเมินความเครียดผู้ป่วยและญาติมีความเครียดระดับต่ำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญและขั้นตอนในการดำเนินงาน(ต่อ)

สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาจากสถิติ Case ที่มีปัญหาวิกฤติ มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา และมีปัญหาทางการพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกกรณีศึกษา

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

3. ศึกษาผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

4. ศึกษาต้นคว่าจากตำรา ปรีกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้ เป็นข้อมูล

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ แล้วนำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

7. เรียบเรียงและจัดพิมพ์ผลงาน

8. นำเสนอเพื่อขอรับการประเมิน

ผู้ร่วมดำเนินการ : ไม่มี

ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

การจัดทำผลงานข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยนำมาจัดเป็นรูปเล่มรวบรวมโดย

นางสาวภัศร สระแสง เป็นผู้เสนอผลงานทุกขั้นตอน 100% ดังนี้

1.1 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาลในหน่วยงาน

1.2 นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไข

1.3 นำกระบวนการพยาบาลและ C3 THER เข้ามารวมในการให้การพยาบาลทุกครั้งที่พบปัญหา

1.4 มีการประเมินพยาธิสภาพของผู้ป่วยจากการรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยจากอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและในอดีต รวมถึงประวัติประจำตัวและคนในครอบครัว การแพ้สาร

ต่าง ๆ หรือแพ้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย

1.5 ศึกษาจากเอกสารตำราวิชาการ พร้อมปรึกษาแพทย์ ผู้ให้การรักษาและพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน

1.6 นำข้อมูลทั้งหมด มาวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล

1.7 ปรึกษาคู่ปัญหาที่พบร่วมกับทีมงาน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหา หาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ส่วนหางานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

1.8 มีการประเมินผลการพยาบาลตามขั้นตอน

1.9 สรุปผลการพยาบาลและส่งต่อข้อมูลในการดูแลแก่ทีมสุขภาพ Home Health care เป็นทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.10 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

1.11 จัดทำผลงานเป็นรูปเล่ม และมีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ที่ตรวจสอบ

1.12 นำเสนอผลงานมาเป็นแนวทางปฏิบัติงาน ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ประเด็นสำคัญ	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	
			2560	2561
1.การประเมินความรุนแรง/วิธีการรักษาที่เหมาะสม	-วางแผนการดูแลรักษาพยาบาลได้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง	-ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาตามCPG	100%	100%
2.ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย	-ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการใช้ยา	-อัตราการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	78%	80%
3.ความรู้ความเข้าใจของญาติในการดูแล	-ญาติที่ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการใช้ยา	-อัตราการให้ข้อมูลแก่ญาติหรือผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน	82%	85%
4.การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	-ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้รับข้อมูล	-ร้อยละการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	100	100

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

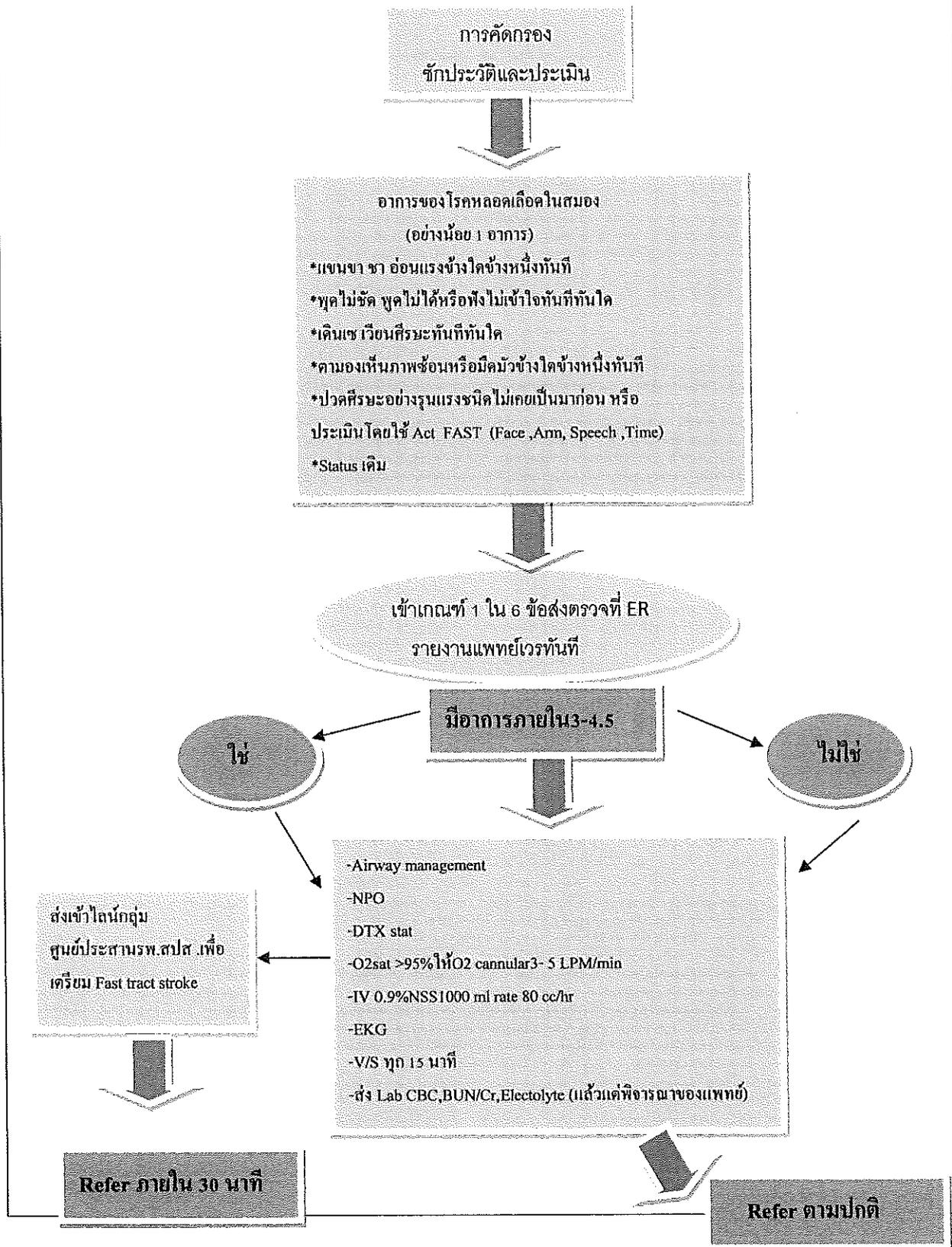
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2563	ปีงบ2564
จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด	0	102 ราย	90 ราย
จำนวนผู้ป่วยวินิจฉัยผิดพลาด(ราย)	0	0	0
ผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งต่อทันเวลา (เข้าสู่ระบบ Stroke fast track ได้ทันเวลา	50%	38.23% 39ราย	16.67% 15ราย
อุบัติการณ์ Acute Stroke เสียชีวิตในโรงพยาบาล	0	0	0
ผู้ป่วย Acute Stroke GCS \leq 8 ได้ใส่ ET-Tube	100%	100% 7 ราย	100% 5ราย
ผู้ป่วย Recurrent stroke	0	6.86% 7 ราย	8.89% 8 ราย

๖. การนำผลงานไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) อย่างต่อเนื่อง แก่ แพทย์ พยาบาล นักศึกษาพยาบาล ตลอดจนผู้มาฝึกอบรมดูงานและผู้ที่สนใจ
2. เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการ แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลและผู้สนใจศึกษาทั่วไป
- 3.เป็นแนวทางในการให้ความรู้ความเข้าใจและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ
4. เป็นแนวทางให้ประชาชนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของ โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่



ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑. ความยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน

- การประเมิน GCS ไม่ค่อยแม่นยำ ใช้เวลาประเมินนานเพราะสมรรถนะและประสบการณ์ของพยาบาลในวันนั้นยังน้อย
- การซักประวัติเป็นไปด้วยความลำบากเพราะญาติที่เห็นอาการผู้ป่วย ไม่ได้มากับผู้ป่วยขณะแรกรับ ญาติตามมาทีหลัง กู้ชีพ อบต. ตำบลคำไหลนำส่ง
- การใส่ท่อช่วยหายใจค่อนข้างยาก เพราะผู้ป่วยตัวอ้วน คอสั้นและแขนขาข้างที่ไม่ได้อ่อนแรงคืบไป-มา ต้องเสียเวลาในการยึดตรึงผู้ป่วยก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ
- การให้น้ำเกลือ 0.9 Nss 1000 ml vien drip 80 ml/hr. ใช้เวลานานเพราะผู้ป่วยตัวอ้วนไม่เห็นเส้นเลือด
- การส่งต่อผู้ป่วย ไปยัง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ใช้เวลารอนานเพราะต้องรอรถรามาจากบ้านก่อน เพราะต้องมีญาติสายตรงไปด้วย กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ญาติจะได้ร่วมตัดสินใจ
- การส่งต่อใช้เวลาในการส่งต่อประมาณ 1.30 ชม. เพราะเส้นทางศรีเมืองใหม่-อุบลราชธานี อยู่ในช่วงกำลังทำถนนใหม่ เส้นอุบลฯ-ตระการ
- การส่งต่อ case นี้ ควรใช้พยาบาล 3 คน แต่ตามคนที่ 3 ไม่ได้ เพราะมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากร ในระหว่างส่งต่อผู้ป่วยอาการคงที่ ไม่มีทรุดลง ไม่ได้แวะ โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลตระการพิรุณ)

๒. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

เนื่องจาก โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่เป็น โรงพยาบาลชุมชน ที่ยังไม่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ โรงพยาบาลศูนย์ สรรพสิทธิประสงค์ และสถานการณ์ โควิด ทำให้การติดต่อเยี่ยมผู้ป่วยเป็นไปด้วยความลำบาก ต้องโทรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ซึ่ง โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ก็มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทำให้มีเวลา สอบถามข้อมูลน้อย และได้ข้อมูลไม่ค่อยละเอียด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ข้อเสนอแนะ

กระบวนการพัฒนางาน

- ทีมคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วย (PCT) ร่วมกันจัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่ง CPG เดิมยังไม่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทีมคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยจึงได้จัดทำ CPG ขึ้นมาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

- จัดทำ Check risk stroke ขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางในการซักประวัติผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง

- พัฒนาทักษะบุคลากรทีมสุขภาพในการประเมินอาการผู้ป่วย โดยการจัดส่งบุคลากรทีมสุขภาพไป

อบรมเพิ่มเติม

- มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

อย่างต่อเนื่อง

- ปฏิมนิเทศแนวทางการใช้ CPG Stroke แก่แพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่ ทุกคน 100%

- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

- ทำ Case conference และสร้างการเรียนรู้ร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีอุบัติการณ์สำคัญ

- มีจัดทำเอกสารความรู้ทางวิชาการเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนทั่วไปให้มี

ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและให้รับมาพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ข้อเสนอแนะ

โดยจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นระบบ

1. การดูแลผู้ป่วย

- จัดทำ Stroke check risk+ care map การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
- จัดทำและทบทวน CPG การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
- ใช้มาตรฐาน CPG โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

(Stroke) ทุกราย 100%

- กรณีที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สามารถ ใช้ระบบ consult case อายุรกรรม กับแพทย์เฉพาะทาง กับโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลประจำจังหวัด ทุก เวร ทุกวันตามมาตรฐานของจังหวัด

- มีการประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน
- การติดตามเยี่ยมและส่งต่อการดูแลต่อเนื่องให้ทีมสุขภาพในเครือข่าย

2. การประเมินความรุนแรงและการวางแผนการดูแลรักษา

- จัดทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
- พยายามประเมินอาการและความรุนแรงของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากการใช้

Stroke check risk

3. การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพตนเอง

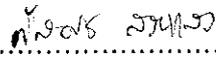
- พัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
- จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
- จัดทีมเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความต้องการการรับความช่วยเหลือการดูแลตนเองที่บ้าน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-

ส่วนที่ ๓ คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).......... ผู้ขอรับการคัดเลือก

(นางสาวกัตสร สระแสง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 3 / ๓ / ๖๕.....

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับการว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..........

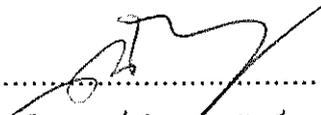
(นางศรีัญญา พงษ์อ่อน)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ 3 / ๓ / ๖๕.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับการว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..........

(นายฉัตรนที พิระภาณุรักษ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

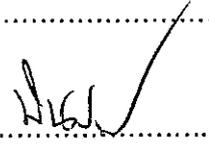
วันที่ 3 / ๓ / ๕๕.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ

.....

.....

(ลงชื่อ)..........

(..... (นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่ ๖ / ๓ / ๖๕.....

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

๑.เรื่อง พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)

๒.หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก กลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทซึ่งถ้าเป็นแล้วมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษา ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยรายใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2563 พบว่า ทุก ๆ 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้และในประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเช่นเดียวกัน ปัจจุบันมีรายงานอัตราการป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ.2557 มีอัตรา 354.54, 366.81 และ 352.30 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2558 มีอัตรา 36.13, 38.66 และ 42.62 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง) จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี ทั้งนี้หากรักษาช้าหรือไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง เปิดบริการ 60 เตียง มีแพทย์ทั่วไป ที่เป็นแพทย์ประจำ 6 คน แพทย์ใช้ทุน 1 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีเครื่อง CT- SCAN รับผิดชอบประชากรประมาณ 68,000 คน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในปีงบประมาณ 2563,2564 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ที่ขึ้นทะเบียนแผนกห้องฉุกเฉิน 102,90 ราย ตามลำดับ(รายใหม่ + Recurrent stroke) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับ ความดันโลหิตสูง 54 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเกิดจากผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เบาหวาน,ความดันโลหิตสูงหรือ Old CVA ที่ไม่ได้รับการรักษาและรับประทายาต่อเนื่อง การบำบัดรักษาฉุกเฉินสำหรับโรคหลอดเลือดสมองมีหลักการเหมือนกันในระยะแรกไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุการอุดตันของหลอดเลือดในสมองหรือการแตกของหลอดเลือดในสมอง ทั้งนี้อาศัยความรู้ทางพยาธิสรีรวิทยาเป็นหลัก และเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ควรเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา ทราบอาการ อาการแสดง การวินิจฉัย และการดูแลรักษา สามารถนำข้อมูลต่าง ๆ มาประเมิน วินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีระบบ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด มีทักษะในการให้การพยาบาลเพื่อจะได้ช่วยแก้ไขภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะทางสมองที่เกิดจากหลอดเลือดในสมองอุดตันเมื่อมีลิ้มเลือดที่ผนังหลอดเลือด หรือหลุดลอยมาจากที่อื่นอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงัก ส่งผลให้การขนส่ง ออกซิเจน ไปไม่ถึงปลายทาง คือ เนื้อสมองส่วนที่อยู่ถัดไปหากขาดออกซิเจน 1 นาที ทำให้หมดสติ สมองอาจ กลับคืนเป็นปกติได้ แต่หากขาดออกซิเจนนานกว่า 4 นาทีอาจเกิดการทำลายเซลล์ประสาทในสมองอย่างถาวร เซลล์สมองจะตาย เนื้อสมองส่วนที่ตายเรียกว่า อินฟาร์กต์ (Infarct) การที่สมองขาดเลือด และออกซิเจน ทันทีทันใดก็เนื่องมาจากการขาดเลือดไปเลี้ยงภายหลังความดันโลหิตตก หรือหัวใจหยุดเต้น หรือขาด ออกซิเจนถ้าเซลล์ประสาทบางส่วนเพียงแต่ขาดเลือดยังไม่ตายโอกาสรอดยังมี การขาดเลือดในสมองอาจมีการ กู้คืนได้ (salvaged) ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว ทันเวลา และหากมีภาวะที่รุนแรงก็จะทำให้ ผู้ป่วยพิการได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสามารถให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว โดยระบบ Stroke Fast Track ในการส่งต่อผู้ป่วยไป รักษาต่อรพ.สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมินคัดกรองและวินิจฉัยถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้ป่วย Stroke ที่เริ่มมีอาการมาถึง รพ.ภายในเวลา 2 ชม. ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาทีทุกราย (เนื่องจากโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่อยู่ห่างจาก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ประมาณ 80 กิโลเมตร)
5. เพื่อให้ผู้ป่วย Stroke ทุกราย ได้รับการดูแลรักษาตาม CPG
6. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วย Stroke ที่เริ่มมีอาการมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 2 ชม. ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาทีทุก ราย(เนื่องจากโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ห่างไกลจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ประมาณ 80 กิโลเมตรรวม ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ภายใน 4 ชม. 30 นาที)
2. ผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมินคัดกรองและวินิจฉัยถูกต้อง
3. ผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
4. ผู้ป่วย Stroke ได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว โดยระบบ Fast Track Stroke ในการส่งต่อ ผู้ป่วยไปรักษาต่อรพ.สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี
5. ผู้ป่วย Stroke ทุกราย ได้รับการดูแลรักษาตาม CPG
6. ผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนทุกราย กรณีที่มีความพิการได้รับการดูแลฟื้นฟู สภาพโดยนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยพบว่าลักษณะที่แสดงถึงความยุ่งยากของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการประเมินและการวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดทางสมองซึ่งมีความสำคัญมาก ภาวะวิกฤต จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการเช่น สาเหตุ ความรุนแรง อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การมีภาวะแทรกซ้อนหรือ โรคอื่นร่วมด้วยการรักษาที่ก่อนมาโรงพยาบาล และการตรวจร่างกายที่ถูกต้อง แม่นยำจะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจึงมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสาเหตุที่พบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดทางสมองซึ่งมีอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและถ้าได้รับการรักษา การวินิจฉัยที่ถูกต้องทันท่วงทีก็อาจหายเป็นปกติหรือลดความรุนแรงของของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะความดันโลหิตสูง หรือหากพบอาการผิดปกติทางสมอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุอาจมีอาการทางสมองเช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง แขนขาอ่อนแรง ชักก็ควรระวังถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ควรรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่อง กายวิภาคและสรีรวิทยาของสมอง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาของสมองและระบบต่างๆของร่างกาย หลังเกิดการกระทบกระเทือนหรือได้รับบาดเจ็บ ทราบปัญหา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีทักษะในการให้การพยาบาลเพื่อจะช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินซึ่งอาจทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้ รวมทั้งมีการจัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ตลอดเวลา และสร้างสัมพันธภาพ มีท่าทางที่ดีต่อญาติผู้ป่วยซึ่งญาติต้องมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนและมีข้อจำกัดของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินยังทำไม่ได้ครอบคลุมเนื่องจากพยาบาลยังประเมินปัญหาของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน แนวทางแก้ไขปัญหาคือได้จัดแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองไว้ประจำห้องฉุกเฉินเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วย และจัดทำแผ่นพับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและมีการทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวานซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดทางสมองได้มากกว่าบุคคลอื่นให้สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เพื่อจะได้มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้องและมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วและทันเวลา

ข้อเสนอ

การเข้าถึงบริการ

- ควรพัฒนาระบบ EMS ให้ครบทุกตำบล และชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ 1669 เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ซึ่งได้แก่กู้ชีพของโรงพยาบาลและกู้ชีพประจำตำบลต่างๆ
- จัดทำแผนที่ตำบล หมู่บ้าน อำเภอศรีเมืองใหม่ และตำบลที่ตั้งของหน่วย EMS เพื่อใช้สื่อสาร และสามารถแจ้งรับผู้ป่วยให้สามารถเข้ารับบริการอย่างรวดเร็ว

-จัดส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมประชุม ทบทวนแนวทางการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายได้แก่
โรงพยาบาลตระการพืชผล โรงพยาบาล 50 พรรษา และ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการวินิจฉัยโรค และรับการรักษาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาได้
2. ผู้ป่วย Stroke Fast track ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาทีทุกราย
3. ผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลตาม CPG ทุกราย
4. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเกิดความรู้ความชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
5. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่มอบบรมดูงาน และฝึกปฏิบัติงานในหน่วยงานและสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นแนวทางเดียวกัน

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564
จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด	0	102ราย	90 ราย
จำนวนผู้ป่วยวินิจฉัยผิดพลาด(ราย)	0	0	0
ผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งต่อทันเวลา (เข้าสู่ระบบ Stroke fast track ได้ทันเวลา	50%	30.77% 22ราย	37.78% 34ราย
อุบัติการณ์ Acute Stroke เสียชีวิตใน โรงพยาบาล	0	0	0
ผู้ป่วย Acute Stroke GCS \leq 8 ได้ใส่ ET- Tube	100%	100% 7 ราย	100% 5ราย
ผู้ป่วย Recurrent stroke	0	9.4% 10 ราย	8.89% 8 ราย

(ลงชื่อ).....^๖ ^๖ ^๖ ผู้เสนอแนวความคิด

(นางสาวกัศกร สระแสง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ..๓...../.....๓...../.....๖๕.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การบริหารจัดการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ด้วย MikroTik Router OS

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ปัจจุบัน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ด้านการพัฒนาระบบสารสนเทศ

๓.๒ ความรู้ด้านการออกแบบและจัดการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์

๓.๓ ความรู้ด้านคำสั่งในการจัดการระบบปฏิบัติการ Linux

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล เป็นหัวใจหลักสำหรับการให้บริการและการบริหารงานโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนการให้บริการและการบริหารงานโรงพยาบาลเป็นไปอย่างคล่องตัว รวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ประกอบกับในปัจจุบันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินการภารกิจภายในโรงพยาบาลในเกือบทุกด้าน ทำให้การบริหารจัดการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์สำหรับโรงพยาบาลมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งในปัจจุบันมีการเข้าถึงและใช้งานข้อมูลต่างๆผ่านระบบเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก เช่น เช็คสิทธิผู้รับบริการ อีเมลล์ เว็บไซต์ ไฟล์เอกสาร หนังสือเวียนต่างๆ อาจส่งผลกระทบต่อระบบเครือข่าย ที่ไม่ได้รับการบริหารจัดการหรือจัดสรรทรัพยากร ทำให้ระบบอินเทอร์เน็ตช้า ระบบล่ม เกิดปัญหาติดไวรัสคอมพิวเตอร์ เป็นต้น อีกทั้งความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของผู้ใช้งานในการเข้าถึงเว็บไซต์หรือดาวน์โหลดไฟล์ต้องห้ามที่ไม่เหมาะสม เป็นการสร้างปัญหาและนำความเสียหายเข้ามาสู่ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ อีกทั้งการใช้เครื่องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์(Server) เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการระบบเครือข่ายซึ่งไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของอุปกรณ์ อาจก่อให้เกิดความเสียหายและสิ้นเปลืองทรัพยากร ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง และทำให้การกู้คืนระบบเมื่อเกิดเหตุการณ์เครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่มทำได้ล่าช้ากว่าการใช้ระบบและอุปกรณ์เฉพาะด้าน

ดังนั้น เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการตอบสนองต่อการปฏิบัติงานตามภารกิจของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ งานเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์จังหวัดอุบลราชธานีจึงมีแนวคิดในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ด้วยอุปกรณ์ MikroTik Router OS เพื่อจัดสรรทรัพยากรด้านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ให้มีประสิทธิภาพและใช้งานอย่างเต็มประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

๑. เพื่อจัดสรรทรัพยากรด้านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะกับการใช้งาน
๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในใช้งานระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ทั้งภายในและภายนอก
๓. เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดกับโรงพยาบาลจากระยะเวลาในการกู้คืนระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การพัฒนาการดำเนินงานภายใต้หลักทฤษฎี (System Development Life Cycle : SDLC) ดังนี้

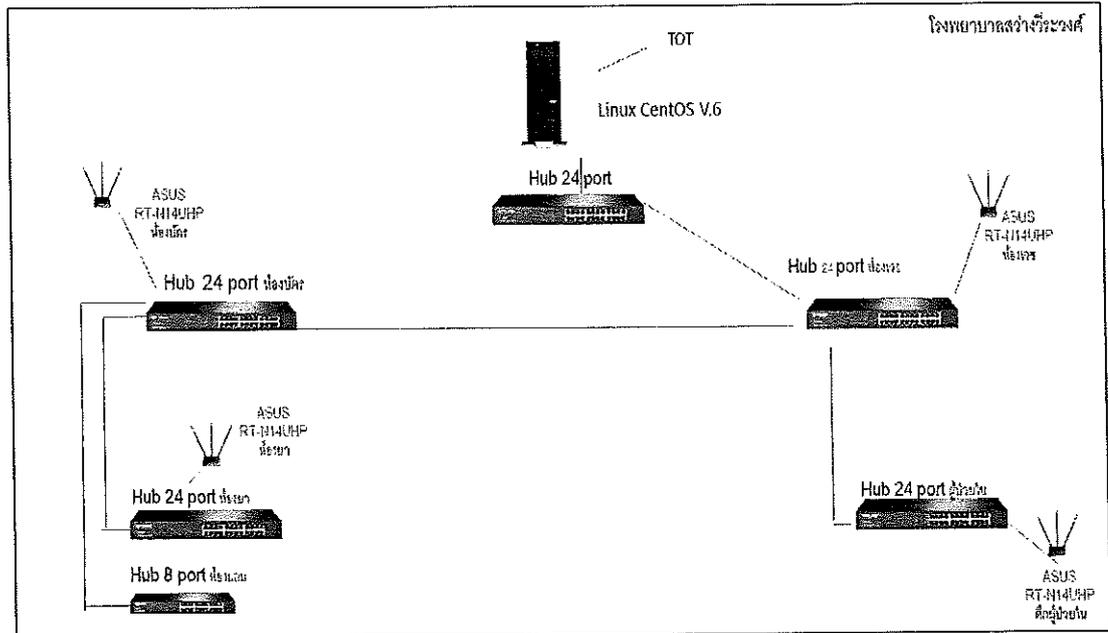
๑. การกำหนดปัญหา (Problem Definition)

ปัจจุบันมีการเข้าถึงและใช้งานข้อมูลต่างๆผ่านระบบเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากส่งผลกระทบต่อระบบเครือข่ายที่ไม่ได้รับการบริหารจัดการหรือจัดสรรทรัพยากรอย่างถูกต้อง มีผลทำให้การใช้งานระบบเครือข่ายอาจไม่เต็มประสิทธิภาพ เช่น ระบบอินเทอร์เน็ตช้า ระบบล่ม เกิดปัญหาติดไวรัสคอมพิวเตอร์ อีกทั้งมีการใช้เครื่องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์(Server) เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการระบบเครือข่ายซึ่งไม่ตรงตามวัตถุประสงค์อาจก่อให้เกิดความเสียหายและสิ้นเปลืองทรัพยากร ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง และทำให้

การกู้คืนระบบเมื่อเกิดเหตุการณ์เครือข่ายคอมพิวเตอร์ล่ม ทำได้ล่าช้ากว่าการใช้อุปกรณ์และระบบที่ออกแบบมาเฉพาะด้าน

๒. การวิเคราะห์ (Analysis)

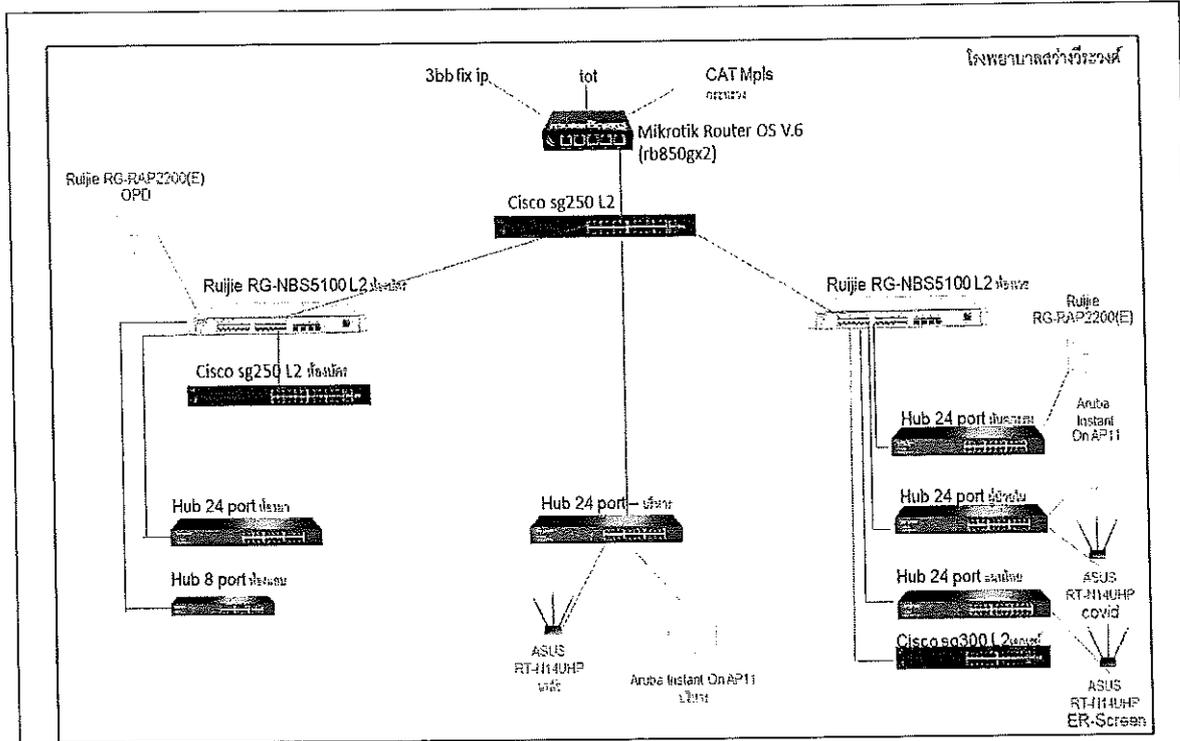
จากระบบเดิมการจัดสรรทรัพยากรด้านเครือข่ายเป็นการใช้ Router จากผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตทำหน้าที่แจก dhcp ให้คอมพิวเตอร์ในเครือข่าย และเครื่องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Server) โดยการติดตั้งระบบปฏิบัติการ Linux CentOS ในการแชร์ทรัพยากร บริหารจัดการเครือข่ายคอมพิวเตอร์ พบปัญหาหลายอย่าง เช่น การแจกค่า DHCP ค้างในระบบ, ไม่สามารถสลับสายอินเทอร์เน็ตได้ ส่งผลให้บางครั้งระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ล่มหยุดชะงักไม่สามารถใช้งานได้



ภาพที่ ๑ แผนผังระบบเครือข่ายเดิมที่จัดการโดยระบบ Linux CentOS V.๖

๓. การออกแบบ (Design)

ผู้จัดทำได้ทำการศึกษาออกแบบแผนผังระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ใหม่ และเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการใช้งานระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ด้วย MikroTik Router OS ซึ่งเป็นระบบปฏิบัติการที่ติดตั้งมากับอุปกรณ์ Router Board Hardware ที่มีขนาดเล็ก จากการออกแบบและทดสอบพบว่าสามารถแก้ปัญหา DHCP, LOAD BALANCE INTERNET ที่เคยเกิดขึ้นได้



ภาพที่ ๒ แผนผังระบบเครือข่ายใหม่ที่จัดการโดยใช้ MikroTik Router OS ผ่าน Router Board
๔. การพัฒนาและการทดสอบ (Development & Testing)

จากการวิเคราะห์แผนผังระบบเครือข่ายเดิมและการออกแบบระบบเครือข่ายใหม่ผู้จัดทำจึงได้ดำเนินการพัฒนาและจัดทำระบบเครือข่ายใหม่ ดังนี้

- เพิ่มอุปกรณ์ mikrotik router board rb850gx2 (router os v.๖)
- เพิ่มอุปกรณ์ switch layer ๒ จำนวน ๔ เครื่อง
- ปรับสายแลนห้องบัตร ให้เชื่อมโดยตรงไปห้อง server (ผ่าน cisco sg๒๕๐)
- ทดสอบระบบโดยการแยกทดสอบออกจาก เครือข่ายคอมพิวเตอร์ภายในโรงพยาบาลคนละวง LAN
- จัดบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ด้วย MikroTik Router OS
 - เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ(admin) จำนวน ๑ คน
 - เจ้าหน้าที่ที่มึมสารสนเทศและเวระเบียน(IM) เพื่อทดสอบระบบ จำนวน ๑๐ คน

๕. การติดตั้งและการใช้งาน (Implement)

เมื่อได้ทำการดำเนินการจัดแผนผังระบบเครือข่ายใหม่และเพิ่มอุปกรณ์ดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้จัดทำได้ติดตั้ง MikroTik Router OS เพื่อการบริหารจัดการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ โดยได้ติดตั้งไว้ที่ห้องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ มีการเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต TOT , ๓BB, CAT ทำการรวมอินเทอร์เน็ต LOAD BALANCE และกำหนด DHCP, FIREWALL, INTERNET, AUTHENTICATION เพื่อเป็นการกำหนดสิทธิในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของผู้ใช้งาน

๖. การบำรุงรักษา (Maintenance)

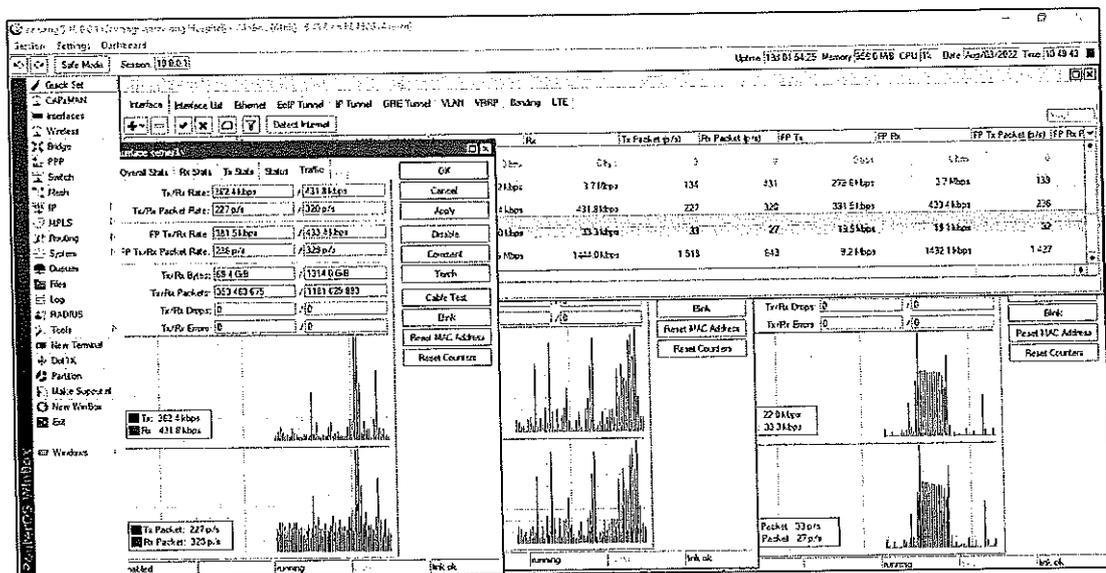
ผู้จัดทำได้มีการกำหนดนโยบายในการตรวจสอบความพร้อมใช้และความเป็นปัจจุบันของตัวอุปกรณ์และ Software ทุกวันทำการ มีการสำรองข้อมูลค่า Config ของ MikroTik Router OS ทุกๆ การเปลี่ยนแปลงการตั้งค่า และทุกสัปดาห์ เพื่อป้องกันเหตุการณ์ระบบล่มและความรวดเร็วในการกู้คืนข้อมูล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

การบริหารจัดการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ด้วย MikroTik Router OS สามารถทำงานทดแทนการบริหารจัดการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์แบบเดิมที่ใช้ SOFTWARE PFSENSE ทำงานบนเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย SERVER ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการของระบบใหม่สามารถกำหนดการเข้าถึงและจัดสรรทรัพยากรการใช้งานระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ภายในหน่วยงาน คอมพิวเตอร์แม่ข่าย ๔ เครื่อง และคอมพิวเตอร์ลูกข่าย ๘๐ เครื่อง ในด้านการกำหนด DHCP, FIREWALL, LOAD BALANCE INTERNET, AUTHENTICATION, LOGFILE รวมถึงการป้องกันการเข้าถึงเว็บไซต์ที่ไม่เหมาะสมต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ รวมถึงการออกรายงานการใช้งานในระบบสารสนเทศต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องและปลอดภัย

ภาพที่ ๓ แสดงการบริหารจัดการ Router OS



๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๑. มีการกำหนด POLICY การบริหารจัดการการใช้งานระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์อย่างเหมาะสม
๒. สามารถสร้างเส้นทางในการรองรับอินเทอร์เน็ตมากกว่า ๑ เส้น (Load Balance) ช่วยให้ทำงานได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว
๓. มีระบบพิสูจน์ตัวตนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตก่อนเข้าใช้งานระบบ
๓. สามารถสร้างระบบเพื่อรองรับการเชื่อมต่อระยะไกล VPN (Virtual Private Network) สำหรับการ ทำงาน ภายนอกหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากการออกแบบและจัดทำระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ เดิมการพัฒนาและออกแบบ โดยได้รับความช่วยเหลือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการออกแบบและพัฒนาที่ตามโครงสร้างโรงพยาบาลซึ่งมีความล้ำสมัยและไม่เป็นปัจจุบัน อีกทั้งการการตั้งค่า Config ต่างๆ การจัดการกลุ่มหมายเลข IP ADDRESS ภายในหน่วยงาน, การจัดการ IP เครื่องแม่ข่ายคอมพิวเตอร์และโปรแกรมระบบงานฐานข้อมูลที่อ้างอิงการใช้ค่าผ่านระบบ NETWORK รวมถึงการเชื่อมต่อเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ เช่น X-RAY DIGITAL, LIS ที่ทำงานผ่านระบบเครือข่าย ผู้จัดทำต้องทำการศึกษาและสืบทานใหม่ทั้งหมด เพื่อให้ทราบถึงโครงสร้างแบบแผนของระบบเครือข่ายที่มีอยู่ เพื่อนำมาวางแผนและจัดวางโครงสร้างระบบเครือข่ายใหม่อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ระบบอินเทอร์เน็ตจากผู้ให้บริการมีการใช้งานในโหมด PPPoE, STATIC ทำให้การทำ LOAD BALANCE INTERNET ไม่เสถียรภาพ และการเข้าถึงระยะไกลผ่านระบบ VPN (Virtual Private Network) แบบ PPTP (Point-to-Point Tunneling Protocol) ยังมีความปลอดภัยไม่เพียงพอ

๙. ข้อเสนอแนะ

ในอนาคตหากมีการพัฒนาระบบการแจ้งเตือนปัญหาหรือข้อผิดพลาด เช่น ระบบ Line notify เพื่อแจ้งสถานะการออนไลน์ไปยังระบบปลายทางเพื่อให้ผู้ดูแลระบบทราบสถานะ เช่น การแจ้งเตือนการเชื่อมต่อ INTERNET ล่ม, การติดต่อกับเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย(Server) ไม่ได้ หรือ การเชื่อมต่อกับ Switch Layer ๒ ไม่ได้ จะทำให้ผู้ดูแลระบบทราบและแก้ไขข้อผิดพลาดในระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ได้อย่างรวดเร็ว

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-การประชุมเชิงปฏิบัติการ การอบรมการบริหารจัดการเครือข่ายคอมพิวเตอร์ด้วยอุปกรณ์ Mikrotik Router ณ ห้องประชุมริมน้ำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- | | | |
|------------------------|-----------------|-------|
| ๑) นายอภิสิทธิ์ บุญส่ง | สัดส่วนของผลงาน | ๑๐๐ % |
| ๒) | สัดส่วนของผลงาน | |
| ๓) | สัดส่วนของผลงาน | |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายอภิสิทธิ์ บุญส่ง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๐ / ตุลาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑ นายอภิสิทธิ์ บุญส่ง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายสยาม ประสานพิมพ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

(วันที่) ๒๑ / ตุลาคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายสยาม ประสานพิมพ์)

ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

(วันที่) ๒๑ / ตุลาคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๗ พ.ย. ๒๕๖๕

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การบริหารจัดการระบบเครือข่ายเสมือน VPN L๒TP ด้วย MikroTik Router OS

๒. หลักการและเหตุผล

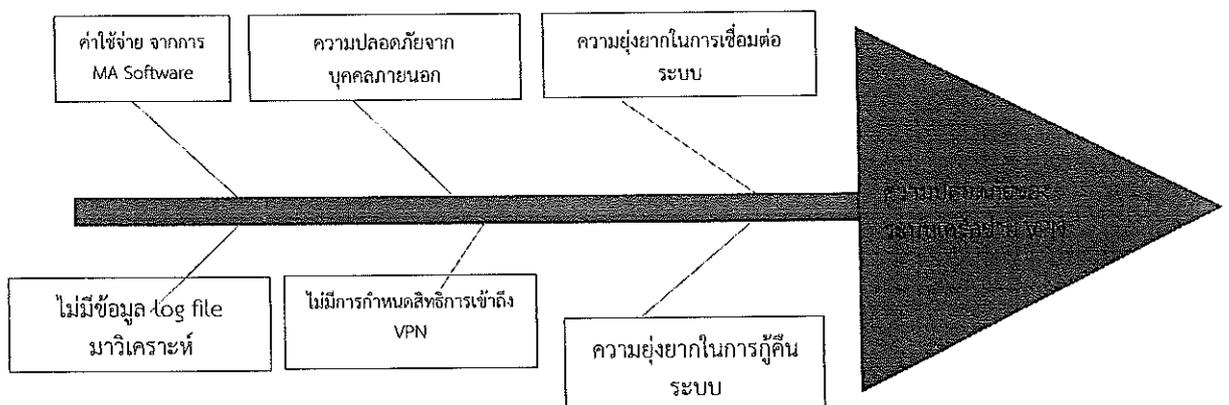
VPN หรือ Virtual Private Network คือการสร้างเครือข่ายเสมือนส่วนบุคคลขึ้นมาบนเครือข่ายที่ใช้งานอยู่จริง ซึ่งมักจะเป็นเครือข่ายสาธารณะ เช่น อินเทอร์เน็ต เป็นต้น เครื่องหรือระบบเครือข่ายที่เชื่อมต่อกันด้วย VPN จะเสมือนหนึ่งว่าอยู่ในเครือข่ายหรือระบบ LAN เดียวกัน ในปัจจุบันการเข้าถึงเครือข่ายเสมือนส่วนตัวระยะไกล VPN บุคลากรในหน่วยงานบางส่วนสามารถเข้าถึงและทำงานผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ภายในหน่วยงานโดยอาศัยโครงสร้างเครือข่ายอินเทอร์เน็ตจากภายนอก การเข้าถึง VPN จึงจำเป็นต้องกำหนดรูปแบบการเข้าถึงการเชื่อมต่อเพื่อความปลอดภัยและกำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูล ป้องกันการเข้าถึงของบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาต จำเป็นต้องมีระบบเข้ารหัสแพ็กเก็ตก่อนส่งผ่านการเชื่อมต่อ VPN เพื่อให้ข้อมูลมีความปลอดภัยมากขึ้น

อุปกรณ์ทางด้านบริหารจัดการระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ Hardware Network Management ได้เข้ามามีบทบาทแทนที่ระบบ Software ที่หลายโรงพยาบาลใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยอุปกรณ์ Mikrotik Router มีการออกแบบ OS ให้รองรับกับงานด้านบริหารจัดการด้าน Network อีกทั้งยังมีราคาถูก ทำงานได้รวดเร็ว ด้านการใช้งานไม่จำเป็นต้องพึ่งเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย Sever ทำให้ประหยัดไฟและประหยัดพื้นที่การใช้งาน นอกจากนี้ยังมีขนาด router ที่เล็กสะดวกต่อการติดตั้ง Config ได้ง่าย รวมทั้งมีฟังก์ชันการทำ VPN (Virtual Private Network) แบบ L๒TP

ดังนั้นเพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรด้านเครือข่ายเสมือนสำหรับใช้งานในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบเครือข่ายเสมือน VPN L๒TP ด้วย MikroTik Router OS สำหรับให้บริการแก่เจ้าหน้าที่และบุคลากรของโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ วิเคราะห์ปัญหา / สาเหตุ



สืบเนื่องจากงานเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ได้รับทราบปัญหาเกี่ยวกับระบบการใช้งานคอมพิวเตอร์และสารสนเทศระยะไกล ที่ผ่านมามีพบว่าการเข้าใช้งานผ่านโปรแกรมประเภท Remote Access เช่น Team Viewer, Anydesk ต้องมีการติดตั้งโปรแกรมในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่

ใช้งานและต้องการเข้าถึงและยังไม่สะดวกในการใช้งานในเรื่องของการสลับภาษา รวมถึงระบบความปลอดภัย ในการเข้าใช้ อาจส่งผลกระทบต่อระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาล เช่น Virus, Malware, Ransomware หรือแม้กระทั่งผู้ไม่หวังดีที่เป็นภัยคุกคามของระบบสารสนเทศ เป็นต้น งานเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ได้ทำการศึกษาปัญหาและแก้ไขโดยการพัฒนาการบริหารจัดการระบบเครือข่ายเสมือน VPN L๒TP ด้วย MikroTik Router OS สำหรับโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ให้สามารถกำหนดสิทธิการเข้าถึงและ ตรวจสอบการเข้าถึงเฉพาะผู้ที่ได้รับอนุญาต กำหนดรหัสที่สร้างความปลอดภัยเพิ่มเติมนอกเหนือจากรหัสผ่าน ปกติให้สามารถเข้าใช้งานระบบงานต่างๆ ภายในระบบเครือข่ายภายในหรืออินเทอร์เน็ต รวมถึงการใช้งาน ระบบ Hospital OS (โปรแกรม Hi MySQL) ระยะเวลาได้

๓.๓ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัญหาของระบบ MikroTik Router OS ในการทำงานโหมด Load Balance กับอินเทอร์เน็ตหลายเส้นควร กำหนดการเชื่อมต่อแบบเดียวกัน เช่น กำหนด bridge ทุกเส้น และการใช้งาน Mikrotik Cloud DDNS จะพบ ปัญหากรณีเปิดการเชื่อมต่อแบบ bridge และ route พร้อมกัน แนวทางการแก้ไขเพื่อให้ระบบการใช้ VPN L๒TP ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ควรใช้อินเทอร์เน็ตแบบ fix ip จากผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ต (ISP) และควร เชื่อมต่อจาก ISP ปลายทางเดียวกันจะช่วยลดปัญหาเชื่อมต่อที่สัญญาณหลุดบ่อย ดิตๆ ดังได้

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เพื่อพัฒนาทักษะการพัฒนาการเชื่อมต่อระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ระยะไกล
๒. เพื่อพัฒนาการคิดวิเคราะห์ การวางแผนระบบการทำงาน การติดตั้งเครือข่ายแบบ VPN
๓. เพื่อพัฒนาระบบ การบริหารจัดการระบบเครือข่ายเสมือน VPN L๒TP
๔. ช่วยองค์กรประหยัดค่าใช้จ่าย เพราะไม่ว่าผู้ใช้งานขององค์กร จะอยู่ที่ใดก็สามารถเข้าถึง ระบบ เครือข่ายเสมือน VPN โรงพยาบาลของตนได้
๕. เพื่อเป็นมาตรฐานในการรักษาความปลอดภัยของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. สามารถเชื่อมต่อระบบเครือข่ายเสมือน VPN ใช้งานระบบ HIS HIWIN ระยะเวลา,ระบบ HIS OPD โรงพยาบาลสนาม, ระบบบันทึกการฉีดวัคซีนนอกสถานที่
๒. สามารถใช้งานระบบอินเทอร์เน็ตได้ภายนอกโรงพยาบาล
๓. สามารถกำหนดสิทธิการเข้าถึงและระบุตัวบุคคลในการเข้าใช้งานระบบเครือข่ายเสมือน VPN ของ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

(ลงชื่อ)

(นายอภิสิทธิ์ บุญส่ง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๗/ ตุลาคม /๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน