



ประกาศจังหวัดจันทบุรี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลนายายอาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

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

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวศศิ จันทเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายอภิรักษ์ พิศุทธิ์อารณ์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
 ำเนินการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประภทวิชาการ
 ของโรงพยาบาลนายนายอาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

[illegible]

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เวลา ๑๖.๐๐ น.

รวมรับไว้ในความดูแล ๕ วัน ๘ ชั่วโมง

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมาย ปอดอักเสบคือ โรคหรือภาวะที่มีการอักเสบของเนื้อปอด (Lung parenchyma) หากการอักเสบนั้นเกิดจากเชื้อโรคจะเรียกว่า pneumonia หากเกิดจากสาเหตุอื่น เรียกว่า pneumonitis เชื้อก่อโรคเข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่วางการหายใจ แต่บางรายอาจเกิดจากการสำลักทำให้เชื้อที่อาศัยอยู่ในช่องปากเข้าสู่ระบบการหายใจส่วนล่าง และเกิดปอดอักเสบขึ้น (มณฑิรา มณีรัตน์พร, นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย และศรีสกุล จิรกาญจนกร, ๒๕๖๑)

พยาธิสภาพ

๑. ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดง ไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาในแบคทีเรีย ระยะนี้กินเวลา ๒๔-๔๖ ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด

๒. ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่า มีเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้น ทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้าย ดับสด ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรค ระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไฟบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัวเล็กลงระยะนี้กินเวลา ๓-๕ วัน

๓. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้ เม็ดเลือดขาว สามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบริน เม็ดเลือดขาวและหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะเนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไป หรือมีพังพืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมากแต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็ก ประมาณ ๕ วัน ผู้ใหญ่ ๒ สัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน ๖ สัปดาห์ ถ้าเกินต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่ เดิม เช่น มะเร็งปอดหรือหลอดลม เป็นต้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

๑. สาเหตุหลัก ได้แก่ การมีเชื้อโรคหรือสารเคมีเข้าไปทำให้มีการอักเสบของปอด เช่น เชื้อแบคทีเรีย ที่พบบ่อย ได้แก่ เชื้อปอดบวมหรือนิวโมค็อกคัส (Pneumococcus) เชื้อไวรัส เช่น หัด ไข้หวัดใหญ่ อีสุกอีใส เป็นต้น

๒. สาเหตุส่งเสริม ทำให้เกิดการอักเสบของปอดเกิดเร็วขึ้น โดยผู้ป่วยอาจมีสาเหตุหลักอยู่เดิมหรือไม่ก็ได้ สาเหตุส่งเสริมนี้ทำให้การทำงานของปอดมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้เชื้อเข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น ได้แก่

๒.๑ ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดมาก่อน เช่น ปอดแฟบ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น

๒.๒ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยโรคเลือด ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

๒.๓ โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตล้มเหลว หัวใจวาย เป็นต้น

๒.๔ ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เช่น ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง หายใจเบาตื้น เป็นอัมพาต

๒.๕ ผู้ที่สูบบุหรี่หรือสัมผัสควันบุหรี่ควันไฟ ทำให้เกิดการระคายเคืองและทำลายเยื่อทางเดินหายใจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง

๑. ไข้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือมีไข้ตัวร้อนตลอดเวลา บางรายก่อนมีไข้ขึ้น อาจมีอาการหนาวสั่นมาก ซึ่งมักจะเป็นเพียงครั้งเดียวในช่วงแรก
๒. อาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการปากเขียว ตัวเขียว ส่วนในรายที่เป็นไม่มากอาจไม่มีอาการหอบเหนื่อยชัดเจน
๓. อาการไอ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆไม่มีเสมหะ แล้วต่อมาจะมีเสมหะขาวหรือขุ่น ขึ้นออกเป็นสี เหลืองสีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปน
๔. อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บแปลบเวลาหายใจเข้าหรือเวลาที่ไอแรงๆ ตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สี่ข้าง หรือท้อง ต่อมาจะมีอาการหายใจหอบเร็ว
๕. ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้เบื่ออาหาร อาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วย
๖. อาจมีอาการซึม สับสน
๗. ในรายที่เป็นปอดอักเสบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้ออื่นๆ จะมีอาการของโรคติดเชื้อนั้นๆ ร่วม ด้วย เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัด อีสุกอีใส ไบเฮอร์น โรคฉี่หนู เป็นต้น

การวินิจฉัยโรค

๑. อาการแสดงคือ มีไข้ ไอ เจ็บหน้าอกและหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคนี้
๒. การตรวจร่างกายการใช้เครื่องตรวจฟังเสียงปอด จะพบว่า มีเสียงดังกรอบแกรบหรือมีเสียงหายใจค่อย กว่าปกติ
๓. การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน
๔. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ซึ่ง แพทย์จะเลือกตรวจตามความเหมาะสมตามความจำเป็น หรือตามดุลยพินิจของแพทย์
 - ๔.๑ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) เป็นการตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือด ซึ่งแพทย์มักทำในผู้ป่วยทุกราย แม้จะไม่สามารถใช้แยกสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสได้อย่างชัดเจน ในกรณีพบ neutrophil สูงมาก และมี toxic granules จะช่วยสนับสนุนว่า เป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย
 - ๔.๒ การย้อมเสมหะ (sputum) เป็นวิธีที่มีความไวแต่ไม่จำเพาะต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุอาจเป็นเพียงแนวทางคร่าวๆถึงเชื้อก่อโรค
 - ๔.๓ การตรวจเสมหะเพาะเชื้อและการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ควรทำการเพาะเชื้อในรายที่อยู่โรงพยาบาลที่สามารถจะทำการเพาะเชื้อได้
 - ๔.๔ การเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) ซึ่งแพทย์จะตรวจเฉพาะในรายที่เป็นรุนแรงเชื้อที่มัก ก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ เชื้อสเตรปโตค็อกคัส นิวโมเนียอี(Streptococcus pneumoniae) หรือฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนเซ (Haemophilus influenzae)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หลักการไ้ย้าปฏิชีวนะ

๑. Ceftriaxone เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มยาเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) ที่ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียด้วยการทำลายผนังเซลล์ทำให้แบคทีเรียตาย ใช้ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียกระจายลุกลามไปทั่ว เช่น การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน โรคหนองในแท้ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือการติดเชื้อแบคทีเรียในหู ปอด ช่องท้อง ทางเดินปัสสาวะ ข้อต่อ กระดูก กระแสเลือด เป็นต้น ทั้งนี้ขนาดการไ้ย้าจะขึ้นอยู่กับอาการติดเชื้อและภาวะโรค โดยผู้ใหญ่และเด็กอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป ฉีด ๑-๒ กรัม วันละครั้ง ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเพิ่มขนาดยาได้ไม่เกินวันละ ๔ กรัม สามารถฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

๒. Clindamycin เป็นยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย และยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ในร่างกาย มักใช้รักษาสิวอักเสบ ผิวหนังอักเสบ การติดเชื้อในข้อต่อกระดูก ระบบทางเดินหายใจ ช่องปาก ช่องท้อง หรือรักษาแบคทีเรียในช่องคลอด เป็นต้น อาจใช้เป็นยารักษาเพียงอย่างเดียว ใช้ควบคู่กับยาปฏิชีวนะตัวอื่น หรือใช้เมื่อไ้ย้าตัวอื่นแล้วไม่ได้ผล

๓. Augmentin ยาสูตรผสมระหว่าง amoxicillin และ clavulonic acid ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากแบคทีเรีย ได้แก่ การติดเชื้อที่หู ปอด ไชนัส ผิวหนัง และทางเดินปัสสาวะ amoxicillin เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มเพนิซิลลิน ทำหน้าที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย clavulonic acid เป็นยาที่ยับยั้งเอนไซม์ beta-lactamase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ป้องกันไม่ให้แบคทีเรียถูกทำลายโดย amoxicillin รักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างได้แก่ หลอดลมอักเสบ ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อ Haemophilus influenzae and Moraxella catarrhalis. เป็นต้น (ปรานี ทุไฟเราะ, ๒๕๕๑)

การรักษา

๑. การรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy)

การดูแลระบบทางเดินหายใจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบเนื่องจากผู้ป่วยมีการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีน้ำในถุงลม ปอดแฟบ จากการมีเสมหะในทางเดินหายใจ การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวดังกล่าวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) และภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ซึ่งออกซิเจนที่ให้อาจมีความเข้มข้นสูงโดยใช้ Canular ๑-๖ ลิตรต่อนาที ซึ่งให้ความเข้มข้นของออกซิเจน ๔๐% หรือ Mask ซึ่งให้ความเข้มข้นของออกซิเจน ๔๐-๖๐ % เพื่อแก้ไขอาการหายใจลำบาก แต่เมื่อให้ออกซิเจนดังกล่าวแล้วผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยหอบ ความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂) ยังคงต่ำกว่า ๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO₂) สูงกว่า ๕๐ มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งจะช่วยให้การตีบแคบของหลอดลมและช่วยทำให้กำจัดเสมหะออกได้ดีขึ้น และอาจพิจารณาให้ได้รับ PEEP(positive end expiratory pressure) เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบตามความเหมาะสม

๒. การรักษาทางยา (Pharmacological therapy)

๑. การให้ยาด้านจุลชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาด้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการ วินิจฉัยว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน ๔ ถึง ๖ ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการ ติดเชื้อแพทย์ควรพิจารณาให้ยาด้านจุลชีพที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วภายใน ๑ ชั่วโมง เนื่องจากทุกๆ ๑ ชั่วโมงของการให้ยาด้านจุลชีพช้าจะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงร้อยละ ๘ ดังนั้นการเลือกให้ยาด้านจุลชีพที่เหมาะสมและรวดเร็วจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการรอด การพิจารณาให้ยาด้านจุลชีพ จึงต้องอาศัยข้อมูลทางระบาดวิทยาโดยเฉพาะถ้ามีข้อมูลระดับประเทศหรือข้อมูลของสถานพยาบาลนั้นๆจะทำให้สามารถตัดสินใจได้อีกดี อย่างไรก็ตามโดยแนวทางรักษามุ่งพิจารณาตามตำแหน่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาให้การรักษา ได้แก่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ๑.๑ ผู้ป่วยนอกที่มีสุขภาพแข็งแรง (outpatient: healthy)
- ๑.๒ ผู้ป่วยนอกที่มี ปัจจัยเสี่ยงต่อเชื้อดื้อยา (outpatient : risk factor for drug-resistant streptococcus pneumoniae)
- ๑.๓ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย (inpatient, ward)
- ๑.๔ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ(inpatient , intensive care unit) เนื่องจากจะสัมพันธ์กับชนิดและความรุนแรงของเชื้อก่อโรค รวมถึงพยากรณ์โรคของการติดเชื้อ โรคปอดอักเสบ

๒. Antitussive : ใช้คุมอาการไอ

๓. Antipyretics and analgesics : รักษาอาการ pleuritic pain ยาที่ใช้ได้แก่ codeine, morphine sulfate เป็นต้น ทั้งต้องระวังการกดการหายใจ พยาบาลจำเป็นต้องติดตามการหายใจ และออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation)

๔. Statin โดย Statin มีผลให้การอักเสบลดลง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่ตีขึ้นจะเป็นวัยกลางคนและมีโรคประจำตัว หรือมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

๓.การรักษาแบบประคับประคอง

๓.๑ การให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และรักษาสสมดุลของร่างกายผู้ป่วย บางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจพิจารณาสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ เพราะจะทำให้ไออัดแน่นท้อง ท้องอืดได้

๓.๒ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้เป็นปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมีไข้สูง ทำให้ร่างกายใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยช็อก หรือ มีภาวะหายใจล้มเหลวตามมาได้ จึงจำเป็นต้องเช็ดตัวลดไข้ และแพทย์พิจารณาให้ยาลดไข้ร่วมด้วย

๓.๓ การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในกรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา อย่างรุนแรง เช่น MRSA การแยกผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การพยาบาล

๑. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะและให้น้ำอย่างเพียงพอ
๒. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยฝึกหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ
๓. การดูดเสมหะ ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนดูดเสมหะทุกครั้ง ให้ดูดเสมหะตามข้อบ่งชี้ดังนี้ คือ ก่อนพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยหรือจัดทำผู้ป่วยใหม่ ก่อนให้อาหารทางสายให้อาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร ผู้ป่วยบอกว่ามีเสมหะและต้องการให้ดูดออก ได้ยินเสียงครีตคราดของเสมหะในท่อช่วยหายใจ
๔. ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ลิ้น ลดการติดเชื้อในปาก ลำคอ ลดการติดเชื้อในระบบหายใจ
๕. การให้ออกซิเจน ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรได้รับการรักษาโดยการให้สูดดมออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะ Hypoxia ที่เกิดขึ้น โดยการให้ออกซิเจนทางNasal Catheter, Face Mask หรือ OxygenTent
๖. น้ำ เนื่องจากผู้ป่วยเสียน้ำออกไปทางการหายใจและผิวหนังมากกว่าปกติจึงควรให้ทดแทนโดยการดื่มน้ำ สูดดมละอองน้ำ หรือให้น้ำเข้าทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ในขณะเดียวกันต้องดูแลสมดุลอิเล็กโทรลัยต์ให้อยู่ในเกณฑ์ด้วย
๗. อาหาร ในระยะแรกควรเลือกให้อาหารอ่อนๆ เพราะผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารมาก ในรายที่มีโรคแทรกหรือมีภาวะขาดอาหารร่วมด้วยอยู่อาจให้อาหารที่มีโปรตีนและแคลลอรี่สูงควบคู่ไปกับการให้วิตามินทดแทนให้เพียงพอ ส่วนในรายที่ให้อาหารทางสายยาง ควรปรับพลังงานตามความเหมาะสมและเพียงพอต่อร่างกาย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. จัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้เหมาะสม และเปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
๙. ยาแก้ไอยาขับเสมหะจะช่วยทำให้เสมหะระบายออกได้สะดวกและรวดเร็ว เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้
๑๐. การให้ยาปฏิชีวนะ ในรายที่มีการอักเสบติดเชื้อเนื่องจากแบคทีเรีย หรือเกิดการติดเชื้อซ้ำในระยะหลังยาปฏิชีวนะที่ใช้พวก penicillin , erythromycin
๑๑. ในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีการประเมินข้อมูลความรู้ ประสิทธิภาพ และปัญหาที่สำคัญ ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ในสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือและยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง
๑๒. อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการเกิดโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการ และอาการแสดง การรักษา และการดูแลตนเอง (เพชรรุ้ง อธิรัตน์, ๒๕๖๒)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย เพศชาย สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อายุ ๘๑ ปี

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยมากขึ้น หายใจครืดคราด ๔๕ นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

วันนี้ มีไข้ มีเสมหะสีเหลืองข้น เหนียว หายใจครืดคราด ใส่สายยางให้อาหารอยู่เดิม รับอาหารได้ทุกมื้อ ญาติให้ประวัติว่าชอบแอบกินขนมทางปาก สูบยาเส้นเป็นบางครั้ง

๔๕ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ไอ มีเสมหะสีเหลืองข้น เหนียว หายใจเหนื่อยมากขึ้น มีเสียงครืดคราด ในคอ ไม่ได้รักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล , โรคประจำตัว COPD รับยาโรงพยาบาลนายายอาม ไม่ขาดยา

แรกรับที่ผู้ป่วยนอก สัญญาณชีพแรกรับ BT = ๓๖.๘ องศาเซลเซียสเซลเซียส , PR= ๙๐ ครั้ง/นาที , RR= ๒๒ ครั้ง/นาที, BP= ๑๐๓/๗๓ มิลลิเมตรปรอท.

๑๑.๕๕ น. ส่งพบแพทย์ตรวจอาการ และ ส่ง CXR

๑๒.๒๐ น. แพทย์อ่านผล CXR Reticular infiltration BLL พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล

๑๒.๓๐ น. แพทย์ให้ Admit Dx. Pneumonia สัญญาณชีพก่อน admit BT ๓๖.๖ องศาเซลเซียส , PR= ๙๖ ครั้ง/นาที , RR= ๒๔ ครั้ง/นาที , BP= ๙๗/๖๕ มิลลิเมตรปรอท., O๒sat Room air = ๙๕ %

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต COPD ตั้งแต่ปี ๕๓ รับยาต่อเนื่อง (ปี ๖๒ มีประวัติ case LLL pneumonia c RS ไอบ่อย เสมหะมาก ใส่สายยางให้อาหารกลับบ้านจนถึงปัจจุบัน) เลิกสูรา ปี ๖๒ ปัจจุบันสูบบุหรี่ ๒-๓ มวน ต่อสัปดาห์

ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

- ลักษณะทั่วไป : ผู้ชายไทย ตัวเล็ก ผิวคล้ำ รู้สึกรู้สิด อ่อนเพลีย หายใจครืดคราด
- ผิวหนัง : ผิวหนังไม่ซีด ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย
- ศีรษะ : รูปร่างปกติ มีความสมมาตร กระโหลกศีรษะเรียบ
- ตา : มองเห็นปกติ เปลือกตาไม่ซีด
- หู : รูปร่างปกติ ได้ยินปกติทั้งสองข้าง ต่อมาน้ำเหลืองหน้าหูและหลังหูไม่โต
- จมูก : รูปร่างปกติ ไม่รับกลิ่นปกติ เยื่อบุจมูกสีชมพูไม่บวม ใสสายยางให้อาหาร
- ปากและลำคอ : ทอลซิลไม่โต ไม่มีจุดหนอง ไม่มีแผลในปาก ลิ้นมีฝ้าขาวเล็กน้อย
- ต่อมน้ำเหลือง : ไม่โต คลำไม่พบก้อน
- ทรวงอกและปอด : รูปร่างปกติ หายใจมี mild chest wall retraction Lung secretion sound
- ท้อง : คลำท้องนุ่ม คลำตับและม้ามไม่พบ
- ทางเดินปัสสาวะ : สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด
- กล้ามเนื้อและข้อ : บริเวณข้อต่างๆไม่มีบวมและอักเสบ เคลื่อนไหวได้ปกติ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการวิเคราะห์	แปลผล
Neutrophils	๔๒-๘๕ (%)	๗๗.๖	ค่าปกติ
Eosinophils	๐-๖ (%)	๑.๔	ค่าปกติ
Basophils	๐-๒ (%)	๐.๒	ค่าปกติ
Lymphocytes	๑๑-๔๙ (%)	๑๔	ค่าปกติ
Monocytes	๐-๑๐ (%)	๖.๘	ค่าปกติ
WBC	๔.๐-๑๐.๐ (๑๐ ^๓ /uL)	๑๐๗๐๐	เกินค่ามาตรฐาน
PLT	๑๒๐-๔๕๐ (๑๐ ^๓ /uL)	๒๓๗๐๐๐	ค่าปกติ
Hct	๓๖-๕๖ (%)	๔๗.๕	ค่าปกติ
RBC	๓.๘-๕.๓ (๑๐ ^๖ /uL)	๕.๑	ค่าปกติ
MCV	๘๐-๑๐๐ (%)	๙๓.๑	ค่าปกติ
Hemoglobin	๑๒-๑๘ (%)	๑๕.๓	ค่าปกติ
MCH	๒๗-๓๒ (%)	๒๙.๘	ค่าปกติ
MCHC	๓๒-๓๖ (%)	๓๒	ค่าปกติ
RDW	๑๑-๑๖ (%)	๑๓.๕	ค่าปกติ

วิเคราะห์ผล พบค่า WBC เกินค่าปกติ เนื่องจากร่างกายมีการอักเสบ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นจากการอักเสบของเนื้อปอด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Electrolyte ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการวิเคราะห์	แปลผล
BUN	๗-๑๘ (mg/dL)	๑๖.๖	ค่าปกติ
Creatinine	๐.๖-๑.๔ (mg/dL)	๐.๖๖	ค่าปกติ
Sodium	๑๓๔-๑๔๕ (mmol/L)	๑๓๔	ค่าปกติ
Potassium	๓.๕-๕.๕ (mmol/L)	๓.๕๖	ค่าปกติ
Cl	๙๕-๑๐๕ (mmol/L)	๙๒.๖	ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน
CO ₂	๒๒-๓๐ (mmol/L)	๒๗.๗	ค่าปกติ

วิเคราะห์ผล พบค่า Cl ในเลือดต่ำกว่าปกติ อาจเกิดจากผู้ป่วยดื่มน้ำมากเกินไป

Sputum

การตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ	ผลวิเคราะห์
AFB day ๑	negative	๑๓/๐๒/๖๖	negative
AFB day ๒	negative	๑๔/๐๒/๖๖	negative
AFB day ๓	negative	๑๕/๐๒/๖๖	negative
Sputum G/S	Not found	๑๔/๐๒/๖๖	Gram Positive Cocci Moderate

วิเคราะห์ผล ตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคปอด, ผล Sputum G/S ขึ้นแบคทีเรียแกรมบวก มีเซลล์จากร่างกายหรือ Bacteria ๕ - ๓๐ cells/oil field

CBC ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการวิเคราะห์	แปลผล
Neutrophils	๔๒-๘๕ (%)	๖๗.๖	ค่าปกติ
Eosinophils	๐-๖ (%)	๔.๙	ค่าปกติ
Basophils	๐-๒ (%)	๐.๓	ค่าปกติ
Lymphocytes	๑๑-๔๙ (%)	๑๙.๓	ค่าปกติ
Monocytes	๐-๑๐ (%)	๗.๙	ค่าปกติ
WBC	๔.๐-๑๐.๐ (๑๐ ^๓ /uL)	๗๕๐๐	ค่าปกติ
PLT	๑๒๐-๔๕๐ (๑๐ ^๓ /uL)	๒๓๓๐๐๐	ค่าปกติ
Hct	๓๖-๕๖ (%)	๔๓.๒	ค่าปกติ
RBC	๓.๘-๕.๓ (๑๐ ^๖ /uL)	๔.๕๙	ค่าปกติ
MCV	๘๐-๑๐๐ (%)	๙๔.๑	ค่าปกติ
Hemoglobin	๑๒-๑๘ (%)	๑๔.๒	ค่าปกติ
MCH	๒๗-๓๒ (%)	๓๐.๙	ค่าปกติ
MCHC	๓๒-๓๖ (%)	๓๒.๙	ค่าปกติ
RDW	๑๑-๑๖ (%)	๑๓.๖	ค่าปกติ

วิเคราะห์ผล จากการตรวจ CBC ซ้ำ พบค่าLabอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยา ATB มา ๔ วัน จึงแสดงให้เห็นว่าการอักเสบในเนื้อปอดเริ่มเป็นปกติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผล CXR : Reticular infiltration BLL (ภาพรังสีปอด พบมีรอยเป็นนที่ปอดล่างทั้งสองข้าง)

การวินิจฉัยของแพทย์ : Pneumonia

สรุปอาการและอาการแสดง

วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพอรู้เรื่อง หูตึง ผุดลุกผุดนั่ง ใช้ด้าย ๓๗.๙ องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อย RR ๒๔/ min มี mild chest wall retraction หายใจครืดคราด O₂ sat room air ๙๑-๙๒% Lung Secretion Both lung มีเสมหะในลำคอ จัดทำอนคิระสูง ๓๐ องศาเซลเซียส ใส่ O₂ canular ๓ LPM. และดูดเสมหะในลำคอ ได้เสมหะสีเหลืองข้นเหนียว ๓-๔ สาย หลังจากดูดเสมหะหายใจดีขึ้น ไม่กระสับกระส่าย ผลตรวจเลือด wbc count ๑๐.๗๐ x ๑๐^๙/ul และ neutrophils ๗๗.๖ % ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบ Reticular infiltration BLL แพทย์จึงพิจารณาให้ดน้ำงดอาหาร ให้ NSS ๑๐๐๐ ml IV rate ๘๐ ml/hr. ให้ ATB เป็น Cef- ๓ ๒ gm. IV OD. Clindamycin ๖๐๐ mg IV q ๘ hr. เก็บ sputum AFB day ๑ ผล negative

วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีไข้ หายใจเหนื่อยหลัง ไม่กระสับกระส่าย ไอมีเสมหะในลำคอ แร่ไอออกน้อย ดูดเสมหะได้สีเหลืองข้นเหนียว ๒-๓ สาย/ครั้งเมื่อไอมีเสมหะ แพทย์พิจารณาให้พ่น NSS ๔ ml ก่อนดูดเสมหะ เพิ่มยาละลายเสมหะ Acetylcysteine (๒๐๐) ๑ ชง feed tid. Pc. เริ่มให้อาหารทางสายยาง รับอาหารได้ ไม่มีอาเจียน O₂ canular ๓ LPM. Sat ๑๐๐ % Lung mild Secretion Both lung เก็บ sputum AFB day ๒ ผล negative และ Sputum G/S ผล Gram Cocci Moderate

วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบเหนื่อย no chest wall retraction ยังไอมีเสมหะในลำคอ แร่ไอออกน้อย ดูดเสมหะได้สีเหลือง ๑-๒ สาย/ครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง ลด O₂ canular ๑ LPM. Sat ๙๙ % Lung mild Secretion Both lung ให้อาหารทางสายยางรับได้ทุกมื้อ ไม่มีอาเจียน เก็บ sputum AFB day ๓ ผล negative แพทย์พิจารณาหยุดการให้น้ำเกลือ และมีการติดตามผล CBC ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบเหนื่อย no chest wall retraction ยังไอมีเสมหะในลำคอ ดูดเสมหะได้สีเหลือง ๒ สาย/ครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง O₂ canular ๑ LPM. Sat ๙๙ % Lung mild Secretion Both lung ให้อาหารทางสายยางรับได้ทุกมื้อ ไม่มีอาเจียน ผลตรวจเลือด wbc count ๗.๕ x ๑๐^๙/ul และ neutrophils ๖๗.๖ % แพทย์จึงพิจารณาให้ ATB ๗ วัน

วันที่ ๑๗ - ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบเหนื่อย no chest wall retraction ไอมีเสมหะในลำคอ ดูดเสมหะได้สีขาว ๑-๒ สาย/ครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง ถอด O₂ canular ออก Sat ๙๗ % Room air Lung clear Both lung ให้อาหารทางสายยางรับได้ทุกมื้อ ไม่มีอาเจียน continue ATB ต่อจนครบ ๗ วัน และมีเปิดโอกาสให้ญาติได้เฝ้าผู้ป่วย สอนและแนะนำการดูดเสมหะให้กับญาติ ให้ญาติได้ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน และมีการติดตาม CXR จำ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๖๖

วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หายใจสม่ำเสมอ no chest wall retraction ไอเสมหะในลำคอลดลง รับอาหารได้ทุกมื้อ ญาติสามารถดูดเสมหะได้ ATB ครบ ๗ วัน ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก จำ infiltration ลดลง แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านให้ Augmentin ๑ g. ๑ tab feed bid. pc. ต่อที่บ้านอีก ๗ วัน และมีนัดติดตามอาการและ CXR ๑ สัปดาห์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปปัญหาทางการพยาบาล

ข้อที่ ๑. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการทำงานของปอดมี

ประสิทธิภาพลดลงและไอไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อที่ ๒. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ข้อที่ ๓. ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือร่วมกับการดูแลสุขภาพ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยไทยเพศชาย อายุ ๘๑ ปี มาโรงพยาบาลด้วย ๑ วันก่อนมา ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีไข้ มีเสมหะสีเหลืองข้น หายใจมีเสียงครืดคราด ใส่สายยางให้อาหารอยู่เดิม รับอาหารได้ทุกมื้อ แอบกินขนมทางปาก สูบยาเส้นเป็นบางครั้ง ๔๕ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ มีเสมหะสีเหลืองข้น หายใจเหนื่อยมากขึ้น มีเสียงครืดคราดในคอ จึงมาโรงพยาบาล

แรกรับที่ผู้ป่วยนอก วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมารถนั่ง รู้สึกตัวดี หูตึง สื่อสารเข้าใจได้บางครั้ง ใส่สายยางให้อาหาร หายใจมีเสียงครืดคราด lung secretion BL Olsat Room air = ๙๕ % แพทย์ซักประวัติ ดูผลเลือดทางห้องปฏิบัติการและผล CXR แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล สัญญาณชีพก่อน admit BT ๓๖.๖ องศาเซลเซียส , PR= ๙๖ ครั้ง/นาที , RR= ๒๔ ครั้ง/นาที , BP= ๙๗/๖๕ มิลลิเมตรปรอท, SOS score = ๒ คะแนน Olsat Room air = ๙๕ %

แรกรับที่ตึกผู้ป่วยใน เวลา ๑๓.๐๐ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หูตึง สื่อสารเข้าใจได้บางครั้ง ไอมีเสมหะ เสมหะสีเหลืองข้น สัญญาณชีพ BT ๓๖.๕ องศาเซลเซียส , PR ๘๖ ครั้ง/นาที , RR ๒๔-๒๖ ครั้ง/นาที , BP ๑๑๑/๗๖ มิลลิเมตรปรอท หายใจมี mild chest wall retraction, lung secretion BL , Olsat Room air = ๙๑-๙๒% จึงดูดเสมหะ จัดทำนอนศีรษะสูง ใส่ O๒ canular ๓ LPM , Olsat ๑๐๐ % และช่วงระหว่างนอนโรงพยาบาลให้ยา Ceftriaxone ๒ gm. IV OD., Clindamycin ๖๐๐ mg. q ๘ hr. พ่น NSS ๔ ml NB เมื่อเสมหะเหนียว , ให้ยา Acetylcysteine (๒๐๐) ๑ ชง t.i.d. pc. ร่วมกับสอนญาติดูดเสมหะ หลังนอนโรงพยาบาล ๗ วัน สามารถถอดออกซิเจนออกได้ หายใจสม่ำเสมอ RR = ๒๐ ครั้ง/นาที Olsat Room air ๙๗% Lung clear BL เสมหะลดลง รับ feed ได้ทุกมื้อ CXR ข้าง infiltration ลดลง ไม่เหนื่อย แพทย์จึงพิจารณาให้ยา Antibiotic แบบฉีดจนครบ ๗ วันทั้ง ๒ ตัว และวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ จำหน่ายกลับบ้านให้ Augmentin ๑ g. ๑ tab feed bid. pc. ต่อที่บ้านอีก ๗ วัน และมีนัดติดตามอาการและ CXR ๑ สัปดาห์ และส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อลงเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๑.คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจเป็นกรณีศึกษาขณะขึ้นปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนายายอาม
- ๒.ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคจากเอกสารวิชาการ หรือจากตำราหลายๆเล่ม
- ๓.นำมาเขียนเป็นกรณีศึกษาโดย การตรวจร่างกายที่สำคัญ รวมทั้งการให้การช่วยเหลือดูแลรักษา
 - ๓.๑ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
 - ๓.๒ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลวิเคราะห์ทางการแพทย์
 - ๓.๓ ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรัชญาแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย
 - ๓.๔ นำมาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ
 - ๓.๕ สรุปข้อเสนอแนะ
 - ๓.๖ เรียบเรียงเป็นเอกสารให้สมบูรณ์และรวบรวมเป็นเล่ม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ จำนวน ๑ ราย ตั้งแต่วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เวลา ๑๑.๓๖ น. ถึง ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ น. รวมรับไว้ในความดูแล ๘ วัน

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม และต้องใช้ความสามารถในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ผลลัพธ์ด้านการดูแลคือผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา เข้าใจแนวทางการปฏิบัติตามคำแนะนำ และผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล ดูแลผู้ป่วยได้ดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางการดูแล เฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดปอดอักเสบ

๖.๒ ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และลดอัตราการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล

๖.๓ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การสอบถามข้อมูลผู้ป่วยในระยะแรกทำได้ยากเพราะผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยและเป็นผู้สูงอายุ ต้องสอบถามข้อมูลจากญาติ จากการได้ข้อมูล ผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลเมื่ออยู่บ้าน มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น แอบสูบบุหรี่บ่อยครั้ง แอบทานอาหารและน้ำทางปาก และไม่สามารถขับเสมหะออกเองได้หมด ญาติจึงไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำได้ จึงต้องเน้นย้ำให้ตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อลงเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน สร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยการพูดคุย ชักถาม เพื่อให้คำแนะนำหลายๆครั้งจนกว่าจะเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและเกิดความมั่นใจมากขึ้น และมีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อลงเยี่ยมบ้าน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ เพื่อดูแลผู้ป่วยไปในแนวทางเดียวกัน

๒. ประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆอย่างตรงจุด

๓. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ กับแนวทางการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากขึ้น

๔. ทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพในทีมมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

-ไม่มี-

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวศศิ จันทเจริญ สัตส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นศ จันทเจริญ

(นางสาวศศิ จันทเจริญ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาวศศิ จันทเจริญ	นศ จันทเจริญ
๒. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นสยทิพย์ รุ่งโรจน์

(นางสายทิพย์ รุ่งโรจน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลนายายอาม

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) นายไพศาล สุธะสา

(นายไพศาล สุธะสา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนายายอาม

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง คิวอาร์โค้ดคู่มือการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
๒. หลักการและเหตุผล

โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีอุบัติการณ์สูงทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าแต่ละปีมีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ทั่วโลกเสียชีวิตทั้งหมดประมาณ ๒๐ ล้านคน ซึ่งสาเหตุการตายจากโรคปอดอักเสบถึงร้อยละ ๑๐ ในประเทศไทยพบว่าโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี พบได้ประมาณร้อยละ ๑๐ ของเด็กที่มารับการตรวจรักษาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ จากข้อมูลสำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ สำนักกระบวนวิชาได้รับรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบ ๒๑๕,๙๕๑ ราย อัตราป่วย ๓๓๐.๐๖ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๔๘๖ ราย อัตราตาย ๐.๗๔ต่อประชากรแสนคน และ อัตราป่วยตายร้อยละ๐.๒๓ (สำนักกระบวนวิชา, ๒๕๕๘)

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากสถิติการเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดอักเสบ ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลนายนายอาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ในอายุต่ำกว่า ๕ ปี จำนวน ๘ ราย, ๑๑ ราย, ๑๕ ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตรา Revisitร้อยละ ๗.๕ , ร้อยละ ๑.๐ , ร้อยละ ๑๑.๕ และคิดเป็นอัตราRe-admit ร้อยละ ๒.๑, ร้อยละ ๐, ร้อยละ ๔.๕ และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในปีดังกล่าว ปัญหาการกลับมาพักรักษาซ้ำพบที่เกิดจากผู้ดูแลขาดความรู้ทักษะ การปฏิบัติไม่ถูกต้องในการดูแลเด็ก อาทิเช่น การล้างจมูก การเคาะปอดในเด็ก เป็นต้น พบในบิดามารดาที่ต้องทำงานนอกบ้านโดยมีผู้เลี้ยงดูบุตร จากสถิติรายงานและความสำคัญดังกล่าว พบปัญหาผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ จึงมีแนวคิดจัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้และทักษะการล้างจมูก การจัดทำ การเคาะปอดและการระบายเสมหะ ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบได้เป็นอย่างดี รวมถึงผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามศักยภาพ จึงได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับบิดามารดาเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ ขณะนอนโรงพยาบาลและหลังกลับบ้านเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้นและผู้ดูแลมีความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม การให้ความรู้และข้อมูลแบบเดิมอยู่ในรูปแบบของการแนะนำและสอนปฏิบัติ ไม่มีเอกสารหรือสื่อต่างๆ ส่งผลทำให้ผู้ดูแลหลงลืมได้

ทางผู้จัดทำมีการจัดสื่อออนไลน์สำหรับผู้ปกครองในกลุ่ม Gen-Y ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์กันอย่างทั่วถึง จึงมีความคิดจัดสร้างสื่อออนไลน์ขึ้นมาซึ่งอยู่ในรูปแบบของโปรแกรมคิวอาร์โค้ด สามารถเข้าถึงผ่านโปรแกรมไลน์ในสมาร์ตโฟนได้ อีกทั้งยังสะดวก รวดเร็ว สามารถเก็บบันทึกไว้ดูครั้งต่อไปได้ และถ่ายทอดทักษะให้กับบุคคลในครอบครัวได้อย่างทั่วถึง ในส่วนของคิวอาร์โค้ดคู่มือการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำนี้จะติดคิวอาร์โค้ดไว้ตามบอร์ดให้ความรู้ และบิดามารดาของผู้ป่วยหลังได้รับความรู้จากพยาบาลแล้วหรือก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จะให้สแกนคิวอาร์โค้ดโดยใช้งานผ่านระบบสมาร์ตโฟน เพื่อนำไปศึกษาต่อที่บ้าน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
๒. ผู้ปกครองสามารถใช้คิวอาร์โค้ดคู่มือการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ได้อย่างถูกต้อง
๓. เพื่อสะดวกต่อการค้นหา พกพา และลดการใช้กระดาษ

ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง กันยายน ๒๕๖๖

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๕ ปี

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ประชุมและชี้แจงในหน่วยงาน
๒. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กายภาพ ทิมเยี่ยมบ้านในเครือข่าย
๓. จัดทำเอกสารความรู้ผ่าน google drive
๔. สร้างคิวอาร์โค้ด ผ่าน website QR code Generator
๕. ทดลองใช้งานกับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่
๖. นำคิวอาร์โค้ด คู่มือการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มาใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้
-ผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๕ ปี
๗. ประเมินผลการใช้ QR code

๔. ผลคาดว่าจะได้รับ

๑. หน่วยงานมีสื่อคิวอาร์โค้ด คู่มือการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วย
๒. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีจำนวน Re-visit และ Re-admit ลดลง
๓. ผู้ปกครองและผู้เลี้ยงดูบุตร มีความรู้ ทักษะการเคาะปอด และปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน
๔. ผู้ปกครองสามารถนำคิวอาร์โค้ดไปใช้ในผู้ป่วยได้จริง สะดวกต่อการเปิดใช้งานซ้ำๆ ได้สะดวก และช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ได้อย่างเหมาะสม
๒. ผู้ปกครองเข้าถึงและใช้คิวอาร์โค้ดคู่มือการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ได้อย่างถูกต้อง
๓. มีคิวอาร์โค้ด คู่มือการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี และสามารถใช้ได้จริง

(ลงชื่อ) NN ๐๖๓๐๖๖

(นางสาวศศิ จันทเจริญ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน