

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลแหลมสิงห์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

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

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวสุดากาญจน์ มหาปาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแหลมสิงห์ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่
อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลแหลมสิงห์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสุดากาญจน์ มหาปาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแหลมสิงห์ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๗๓๙๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแหลมสิงห์ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๗๓๙๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** เรื่อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

เอกสารแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
ลำดับที่ ๑ นางสาวสุดากาญจน์ มหาปาน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง: การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 ถึง 18 พฤศจิกายน 2565 รวมระยะเวลา 8 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอักเสบ

ปัจจุบันโรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบบ่อย ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยปอดอักเสบประมาณ 4-6 ล้านคน เกิดจากปอดอักเสบนอกโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 20 ต้องเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล สำหรับการติดเชื้อปอดอักเสบในชุมชน พบผู้ป่วยปอดอักเสบเฉลี่ย 12 รายต่อประชากร 1,000 ราย โดยในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี พบ 12-18 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย (พรรณิภา บุญเทียน, 2561) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 พบความชุกของโรคปอดอักเสบ จำนวน 114,544 ราย คิดเป็นอัตราการป่วย 172.47 ต่อประชากรแสนคนเสียชีวิต 114 ราย อัตราตาย 0.10 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2564)

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง การที่ปอดได้รับอันตรายจากการติดเชื้อหรือจากสาเหตุอื่น ส่งผลให้เนื้อปอด ซึ่งประกอบด้วยหลอดลมฝอยส่วนปลายสุดและถุงลมเกิดการอักเสบอย่างเฉียบพลันและบวม ทำให้ของเหลวซึ่งประกอบด้วยพลาสมาและเม็ดเลือดขาวที่เรียกว่า Exudates (หนอง) เข้าไปอยู่ในถุงลม เนื้อปอดจึงเกิดการแข็ง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา (พรรณิภา บุญเทียน, 2561)

สาเหตุ (จินดารัตน์ ชัยอาจ และคณะ, 2564)

โดยปกติระบบทางเดินหายใจ จะมีกลไกการป้องกัน ได้แก่ การกรองอากาศที่หายใจเข้าไป การมีขนกวัด การหลั่งสาร Immunoglobulin A และ Alveolar Macrophages และการไอ เป็นต้น เมื่อกลไกดังกล่าวทำหน้าที่บกพร่องไปหรือมีการได้รับเชื้อจำนวนมากหรือมีความรุนแรง จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ หรือในผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงทำให้กลไกการไอลดลง เกิดการสำลักเข้าสู่ปอดได้ หรือผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้กลไกการไอลดลง และรบกวนการทำงานของขนกวัด นอกจากนี้การทำงานของขนกวัดจะถูกรบกวนจากมลภาวะต่างๆ ควันบุหรี่ การติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจส่วนต้น เป็นต้น เชื้อสามารถเข้าสู่ปอดโดยการสำลัก จากบริเวณ Oropharynx หรือ Nasopharynx ซึ่งเชื้อตามปกติจะอาศัยอยู่ในบริเวณดังกล่าว แต่ไม่ได้ก่อโรค ในผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงการหายใจเอาเชื้อเข้าไป เช่น Mycoplasma Pneumoniae และเชื้อรา และมีการกระจายไปตามกระแสเลือด จากการติดเชื้อในบริเวณอื่น เช่น เชื้อ Staphylococcus Aureus

พยาธิสภาพ (วันดี โตสุขขี และคณะ, 2561)

ในภาวะปกติร่างกายของคนเรามีกลไกในการขจัดสิ่งแปลกปลอม เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากทางเดินหายใจและไม่เป็นอันตรายจากสิ่งแปลกปลอมเหล่านั้น กลไกการป้องกัน ประกอบด้วย

1) ระบบทางเดินอากาศ ประกอบด้วย หลอดลมมีแขนงเป็นสาขาและเซลล์บุผิวติดต่อกันอย่างหนาแน่น ร่วมกับการทำงานของ Cilia กับการหลั่งมูก ในการขจัดสิ่งแปลกปลอมที่ตกลงไปในหลอดลมให้ขับออกมาสู่ภายนอก ประกอบกับการไอ จาม ซึ่งเป็นกลไกอัตโนมัติที่ช่วยขับเสมหะที่มีสิ่งแปลกปลอม ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง

2) กลไกการหดเกร็งของหลอดลม เพื่อป้องกันไม่ให้สิ่งแปลกปลอมเข้าไปในส่วนลึกของหลอดลม

3) การตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอม เมื่อเกิดการอักเสบของหลอดลมและเนื้อปอด ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อการหลั่ง Cytokine ต่างๆ ไปกระตุ้น B-lymphocyte ให้สร้าง Immunoglobulin ชนิด IgE ออกมาไปเกาะบนผิวของ Mast Cell ที่อยู่ในเยื่อบุหลอดลม

เมื่อกลไกดังกล่าวเกิดการทำงานได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ภาวะผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ เชื้อโรคก็มีการแพร่กระจายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืน ทำให้ความสามารถในการขจัดสิ่งแปลกปลอมได้น้อยลง สิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคจึงเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย และจากโครงสร้างที่หลอดลมที่ช่องทางติดต่อกันไปจนถึงถุงลม และถุงลมก็มีรูติดต่อกันไปจนถึงถุงลม ทำให้เมื่อเกิดอันตรายจากการหายใจเข้า โดยเฉพาะเชื้อโรคชนิดต่างๆ ก็อาจเกิดพยาธิสภาพได้หลายตำแหน่งขึ้นอยู่กับปริมาณการแพร่กระจายของเชื้อโรค

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง (วันดี โตสุขขี และคณะ, 2561)

1. มีไข้สูงประมาณ 39-40 องศาเซลเซียส อาจมีอาการเหงื่อออก หนาวสั่น

2. มีอาการไอ อาจพบเสมหะร่วมด้วยร่วมกับมีอาการหายใจลำบาก เนื่องจากมีน้ำจาก Pulmonary Capillary เข้าไปในถุงลม (Alveoli)

3. หายใจเร็วถี่ๆ (Shortness Of Breath) เป็นอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย เมื่อต้องออกแรงหรือทำกิจกรรม

4. ผิวหนังซีด เขียวคล้ำ พบได้บ่อย บริเวณปลายมือปลายเท้า บางรายอาจดูผิวหนังได้ยาก ผู้ป่วยที่มีสีผิวคล้ำซีด อาจดูที่ลิ้นหรือริมฝีปากด้านล่าง ซึ่งแสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน

5. มีอาการเจ็บหน้าอกขณะหายใจ (pleuritic pain) เนื่องจาก parietal pleura มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด เมื่อเกิดการอักเสบบริเวณ Parietal Pleura หรือการกระตุ้นบริเวณกะบังลม ซึ่งเลี้ยงโดย Phrenic Nerve ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และมีอาการมากขึ้น เมื่อมีการไอ จาม หรือขยับตัว

6. ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากการอักเสบของปอด ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้ร่างกายต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยหายเพิ่มขึ้น ทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง

การวินิจฉัย (ประทุม สร้อยวงค์, 2564)

1. ซักประวัติ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ เช่น โรคเรื้อรัง วัณโรค การสูบบุหรี่ เป็นต้น

2. การตรวจร่างกายร่วมกับอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ ไข้ ไอ หายใจเร็ว ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นปอดอักเสบ แพทย์จะใช้อุปกรณ์ตรวจฟังเสียงปอด ซึ่งอาจพบว่าเสียงกรอบแกรบ (crepitations) หรือเสียงหายใจเบากว่าปกติ (Bronchial Breath Sound)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ได้แก่

3.1 การตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือด ควรทำทุกรายแม้จะไม่สามารถใช้แยกาสเหตุจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสที่ชัดเจน กรณีพบ Neutrophil สูงมากและมี Toxic granules สูงมาก ช่วยสนับสนุนว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย

3.2 การย้อมเสมหะ (sputum หรือ nasopharyngeal aspiration) gram stain เป็นวิธีที่มีความไว (sensitive) แต่ไม่จำเพาะ (specific) ต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาจเป็นแนวทางคร่าวๆ ถึงเชื้อก่อโรค

3.3 การตรวจเสมหะเพาะเชื้อ มีความไวและความจำเพาะต่ำ

3.4 การเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) ควรทำเฉพาะรายที่เป็นรุนแรง เชื้อที่มักก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิต ได้แก่ Streptococcus pneumoniae, Hemophilus influenza

3.5 การตรวจภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย ในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน โดยพบ infiltration บริเวณที่มีการอักเสบ ในรายที่มั่นใจในการวินิจฉัยแล้ว ไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีทรวงอกนอกจากต้องการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบหรือไม่

การรักษาโรคปอดอักเสบ (วันดี โตสุขขี และคณะ, 2561)

1. การรักษาตามอาการ (Symptomatic treatment)

1.1 ให้ออกซิเจน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เนื่องจากมีการระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีเสมหะในทางเดินหายใจ การรักษามีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำและภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) ซึ่งออกซิเจนที่ให้อาจมีความเข้มข้นสูงโดยใช้ Cannula 1-6 ลิตรต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจน 1% แต่เมื่อให้ออกซิเจนดังกล่าว ผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งจะช่วยการตีบแคบของหลอดลม และช่วยทำให้กำจัดเสมหะออกได้ดีขึ้น

1.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส ไม่มียารักษาที่จำเพาะ ควรให้การรักษาแบบประคับประคองและบำบัดรักษาทางระบบหายใจที่เหมาะสม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย ควรได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเร็วที่สุดทันที การพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ ควรเลือกใช้ตามเชื้อที่เป็นสาเหตุและมีข้อมูลทางคลินิก

1.4 ให้ยาขยายหลอดลม ในผู้ป่วยที่หลอดลมหดเกร็ง อาจจะให้แบบรับประทานหรือพ่น

1.5 ให้ยาขับเสมหะและยาละลายเสมหะ

2. การรักษาโดยทั่วไป (Supportive care)

2.1 การให้สารน้ำให้เพียงพอ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย ควรกระตุ้นแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ในผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยมาก ท้องอืดรับประทานอาหารไม่ได้ พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและงดอาหารทางปาก

2.2 การควบคุมอุณหภูมิกายให้เป็นปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมีไข้สูง ทำให้ร่างกายใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยช็อก หรือมีภาวะหายใจล้มเหลวตามมา จึงจำเป็นต้องเช็ดตัวลดไข้ ร่วมกับให้ยาลดไข้ เมื่ออุณหภูมิสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ทุก 4-6 ชั่วโมง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (วันดี โตสุขชี และคณะ, 2561)

หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ คือ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการหายใจปกติ ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ผล chest X-ray ปกติ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา เพื่อทำลายเชื้อที่เป็นสาเหตุ และการป้องกันควบคุมการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว

การประเมินโรคปอดอักเสบ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคประกอบด้วย

1. การซักประวัติ เป็นการประเมินอาการเบื้องต้นทันที หรือติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่มีความ เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก การซักประวัติแรกรับเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน มะเร็งปอด อุดกั้นเรื้อรัง ประวัติการใช้ยาประวัติแพ้ยา รวมถึงภาวะโรคอื่นร่วม เพื่อทราบถึงปัจจัยส่งเสริมและความรุนแรงของโรค เพื่อความรวดเร็วในการให้การรักษาได้ทันท่วงที

2. การตรวจร่างกาย เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลจากการซักประวัติร่วมกับประเมินความรุนแรงของโรค การตรวจร่างกายที่สำคัญ ได้แก่

2.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว เช่น กระสับกระส่าย สับสน ซึมลง หรือหมดสติ

2.2 ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ การจับชีพจร ลักษณะการหายใจ การออกแรงในการหายใจ รวมถึงการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ การวัดอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินและติดตามการติดเชื้อ

2.3 ผิวหนัง ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้าซีด (cyanosis) เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน

2.4 การฟังปอด อาจมีเสียง bronchial sound, crackles, rhonchi, กรอบ แกรบ (crepitation) บางส่วนในกรณีที่มีเสมหะคั่งค้าง ในทางเดินหายใจส่วนปลายหรือถุงลม หรือความผิดปกติของเนื้อปอด

3. การประเมินการตรวจเอกซเรย์ปอด (chest X-ray) เพื่อติดตามอาการ โดยพบ infiltration เพิ่มขึ้น

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการประเมินผู้ป่วย เพื่อติดตามค้นหาสาเหตุ อาการ และการให้การรักษา ได้แก่

4.1 การตรวจภาวะซีด ได้แก่ Hct และค่า Hb

4.2 การตรวจเสมหะ เช่น Sputum gram stain, culture การตรวจเสมหะ มักจะมีสีสนิม เหลืองขุ่น หรือปนเขียว ย้อมเสมหะ ที่พบเชื้อส่วนใหญ่ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เป็นต้น การเก็บเสมหะ จะต้องแนะนำให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะ จากส่วนลึกของทางเดินหายใจมาตรวจ (ไม่ใช่น้ำลาย)

4.3 การเจาะเลือดตรวจและการเพาะเชื้อ จะพบค่านิวโทรฟิล (Neutrophil) เพิ่มมากขึ้น

5. การประเมินสภาพด้านจิตใจ เช่น ความรู้วิตกกังวล การรับรู้ภาวะของโรค เพื่อร่วมในการวางแผนให้การพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง พ.ศ. 2555 รักษาที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์ รับประทานยาต่อเนื่อง ญาติให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมีเสมหะเหนียว ไม่มีน้ำมูก ไม่มีสำลักอาหาร 2 ชั่วโมง ก่อนมาไอมากขึ้น หายใจเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจที่ห้องฉุกเฉิน วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 เวลา 21.22 น. ตรวจร่างกาย ฟังเสียงปอดมีเสียง Crepitation Both Lung, Chest X Ray พบ Infiltration Both lung แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ และให้นอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยใน

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 เวลา 22.30 น. ประเมินสภาพแรกรับที่หอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยง่วงหลับ ปลุกตื่นลืมตา E3V2M5 สีหน้าไม่สุขสบาย ไม่มีเหงื่อออก มีไข้ ไอมีเสมหะ ฟังเสียงปอดมีเสียง Crepitation Both Lung ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/97 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 94 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 5 มิลลิลิตร ใน 15 นาที และให้ 0.9% NSS 1 มิลลิลิตร อัตราหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อระบายปัสสาวะและประเมินนำเข้า และน้ำออก ดูแลให้ออกซิเจน Nasal Cannula 3 ลิตรต่อนาที จัดท่านอนศีรษะสูง Fowler's Position เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ติดตามผล CBC พบ WBC 10,980 cell/cu.mm. แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ Fortum 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และ Clindamycin 6 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน ผู้ป่วยมีเสมหะเหนียว ไม่สามารถขับเสมหะออกเองได้ พยาบาลจึงดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ แนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อให้เสมหะอ่อนตัว และสามารถไอขับเสมหะออกได้ง่ายขึ้น ดูแลให้ยาระบายเสมหะ Bromhexine 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น สังเกตอาการผิดปกติที่ควรรายงานแพทย์ เช่น หายใจเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว กระสับกระส่าย เป็นต้น ให้ BD (1:1) 3 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ และให้น้ำตาม 5 มิลลิลิตร ประเมินผลหลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 99 เปอร์เซ็นต์

3 วัน หลังรับไว้ในความดูแล สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจอยู่ในช่วง 18-20 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 99-100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดูติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาการและก่อนนอน ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในช่วง 90-120 mg% ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ไม่มีไข้ แต่มีความดันโลหิตสูง หลังนอนโรงพยาบาล วันที่ 4 แพทย์จึงได้เพิ่มยาลดความดัน Amlodipine 1 เม็ด รับประทาน เช้าและเย็น พยาบาลได้เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การรับประทานอาหารและยา ดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เอง หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ถอดสายสวนปัสสาวะ และถอดสาย NG ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 และจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและรับไว้ในความดูแล จำนวน 8 วัน และนัดติดตามอาการซ้ำ วันที่ 22 ธันวาคม 2565 และจากการติดตามอาการขณะมาตรวจตามนัด และหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ ณ หอผู้ป่วยใน (Re-admit)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาสถิติ และคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา และสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

5. นำข้อมูลที่ได้ มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

6. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผนรวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูลเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

7. เรียบเรียงผลงาน และเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 ถึงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและรับไว้ในความดูแล จำนวน 8 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอย่างปลอดภัย ไม่พบภาวะหายใจล้มเหลว และได้รับยาตามมาตรฐาน มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว

2. ใช้เป็นเอกสารสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลได้ศึกษา และสามารถวินิจฉัย และให้การพยาบาลได้ถูกต้อง

7. ความยุ่งยากและความซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยอาการมีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อย จึงต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะหายใจล้มเหลว ประกอบกับผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งในขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงต้องดูแลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งเป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องได้รับการดูแลทั้งสภาพร่างกายและจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

9. ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้ปฏิบัติงาน พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด HHC เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

2. ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ควรมีความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจะสามารถช่วยลดความเสี่ยง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรับบริการได้

10. การเผยแพร่ผลงาน

-

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

- 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวสุดากาญจน์ มหาปาน สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....สุดากาญจน์ มหาปาน.....

(นางสาวสุดากาญจน์ มหาปาน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 14 / ส.ค. / 67

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
1. นางสาวสุดากาญจน์ มหาปาน	สุดากาญจน์ มหาปาน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางจินตนา ใจมั่น)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลแหลมสิงห์

(วันที่) 14 / ธค / 67

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายณัฐกาญจน์ วิเศษฤทธิ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมสิงห์

(วันที่) 14 / ธค / 67

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) เป็นภาวะที่ความเจ็บป่วยยังคงอยู่ยาวนานเป็นปีหรือนานกว่า ต้องการการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีผลทำให้มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยทั่วไปแล้วการเจ็บป่วยเรื้อรังมักเกิดจากโรคเรื้อรัง ที่หมายถึง โรคที่เป็นอย่างถาวร (permanent) รักษาไม่หายขาดต้องการการดูแลรักษาระยะยาว และมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ (disability) โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว ข้ออักเสบ การมองเห็นบกพร่อง โรคเบาหวาน สโตรค และมะเร็ง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 256) จากการรายงานข้อมูลขององค์กรนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ) (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะ, 2563)

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแหลมสิงห์ ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 917 ราย, 1,071 ราย และ 708 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จำนวน 755 ราย, 741 ราย และ 432 ราย ตามลำดับ คิดเป็นจำนวนร้อยละ 82.33, 69.18 และ 61.01 ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรค NCDs และยังมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคเดิม (Re-Admit) จำนวน 3 ราย, 7 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ คิดเป็นจำนวนร้อยละ 0.39, .94 และ 2.08 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีจำนวนที่ผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่ Re-admit เพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาซ้ำ ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง จากการทบทวนปัญหา พบว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจ เรื่องโรคที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในรูปแบบ DMETHOD นี้ขึ้น จากเดิมเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน พยาบาลจะให้ความรู้ เรื่องโรคและการปฏิบัติตนทุกรายตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายอยู่แล้วนั้น ซึ่งมีหัวข้อที่ไม่ครอบคลุมปัญหา บางรายได้รับการวางแผนจำหน่ายในวันสุดท้ายของการรักษา ทำให้ไม่สามารถเข้าใจวิธีการปฏิบัติตน และไม่สามารถจดจำคำแนะนำได้ทั้งหมด รูปแบบการลงข้อมูลไม่ครบถ้วน จากประเด็นปัญหาดังกล่าวผู้จัดทำจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในรูปแบบ DMETHOD นี้ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และแนวทางการปฏิบัติตน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตัวมากยิ่งขึ้น สามารถดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการทบทวนปัญหาผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาซ้ำ ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นกระบวนการที่ใช้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ผู้จัดทำจึงได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย โดยใช้หลักของ DMETHOD ซึ่งประกอบด้วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

D – Diagnosis คือ การให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ

M – Medicine คือ การแนะนำการใช้ยา ข้อระวังในการใช้ยา สังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E – Environment คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การเตรียมที่อยู่อาศัยหรืออุปกรณ์ที่ต้องใช้ออกซิเจน เตียงลม เครื่องดูดเสมหะ ปรอทวัดไข้ เป็นต้น

T – Treatment คือ ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การดูแลแผล การดูแลสาย NG, Foley' Cath

H – Health คือ การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและแผนการดูแลรักษา การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำเกิน การดูแลแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

O – Out Patient คือ การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D – Diet คือ การเลือกรับประทานที่เหมาะสมกับโรค งดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ผู้จัดทำจึงได้มาประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่าย ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน และสโตรค โดยใช้หลักของ DMETHOD ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองบกพร่องของโอเร็ม ซึ่งโอเร็มกล่าวไว้ว่า "พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองผ่านการประเมินและการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินสภาวะสุขภาพ ช่วยทำให้พยาบาลเห็นจุดอ่อน จุดแข็ง สิ่งแวดล้อม ความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ เพื่อนำมาวางแผนในการส่งเสริม สนับสนุนควาสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการต่อไป" ทฤษฎีการดูแลตนเองบกพร่องของโอเร็ม (Orem's Self Care Deficit Theory) เป็นทฤษฎีที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (self-care agency) และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล (therapeutic self- care demand) ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self- care deficit) เมื่อนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม พยาบาลต้องเข้ามาช่วยเหลือดูแล จะเป็นการเข้ามาดูแลทั้งหมดหรือดูแลบางส่วนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาและการวินิจฉัยการพยาบาลที่พยาบาลกำหนด (อรนันท์ หาญยุทธ, 2565)

ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในรูปแบบ DMETHOD นี้ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และแนวทางการปฏิบัติตน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ซึ่งทำผู้ป่วยได้รับการดูแลต่ออย่างเนื่อง มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน
2. เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ กันยายน 2566 - เมษายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแหลมสิงห์

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหาและศึกษา กระบวนการดูแลรักษา การปฏิบัติการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในหน่วยงาน

2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล

4. จัดทำรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

5. นำเสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กับหัวหน้าและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

6. นำเสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

7. เตรียมเอกสารในการจัดทำรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

8. นำรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่จัดทำขึ้นมาใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผล

9. สรุปผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมลดลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อุบัติการณ์การการเกิด Re-Admit เป็น

1. อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมเป็น

2. บุคลากรนำรูปแบบการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่าย มากกว่าร้อยละ 80

3. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....สุดากาญจน์ มหาปาน.....

(นางสาวสุดากาญจน์ มหาปาน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 15 / 5ค / 67

ผู้ขอประเมิน