



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรมกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๗ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางปิยะวดี พุฒไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒.	นางเกศรา สิริธิประภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลสอยดาว กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๓.	นางสาวพัชรีญาพร ทรงขำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแก่งหางแมว กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

(นายอภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวพัชรีญาพร ทรงทำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๗๕๐๘	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๒๗๕๐๘	เลื่อนระดับ
						๑๐๐ %

ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว”
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) สำหรับ
พยาบาลที่ติดผู้ป่วยใน”
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความหมายของวัยรุ่น

กรมสุขภาพจิต (2559) วัยรุ่น (Adolescents) หมายถึง บุคคลช่วงอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยแบ่งวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescents) มีอายุระหว่าง 10-14 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescents) มีอายุระหว่าง 15-17 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescents) มีอายุระหว่าง 18-19 ปี ซึ่งวัยรุ่นระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ถือเป็นช่วงวัยรุ่นที่แท้จริง (Adolescence)

3.2 พัฒนาการด้านต่างๆ ของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน เป็นวัยที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาได้ง่าย การปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นพัฒนาตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตโดยวัยรุ่นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและด้านสติปัญญา (กรมสุขภาพจิต, 2559; พรจิรา ปรวิชรารกุล, 2560; อภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2561)

3.3 บุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้แบตเตอรี่ส่งพลังงานไปที่ชุดทำความร้อนเพื่อระเหยสารนิโคตินให้กลายเป็นไอ สูดเข้าสู่ร่างกาย ประกอบด้วยตลับเก็บน้ำยานิโคตินผสมกับสารปรุงแต่งกลิ่นรสและสารต่าง ๆ (Kelder et al., 2020; สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัย มหิดล, 2563)

3.3.1 ประเภทของบุหรี่ไฟฟ้า แบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้

3.3.1.1 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นแรก หรือ first generation หรือรุ่นที่เรียกว่า mini e-cig หรือ cigar-like จุดเด่นของผลิตภัณฑ์นี้ คือ รูปร่างถูกออกแบบให้เหมือนบุหรี่มวนมากที่สุด ใช้แล้วทิ้ง

3.3.1.2 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นสอง หรือ second generation หรือรุ่นที่เรียกว่า medium e-cig หรือ รุ่น “ปากกา” จุดเด่นของผลิตภัณฑ์ คือ รูปร่างถูกออกแบบให้เหมือนปากกา

3.3.1.3 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่สาม หรือ 3rd generation หรือรุ่นที่เรียกว่า advanced personalized vaporizer หรือเรียกว่ารุ่น box หรือ tank จุดเด่นของผลิตภัณฑ์ คือ มีลักษณะคล้ายกล่องขนาดเล็ก ใช้นิโคตินเหลวแบบหยดหรือเติม

3.3.1.4 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นสี่ หรือ 4th generation หรือรุ่นที่เรียกว่า vap หรือ pod หรือ mod พัฒนามาจากรุ่นที่ 3 จุดเด่นของผลิตภัณฑ์คือ มีขนาดเล็กมากที่สุดคล้าย flash drive และสามารถรีชาร์จได้กับคอมพิวเตอร์ ใช้นิโคตินใน pod หรือตลับสำเร็จรูป ใช้นิโคตินที่ปรับโครงสร้างเคมี หรือ salt nicotine บุหรี่ประเภทไม่เผาไหม้ หรือบุหรี่ heat-not-burn จัดอยู่ในประเภทนี้ เนื่องด้วยตลับนิโคตินสำเร็จรูป ซึ่งประเทศไทยเราพิจารณาว่าเป็น “บุหรี่ไฟฟ้าแบบแห้ง”

3.3.1.5 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่ห้า หรือ 5th generation หรือที่เรียกว่า Toy pod เป็นผลิตภัณฑ์ที่สร้างเลียนแบบหรือดัดแปลงสิ่งอื่นที่ดูน่ารัก สีสดใสสวยงาม ดีไซน์หลากหลายมีหลายแบบให้สะสม ออกมาเป็นซีรีส์เหมือนของเล่นจนแยกไม่ออก

3.3.2 สารประกอบและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

3.3.2.1 สารประกอบที่พบในบุหรี่ไฟฟ้า

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ส่วนผสมที่พบมากในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า (จารูวรรณ เกษมทรัพย์, 2561; นพรัตน์ รัตนวราภรณ์ และคณะ, 2561) ได้แก่

- นิโคติน เป็นสารสกัดจากใบยาสูบ จะทำให้ร่างกายเสพติดการใช้บุหรี่และจะเข้าไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มความดันโลหิต เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจได้

- โพรไพลีนไกลคอล เป็นสารสังเคราะห์ชนิดหนึ่งที่อยู่ในการอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (US Food and Drug Administration: FDA) ยืนยันถึงความปลอดภัย ว่าใช้ได้ทั้งในอาหาร ยา และเครื่องสำอาง รวมถึงนำไปใช้เป็นส่วนประกอบในการสร้างไอหรือหมอกสำหรับเวทีการแสดงต่าง ๆ แต่เมื่อสัมผัส หรือสูดดมเข้าไปอาจก่อให้เกิดการระคายเคืองที่ดวงตาและปอดได้ โดยเฉพาะในผู้ที่ปอดเรื้อรัง โรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง

- กลีเซอริน เป็นสารที่ไม่มีสีและไม่มีกลิ่น แต่มีรสชาติดกวนเล็กน้อย องค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกายืนยันถึงความปลอดภัยว่าใช้ได้ทั้งในอาหารและยา แต่ยังไม่ได้รับรายงานการยืนยันว่าเมื่อเปลี่ยนรูปแบบเป็นไอที่สูบหรือสูดแล้วจะเกิดผลกระทบต่อร่างกาย

- สารแต่งกลิ่นและรส (Flavoring) เป็นสารเคมีที่ใช้ในอุตสาหกรรมอาหารทั่วไป มีความปลอดภัยเมื่อรับประทานเข้าสู่ร่างกายแต่ยังไม่ได้รับการรายงานยืนยันว่าเมื่อเปลี่ยนรูปแบบเป็นไอที่สูบหรือสูดแล้วจะเกิดผลกระทบต่อร่างกาย

3.3.2.2 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลรอบข้าง บุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อผู้ใช้และผู้ไม่ใช้ ซึ่งแปลว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้ติดสารนิโคตินได้ สารนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่ไฟฟ้ามีผลกระทบต่าง ๆ ดังนี้

- ด้านร่างกาย เสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบสูงขึ้นร้อยละ 71, โรคหัวใจวายเฉียบพลันสูงขึ้นร้อยละ 59, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงขึ้นร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ก่อให้เกิด อันตรายต่อบุคคลรอบข้าง บุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อผู้ใช้และผู้ไม่ใช้ (American Heart, 2019)

นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงของการบาดเจ็บทางร่างกายที่เกิดจากไฟไหม้หรือการระเบิดที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ของบุหรี่ไฟฟ้าอีกด้วย ดังจะเห็นได้จากมีงานวิจัยของสหรัฐอเมริกา ที่รวบรวมสถานการณ์การระเบิดของบุหรี่ไฟฟ้าพบว่า ปี พ.ศ. 2558 - 2559 มีการระเบิดของบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 2,035 ครั้ง และได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้าแผนฉุกเฉินของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสําหรับการบาดเจ็บจากการระเบิดและเผาไหม้ของบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่เป็นเยาวชน

- ด้านจิตใจ การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตที่มากขึ้น มีความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเภท เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การฆ่าตัวตาย สาเหตุจากสารนิโคตินมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข ผ่อนคลาย สบาย จนทำให้เกิดการเสพติด แต่ถ้าไม่ได้สูบจะทำให้มีบุคลิกภาพ หงุดหงิด กระวนกระวาย และวิตกกังวล ทำให้ผู้สูบต้องสูบบุหรี่ไฟฟ้าไปเรื่อย ๆ (Becker et al., 2021)

- ผลกระทบด้านสังคม ทำให้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง ไม่มีเพื่อน แยกตัว ไม่เข้าสังคม และเป็นที่ยังเกียจของบุคคลในสังคม (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย], 2563)

- ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศต่อสิ่งแวดล้อมและเป็นขยะของเสียอันตราย (จารูวรรณ เกษมทรัพย์, 2561)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบความสูญเสียจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน ผลกระทบจากค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเสียโอกาสในการเกิดโรคต่อปีเท่ากับ 534,571,710 บาท ซึ่งเป็นความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์และสุขภาพของประชาชนไทยที่ต้องรับภาระจากบุหรี่ไฟฟ้า (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย], 2563)

3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)

ในปีค.ศ. 1991 Ajzen ได้แก้ไขข้อจำกัดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลโดยเพิ่มตัวแปรความสามารถในการควบคุมสถานการณ์หรือขจัดอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมและตั้งชื่อตัวแปรใหม่ที่ใส่เข้าไปนี้ว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control) และได้ปรับชื่อทฤษฎีนี้ใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดที่ปรับเปลี่ยนไปโดยใช้ชื่อทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยอธิบายถึงกระบวนการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำของบุคคลและความตั้งใจดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากปัจจัยความเชื่อของบุคคลใน 3 ลักษณะ คือ

1. ตัวแปรด้านทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude toward a behavior) ประกอบด้วย
 - 1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม
 - 1.2 การประเมินคุณค่าของผลลัพธ์
2. ตัวแปรด้านอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) ประกอบด้วย
 - 2.1 ความคิดเห็นของกลุ่มอ้างอิง
 - 2.2 แรงจูงใจที่ทำให้เกิดการคล้อยตาม
3. ตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceive behavioral control)

ประกอบด้วย

- 3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
- 3.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากตัวแปร 3 กลุ่ม คือ ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดย Ajzen (1991) เชื่อว่าหากบุคคลมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในระดับสูงจะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลผันแปรไปตามความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการหรือควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของตนเอง

3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนทั้งต่างประเทศ และประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาในนักเรียนกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา (Kelder et al., 2020; Nakkash et al., 2018; จุไรรัตน์ ช่างไชยยะ และคณะ, 2564; Putthai et al., 2023) ยังไม่พบในชั้นประถมศึกษา ทฤษฎีที่พบมากในการใช้พัฒนาโปรแกรม คือ ทฤษฎีความรู้ ความเข้าใจทางสังคม (Kelder et al., 2020; Nakkash et al., 2018; จุไรรัตน์ ช่างไชยยะ และคณะ, 2564; Putthai et al., 2023) กิจกรรมการสอน ที่พบมากคือ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษ และพิษภัยของบุหรี่, ทักษะการปฏิเสธ, กฎหมาย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี, พันธะสัญญา และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ภาพ ระยะเวลาสิ้นสุดโปรแกรม พบมากที่สุด คือ 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชม.ส่วนใหญ่จัดในเวลาเรียนเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลวิธีที่ใช้ที่พบมากที่สุด คือ บทบาทสมมุติ, สื่อวิดีโอ, อภิปรายกลุ่ม, กิจกรรมกลุ่มย่อย โดยมีรูปแบบการเรียนการสอน ได้แก่ การโต้ตอบในชั้นเรียน การส่งข้อความผ่านทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และการใช้ต้นแบบ

ด้านผลลัพธ์ (Outcome): โปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบปัจจัยด้านจิตสังคมที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนคล้ายคลึงกันกับบุหรีมวน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรีและผลกระทบต่อสุขภาพ (Kelder et al., 2020) ความรู้เกี่ยวกับบุหรีและผลกระทบต่อสุขภาพ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ (Nakkash et al., 2018) ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี, เจตคติไม่ติดต่อการสูบบุหรี่, ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่, การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการไม่สูบบุหรี่ และความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ (จูไรต์น ซวงไชยยะ และคณะ, 2564; Putthai et al., 2023) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชน

โปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ที่ใช้ทฤษฎีแบบแผน
ในชั้นประถมศึกษา

Nurumal et al. (2021) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการการศึกษาเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียน ในกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ผลการวิจัยพบว่า 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองไม่มีผู้สูบบุหรี่ 100% กลุ่มควบคุมมีการสูบบุหรี่ใน 7 วันที่ผ่านมา คิดเป็น 2.9% โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติและความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทำโปรแกรมมีประสิทธิผลในการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นมาเลเซีย

ปริญญา ดาระสุวรรณ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ (2563) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของนักเรียนหญิงระดับชั้นประถมศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการไม่บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลในการไม่บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมไม่บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมป้องกันการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบที่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังทดลอง พบว่ามีเพียงคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการไม่บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมป้องกันการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของกลุ่มทดลองที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในชั้นมัธยมศึกษา

ธีรพล หล่อประดิษฐ์ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาส อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนอายุ 13-15 ปี จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องบุหรี ความเชื่อในผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่หลังการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.001 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ บุหรี่ตามแต่โอกาสของแต่ละบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.001

ในระดับอาชีวศึกษาหรือชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

พัชรินทร์ อัจฉนาภิตติ, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุรินธร กลัมพากร และนฤมล เอี่ยมณีกุล (2565) ผลของ โปรแกรมป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ในนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 คน เป็นนักเรียน อาชีวศึกษา เพศชาย อายุ 15-18 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 29 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ หลัง การทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการ สูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ ในระยะหลังการ ทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการ สูบบุหรี่หลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่าไม่แตกต่างกัน

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน พบว่า เนื้อหาสาระยังให้ความสำคัญ ไปที่สาระของการสูบบุหรี่มวน โปรแกรมที่เน้นบุหรี่ไฟฟ้าโดยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนา โปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งนักเรียนสามารถทบทวนบทเรียนได้ทางคู่มือ “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” ที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ที่เนื้อหาประกอบด้วยโทษและพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้า กฎหมาย ทักษะการปฏิเสธ และการทำ กิจกรรมค้ำมั่นสัญญาใจ โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที คาบว่างรวม 4 สัปดาห์

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการ ป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี เป็น การศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายและหญิงในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จำนวน 62 คน โดยกลุ่มทดลอง (31 คน) ได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ ไฟฟ้า ซึ่งมีกิจกรรม 4 ครั้ง นาน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการเรียนการสอนปกติ ติดตามผล 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมตามเวลาที่เปลี่ยนไปด้วยสถิติความแปรปรวน แบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการสูบ บุหรี่ไฟฟ้า และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 22.854, p < .001, F = 56.531, p < .001$ และ $F = 126.123, p < .001$ ตามลำดับ) กลวิธีสำคัญที่สามารถป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจำเป็นต้องเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิง ลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และเพิ่มทักษะชีวิตในการปฏิเสธ เพื่อส่งผลต่อความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนกำลังเป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้นทั่วโลก การสำรวจสถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนทั่วโลก (Global Youth Tobacco Survey) ระหว่าง ค.ศ. 2014-2019 พบว่าเยาวชนอายุ 13-15 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียน 75 ประเทศ เยาวชนมากกว่าร้อยละ 80 มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เยาวชนใน 30 ประเทศ มากกว่าร้อยละ 10 มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยเยาวชนในอิตาลีมีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงถึงร้อยละ 55.1 และมีอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงขึ้นในเยาวชนในกลุ่มอายุ 11-13 ปี (Sreeramareddy et al., 2022) สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย มีแนวโน้มปัญหาที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์ในต่างประเทศเช่นกัน โดยพบรายงานผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มอายุน้อยลง ผลการสำรวจการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบในเยาวชนไทย พ.ศ.2565 พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 13 – 15 ปี มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 17.6 ในปี 2565 โดยเยาวชนชายสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 20.2 เยาวชนหญิงร้อยละ 15.0 ซึ่งเยาวชนชายสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 4.7 เท่า ในขณะที่เยาวชนหญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 7.9 เท่า (มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2567) สำหรับอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรีพบว่ามีแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น การอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ 2566 จำนวน 100 คน วัยรุ่นให้ข้อมูลว่ามีการทดลองใช้บุหรี่ไฟฟ้า 10 คน และซื้อบุหรี่ไฟฟ้าได้จากร้านขายของชำในตลาด ซึ่งเข้าถึงได้ง่ายในชุมชน นอกจากนี้บุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายต่อทุกระบบของร่างกาย พบรายงานโรคแทรกซ้อนจากบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจร้อยละ 49 ระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 13 ช่องปากและฟันร้อยละ 18 สมอกร้อยละ 7 ตับร้อยละ 2.9 ผิวหนังร้อยละ 2.9 และระบบอื่น ๆ ร้อยละ 19 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2566)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในประเทศไทย พบว่า เนื้อหาสาระยังให้ความสำคัญไปที่สาระของการสูบบุหรี่มวน (พัชรินทร์ อัจฉานกิตติ และคณะ, 2565; อธิพร หล่อประดิษฐ์ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2559) โปรแกรมที่เน้นบุหรี่ไฟฟ้าโดยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมยังมีจำกัด ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า หากบุคคลมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในระดับสูง จะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลผันแปรไปตามความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการหรือควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจากผลการสำรวจการใช้บุหรี่ไฟฟ้างกล่าวข้างต้น สะท้อนว่าโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจำเป็นต้องเริ่มกับวัยรุ่นให้เร็วขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา ยืนยันว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน ได้แก่ทัศนคติ/เจตคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: Ajzen, 1991) จึงเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมในการนำมาพัฒนาโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใช้กับวัยรุ่นในช่วงวัยนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี เพื่อเป็นแนวทางให้โรงเรียนนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนประถมศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ในระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการดำเนินงาน

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา มีตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

1.1 ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย ความรู้ โทษ พิษภัย และกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งทักษะปฏิเสธ บุคคลต้นแบบ ค้ำประกันสัญญาใจในการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

1.2 ตัวแปรตาม คือ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

2. ขอบเขตด้านประชากร ศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายทั้งเพศหญิงและเพศชายในสถานศึกษา ที่มีความเสี่ยงต่อการเริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้า ปีการศึกษา 2566 ภาคการศึกษาที่ 2

3. ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงเรียนประถมศึกษา 2 แห่ง ในตำบลทับไทร อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

4. ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567 รวมระยะเวลา 8 เดือน เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ 18 ตุลาคม - 25 ธันวาคม 2566

ประโยชน์

1. นักเรียนได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษ กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า สามารถนำไปบอกต่อบุคคลในครอบครัว และชุมชนได้

2. นักเรียนได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และฝึกทักษะปฏิเสธ สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยวัดผล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 10-13 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐบาล เขตอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน จากโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐบาล 2 แห่ง สุ่มโรงเรียนหนึ่งแห่งเป็นกลุ่มทดลองและอีกหนึ่งแห่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เลือกแบบเจาะจง ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงเริ่มต้นสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยหากพบว่านักเรียนไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกชนิดในระยะเวลาที่ผ่านมาและปัจจุบัน แต่มีเพื่อนสนิทในกลุ่มเดียวกันหรือมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ หรือมีความรู้สึกลอยๆอยากสูบบุหรี่ จะแปลผลว่านักเรียนมีความเสี่ยงต่อการเริ่มต้นสูบบุหรี่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power อ้างอิงจากผลงานที่ผ่านมาของ Nurumal et al. (2021) ซึ่งใช้ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.74 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.88 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 โปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยดัดแปลงและพัฒนาจากการศึกษาของ Putthai et al. (2023) โดยในการศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) โปรแกรมประกอบด้วย 4 ชุดกิจกรรม โดยจัดสัปดาห์ละหนึ่งชุดกิจกรรม กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง นาน 4 สัปดาห์

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน การพักอาศัย การได้รับค่าใช้จ่าย สถานภาพของครอบครัว บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวนเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ และประสบการณ์การสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า วัดโดยแบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกิตติพงษ์ เรือนเพชรและคณะ (2564) มีจำนวน 20 ข้อ ตัวเลือกมีลักษณะมาตราวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scales) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 18 ข้อ ข้อความเชิงลบ 2 ข้อ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ตั้งแต่ 20-80 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .856

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 15 ข้อ วัดโดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ จุไรรัตน์ ช่างไชยยะ และคณะ (2564) มีลักษณะมาตราประเมินค่า 4 ระดับ (Rating scale) ดังนี้ มั่นใจอย่างยิ่ง ค่อนข้างมั่นใจ ค่อนข้างไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจเลย มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ตั้งแต่ 15-60 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .888

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 4 ข้อ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ตั้งแต่ 4-16 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความตั้งใจการไม่สูบบุหรี่ของ Patiño-Masó et al. (2019) แปลโดย Putthai et al. (2023) มีลักษณะมาตราประเมินค่า 4 ระดับ (Rating scale) คือ ตั้งใจไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด ตั้งใจไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามาก ตั้งใจไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าปานกลาง และตั้งใจไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อย ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีการทดสอบซ้ำใน 2 สัปดาห์ (2-week test-retest reliability) เท่ากับ .905

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

อธิบายข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA, Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni test

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

- ดำเนินการวิจัย 1 เรื่อง ชื่อ ผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
- คู่มือ 1 เรื่อง ชื่อ “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า”

ระยะเวลาในการดำเนินการ เดือนกรกฎาคม 2566 – เดือนมีนาคม 2567

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

สรุปผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 22.854, p < .001, F = 56.531, p < .001$ และ $F = 126.123, p < .001$ ตามลำดับ) กลวิธีสำคัญที่สามารถป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นจึงจำเป็นต้องเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และเพิ่มทักษะชีวิตในการปฏิเสธ เพื่อส่งผลต่อความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

โปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้านี้จะเป็นแนวทางให้ครูนำไปประยุกต์ใช้สอนนักเรียนในโรงเรียน เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การดำเนินโปรแกรม ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของงานที่มีประสิทธิภาพ ต้องใช้เวลาในการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัย กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า และฝึกทักษะการปฏิเสธตามโปรแกรม

7.2 บุคลากรในหน่วยงาน มีความตระหนักถึงประโยชน์ของการดำเนินโปรแกรมน้อยและเห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ระยะเวลาในการขอจริยธรรมวิจัยนาน 2 เดือน เนื่องจากต้องเข้าที่ประชุม Full Board ทำให้การดำเนินการวิจัยต้องยืดระยะเวลาออกไป

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการศึกษาติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเพื่อประเมินความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการทดลอง รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมกระตุ้นทุกภาคการศึกษาาร่วมด้วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเยาวชนควรรักษาโปรแกรมฯ ไปอบรมให้กับครู และสร้างแกนนำในสถานศึกษาสำหรับนักเรียนทุกระดับชั้น และขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชนทำงานร่วมกัน ทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียน เช่น การขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองท้องถิ่น, สร้างเครือข่ายชมรม To be number one เป็นต้น

10. การเผยแพร่ผลงาน

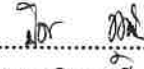
นำเสนอด้วยวาจาในการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในชุมชนและการเสริมสร้างสมรรถนะทางด้านวิชาการ” ระหว่างวันที่ 27-29 กุมภาพันธ์ 2567 จัดโดยมูลนิธิ ดร.วรรณวิไล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และชมรมพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แห่งประเทศไทย

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 80

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางปิยะวดี พุดไทย	สัดส่วนของผลงาน 80%
2) นายนันทวิช เมตตากุลพิทักษ์	สัดส่วนของผลงาน 10%
3) นางสาวจิตราณุช หอมแมน	สัดส่วนของผลงาน 10%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางปิยะวดี พุดไทย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 2/8..ศ.ศ..2567

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางปิยะวดี พุฒไทย	ปิยะวดี พุฒไทย
2. นายนันทวิช เมตตากุลพิทักษ์	นันทวิช
3. นางสาวจิตรานุช หอมแมน	จิตรานุช

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นันทวิช

(นายนันทวิช เมตตากุลพิทักษ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

(วันที่) 28 ส.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอภิรักษ์ ติศโธ้อาภรณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) 28 / ส.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาแอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” บนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับวัยรุ่น

2. หลักการและเหตุผล

ทั่วโลกทราบดีว่า บุหรี่ไฟฟ้าไม่ปลอดภัย ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีนักสูบหน้าใหม่เกิดขึ้นตลอดเวลา และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2564 สํารวจคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 80,000 คน ในจำนวนนี้ 1 ใน 3 (30%) เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เยาวชนที่ไม่เคยคิดที่จะสูบบุหรี่เลย เริ่มต้นอยากลองสูบบุหรี่เร็วขึ้น ทำให้มีโอกาสได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่นานขึ้นตามมาด้วย (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.), 2566) จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังมีความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้ว่าภาพรวมของกฎหมายไทยกำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าผิดกฎหมาย (กมลพรยศนันท์, 2563) แต่ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้ายังได้รับความนิยมสูงสุดในวัยรุ่น (ศรีรัช ลาภใหญ่, 2562) ส่วนใหญ่วัยรุ่นร้อยละ 96.9 มีโทรศัพท์มือถือใช้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) มีการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยรวม 8 ชม. 24 นาทีต่อวัน อุปกรณ์ที่นิยมเข้าถึงอินเทอร์เน็ต 3 อันดับแรก คือ โทรศัพท์เคลื่อนที่ร้อยละ 97.15 แท็บเล็ต ร้อยละ 24.38 และแล็ปท็อป/โน้ตบุ๊ก ร้อยละ 20.76 (ชัยชนะ มิตรพันธ์, 2565) พบการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าทางสื่อออนไลน์ร้อยละ 80.8 ตลาดกลางคืนร้อยละ 39.2 และเพื่อนหรือคนใกล้ชิดร้อยละ 31.3 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) บุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะมีผลทำลายสมองที่กำลังเติบโตของเด็กและเยาวชนซึ่งถือเป็นอนาคตของชาติ

ปัจจุบันอินเทอร์เน็ตเข้ามามีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันของวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น เป็นช่องทางในการสื่อสารข้อมูลหลายด้าน รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ (interactive) และเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบแอปพลิเคชันการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย มีเพียงโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่โดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นฐาน (ณัฐชยา พลาชีวะ และปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2564) จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาแอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” บนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับวัยรุ่น (อุปกรณ์เคลื่อนที่ หมายถึง โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต โน้ตบุ๊ก) เพื่อให้วัยรุ่นได้ทำการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่มีอินเทอร์เน็ตได้ทุกที่ทุกเวลา โดยเนื้อหาภายในแอปพลิเคชันพัฒนามาจากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดี จึงนำเนื้อหาไปปรับทำแอปพลิเคชัน โดยสร้างแอปพลิเคชันตามวัฏจักรของการพัฒนาระบบสารสนเทศ (System development life cycle: SDLC) (ณัฐพัชร์ คงทอง, 2562) แอปพลิเคชันนี้ถือเป็นการสอดคล้องกับนโยบาย Thailand 4.0 ด้านสาธารณสุข ที่มีการสนับสนุนการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนสู่ Health 4.0 ผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือ (Mobile application) (วรรษษา เปาอินทร์, 2560) เชื่อว่า แอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” นี้จะช่วยลดการเกิดนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มวัยรุ่นได้ และเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับพยาบาลชุมชนในการส่งเสริม ป้องกันโรคที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นทั้งในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษาได้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

- แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวความคิดข้อเสนอ

ไทยแลนด์ 4.0 ด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560)

ประเทศไทยมีการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง จากโมเดลประเทศไทย 1.0 ที่เน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยเกษตรกรรม โมเดลประเทศไทย 2.0 ยุคอุตสาหกรรมเบาเน้นการผลิตเพื่อการนำเข้าและโมเดลประเทศไทย 3.0 ยุคอุตสาหกรรมหนักที่เน้นการผลิตเพื่อส่งออก แต่ยังมีประเด็นปัญหาว่าประเทศมีรายได้ปานกลาง มีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้การพัฒนาไม่สมดุล จนกระทั่งปัจจุบันที่เริ่มขับเคลื่อนประเทศด้วยโมเดลประเทศไทย 4.0 เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจด้วย เทคโนโลยีและนวัตกรรม (Innovation drive economy) โดยมีกลไกที่ใช้ในการขับเคลื่อน ดังนี้ กลไกการขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม กลไกการขับเคลื่อนด้วยการสร้างการมีส่วนร่วม และกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม 1 ใน 5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย คือกลุ่มสาธารณสุข สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health, Wellness and Bio-Med) ซึ่งมี Roadmap ในการสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็น Medical hub ของอาเซียนภายในปีพ.ศ.2568

จากนโยบายประเทศไทย 4.0 จึงทำให้กลุ่มสาธารณสุขสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องตอบสนองนโยบายนำไปสู่ Health 4.0 ซึ่งหมายถึง การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพเดิมที่เป็นแบบ Analog ไปสู่ ยุคใหม่ที่เป็นแบบ Digital โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือหลักในการปฏิรูประบบ เนื่องจากปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องงาน การพักผ่อน ดูหนัง ฟังเพลง อ่านข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ การติดต่อธุรกิจ เป็นต้น

ดังนั้น แอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” บนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับวัยรุ่น จึงเป็นนวัตกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ในยุค Health 4.0 ที่เหมาะสมกับวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน ที่อินเทอร์เน็ตมีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันของวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น เป็นช่องทางในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ (interactive) และสามารถเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับแอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” บนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับวัยรุ่นนั้น สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เป็นช่องทางหนึ่งที่จะช่วยลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นได้ เนื่องจากเนื้อหาสาระภายในแอปพลิเคชันประกอบด้วย พิษภัย โทษของบุหรี่ไฟฟ้า กฎหมายที่วัยรุ่นควรรู้ ทักษะการปฏิเสธ เป็นต้น เป็นแอปพลิเคชันทางสุขภาพที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้าและป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ได้

สรุป บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ชนิดใหม่ที่ได้รับคามนิยมอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน และได้รับความนิยมไปทั่วโลกเพราะเข้าถึงได้ง่าย การออกแบบรูปลักษณะ สี และกลิ่น เป็นสิ่งดึงดูดวัยรุ่นให้มีมุมมองที่ดีต่อสินค้า ถือเป็นภัยคุกคามของทุกประเทศ บุหรี่ไฟฟ้ามียุคสมัยคล้ายกับยาสูบแต่ไม่มีการเผาไหม้เหมือนบุหรี่ทั่วไป ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่คิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่ทั่วไป แต่ความจริงแล้วการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามียุคสมัยไม่ต่างจาก บุหรี่ทั่วไป ซึ่งบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์เทียบเท่ากับบุหรี่ทั่วไป โดยพบว่ามีสารนิโคตินเหลวซึ่งมีความเข้มข้น มากกว่านิโคตินในบุหรี่ปกติถึง 6 เท่า เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายจะมีผลกระทบต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้เกิดการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องเน้นบทบาทของพยาบาลชุมชนในการเสริมสร้างการรับรู้ของวัยรุ่นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีแอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” บนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับวัยรุ่น เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้ความรู้กับวัยรุ่นยุคใหม่

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีแอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” บนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพที่ดีพร้อมใช้งาน

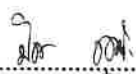
4.2 บุคลากรที่ปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนและครูในโรงเรียนนำแอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ ไปสอนนักเรียน และให้นักเรียน เรียนรู้แอปพลิเคชันด้วยตนเอง ทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษาได้

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ได้นวัตกรรมแอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” พร้อมใช้งานบนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับวัยรุ่น ซึ่งสามารถนำไปจดลิขสิทธิ์ได้

5.2 อัตราประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” บนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับวัยรุ่น มากกว่าร้อยละ 90

5.3 อัตราความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน “การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” บนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับวัยรุ่น มากกว่าร้อยละ 90

(ลงชื่อ) 

(นางปิยะวดี พุฒไทย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 28 ส.ค. 2567 /

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖ – ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ในครั้งนี้ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในชุมชน มีส่วนสำคัญอย่างมากในการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการและที่บ้าน ทั้งให้การพยาบาลต่อเนื่อง การค้นหาปัญหา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การรับผู้ป่วยส่งต่อเยี่ยมบ้าน จากศูนย์ COC การติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยทางกาย การคงอยู่ของความเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ดังนั้นการให้การพยาบาลที่บ้านจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างองค์รวม ตอบสนองต่อปัญหาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอน แบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน ในการประเมินดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมและเป็นองค์รวม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยได้ศึกษาเนื้อหาจากตำรา เอกสารวิชาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑. โรคหลอดเลือดสมอง/ โรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง/โรคไขมันในเลือดสูง / ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
๒. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
๓. ทฤษฎีทางการพยาบาล
๔. กระบวนการพยาบาล/การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน/เกณฑ์มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน
๕. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๖. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง
๗. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
๘. การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ และอันดับที่ ๓ ของความพิการจากรายงานของ World Health Organization ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๔๗๙, ๕๓๔, ๕๘๘ และ ๖๔๕ ตามลำดับเช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ ๔๘, ๔๗, ๕๓ และ ๕๓ ตามลำดับ ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ในเขต ๖ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๓๑๓.๑๑, ๓๓๑.๔๑, ๓๔๒.๒๖ และ ๓๓๖.๓๒ ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต ๑๕.๕๑, ๑๔.๑๘, ๑๔.๐๔, ๑๔.๒๒ และ ๑๔.๒๑ตามลำดับ(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๔)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑ พบอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและเริ่มคงที่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเท่ากับ ๔๔.๓ ต่อประชากรแสนคนและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓)

สถิติข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลสอยดาว มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ จำนวน ๔๖๒,๕๐๐ และ ๕๓๙ ราย ตามลำดับ อัตราการเกิด Recurrent Stroke ๑๖.๙, ๓๔.๗๘ และ ๒๔.๕ ตามลำดับ พบผู้ป่วยเบาหวานร่วมโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

จำนวน ๗๕, ๘๓ และ ๖๔ ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันร่วมติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ จำนวน ๕๑, ๕๔ และ ๓๐ ราย ตามลำดับ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน จากการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน ๕, ๒ และ ๒ ราย ตามลำดับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ซึ่งเป็น ภาวะ การอักเสบ แพร่กระจายทั่วร่างกาย ส่งผลอันตรายต่อชีวิต ผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมทั้งพยาบาลเยี่ยมบ้านจำเป็นต้องมีการประสานงานและ การให้คำปรึกษาในการดูแลและเชื่อมโยงระบบบริการทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลตนเองถูกต้องและลดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น พยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย มีการฟื้นฟูสภาพที่ดี ปลอดภัย ส่งเสริมสุขภาพ และลดการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (สำนักงานพยาบาล, ๒๕๕๖) รวมทั้งเสริมพลังผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลให้การพยาบาลแบบองค์รวม ประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมหมอครอบครัวและหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนือง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ , ๒๕๖๑) หมายถึง ภาวะของหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติ ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำของสมอง หรือเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดภายในทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สมองขาดเลือดมาเลี้ยง สมองขาดออกซิเจน และในกรณีมีเลือดออกในเนื้อสมอง อาการเหล่านี้ทำให้เซลล์สมองหยุด การทำงานชั่วคราวหรือตาย โดยทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็ว (sudden loss of consciousness) และมีอาการอัมพาตของร่างกายตามมา กายวิภาคและสรีรวิทยาของหลอดเลือดสมอง

สมองรับเลือดจากเส้นเลือดแดงใหญ่ที่แยกมาจาก Aorta ๒ คู่ ดังนี้

๑) Internal carotid artery (ICA) มี ๒ เส้น คือ ด้านขวาและด้านซ้าย ที่ต่อออกมาจาก common carotid artery โดยแยกแขนงมาจาก Aorta Vertebral artery มี ๒ เส้น คือ ด้านขวาและด้านซ้าย โดยแยกแขนงมาจาก Subclavian Artery และเข้าสู่สมองทาง foramen magnum และ Vertebral artery อยู่ติดกับ basilar artery มีส่วนที่แยกแขนงไปทางด้านหลังเรียกว่า posterior cerebral artery ส่วนที่ไปเชื่อมกับ ICA ด้านหลังเรียกว่า posterior communicating artery ส่วนที่แยกแขนงจาก ICA ด้านหน้า เรียก anterior cerebral artery และไปเชื่อมติดต่อ ICA ทางด้านหน้า เรียก anterior communicating artery หลอดเลือดแดงที่เชื่อมโยงกันเป็นวงกลมเรียกว่า Circle of Willis หรือ Cerebral artery circle การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง โดยปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีประมาณ ร้อยละ ๑๕ ของ cardiac output ซึ่งมีการไหลเวียนตามหลอดเลือด ดังนี้ Anterior cerebral artery ไปเลี้ยงส่วน frontal lobe, parietal lobe, upper basal ganglia, Vertebral artery นำเลือดไปเลี้ยงส่วนล่างของ diencephalon (thalamus, pon medulla) middle lobe, lower lobe, temporal lobe และ ICA นำเลือดไปเลี้ยงส่วน cerebral hemisphere, diencephalon, basal ganglia temporal, parietal, frontal lobe

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ชนิดและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) ดังนี้

๑. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ ๒๐ แบ่งออกเป็น

๑.๑ เลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) โดยมีสาเหตุสำคัญจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงนาน โดยที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ ร่วมกับการมีผนังหลอดเลือดอ่อนแอทำให้เกิดภาวะเลือดซังหากความดันโลหิตยังสูงอยู่หลอดเลือดมีขนาดเล็กทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือด มีก้อนเลือดไปกดเบียดเนื้อสมองเกิดการอักเสบ และมีเนื้อสมองที่ตายตามมาเหมือนกับภาวะการรั่วขาดเลือด

๑.๒ ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage: SAH) เป็นภาวะเลือดออกระหว่างชั้น subarachnoid และชั้น pia มีสาเหตุมาจากการแตกของหลอดเลือดที่ตำแหน่งที่มีการโป่งพอง

๒. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) พบร้อยละ ๘๐ แบ่งออกเป็น

๒.๑ เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) สาเหตุเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดที่สัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง

๒.๒ สาเหตุเกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่น (embolism) เป็นผลจากการมีพยาธิสภาพที่หัวใจ คือ เกิดจากการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ เช่น ภาวะหัวใจเต้นแบบสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) และ atrial flutter ร่วมกับมีลิ้นไมทรัลตีบ (mitral stenosis) ทำให้มีโอกาสเกิดลิ่มเลือด (emboli) หลังเกิดการอุดตันส่งผลให้เกิดภาวะเนื้อสมองเสียหายและอาจส่งผลกระทบต่อเนื้อสมองตายตามมา ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดตัน

๒.๓ Transient Ischemic Attack (TIA) โดยมีอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและจับปล้น อาการที่พบโดยผู้ป่วยมีความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทเฉพาะที่ (focal neurological deficit) เช่น ภาวะบวม อาการชาของหน้า มือ แขน และขา พบว่าผู้ป่วยมีอาการพูด อ่าน ลำบาก หรือมีความผิดปกติในการมองเห็นชั่วคราว (transient monocular blindness) ซึ่งอาการที่กล่าวมาเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองบางส่วนชั่วคราว พบว่ายังไม่เกิดการตายของเนื้อสมอง (cerebral infarction) อาการเหล่านี้มักหายเป็นปกติภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๒.๔ Reversible ischemic neurological deficit (RIND) อาการเหมือนภาวะ Transient ischemic attack (TIA) แต่ผู้ป่วยมีอาการที่เป็นนานกว่า คือ มากกว่า ๒๔ ชั่วโมงแต่ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง และพบว่า อาการจะหายเป็นปกติภายใน ๑ สัปดาห์

๒.๕ Cerebral infarction หรือ stroke พบว่าอาการของผู้ป่วยมีความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทอย่างถาวร (permanent neurological deficit) ซึ่งอาการมีภาวะดีขึ้นต้องใช้เวลานานร่วมเดือน (improving) หรือผู้ป่วยอาจมีอาการแย่ลง (progressing) และคงมีพยาธิสภาพของโรค

อาการและอาการแสดงโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถพบได้หลายอาการ โดยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการขาดเลือดที่สมองหรือเนื้อสมองที่ถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ดังนี้

๑) อาการอ่อนแรง ที่มีอาการตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง โดยจะพบพยาธิสภาพที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น ไม่สามารถขยับแขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งได้ โดยทั่วไปอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อพบได้ตั้งแต่ใบหน้า ลิ้น กล้ามเนื้อของการกลืน จนถึงกล้ามเนื้อของแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง

๒) อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายที่ส่วนใดส่วนหนึ่ง

๓) อาการที่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ชัด การพูดไม่ได้ การพูดอ้อแอ้ หรือการไม่เข้าใจคำพูด

๔) อาการที่มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น อาการเดินเซหรือมีอาการเวียนศีรษะอย่างเฉียบพลัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕) อาการที่มีปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียการมองเห็น เช่น การมองเห็นเป็นบางส่วนหรือเห็นภาพซ้อน โดยทั่วไปอาการเกิดแบบเฉียบ ในบางกรณีอาจพบอาการที่เกิดแบบชั่วคราวหนึ่งแล้วหายไป หรืออาจพบการเกิดบ่อยครั้งหรือหลายครั้งก่อนพบอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร โดยเรียกภาวะสมองขาดเลือด แบบชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) โดยทั่วไปพบประมาณ ๑๕ %

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

๑. การซักประวัติ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญที่นำมา โดยตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงอาการที่ต้องนำส่งโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

๒. การตรวจร่างกายผู้ป่วย แบ่งเป็นการตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจร่างกายทางระบบประสาท

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจดูค่าผลเลือด การตรวจพิเศษ เช่น การตรวจ CT brain, MRI, Angiogram, EEG, CXR และ EKG

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

สามารถให้การรักษาโดยความรวดเร็วในการรักษถือเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะการปล่อยอาการไว้นาน จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา ๓ - ๔.๕ ชั่วโมง ยาที่แพทย์ใช้ในการรักษา ดังนี้

๑. ยาละลายลิ่มเลือด ใช้เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันทำให้เลือดไหลเวียนสะดวกขึ้น โดยการได้รับยาเร็ว ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาดีขึ้น

๒. ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือดทำให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาแอสไพริน ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง และให้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะยาว

๓. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ป่วยที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว สรุปได้ว่าหลังผู้ป่วยเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาการของผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นตามลำดับและอาจกลับมาเป็นปกติได้ภายใน ๖ เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมองและในระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสารและการเคลื่อนไหวเพื่อให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือด ซึ่งการลดความเสี่ยงทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนี้

๑. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะจะส่งผลให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัด ที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

๒. การควบคุมน้ำหนัก โรคอ้วน เป็นสาเหตุของโรคร้ายรวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมน้ำหนักจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้

๓. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ ๒.๕ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

๔. การงดสูบบุหรี่

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควรรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยการเข้าด้วยกัน ได้แก่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- การให้ยาควบคุมระดับคอเลสเตอรอล โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก ๖ - ๑๒ เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
- การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท
- การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และการใช้ชีวิต ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมอาการ และทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง
- กรณีเป็นโรคหัวใจ ควรรับการรักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง โดยกรณีเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะควรได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัว หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ และควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดแดงแข็ง โรคความดันโลหิตสูง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการใจสั่นหรือหัวใจเต้นผิดปกติควรรีบพบแพทย์โดยเร็ว

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วันดี โดสุขศรี, ๒๕๕๙)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการประเมิน และการดูแลให้ความช่วยเหลือพร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย และสามารถฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งระยะเฉียบพลัน รวมไปถึงระยะฟื้นฟู

๑) การพยาบาลระยะเฉียบพลัน

๑.๑ การจัดท่านอนศีรษะสูง ๓๐ องศา โดยต้องให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการก้มหรือเงยศีรษะ หมุนคอมากเกินไป และควรหลีกเลี่ยงการงอสะโพก เนื่องจากอาจเกิดการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองบวม

๑.๒ การสังเกตอาการความดันในสมองสูง เช่น อาการอาเจียนพุ่ง ภาวะชัก GCS (Glasgow Coma Score) ลดลง > ๒ คะแนน ความดันโลหิต Systolic เพิ่มขึ้น > ๒๐ มิลลิเมตรปรอท และมี Pulse Pressure กว้าง หัวใจเต้นช้า หายใจไม่สม่ำเสมอ หรือแบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง การตอบสนองต่อความเจ็บปวดลดลง

๑.๓ การสังเกตอาการ Brain herniation เช่น แขนขาอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกมีการเปลี่ยนแปลง ครึ่งซีก ขนาดของรูม่านตาไม่เท่ากัน ไม่มีปฏิกิริยาของแสง สูญเสีย oculoccephalic หรือ oculovestibular reflexes โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว และประเมิน neuro sign รวมทั้งวัดและบันทึก Glasgow Coma Score หากพบมีการเปลี่ยนแปลงต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

๑.๔ ประเมินการหายใจของผู้ป่วย ดูแลได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

๑.๕ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Electrolyte

๑.๖ การติดตามและบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายของผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกายในแต่ละวันของผู้ป่วย

๒) การพยาบาลระยะฟื้นฟู การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้โดยมุ่งเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๒.๑ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดช่องปากรวมถึงการแปรงฟัน การอาบน้ำ การดูแลเรื่องการขับถ่าย การดูแลความสะอาดเล็บมือเล็บเท้า และการจัดเตียงทรงผม

๒.๒ การช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ตามความสามารถของผู้ป่วย รวมถึงการสอน สาธิต การฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ญาติเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายกลับบ้านเพื่อใช้ชีวิตในชุมชนอย่างมีศักยภาพ

๒.๓ การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยการทดสอบ gag reflex เพื่อเป็นการป้องกันการไอ และการดูดซับลักษณะการรับประทานอาหาร ในรายที่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ส่วนในกรณี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ที่รับประทานอาหารทางปากเองไม่ได้ จำเป็นต้องมีทักษะในการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ให้ได้รับปริมาณแคลอรี และสารอาหารเหมาะสมกับตามความต้องการของร่างกายเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

๒.๔ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา วางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ

๒.๕ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน และคอเลสเตอรอลสูง การรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง และการแนะนำอาการที่ต้องกลับไปพบแพทย์ เช่น อาการเวียนศีรษะ อาการปวดศีรษะ อาการมองเห็นภาพซ้อน และอาการชาตามแขน ขา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (รัชฎา ไสวารี, ๒๕๖๖)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยใกล้ตัวในยุคปัจจุบันสูงมาก ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ก่อให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ เกิดภาวะพึ่งพา และทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูง ดังนั้นพยาบาลควรพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการเน้นในเรื่องต่อไปนี้

๑) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและญาติที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ โดยการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงกลับเป็นซ้ำ รวมถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ พร้อมทั้งอธิบายการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการผิดปกติ

๒) การประสานงานกับสถานบริการสุขภาพในเครือข่าย หากพบอาการ สามารถส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาที่เหมาะสมและทันที่

๓) การส่งเสริมและติดตามภาวะสุขภาพทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน ลดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตาย ผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับสภาพการเจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไป มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการพยาบาลในระยะฟื้นฟู ดังนี้

๑) การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

๒) การช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย

๓) การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

๔) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ

๕) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลินหรือนำอินซูลินไปใช้ไม่ได้ มีผลทำให้เกิดภาวะผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กรดจากสารคีโตนคั่งในเลือด และเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ความดันโลหิตสูง จอประสาทตาเสื่อม ไตวาย เป็นต้น โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น ๒ ชนิด ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ เป็นชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus: IDDM) หรือเรียกว่าโรคเบาหวานในเด็ก ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดนี้เป็นผู้ที่ร่างกายขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ การรักษาคือ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ฉีดอินซูลิน ควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ คือ เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ในคนไทยพบประมาณร้อยละ ๕๕ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non - insulin dependent diabetes mellitus: NIDDM) มักพบในคนอายุมากกว่า ๓๐ ปีขึ้นไป เพศหญิงเป็นมากกว่าเพศชาย พบในคนที่อ้วนมาก และเป็นกรรมพันธุ์ มักมีประวัติโรคเบาหวานในพ่อแม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย ในหญิงตั้งครรภ์ ๒ - ๕ % เกิดภาวะเบาหวานได้ การรักษา คือ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง โดยมีผู้ป่วยประมาณ ๔๐% ต้องฉีดอินซูลิน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ราชบัณฑิตยสถานได้จัดพิมพ์ตำราสุขภาพ สยามบรมราชกุมารี, ๒๕๖๖). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ โดยการใช้อินซูลินเพื่อควบคุมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต้องพิจารณาระหว่างอาการทางคลินิกและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แนวทางการรักษาในปัจจุบัน

แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง ๑๐๐-๑๕๐ มก./ดล. ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่า ๒๒๓ มก./ดล. ส่งผลเสียต่อผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีจะส่งผลให้การรักษาผู้ป่วย minor stroke และผู้ป่วย transient ischemic attack ได้ผลดีต่อการรักษาด้วยยา aspirin ร่วมกับยา clopidogrel และลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว (Long-term glycemic control) ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัด (intensive glycemic control) นอกจากนี้ยังพบโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวาน และพบว่า ระดับ น้ำตาลในเลือดที่สูงทั้งในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานหรือไม่เป็นเบาหวาน หรือในผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c สูงมากกว่าร้อยละ ๗ จะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ โดยสรุปจากหลายการศึกษาพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ แต่ยังไม่มีความหมายของระดับน้ำตาลที่เหมาะสม (สมศักดิ์ เทียมเก่า, ๒๕๖๒)

แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน แบ่งเป็น การรักษาแบบใช้ยา และการรักษาแบบไม่ใช้ยา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การจัดกิจกรรมสำหรับส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาของ ยุพิน เมืองศิริ วัลภา คุณทรงเกียรติ และภาวนา กิรติยุดวงวงศ์. (๒๕๕๖) ในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย

๑. การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
๒. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องเบาหวาน สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ สิ่งแวดล้อมในด้านสื่อ
๓. เป็นที่ปรึกษาและให้ความมั่นใจกับผู้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
๔. ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการใช้ยา

๕. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง) เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นการดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับ ด้วยการจัดท่าทางที่ถูกต้อง (Positioning) ไม่ว่าจะเป็นท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง หรือท่านั่งริมเตียง และการออกกำลังกายแบบมีผู้ช่วยเหลือ (Passive exercise) เพื่อป้องกันข้อต่อยึดติด นอกจากนี้ยังต้องเฝ้าระวังภาวะปอดแฟบ ที่อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนเป็นระยะเวลานาน เฝ้าระวังการสำลักอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการกลืน และเฝ้าระวังภาวะปอดติดเชื้อที่อาจเกิดจากการสำลักอาหาร (ศรุตา บิลละโส, ๒๕๖๕) จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนต่างๆสามารถเกิดขึ้นได้ง่าย หากขาดการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียง และการติดตามจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

โรคความดันโลหิตสูง

เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย ในปี พ.ศ.๒๕๖๕ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๖,๘๔๖,๑๓๗ คน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

ปัญหาสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่พบบ่อยคือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๔๕.๐๐ ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักในตนเองต่อการรักษาหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อเนื่อง มีเพียงร้อยละ ๖.๐๐ ที่ทราบและตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้องรวมทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถคุมความดันโลหิตได้ประมาณ ๒.๕ ล้านคนทั่วประเทศ เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือภูมิลาเนาอยู่ห่างไกลระยะเวลาที่รอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาและอุปสรรคที่ต้องใช้ยาร่วมกัน หลายชนิด ทำให้รับประทานยาไม่ครบถ้วน การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ความหมายของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หมายถึง กลุ่มโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection หรือ UTI) เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียจากบริเวณรอบท่อปัสสาวะ และส่วนใหญ่เกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงมีท่อปัสสาวะสั้นและอยู่ใกล้กับช่องคลอดและทวารหนัก ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะผ่านทางท่อปัสสาวะได้ง่าย ขณะที่ผู้ชายมีท่อปัสสาวะยาวกว่าและอยู่ห่างจากทวารหนัก โอกาสที่เชื้อโรคจะผ่านเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะจึงมีน้อย (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, ๒๕๖๖) สาเหตุของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย จากลำไส้ หรือ ผิวหนังของอวัยวะเพศเข้าไปอยู่ในทางเดินปัสสาวะ และ แพร่เข้าไปอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ หรือไต อาการของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ส่วนใหญ่พบอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง โดยพบอาการ ดังนี้ ๑) ปัสสาวะแสบขัด และ เจ็บเสียวเมื่อใกล้สุด ๒) ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ปัสสาวะออกมาน้อย ๓) ปัสสาวะอาจมีกลิ่น และ ๔) ปัสสาวะขุ่น อาจมีเลือดปน โดยผู้ดูแลควรมีการสังเกตการปัสสาวะของผู้ป่วย ดังนี้ อาการมีไข้ ผู้ป่วยบ่นปวดท้องน้อย และปัสสาวะแสบขัด (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, ๒๕๖๖)

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

๑) การปัสสาวะมีความผิดปกติ หรือ สงสัยมีอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ควรไปพบแพทย์เพื่อได้รับการตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ โดยหาการติดเชื้อจากสิ่งแปลกปลอมที่ปนอยู่ในน้ำปัสสาวะ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เลือด หรือเม็ดเลือดขาว หากพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า ๓ - ๕ ตัว มีการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย

๒) การส่งกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ในกรณีอาการรุนแรง หรือเรื้อรัง แพทย์อาจพิจารณาการ ตรวจเพิ่มเติมด้วยการส่งกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อดูว่ามีความผิดปกติอื่นนอกจากการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะหรือไม่

๓) การตรวจทางรังสีวิทยา ใช้ในการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เช่น การตรวจนิ่วในทางปัสสาวะ การตรวจการอุดตันในทางเดินปัสสาวะ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, ๒๕๖๖)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, ๒๕๖๖)

๑) การกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน ทำให้เชื้อโรคในปัสสาวะเจริญเติบโตได้ดี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒) การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยบริเวณอวัยวะเพศไม่ดี โดยเฉพาะผู้หญิงและผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหากทำความสะอาดไม่ถูกวิธี เช่น เช็ดทำความสะอาดจากด้านหลังมาด้านหน้า แทนที่จะเป็นจากด้านหน้าไปด้านหลังก็จะทำให้มีโอกาสติดเชื้อจากช่องคลอดและทวารหนักได้

๓) การสวนล้างช่องคลอดด้วยยาปฏิชีวนะ ทำให้แบคทีเรียชนิดดีที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรคถูกกำจัดออกไปจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

๔) การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

๕) การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน เมื่อฮอร์โมนเพศหญิงลดลงทำให้ความชุ่มชื้นบริเวณเยื่อช่องคลอดและเยื่อหุ้มปัสสาวะซึ่งช่วยป้องกันการติดเชื้อลดลง

๖) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากควบคุมโรคได้ไม่ดีก็มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ

๗) ผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน

๘) ผู้ป่วยที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การรักษาโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนใหญ่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อช่วยฆ่าเชื้อแบคทีเรีย โดยแบ่งลักษณะการให้ยาปฏิชีวนะ ดังนี้ (สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖)

๑) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่ไม่รุนแรงและมีอาการน้อย แพทย์ให้การักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการให้ยาปฏิชีวนะในรูปแบบการรับประทาน โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาประมาณ ๓ - ๗ วัน ขึ้นอยู่กับอาการความรุนแรงของการติดเชื้อและการตอบสนองต่อการรักษา

๒) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ไตหรือมีอาการที่รุนแรง แพทย์รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็นเวลาประมาณ ๑๐ - ๑๔ วัน ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษา ภายหลังจากการรักษาส่วนใหญ่อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นภายใน ๔๘ - ๗๒ ชั่วโมง เช่น มีไข้ลดลง ปัสสาวะแสบขัดลดลง และอาการปวดท้องน้อยหรือปวดหลังบริเวณสีข้างลดลง

๓) ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น แนะนำเรื่องการกลับมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจเพิ่มเติมถึง สาเหตุและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ในบางกรณีผู้ป่วยมีอาการปวดแสบเวลาปัสสาวะ อย่างมาก แพทย์อาจให้ยาгинเพื่อลดอาการแสบขัดเวลาปัสสาวะเป็นระยะเวลาไม่เกิน ๒ วัน

ยาที่ใช้รักษาภาวะติดเชื้อในการเดินปัสสาวะ ต้องประเมินผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะ ส่วนบน (Upper urinary tract infection) หรือติดเชื้อส่วนล่างของระบบทางเดินปัสสาวะ (Lower urinary tract infection) โดยแบ่งการรักษา ดังนี้

๑) Lower urinary tract infection ส่งตรวจ UA และจำแนกผู้ป่วยออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑.๑) ผู้หญิงไม่ตั้งครรภ์

๑.๑.๑) ผู้ที่เป็นครั้งแรกแนะนำให้ใช้ยาгинกลุ่ม fluoroquinolone ได้แก่ Norfloxacin ๔๐๐ mg bid ๓ day, Ofloxacin ๒๐๐-๔๐๐ mg. bid ๓ day หรือ Ciprofloxacin ๒๕๐ mg bid ๓ day อาการดีขึ้น ตรวจไม่พบ pyuria ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะต่อ และเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ตรวจ UA พบ pyuria หรือ พบ bacteria ในปัสสาวะให้ส่งปัสสาวะเพาะเชื้อและให้ยาเต็ม จนกว่าผลเพาะเชื้อจะออก หลังจากผล เพาะเชื้อได้ หากพบเชื้อดื้อยาให้เปลี่ยนยาตามผลเพาะเชื้อจนครบ ๗ วัน และนัดมาติดตามอาการและตรวจ ปัสสาวะซ้ำหากเชื้อไวต่อยาที่ให้ต้องส่งเพื่อหาสาเหตุเพิ่มเติม (investigate) ได้แก่ ultrasound, KUB หรือ IVP

๑.๑.๒) ผู้ป่วยที่เคยได้ยาปฏิชีวนะรักษามาก่อนใน ๑ เดือน แนะนำ ให้ยากลุ่ม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Fluoroquinolone ได้ Ofloxacin ๒๐๐-๔๐๐ mg. bid ๗day หรือ Ciprofloxacin ๒๕๐ mg bid ๗day ไม่แนะนำให้ใช้ Norfloxacin นัดติดตามอาการ ๑ สัปดาห์ หลังเริ่มการรักษา อาการดีขึ้นตรวจไม่พบ pyuria หยุดยาปฏิชีวนะได้ อาการไม่ดีขึ้น ปัสสาวะพบ pyuria หรือ พบ bacteria ในปัสสาวะให้ส่งปัสสาวะเพาะเชื้อและให้ยาเดิม จนกว่าผลเพาะเชื้อจะออก หลังจากผลเพาะเชื้อได้ หากพบเชื้อดื้อยาให้เปลี่ยนยาตามผลเพาะเชื้อจนครบ ๗ วัน และนัดมาติดตามอาการและตรวจปัสสาวะซ้ำหากเชื้อไวต่อยาให้ต้องส่งเพื่อหาสาเหตุเพิ่มเติม (investigate) ได้แก่ ultrasound, KUB หรือ IVP

๑.๒) ผู้หญิงตั้งครรภ์ ปฏิบัติการรักษา ดังนี้ ส่งปัสสาวะเพื่อเพาะเชื้อ (urine culture) ปรีกษา แผลนกดฝาคกรรค์ (ANC) และให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน third generation cephalosporin ได้แก่ cefinir, cefixime และ cefditoren

๑.๓) เพศชาย อายุมากกว่า ๖๐ ปี มีโรคเบาหวาน หรือมีความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะ แนะนำให้ยากลุ่ม Fluoroquinolone ได้ Ofloxacin ๒๐๐-๔๐๐ mg. bid ๗ day หรือ Ciprofloxacin ๒๕๐ mg bid ๗ day ไม่แนะนำให้ใช้ Norfloxacin อาการดีขึ้นตรวจไม่พบ pyuria หยุด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน

ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทีมหมอบรรเทาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบมีไข้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ๒ ครั้งเป็นนม หลังจากนั้นซึมลง ไม่ค่อยพูด เจาะ DTX ๑๐๐ mg% จึงแนะนำญาติส่งโรงพยาบาลและรักษาตัวที่โรงพยาบาล ๒๗ วัน จำหน่ายกลับบ้าน ศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลสอยดาว ประสานติดตามดูแลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑. เพื่อประเมินผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิตประจำวัน นำมาวางแผนการพยาบาล วางแผนร่วมกับผู้ดูแลและให้การพยาบาล ตามปัญหาที่มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๑. ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ ๒. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ๓. มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เนื่องจากเลี้ยวเวลาให้อาหารทางสายยาง และได้รับการฉีด Mixtard (๗๐/๓๐) ๒๒-๐-๑๔ unit SC ๔. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารน้ำสารอาหารและการสำลักเนื่องจากกลืนลำบาก

การติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ เพื่อติดตามประเมินปัญหาผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การบริหารฟื้นฟู ทำกายภาพบำบัด เพื่อป้องกันข้อติดเพิ่ม การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย อวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ ตลอดจนการให้ยาและอาหารทางสายยาง ครบกำหนดเปลี่ยนสาย NG และ Foley cath สภาพแวดล้อมดีขึ้น มีการจัดบ้านเป็นระเบียบมากขึ้น ยังพบข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้ ๑. ภาวะข้อติดเนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ๒. การดูแลภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ๓. มีความเสี่ยงเกิดแผลกดทับเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวตนเองได้ลดลง ๔. ท้องผูกเนื่องจากเคลื่อนไหวตนเองได้น้อย ๕. เสี่ยงต่อการกลับเป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๓ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ติดตามอาการผู้ป่วย และเยี่ยมเสริมพลังญาติที่เป็นคนดูแลหลัก ประเมินผลการพยาบาล พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๑. ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ๒. การดูแลรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการติดตามเยี่ยมบ้านทั้ง ๓ ครั้ง พยาบาลให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลและทบทวนความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และทักษะการบริหารฟื้นฟู ทำกายภาพบำบัด เพื่อป้องกันข้อติดเพิ่ม การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย อวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ ตลอดจนการให้ยาและอาหารทางสายยาง ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและวางแผนการดูแลร่วมกัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการปิดการเยี่ยม พบว่าผู้ป่วยและญาติยังพร้อมความรู้และการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการศึกษา

๑. ศึกษาข้อมูลและปัญหาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน โดยเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหา ยุงยากและซับซ้อน เนื่องจากรายนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน เป็นผู้สูงอายุนอนติดเตียง มีอัมพฤกษ์ นั่งไม่ได้ นอนให้สายอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และจำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสอยดาว และได้รับการดูแลที่บ้านจากทีมสหสาขาวิชาชีพ นำโดยศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสอยดาว จำนวน ๑ ราย ระหว่างเดือน กันยายน ๒๕๖๖ - ธันวาคม ๒๕๖๖

๒. ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อทำการศึกษา รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย นำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

๓. ทบทวนวรรณกรรมจากบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเอกสารทางวิชาการ ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน

๔. ประสานทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ร่วมกันวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่อง

๕. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เปรียบเทียบ สรุปผลและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา เพื่อพัฒนาแนวทางการแก้ไข

๖. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

๗. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผนการพยาบาล

๘. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

๙. เรียบเรียงผลงานและสรุปผลงาน

๑๐. เสนอคณะกรรมการตรวจสอบและแก้ไขผลงาน

๑๑. จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

๑๒. เผยแพร่ผลงาน

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อศึกษากรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน ได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวม ตามความเหมาะสม

๓. เพื่อให้ญาติมีความรู้ ทักษะ สามารถดูแลผู้ป่วยได้

๔. เพื่อป้องกัน และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง รวมทั้งชะลอความเสื่อมของโรคเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน จำนวน ๑ เรื่อง

ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖ ถึง ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๖

เชิงคุณภาพ

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ
๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรคเบาหวาน
๓. ผู้ป่วยและญาติได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและทักษะที่จำเป็นครบทุกเรื่อง
๔. ภาควิชาเครือข่ายและแกนนำชุมชนทุกแห่งมีส่วนร่วมในการดูแลคนในชุมชน
๕. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนดในแผนการเยี่ยม
๖. แนวทางการปฏิบัติเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม ไม่มีอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ไม่มีผลกดทับ การสร้างสุขภาพด้านอารมณ์ให้ผู้ป่วย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่มีปัญหาซับซ้อน
๒. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่มาศึกษา อบรมดูงาน และฝึกปฏิบัติงาน สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย
๓. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับพยาบาลชุมชน, พยาบาลประจำครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ในการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ชายและต้องทำงานประจำทำให้ไม่มีเวลา ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้านความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ส่วนผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ หูตึง มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย และการสื่อสาร
๒. ผู้ช่วยผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุ หูตึง ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้ ในช่วงที่ผู้ดูแลหลักไปทำงานในช่วงเวลากลางวัน

๓. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีความยุ่งยากในการรักษาและดูแล รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติ

๔. พยาบาลควรมีความรู้และทักษะรอบด้านเกี่ยวกับการฟื้นฟู ภาวะแทรกซ้อน ความเสื่อมของร่างกาย ตลอดจนการประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อและจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีความยุ่งยากในการรักษาและดูแล รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติ

๒. ภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุติดเตียง และเมื่อพบอาการของโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ ส่งผลให้ทราบถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ช้าและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายถึงขั้นภาวะติดเชื้อที่รุนแรง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการให้ผู้ดูแลรวมถึงญาติมีส่วนร่วมในการช่วยดูแล ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

๓. ครอบครัว ไม่เข้าใจและไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

๔. ในชุมชนไม่มีนักบริหารหรือ Care Giver ที่ผ่านการอบรม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. เสริมสร้างพลังอำนาจในตัวผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยต้องใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะการประสานงาน การสร้างพลังอำนาจ(Empowerment) และการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยประสบความสำเร็จ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบท และอยู่ในสังคมชุมชนอย่างมีความสุข

๙. ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

๑. พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ควรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นอย่างยิ่ง

๒. ควรสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านและมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อพัฒนาศักยภาพและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

๓. การใช้ระบบดูแลติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยี telemedicine เป็นแนวทางการพัฒนาการติดตามผู้ป่วยในระยะต่อไป

ด้านนโยบาย

๑. โรงพยาบาลชุมชน ควรมีศูนย์อุปกรณ์และเครื่องมือที่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งมีหน่วยงานซ่อมและดูแลเครื่องมือทุกอำเภอ

๒. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

๓. สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ เช่นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม.เทศบาลและชุมชน รวมทั้งการเยี่ยมเสริมพลังในชุมชน โดยการพัฒนา

๔. ควรมีสถานีชีวภิบาลในชุมชนสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลครอบคลุมทุกอำเภอ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ยังไม่ได้เผยแพร่

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางเกศรา สิทธิประภา สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางเกศรา สิทธิประภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

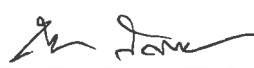
(วันที่) 30 ต.ค. 67

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเกศรา สิทธิประภา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายชัชวาล โโกโค)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว

(วันที่) 30 ส.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายอภิรักษ์ พิศทธิอาภรณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) 30 ส.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกเนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต รายงานจากองค์การอนามัยโลก พบว่ามีประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกถึง ๘๐ ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๕๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕๑ ผู้เสียชีวิตประมาณ ๕.๕ ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง ๑๓.๗ ล้านคนต่อปี โดย ๑ ใน ๔ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป และร้อยละ ๖๐ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากร โลกปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่าทุก ๆ ๔ คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑ คน โดยร้อยละ ๘๐ ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ในประเทศไทยพบว่ามียัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีความก้าวหน้ามากขึ้น นอกจากจะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงแล้วยังส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของความพิการลดลงด้วย การได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติ หลีกเลี่ยงความพิการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มากกว่าคนปกติ ระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำมีตั้งแต่ ๑-๕ ปี และความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นโดยมีโอกาสดังกล่าวร้อยละ ๓ - ๑๐ ใน ๓๐ วันแรก และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึง ร้อยละ ๒๕ - ๔๐ ใน ๕ ปี ผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ จะทำให้มีความพิการรุนแรงมากขึ้น โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ได้แก่ ๑) โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตที่สูงมากกว่า หรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท เพิ่มความเสี่ยง ต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ๓-๑๗ เท่า ๒) โรคเบาหวาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ๓ เท่า ๓) ไขมันในเลือดสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ๑.๕ เท่า ๔) โรคหัวใจ พบว่าผู้ที่มีภาวะ atrial fibrillation ซึ่งไม่มีโรคอื่นหัวใจร่วมด้วยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ๕ เท่าของคนปกติ ๕) การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ๒ เท่า ๖) มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว โดยพบผู้ที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว ๑ ใน ๕ คน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ภายในระยะเวลา ๓ เดือน ๗) พฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ปัญหาการให้บริการและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า นอกจากผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสมดังกล่าวแล้ว ส่วนหนึ่งเกิดจากคุณภาพของการให้บริการโดยขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีม สหสาขาวิชาชีพ ไม่มีรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นแนวทางเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ผู้จัดทำจึงมุ่งหวังที่จะพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสุขภาพให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดจันทบุรี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยจำนวน ๒,๒๘๑ ราย ๒,๐๕๙ ราย และ ๒,๖๔๕ ราย ตามลำดับ

สำหรับบทบาทหน้าที่ของ พยาบาลที่อยู่ หน่วยบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม(PCU) จำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสุขภาพสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ รวมทั้งมีสมรรถนะสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมย่อมจะส่งผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิกและด้านการพยาบาลต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑๔ ล้านคนทั่วโลก ในส่วนของประเทศไทยพบเป็นอันดับหนึ่ง ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมที่สำคัญ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรง โดยเฉพาะพบมากขึ้นใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยดูแลตั้งแต่การเข้าถึงระบบบริการ การประเมินคัดกรอง ไปจนถึงการดูแลในระยะฟื้นฟู การเข้าถึงระบบบริการหรือการประเมินคัดกรองที่ล่าช้า ส่งผลต่อการเข้าถึงช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วย เกิดความพิการที่มากขึ้นหรือเสียชีวิตได้หรือแม้กระทั่งอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงระหว่างการดูแล เช่น ซึมลง ทำให้ต้องมีการทำหัตถการเพิ่มเติม เพิ่มระยะเวลาในการดูแลในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลต่อระยะเวลาในการขนส่ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ล่าช้าได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิตได้

แนวความคิด

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้เสนอผลงานได้ใช้แนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ตามแนวคิดของ เดมมิง (Deming) การปรับปรุงและพัฒนา งานให้สำเร็จลุล่วงไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยการใช้กระบวนการ PDCA ประกอบด้วย การเขียนแผนงาน (plan) การนำแผนงานไปลงมือปฏิบัติ (do) การตรวจสอบการทำงานที่ได้ทำไปแล้ว (check) และการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาใด ๆ ที่ทำให้งานไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หาวิธีการและขั้นตอนในการแก้ไขในทันที (act) ดังนั้น การหมุนของวงล้อ PDCA อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาระบบงานต่าง ๆ เพื่อให้ บรรลุถึงเป้าหมายได้ (The Deming Cycle (PDCA Cycle) and the Shewhart

Cycle, ๒๐๒๓) การใช้แนวคิดช่วยให้ทีมมีส่วนร่วมในการพัฒนางานและมีความเหมาะสมกับบุคลากร งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนคือ (จิตภา ปิติพัฒน์ และรินทร์ลภัส ไสยนต์, ๒๐๒๐)

๑. การค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (find a process to improve) เป็นขั้นตอนสำคัญ ขั้นตอนแรกของการปรับปรุงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบและวิเคราะห์กระบวนการหรือปัญหาที่ต้องการปรับปรุง สิ่งที่เกี่ยวข้องเบนไปจากมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบันที่ไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดหรือเป้าหมาย โดยคำถามสำหรับขั้นตอนนี้ปัญหาคืออะไร อะไรคือโอกาสในการพัฒนาและ ปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างไร

๒. การสร้างทีมที่รู้เกี่ยวกับกระบวนการที่เป็นปัญหา (organize team that knows the process) เป็นขั้นตอนที่จะต้องมีการคัดเลือกทีมและจัดตั้งทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยสมาชิกทีมแต่ละคนจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับกระบวนการที่ต้องการพัฒนาและเป้าหมายของทีม และทีมงานที่สร้างขึ้นจะต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมโดยตรงในกระบวนการทำงาน

๓. การสร้างความกระจ่างในกระบวนการที่ทำอยู่ปัจจุบัน (clarify current knowledge of process) เป็นขั้นตอนในการทำความเข้าใจในกระบวนการหรือสภาพปัญหาที่ต้องการปรับปรุง โดยใช้เครื่องมือ เช่น แผนงาน ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมและการเสริมสร้างความรู้ให้แก่ทีมเพื่อให้เกิดความมั่นใจ และทำความเข้าใจร่วมกันถึงกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน

๔. การทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (understand causes of process variation) เป็นขั้นตอนที่ทีมทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ทำให้กระบวนการนั้นต้องหยุดชะงักไม่บรรลุเป้าหมาย ค้นหาสาเหตุเฉพาะของแต่ละปัญหาโดยการระดมความคิด (brainstorm)

ตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการที่นิยมใช้เขียนและวิเคราะห์ได้แก่ แผนภูมิแกนต์ แผนภูมิพาเรโต และแผนภูมิการควบคุม

๕. การเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (select the processes improvement) เป็นกระบวนการระดมความคิดในการวิเคราะห์ วิจารณ์และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิก เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไข ปรับปรุงที่ดีที่สุด

๖. การวางแผน การปรับปรุง (plan) เป็นกระบวนการที่ทีมจะต้องร่วมกันวางแผนว่าทำ อย่างไร ให้การปรับปรุงหรือการพัฒนาประสบความสำเร็จ โดยวางแผนว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร กำหนดว่าประเด็นอะไรต้องมาก่อน หลัง และใช้เวลานานเท่าไรและกำหนดให้ชัดเจนว่าอะไรคือ สิ่งที่คาดหวังให้เกิดขึ้นหลังการพัฒนาการวางแผนนี้จะอาศัยเครื่องมือวางแผนในรูปกราฟแท่งนอน (bar chart) หรือแผนภูมิแกนต์ (gantt chart) เพื่อแสดงช่วงเวลาการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีเป้าหมาย ในการปฏิบัติร่วมกัน

๗. การปฏิบัติตามแผน (do) เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในตารางการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ สมาชิกกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญ และความจำเป็นในแผนนั้น ๆ ซึ่งความสำเร็จของการนำแผนมาปฏิบัติต้องอาศัยการทำงานด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสมาชิก ตลอดจนการจัดการ ทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานตามแผนนั้น ๆ

๘. การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) เป็นขั้นตอนในการตรวจสอบดูว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผนหรือทำการแก้ปัญหาตามแผนแล้วผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตาม เป้าหมายที่กลุ่มตั้งใจหรือไม่ หรือสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เทคนิคการตรวจสอบเช่น ตรวจสอบวิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติจริงว่าทำได้ตามแผนหรือไม่ ตรวจสอบผลที่ได้ว่าได้ตามเป้าหมายหรือไม่ และรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์และปรับปรุงให้ดีขึ้น

๙. การดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีขึ้นและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (act) เป็นขั้นตอนในการ พิจารณาผลที่ได้รับจากการตรวจสอบ ซึ่งมีอยู่ ๒ กรณี คือ ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ เป็นไปตามแผนที่วางไว้หากเป็นกรณีแรก นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำให้เป็น มาตรฐาน พร้อมกับหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น แต่ถ้าเป็นกรณีที่สอง ซึ่งก็คือผลที่ได้ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ควรนำ ข้อมูลมาวิเคราะห์และพิจารณาว่าควรจะหาทางเลือกใหม่ที่มี ความเป็นไปได้ใช้ความพยายามมากขึ้นกว่าเดิมขอความช่วยเหลือจากผู้รู้หรือเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) มีขั้นตอนในการ พัฒนาที่ละเอียดอาศัยเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลายประกอบกับกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ได้รับการยอมรับนำมาประยุกต์ใช้ในวงการด้านบริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นวิธีการที่ง่าย ไม่ซับซ้อนเหมาะสมกับบุคลากรในสาขาบริการสุขภาพและช่วยให้ทีมมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ
๒. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ - กันยายน ๒๕๖๘

กลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู รายใหม่ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน						
	ปี ๒๕๖๗			ปี ๒๕๖๘			
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ส.ค.	ก.ย.
๑. ประชุมทีมวิเคราะห์กระบวนการให้บริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และ วางแผนการปฏิบัติงาน พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบ และ ผู้ประสานงาน	↔						
๒. จัดตั้งทีมนำคณะทำงานโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาล สอยดาว ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยบูรณาการลงสู่ชุมชน		↔					
๓. ประชุมทีมนำใน PCU ร่วมกับบอสม.ในเขตพื้นที่ รับผิดชอบเพื่อชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานจังหวัดจันทบุรี			↔				
๔. ชี้แจง ทำความเข้าใจกับบุคลากรและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วย Stroke (แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง)				↔			
๕. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke ร่วมกับทีม PCT					↔		
๖. จัดอบรมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke ในชุมชน						↔	
๗. สรุปผลการปฏิบัติ ข้อเสนอแนะ ที่พบนำมาปรับปรุงเพื่อพัฒนาการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน							↔

ข้อจำกัด

การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า ขาดการวางแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ กับผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องและเหมาะสม พบว่า การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีการวางแผนและการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ระบบการให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ที่ติดต่อกันหลายวัน

ข้อเสนอ

สร้างความมั่นใจกับทีมผู้ดูแลโดยอสม. ในพื้นที่ มีการกำกับติดตามและประเมินตนเองได้ว่าสามารถ ปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินผล และให้ความช่วยเหลือ แนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

แนวทางแก้ไข

๑. มีกระบวนการในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้วยการให้ผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัวมีส่วนร่วมและการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพผ่านกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการปฏิบัติและพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
๒. มีการติดตามเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ควบคุมอาการโรคร่วม ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ตามเป้าหมายของรูปแบบได้

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีรูปแบบในดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ในชุมชน โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัด จันทบุรี


๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ**เชิงปริมาณ :**

๑. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู เข้ารับการอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบทุกคน

เชิงคุณภาพ :

๑.เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ทำแบบทดสอบ Post-test ก่อนและหลังการอบรม ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐

๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ได้รับการดูแลและติดตามครบ ๑๐๐%

(ลงชื่อ).....

(นางเกศรา สิทธิประภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่)..... 30/ ส.ค. 2567

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับไว้การดูแล 25 กรกฎาคม 2567

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 27 กรกฎาคม 2567

รวมจำนวนวันที่รับไว้ดูแล 3 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน บนหน้า

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อย และมีความสำคัญมาก อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศหรือของโลก โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง จึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ถ้าได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มเป็นโรค จะช่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี มีความเป็นอยู่สุขสบาย(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2566) (สถานการณโรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก, 2566) (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2566) ความชุกโรคเบาหวานในประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 8.8 ในปี 2557 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2566)

โรงพยาบาลแก่งหางแมวมี จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2564 – 2566 = 1,349, 1,463 และ 1556 ราย (สถิติบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแก่งหางแมว, 2564-2566) ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว รับไว้ในโรงพยาบาลแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี ปี 2564-2566 จำนวนร้อยละ 1.09, 0.55, 1.02 ต้องส่งต่อ ปี 2564-2566 2, 1, 2 ราย (สถิติบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลแก่งหางแมว, 2564-2566)

โรคเบาหวาน

คือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมน ที่ชื่อว่าอินซูลิน ซึ่งโดยปกติร่างกายของคนเราจำเป็นต้องมีอินซูลิน เพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือด ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและกล้ามเนื้อ ในภาวะที่อินซูลินมีความผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของปริมาณอินซูลินในร่างกาย หรือการที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ตอบสนองต่ออินซูลินลดลง (หรือภาวะดื้ออินซูลิน) จะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำให้น้ำตาลในกระแสเลือดมากกว่าปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ชนิดเบาหวาน แบ่งเป็น 6 ชนิด โรคเบาหวาน ชนิดที่ 1, โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2, โรคเบาหวานชนิดผสมระหว่าง 1 และ 2, โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ, โรคเบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์,โรคเบาหวานที่ไม่สามารถแยกชนิดได้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2566)

การประเมินทางคลินิกเมื่อวินิจฉัยเบาหวาน

การซักประวัติ อาการและอาการแสดง ประกอบด้วย

1.1 การประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพจิต ความรอบรู้ทางสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วย

1.2 ประเมินปัจจัยที่มีผล ต่อการพิจารณา วิธีการและการรักษาโรคเบาหวาน ตามปัญหาเฉพาะบุคคล ความเสี่ยงในการเกิดน้ำตาลต่ำ ประวัติการแพทย์ และความสามารถในการเข้าถึงการรักษา

การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

1. การตรวจทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว ความดันโลหิต คลำชีพจรส่วนปลายที่เท้า และตรวจเสียงฟู่ที่หลอดเลือดคอโรติด (Carotid bruit) การตรวจผิวหนัง เท้า ฟัน เหงือก

2. ตรวจค้นหาภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต ปลายประสาท และโรคหัวใจและหลอดเลือด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เจาะเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อวัดระดับ FPG, AbA1C, total cholesterol, Triglycerides, HDL-cholesterol, LDL- cholesterol, Creatinine, eGFR, ตรวจปัสสาวะ, EKG, Chest X-ray

2. ในรายที่สงสัยไม่ใช่เบาหวานชนิดที่ 2 เช่น ผอมมาก ตัวเตี้ยควรตรวจหา C-peptide, GAD antibody

การแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ AbA1C เพื่อการวินิจฉัย

1. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในขณะอดอาหาร (FPG) ค่าปกติ < 100 mg/dl

- ภาวะก่อนเบาหวาน 110-125 mg/dl, โรคเบาหวาน FPG > 126 mg/dl

2. พลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม ค่าปกติ < 140 mg/dl

- ภาวะก่อนเบาหวาน 140-199 mg/dl, โรคเบาหวาน > 200 mg/dl

3. ระดับพลาสมากลูโคส ณ เวลาใดเวลาหนึ่งในผู้มีอาการชัดเจน โรคเบาหวาน > 200 mg/dl

4. ระดับ AbA1C ค่าปกติ < 5.7% ภาวะก่อนเบาหวาน 5.7-6.4 mg/dl โรคเบาหวาน > 6.5%

การรักษา

การให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ใหญ่

ยาที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมียารับประทานชนิดเม็ด และยาฉีด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด

1. กลุ่มที่กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลิน จากตับอ่อนเพิ่มขึ้น ได้แก่ ยากลุ่ม Sulfonylureas, non-Sulfonylureas
2. กลุ่มที่ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และยับยั้งการสร้างกลูโคสที่ตับ คือ Biguanides และ Thiazolidinediones
3. กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ Alfa – glucosidase ที่เยื่อบุลำไส้ ทำให้ชะลอการดูดซึมกลูโคสที่ลำไส้
4. กลุ่มที่ยับยั้ง Sodium- glucose co – transporter (SGLT) -2 receptor ที่ไต ทำให้เพิ่มการขับกลูโคสทิ้งทางปัสสาวะ
5. กลุ่มอินครติน ที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน และลดการหลั่ง Glucagon จากตับอ่อน เมื่อร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ยากลุ่ม DPP-4 inhibitor (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2566)

ยาฉีดอินซูลิน แบ่งเป็น 4 ชนิดตามการออกฤทธิ์

1. ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (Short acting หรือ regular human insulin) เช่น RI
2. ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate acting insulin) เช่น NPH
3. อินซูลินอนาล็อกออกฤทธิ์เร็ว (Rapid acting insulin analog) เช่น RAA เป็นอินซูลินที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน
4. อินซูลินอนาล็อกออกฤทธิ์ยาว (Long acting insulin analog) เช่น LAA และอินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์ยาวพิเศษ (Ultra -Long acting insulin analog), ULAA เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลินและเพิ่มเติมกรดอะมิโน หรือเสริมแต่งสายของอินซูลินด้วยกรดไขมัน

ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

Diabetic ketoacidosis, Hyperglycemic Hyperosmolar state, เบาหวานแทรกซ้อน ที่ ตา ไต เท้า, หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2566)

การพยาบาลโรคเบาหวาน

1. ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดง ของภาวะระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลง สูงหรือต่ำกว่าปกติ อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น มีอาการใจสั่น หัววิว คล้ายจะเป็นลม มีเหงื่อออกมากกว่าปกติ ตัวเย็นขึ้น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม สับสน หายใจตื้นซ้ำ ชักเกร็ง
2. แนะนำผู้ป่วยให้รีบบอกทันที หากพบว่ามีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หัววิว คล้ายจะเป็นลม มีเหงื่อออกมากกว่าปกติ ตัวเย็นขึ้น เป็นต้น
3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารเฉพาะโรค ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการรับประทาน อาหารที่ถูกต้อง และดูแลให้ได้รับอาหารเฉพาะโรค สังเกตและบันทึกจำนวนอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละมื้อ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การพยาบาลโรคเบาหวาน

4. ดูแลให้ได้ยาลดน้ำตาล ตามแผนการรักษา อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เช่น ยา อินซูลิน พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

5. ติดตามและบันทึกระดับน้ำตาลตามแผนการรักษาของแพทย์ (สถาบันโรคทรวงอก, 2564)

ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation : AF)

คำจำกัดความ

ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว(AF) เป็น Supraventricular Tachycardia ที่จุดกำเนิดไฟฟ้า ในหัวใจห้องบน ซึ่งเกิดจาก Atrium tissue มากกว่า 1 จุดปล่อยกระแสไฟฟ้า แบบกระจัดกระจายไม่เป็นระเบียบ ส่งผลทำให้การบีบตัวของหัวใจเสียไปโดยมีคลื่นไฟฟ้า P wave หลายรูปแบบ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี และผลกระทบของ Atrial Fibrillation คือการเกิดเลือดแข็งตัวในหัวใจห้องบนซ้าย ซึ่งมีโอกาสหลุดเข้าไปในกระแสโลหิตทำให้เกิดอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ได้

Classification

1. Paroxysmal AF = AF ที่หยุดได้ด้วยตัวเองภายใน 7 วันโดยไม่ต้องได้รับการรักษา ด้วยยา หรือการช็อกไฟฟ้า
2. Persistent AF = AF ที่ไม่สามารถหยุดได้ด้วยตนเองภายใน 7 วัน หรือหยุดได้ด้วยการรักษาด้วยยา หรือการช็อกไฟฟ้า
3. Permanent AF = AF ที่เป็นมานานติดต่อกันกว่า 1 ปี โดยอาจไม่เคยรักษาด้วยการการช็อกไฟฟ้าเลยหรือเคยแต่ไม่เป็นผลสำเร็จ
4. Recurrent AF = AF ที่เกิดซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง
5. Lone AF= ที่เกิดในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะผิดปกติทางหัวใจรวมถึงโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่แล้วจะรวมเฉพาะผู้ป่วยที่อายุ < 60ปี ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีการพยากรณ์โรคดี Classification นี้รวมเฉพาะ AF ที่เป็นมานานกว่า 30 วินาที และไม่ได้เป็นจากภาวะอื่น ที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ไทรอยด์เป็นพิษ ปอดบวม หรือหลังผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ในสถานการณ์เหล่านี้ AF เป็นปัญหารอง การรักษาควรเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาหลักของผู้ป่วย (สิรินทร์ อภิยาสวัสดิ์, ม.ป.ป.)

การประเมินผู้ป่วย

การซักประวัติ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการ อาการที่อาจมี ได้แก่ ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยเวลาออกกำลังกาย อาการที่รุนแรงขึ้น และเป็นผลจาก AF ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือด อัมพาต เป็นต้น นอกจากนี้แล้วการซักประวัติควรรวมถึงความถี่ ระยะเวลาที่เป็นและสิ่งทีอาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิด

ควรตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างละเอียด นอกจากจะพบหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอแล้ว การตรวจพบที่สำคัญได้แก่ ภาวะหัวใจโต ภาวะหัวใจล้มเหลว ลิ้นหัวใจรั่ว เป็นต้น การตรวจระบบจะช่วยเหลือเสริมในกรณีที่ AF เป็นสาเหตุรอง เช่น ในผู้ป่วยโรคปอด หรือ ไทรอยด์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การตรวจห้อง Lab

การตรวจความเข้มข้นของเลือด การทำงานของไทรอยด์ ตับและไต ควรตรวจในผู้ป่วยที่เป็น AF ครั้งแรก

การวินิจฉัยโรค

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography : ECG)

อาศัย ECG เป็นหลักลักษณะเฉพาะของ AF คือมี Atrial rhythm ที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่มี P wave ที่ชัดเจน แต่จะเห็นเป็น fibrillatory wave ที่ทั้งขนาด รูปร่างและความถี่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การตอบสนองของหัวใจห้องล่างขึ้นกับการทำงานของ AV node ส่วนใหญ่แล้วการเต้นของหัวใจห้องล่างจะเร็ว และไม่สม่ำเสมอ

ECG ยังช่วยบอกถึงความผิดปกติของหัวใจอื่น เช่น หัวใจโต หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น ในผู้ป่วย Wolf-Parkinson-White syndrome ซึ่งเกิดจากการที่มี accessory pathway เชื่อมต่อระหว่างหัวใจห้องบนและห้องล่าง pathway นี้สามารถนำกระแสไฟฟ้าได้เร็วมาก และมากกว่า AV node เมื่อเกิด Atrial Fibrillation อาจทำให้หัวใจห้องล่างเต้นเร็วมากจนเกิด Ventricular Fibrillation ภาวะนี้วินิจฉัยจาก ECG ซึ่งมี Delta waves และ Ventricular rate ที่เร็วมากๆ

การตรวจ Transthoracic Echocardiogram

ช่วยในการตรวจ ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ ขนาดของห้องหัวใจ การทำงานของหัวใจห้องล่าง และความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ ผู้ป่วยที่เป็น AF ควรได้รับการตรวจหัวใจด้วย Echocardiogram อย่างน้อยในครั้งแรกที่เป็น (สิรินทร์ อภียาสวัสดิ์, ม.ป.ป.ป)

การวิเคราะห์แยกโรค

การเต้นผิดปกติของหัวใจห้องบนชนิดอื่นอาจมีลักษณะคล้ายคลึงกับ AF เช่น Atrial flutter P wave จะมีลักษณะเป็นฟันเลื่อย หัวใจห้องบนจะเต้นสม่ำเสมอ ส่วนห้องล่างอาจไม่สม่ำเสมอขึ้นกับการทำงานของ AV node (สิรินทร์ อภียาสวัสดิ์, ม.ป.ป.ป)

การรักษา

หลักการทั่วไปในการรักษา AF

- Rate control
- Rhythm control
- Anticoagulation

การรักษา of AF in acute setting

Rate control

การควบคุมการเต้นของหัวใจไม่ให้เร็วเกินไป จะช่วยลดอาการของผู้ป่วย ซึ่งอาจรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว

1.1 Digoxin 0.25 mg. IV ให้ได้ทุก 2 ชั่วโมง ให้ได้มากที่สุด 1.5 mg. ข้อสังเกตและข้อควรระวัง ใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงในการออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงได้แก่ Ventricular Arrhythmias, AV block, sinus pause ซึ่งขึ้นกับขนาดของยาที่ใช้

1.2 Amiodarone 150 mg. IV ผลข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปอดและตับอักเสบ

2. ผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว

2.1 Calcium channel Blockers เช่น Diltiazem 0.25 mg./Kg IV ยากลุ่มนี้มีผลไปกดการบีบตัวของหัวใจ ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องกลางซ้ายบีบตัวไม่ดี

2.2 Beta Blockers เช่น propranolol 0.15 mg./kg IV มีประโยชน์ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด

3. ผู้ป่วยที่มี Accessory Pathway

การใช้ยาที่ลดการนำไฟฟ้าผ่าน AV node เช่น Calcium channel Blockers หรือ Beta Blockers จะเร่งการนำไฟฟ้าทาง Accessory Pathway ให้เร็วขึ้น ทำให้หัวใจห้องกลางเต้นเร็วมากขึ้น และอาจทำให้เกิด Ventricular Fibrillation ได้ ถ้าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติอาจให้ยา เช่น Amiodarone 150 mg. IV แต่ถ้าผู้ป่วยมีความดันต่ำควรช็อกไฟฟ้า เพื่อให้หัวใจกลับมาเต้นปกติ

Long Term Treatment

1. ป้องกันผลข้างเคียง AF ที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดเข้าไปในกระแสเลือด และไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ (thromboembolism)

2. ลดการเกิด AF ซึ่งอาจเกิดจากการที่หัวใจห้องบนเต้นเร็วมาก ทำให้เลือดเข้ามาเติมที่หัวใจห้องล่างไม่เพียงพอ (Loss of atrial kick) หรืออาจเกิดจากการที่หัวใจห้องล่างเต้นเร็วมากจนควบคุมไม่ได้ อาการเหล่านี้ได้แก่ เหนื่อยง่าย ใจสั่น หัวใจล้มเหลวเป็นต้น (สิรินทร์ อภิยาสวัสดิ์, ม.ป.ป.)

การรักษาเพื่อการควบคุมการเต้นของหัวใจ (Rate control)

ยาที่ใช้ได้แก่ Beta Blockers, Calcium channel Blockers, Digoxin, Amiodarone ในบางกรณีอาจต้องใช้ยาพร้อมกันหลายตัว เป้าหมายของการควบคุมการเต้นของหัวใจ เช่น การเต้นหัวใจขณะพัก ไม่เกิน 80 ครั้งต่อนาที

การรักษาการควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (Rhythm control)

ควรพิจารณาในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยผู้ป่วยที่มีอาการจาก AF เช่น เหนื่อยง่าย หรือ ใจสั่น หรือในผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องล่างบีบตัวไม่ดีเนื่องจากหัวใจเต้นเร็วมานาน (Tachycardia induced cardiomyopathy)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

1. การทำให้หัวใจกลับมาเต้นในจังหวะปกติ (reversion to sinus rhythm) สามารถทำได้ 2 วิธี คือ ช็อกไฟฟ้า หรือยา ถ้าผู้ป่วยอยู่เป็น AF มามากกว่า 48 ชั่วโมง หรือไม่ทราบเวลาที่เริ่มเป็น หรืออาจเป็นมาน้อยกว่า 48 ชั่วโมงแต่มีโรคคลื่นหัวใจร่วมด้วย ผู้ป่วยควรได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และมีระดับ INR 2-3 ติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์

1.1 การช็อกไฟฟ้าควรจะให้ตรงกับ QRS Complex (Synchronized Cardioversion) พลังงานที่ใช้ควรเริ่มไม่น้อยกว่า 200 J สำหรับเครื่อง monophasic 100 J สำหรับ Biphasic และควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 นาทีถ้าต้องช็อกซ้ำ

1.2 ยาที่ใช้ ได้แก่ Flecainide ,Propafenone, Amiodarone ยาเหล่านี้มีข้อห้ามการใช้ และมีผลข้างเคียงทั้งทางระบบหัวใจและระบบอื่น ผู้ป่วยจึงควรได้รับการปรึกษาและดูแลหลังให้ยา จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

1.3 การจี้ด้วยคลื่นไฟฟ้าความถี่สูง (Radio frequency Ablation) ควรพิจารณาในผู้ป่วยที่มีอาการจาก AF ที่ไม่สามารถควบคุมด้วยยาได้ หรือ ผู้ป่วยที่เป็น AF และมีภาวะหัวใจห้องล่างบีบตัวไม่ดี

การรักษา Anticoagulation

ผู้ป่วย AF ควรได้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด โดยเฉพาะถ้ามีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอัมพาต

การดูแลที่มีภาวะแทรกซ้อน AF

ผลกระทบของ Atrial Fibrillation คือการเกิดเลือดแข็งตัวในหัวใจห้องบนซ้าย ซึ่งมีโอกาสหลุดเข้าไปในกระแสโลหิตทำให้เกิดอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ได้ (สิรินทร์ อภิยาสวัสดิ์, ม.ป.ป.ป)

การพยาบาลภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว(AF)

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF โดยการประเมินอาการแรกเริ่ม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การซักประวัติ ทางคลินิกเพื่อค้นหาสาเหตุ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการใช้ยาและสารต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการใจสั่น อาการเหนื่อยง่ายเป็นๆหายๆ หน้ามืด เวียนศีรษะ บางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นลม หหมดสติ มักพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ sinus node ร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการของภาวะแทรกซ้อนของ AF เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว เส้นเลือดสมองอุดตัน (Stroke) การตรวจร่างกายที่สำคัญ คือการตรวจจังหวะและความเบาแรงของชีพจร

2. ดูแลสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนรักษาของแพทย์พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead และการตรวจบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบต่อเนื่อง เฝ้าระวังสังเกตการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา เพื่อช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์และเลือกแนวทางการรักษา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. เตรียมความพร้อมของรถ emergency และเครื่อง defibrillator ให้พร้อมใช้เสมอ
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะก่อนได้รับยา ได้แก่ การจัดเตรียมยาและบริหารยาก่อนให้ผู้ป่วยตามแผน
6. ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะขณะได้รับยา ประเมินอาการของผู้ป่วยขณะได้รับยา รายงานแพทย์ผู้ให้การรักษามือมีอาการผิดปกติที่ไม่สามารถให้ยาได้และเฝ้าระวังผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น ยา Amiodarone จะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก หลอดเลือดดำอักเสบเป็นต้นรวมทั้งการบันทึกการให้ยาในรูปแบบฟอร์มการให้ยา (Medication administration record) เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ระหว่างได้รับยา รวมไปถึงการเฝ้าติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead หรือจากจอ monitor (ดารณี เจริญรื่น และนงคณุช แนะแล้ว, 2562)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 25 กรกฎาคม 2567

วันที่รับไว้ดูแล 25 กรกฎาคม 2567

วันที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 27 กรกฎาคม 2567

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 27 กรกฎาคม 2567

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 3 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มาตรวจตามนัด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

พ.ศ. 2552 พบ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาลแก่งหางแมวและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชอยสอง รับประทานยารักษาเบาหวาน ไม่ขาดยา

พ.ศ. 2560 พบ โรคเบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาลแก่งหางแมวรับประทานยารักษาเบาหวาน ไม่ขาดยา

วันนี้มาตรวจตามนัดและรับประทานยารักษาเบาหวาน ให้ประวัติ 1 สัปดาห์ก่อนมา โรงพยาบาล มีปวดเวียนศีรษะ หน้ามืดบ่อย รับประทานยาหอมอาการทุเลา ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีใจสั่นหวิว ไม่เหนื่อย ขาไม่บวม ไม่มีแขน-ขา อ่อนแรง ปัสสาวะออกดี 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะกำลังจะไปอาบน้ำ มีอาการปวดเวียนศีรษะ ใจสั่นหวิว หน้ามืด ยังไม่ได้รับประทานยาใด จึงมาโรงพยาบาล แรกรับ FBS 247 mg/dl วัดสัญญาณชีพ Pulse rate (PR)= 118/min(irregular rhythm), Blood Pressure (BP) = 146/78 mmHg ส่งทำ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน(ต่อ)

(EKG) AF with RVR rate 151/min เวลา 09.00 ให้น้ำยา Amiodarone 150 mg IV in 30 นาที then 600 mg IV in 24 ชั่วโมง Lab เพิ่ม การตรวจ Thyroid function test (TFT) แพทย์ให้ admit วินิจฉัย Atrial Fibrillation (AF) แรกวันที่ตีผู้ป่วยใน รู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีหน้ามืดตาลาย ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีเหนื่อย ไม่มีหน้าแดง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ตรวจวัดสัญญาณชีพ Temperature 37.2 °C PR= 138/min (Irregular rhythm) RR= 20 min BP= 146/72 mmHg on Amiodarone 600 mg. IV in 24 ชม. BY infusion pump

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

พ.ศ. 2552 พบ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาลแก่งหางแมวและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชอยสอง รับประทานยาลดไขมันไม่ขาดยา

พ.ศ.2560 พบ โรคเบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาลแก่งหางแมว รับประทานยาลดไขมันไม่ขาดยา

ยารับประทานปัจจุบัน 1. AMLODIPINE 10 mg. 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง 2. LOSATAN 50 mg. 1 เม็ด 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น 3. METFORMIN 500 mg 1 เม็ด 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า 4. HYDRALAZINE 50 mg. 1 เม็ดวันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น 5. ATENOLOL 50 mg. 1 เม็ดครั้งวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า

ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่างๆ

ประวัติการสูบบุหรี่ สุรา และสารเสพติด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราและสารเสพติด

ประวัติครอบครัว ปฏิเสธโรคประจำตัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI=29.333 (แสดงถึงภาวะอ้วนมาก)

สัญญาณชีพ Temperature = 36.5 องศาเซลเซียส Pulse rate = 114/min (Irregular rhythm) Respiratory rate = 20 /min Blood Pressure = 146/78 mmHg O2 sat 97% room air

ศีรษะ : บริเวณศีรษะสมมาตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบรอยโรค ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้น สีดำ

ตา : รูปร่างปกติ ตาชั้นเดียว เปลือกตาล่างด้านในซีด รูม่านตาขยายเท่ากัน 2 ข้างขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง

หู : ใบหูทั้งสองข้าง รูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

คอ : รูปร่างปกติ ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมไทรอยด์ไม่โต มีการเคลื่อนไหวการกลืนปกติ คลำไม่พบก้อน

จมูก : จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ไม่มีแผล ได้รับกลิ่นปกติ

ทรวงอกและปอด : ทรวงอกไม่เขียว การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง หายใจไม่มีหอบ Respiratory rate = 20 /min เสียงปอด both lung Clear

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นเร็ว Pulse rate = 114/min ไม่สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur Blood Pressure = 120/72 mmHg

ระบบต่อมไร้ท่อและน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีก้อนเจ็บ

ระบบทางเดินอาหาร : คลำไม่พบตับ ม้ามโต หน้าท้องปกติ ไม่มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ขับถ่ายได้ปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ : ปัสสาวะได้เอง ไม่มีความผิดปกติใดๆของระบบสืบพันธุ์

ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : ตรวจสอบกำลังกล้ามเนื้อ Moter power ระดับ 5 ทั้งแขน ไม่มีขาบวมกดบวม

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS E4V5M6 การเคลื่อนไหวปกติ ประสาทรับความรู้สึกปกติ

การประเมินแบบแผนการดูแลตนเอง

1. สุขภาพและการดูแลสุขภาพ : มีโรคประจำตัว พ.ศ.2552 พบ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันสูง รักษาที่โรงพยาบาลแก่งหางแมวและ รพสต.ชอยสอง รับประทานยาลดไขมันลดความดัน พ.ศ.2560 พบ โรคเบาหวาน รับประทานยาลดไขมันลดความดันโลหิตสูง เข้าใจดี โรคเบาหวาน วันนี้อยู่คุมน้ำตาลไม่ได้ กินข้าวมีอยู่ 1 ½ ทัพพี มีรับประทานผลไม้บ้าง แตงโม และสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ทบียยาได้ถูก

2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร : รับประทานข้าวครบ 3 มื้อ มีอยู่ 1 ทัพพีครั้ง รับประทานผลไม้และรับประทานขนมหวานหลังทานข้าว

3. การขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ : ถ่ายอุจจาระ วันละ 1 ครั้ง ปกติไม่มีถ่ายลำบาก ปัสสาวะ วันละ 3 ครั้ง ปกติไม่มีแสบขัด

4. กิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย : การเคลื่อนไหว: ออกกำลังกายโดยยืนแกว่งแขน

5. การนอนหลับ: ตื่นเวลา 06.00น. เข้านอนเวลา 19.00 น.นอนหลับมีลุกไปห้องน้ำ 1 ครั้ง

6. เพศ และการเจริญพันธุ์ : หมดประจำเดือน ตั้งแต่อายุ 50 ปี

7. สถิติปัญหาและการรับรู้ : ไม่ได้เรียนหนังสือ สามารถบอกวันเวลา และสถานที่ได้ถูกต้อง

8. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ : การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพร่างกาย มีวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค โดยเฉพาะระดับน้ำตาล

9. บทบาทและสัมพันธภาพ : มีลูก 5 คน เสียชีวิต 3 คน เหลือ 2 คน คนพี่เป็นผู้ดูแลหลัก บุตรดูแลเรื่องกินยาที่บ้าน สามีเสียชีวิตแล้ว ทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

10. สภาพจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัวและการเผชิญความเครียด : เวลาเครียดจะท่องเที่ยว ทำบุญที่วัดเหมาะสม

11. ค่านิยมและความเชื่อ : ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ไปวัดทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา

ผลการตรวจพิเศษ/เฉพาะผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count (วันที่ 25 กรกฎาคม 2567)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
White Blood Cell	4,600-10,200 cu.mm	9,650	ปกติ
RED Blood Cell	3.5-5.5 $10^6/uL$	4.52	ปกติ
Hemoglobin	11-16 g/dl	11.7	ปกติ
Hematocrit	37-54%	35.9	ผิดปกติ
MCV	80.100 fl	79.5	ผิดปกติ
MCH	26.34 pg	25.8	ผิดปกติ
MCHC	31-37 g/dl	32.5	ปกติ
Platelet count	150,000-400,000cell/mm ³	258,000	ปกติ
Neutrophil	50-70%	79	ปกติ
Leukocytosis	20-40%	15	ปกติ

การวิเคราะห์ผล จากผลการตรวจพบว่าค่าความเข้มข้นเลือด Hct = 35.9% มีภาวะซีดเล็กน้อย , MCV = 79.5 fl ต่ำเล็กน้อย แสดงถึงภาวะโลหิตจาง , MCH = 25.8 pg ต่ำเล็กน้อย สะท้อนถึงค่า Hemoglobin ในภาวะโลหิตจาง และร่างกายไม่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัส

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Thyroid function test (วันที่ 25 กรกฎาคม 2567)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
TSH-3	0.4001-4.044490 mIU/L	1.0560	ปกติ
Free T4	0.78-2.19 mg/dl	1.75	ปกติ
Free T3	2.77-5.27 mg/dl	3.43	ปกติ

การวิเคราะห์ผล การตรวจไทรอยด์ ตรวจเพื่อค้นหาโรคเพื่อแยกออกจากภาวะหัวใจเต้นเร็ว ผลการตรวจไทรอยด์ปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ผลการตรวจพิเศษ/เฉพาะผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต่อ)

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Renal function, Fasting Blood Sugar, Electolyte

(วันที่ 25 กรกฎาคม 2567)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
Creatinine (Cr.)	0.9-1.5 mg/dl	0.79	ผิดปกติ
Fasting blood sugar (FBS)	74-100 mg/dl	247	ผิดปกติ
Potassium (K+)	3.5-5.0 mmol/L	3.99	ปกติ
Sodium (Na+)	136-145 mmol/L	125.90	ผิดปกติ
Chloride (Cl-)	98-106 mmol/L	95.20	ผิดปกติ
carbon dioxide (CO2)	22.29 mmol/L	21	ปกติ

การวิเคราะห์ผล จากผลการตรวจพบค่า Na+ต่ำ =125.90 mmol/L และค่า Cl- ต่ำ = 95.20 mmol/L จากภาวะผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย จากผลการตรวจพบค่า Creatinine ต่ำ = 0.79 mg/dl เกิดจากการกรองของเสียของไตลดลงเนื่องจากได้รับยาลดความดันโลหิตสูง ยาเบาหวาน และระดับน้ำตาล FBS 247 อยู่ในระดับสูงเนื่องจากผู้ป่วยคุมน้ำตาลไม่ได้ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารและผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง

การตรวจพิเศษ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) วันที่ 25 กรกฎาคม 2567

ผล EKG 12 lead -Atrial Fibrillation rate 151 bpm **แปลผล** มีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะจากหัวใจห้องบน (AF) อัตราการเต้นของหัวใจ 151 ครั้งต่อนาที

การวินิจฉัยของแพทย์ Final Diabetic Mellitus type II with Atrial Fibrillation

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี วันนี้มาตรวจตามนัดและรับยาต่อเนื่อง ให้ประวัติ 1 สัปดาห์ก่อนมา โรงพยาบาล มีปวดเวียนศีรษะ หน้ามืดบ่อย รับประทานยาหอมอาการทุเลา ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีใจสั่นหวิว ไม่เหนื่อย ขาไม่บวม ไม่มีแขน-ขา อ่อนแรง ปัสสาวะออกดี 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะกำลังจะไปอาบน้ำ มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่นหวิว หน้ามืด ยังไม่ได้รับประทานยาใด จึงมาโรงพยาบาล แรกรับที่คลินิกเบาหวาน เวลา 08.00 น. ตรวจ FBS 247 mg/dl วัดสัญญาณชีพ Pulse rate = 118/min (Irregular rhythm), Blood Pressure = 146/78 mmHg เวลา 08.50 น. ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead (EKG) AF with RVR rate 151/min เวลา 09.00 ให้ยา Amiodarone 150 mg IV in 30 นาที then 600 mg. IV in 24 ชั่วโมง Lab เพิ่ม การตรวจ Thyroid function test (TFT) แพทย์ให้ admit วินิจฉัย Atrial Fibrillation (AF)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

วันที่ 25 ก.ค.67 แกร็บที่ตึกผู้ป่วยใน เวลา 10.30 น. รู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีหน้ามืดตาลาย ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่เหนื่อย ไม่มีหน้าแดง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ตรวจวัดสัญญาณชีพ Pulse rate = 138/min (Irregular rhythm) Blood Pressure = 146/72 mmHg Temperature 37.2 °C Respiratory rate 20 /min on Amiodarone 600 mg. IV in 24 ชม. By infusion pump On Monitor EKG Record I/O ให้ยา รับประทานตามแผนการรักษา Pulse rate = 126-132/min DTX อยู่ในช่วง 126-167 mg% ติดตามวัดสัญญาณชีพ เวลา 22.00 น. Blood Pressure 133/64 mmHg ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ Pulse rate 116-122 /min (Irregular rhythm) ไม่พบอาการข้างเคียงยา Amiodarone รู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย หายใจไม่เหนื่อย Both Lung Clear ไม่มีเจ็บอก ไม่มีใจสั่น ไม่มีบวม นอนหลับได้

วันที่ 26 กรกฎาคม 2567 เวลา 06.00 น. Temperature = 36 °C Pulse rate = 122/min (Irregular rhythm) Respiratory rate =20/min Blood Pressure 148/68 mmHg O2 Sat Room air 100 % ไม่พบอาการข้างเคียงยา Amiodarone รู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีเจ็บอก ไม่มีใจสั่น ไม่มีบวม เวลา 07.00 น. เจาะ DTX= 234 mg% ฉีด RI 2 U SC ตามแผนการรักษา Intake = 640 ml /Out put = 600 ml (BW. 66 kg x 0.5 mlx 24 hr.=792 ml ต่อวัน) เวลา 10.40 น. แพทย์ตรวจเยื่อมอาการ ไม่มีอาการใจสั่น ไม่ปวดศีรษะ ไม่เวียนศีรษะ ไม่เหนื่อย ไม่แน่นหน้าอก Pulse rate = 78-80 /min ติดตามผล TFT normal แพทย์วินิจฉัย AF เวลา 09.00 น. ยา Amiodarone หมดแพทย์ให้ off ยา ระดับ DTX อยู่ในช่วง 132-192 mg%, เวลา 22.00 น. Temperature = 36.7 °C, Pulse rate = 70-76/min (Irregular rhythm, Respiratory rate =20/min Blood Pressure 110/54 mmHg O2 Sat RA 97 % รู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย หายใจไม่เหนื่อย Both Lung Clear ไม่มีเจ็บอก ไม่มีใจสั่น ไม่มีบวม ตัวสั้นเวลาทำกิจกรรมเล็กน้อย ลูกนั่งทำกิจกรรมบนเตียง

วันที่ 27 กรกฎาคม 2567 เวลา 06.00 น. Temperature = 37 °C Pulse rate = 74 /min(Irregular rhythm) Respiratory rate =20/min Blood Pressure 119/55 mmHg O2 Sat Room air วัดได้ 96 % นอนหลับได้ รู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย หายใจไม่เหนื่อย Both Lung Clear ไม่มีเจ็บอก ไม่มีใจสั่น ไม่มีบวม DTX เวลา 07.00 น. วัดได้ 92 mg% Intake = 1,400 ml/Out put = 1,500 ml (BW. 66 kg x 0.5 mlx 24 hr.=792 ml ต่อวัน) เวลา 11.57 น. แพทย์ตรวจเยื่อมอาการ ไม่มีใจสั่น Pulse rate = 80 /min TFT normal DX AF เวลา 12.29 น. Temperature = 36.4 °C Pulse rate = 82/min(Irregular rhythm) Respiratory rate =20/min, Blood Pressure 117/59 mmHg O2 Sat Room air วัดได้ 98 % แผนจำหน่าย แพทย์ให้กลับบ้าน ยากลับบ้าน Amlodipine 10 mg 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Losartan 50 mg 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น Metformin 500 mg 1/2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น Hydralazine 50 mg 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น Atenolol 50 mg 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า F/U 4 สัปดาห์ (22 สิงหาคม 2567) คลินิกเบาหวาน EKG,FBS

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะหัวใจบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ cardiac output ลดลงจากภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะปัญหา Hyperglycemia เนื่องจากไม่สามารถควบคุมโรคได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 แผนจำหน่ายโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะหัวใจบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ cardiac output ลดลงจากภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม
2. ครั้งแรกชีพจร 138 ครั้งต่อนาที (Irregular rhythm),
3. ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) Atrial Fibrillation rate 151 bpm
4. ปลายมือปลายเท้าเย็นเล็กน้อย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (CO) เพียงพอกับความต้องการร่างกาย

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะลดลง ไม่มีอาการหน้ามืด ไม่มีใจสั่น
2. การเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60 ถึง 100 ครั้งต่อนาที
3. ปลายมือปลายเท้าอุ่น คลำชีพจรส่วนปลายได้แรงดี
4. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ Amiodarone

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะ cardiac output ลดลงได้แก่
 - 1.1 ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน จากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ
 - 1.2 ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill < 3 วินาที (จาก poor perfusion)
 - 1.3 ปัสสาวะออกน้อย < 0.5 ml/kgs/hrs.
2. ดูแลให้ยาตามแผนรักษา Amiodarone ดูแลเฝ้าระวังดูแลเฝ้าระวังยาตามเกณฑ์โรงพยาบาลแห่งทางแมว เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ มึนงง ติดตาม HR, BP หลังให้ยา ทุก 15 นาที 3 รอบ และติดตาม EKG Monitor ระหว่างให้ยา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

3.ติดตามและสังเกตการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบต่อเนื่อง (EKG monitor) และรายงานแพทย์เมื่อพบหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เช่น Pulse less ,VT,VF

4.ดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากการบีบตัวของหัวใจลดลง ได้แก่ เหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ฟังปอดมีเสียง Crepitation ปลายมือปลายเท้าบวม

5.ประเมินและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วอย่างต่อเนื่อง ถ้า < 94 % ให้ออกซิเจนทันที

6.ผลของความไม่สมดุลของแร่ธาตุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นการเกิดโรคหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ เจาะ

Electrolyte

7.บันทึกสัญญาณชีพ 15 นาทีจำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงเมื่อมีอาการคงที่ หากอาการไม่คงที่ วัดทุก 5 นาที ถ้า คงที่ ทุก 1 ชั่วโมง

8.เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ คือ รถฉุกเฉิน defibrillation ต้องให้พร้อมใช้งาน

9.ดูแลให้พักผ่อน และจำกัดกิจกรรมที่จะกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

10.แนะนำเรื่องอาหารงดเครื่องดื่ม ชา กาแฟ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง ไม่ควรอดนอน และภาวะเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นการเกิดโรค

11.ติดตามปัสสาวะทุก 8 ชม ถ้าออกน้อยกว่า 0.5 ml/kgs/hr รายงานแพทย์

ประเมินผล

ขณะได้รับยา Amiodarone ไม่พบภาวะแทรกซ้อน รู้สึกตัวดี Pulse rate = 78-80 /min Pressure 133/64 mmHg ไม่มีใจสั่น ไม่มีอาการแสดงของภาวะcardiac output ลดลง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวปกติ pulse rateปกติ O2 Sat.100% ปริมาณ I/O (น้ำหนักตัว62 kg x 0.5x24 ชั่วโมง =744 ml.) วันที่ 24 มิถุนายน 2567 Intake 900 ml Output วันที่ 25 มิถุนายน 2567 Intake 2,300 ml Output 2,400 ml
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีปัญหา Hyperglycemia เนื่องจากไม่สามารถควบคุมโรคได้

ข้อมูลสนับสนุน

1.FBS 247 mg/dl

2.BMI=29.333 (น้ำหนักอ้วนมาก)

วัตถุประสงค์

1.สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

2.ผู้ป่วยปลอดภัยจากระดับน้ำตาลในเลือดที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น Hypoglycemia , Hyperglycemia

3.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและปฏิบัติตามได้

เกณฑ์ประเมินผล

1.ระดับน้ำตาลกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ ปกติ 80-110 mg/dl

2.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามบอกได้ ไม่สับสน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดง ของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง สูงหรือต่ำกว่าปกติ แบบต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำ เช่น ใจสั่น หัววิ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ซึม สับสน หายใจตื้นซ้ำ ชักเกร็ง
- 2.แนะนำผู้ป่วยให้รีบบอกทันทีถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หัววิ จะเป็นลม
- 3.ประเมินความรู้ผู้ป่วย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ อาหารเฉพาะโรค จัดบันทึกอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน
- 4.อาหารแลกเปลี่ยน คือ อาหารที่แบ่งออก 6 หมวด โดยในหมวดเดียวกันให้พลังงาน และสารอาหารที่ใกล้เคียงกัน อาหารในหมวดเดียวกันหรือต่างกันสามารถแลกเปลี่ยนได้ หน่วยนับอาหารแลกเปลี่ยนเรียกว่า “ส่วน” ซึ่งแต่ละส่วนมีปริมาณอาหารต่างกันตามหมวดอาหารนั้นๆ เช่น รับประทานอาหาร 25-60 ปีใช้พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี
 - 1.หมวดข้าว-แป้ง ข้าวขาว 1 ส่วน =1 ทัพพี มีคาร์โบไฮเดรต 18 กรัม โปรตีน 2 กรัม ไม่มีไขมัน ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี
 - 2.หมวดผลไม้ ผลไม้ 1 ส่วน =1 กำปั้นมือ/จานเล็ก มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี
 - 3.หมวดผัก ผักต่างๆ 1 ส่วน = ผักสุก 1 ทัพพี / ผักดิบ 2 ทัพพี แบ่งเป็น
 - 3.1 ประเภท ก ผักให้พลังงานต่ำมาก ไม่คิดพลังงาน เช่น ผักกาดขาว ผักกาดสลัด มะเขือยาว ผักกวางตุ้ง
 - 3.2 ประเภท ข ผัก 1 ส่วนให้ คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม ให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรีเช่น ถั่วฝักยาว ดอกแค
 - 4.หมวดเนื้อสัตว์ เนื้อสัตว์ 1 ส่วน = เนื้อสุก 30 กรัม กิน 2 ซ้อนกินข้าว มี โปรตีน 7 กรัม แบ่งเป็น
 - 4.1ชนิดที่ 1 เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมากให้พลังงาน 35 กิโลแคลอรี เช่น กุ้งตัวกลาง เนื้อปลา เนื้ออกไก่
 - 4.2 ชนิดที่ 2 เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ให้พลังงาน 55 กิโลแคลอรี เช่น ลูกชิ้นหมู/ไก่
 - 4.3 ชนิดที่ 3 เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง ให้พลังงาน 75 กิโลแคลอรี เช่น ไช้ไก่ทั้งฟอง
 - 4.4 ชนิดที่ 3 เนื้อสัตว์ไขมันสูง ให้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี เช่น หมูสับ 5-6 ก้อน
 - 5.หมวดน้ำมัน ให้กินปริมาณน้อย ที่จำเป็น
- 5.ดูแลให้ได้รับยาลดน้ำตาลตามแผนรักษา เช่น ยา Insulin พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงยา
- 6.ติดตาม DTX Premeal , hs Keep 80-200 mg% on RI scale if DTX 201-250 mg% add RI 2 U SC , if DTX 251-300 mg% add RI 4 U SC, if DTX 301-350 mg% add RI 6 U SC, if DTX 351-400 mg% add RI 8 U SC, if DTX < 80 mg% or DTX > 400 mg% please notify มือก่อนนอน เปลี่ยนเป็น NPH แทน RI
- 7.แนะนำเรื่องออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว

เกณฑ์ประเมินผล

- 1.ระดับน้ำตาลกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ ปกติ 80-110 mg/dl
วันที่ 26 กรกฎาคม 2567 DTX เวลา 7.00 น. = 234 mg/dl add RI 2 U sc
วันที่ 27 กรกฎาคม 2567 DTX เวลา 7.00 น. = 92 mg/dl
- 2.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามบอกได้ ไม่สับสน
- 3.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและปฏิบัติตามได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 แผนจำหน่ายโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก DM(กพ.60), HT, DLP (ปี 52) ทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่วน AF เป็นครั้งแรก
2. นอนโรงพยาบาลเมื่อ 22 มิถุนายน 2567 ด้วย fever

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพิ่มขึ้น
2. ไม่ re admit

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพิ่มขึ้น
2. ไม่ re-admit

กิจกรรมการพยาบาล

1.แนะนำในเรื่องรูปแบบ M-E-T-H-O-D model ได้แก่ การให้ความรู้ เรื่องโรค (Disease)โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากเส้นเลือดมีความเสื่อมตามวัย โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน หลังฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะจากหัวใจห้องบน(AF) สาเหตุเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ไทรอยด์เป็นพิษ

2.ยาที่ใช้ (Medicine) ยาที่ใช้โรคความดันโลหิตสูง เช่น Amlodipine 10 mg 1เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า ระวังอาการข้างเคียงมือ เท้า บวม โรคเบาหวาน Metformin 500 mg อากาศข้างเคียง ไตวาย ยาโรคภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะจากหัวใจห้องบน(AF) แพทย์ยังไม่สั่งยากลับบ้าน

3.แนวทางรักษา (Treatment) โดยให้ความรู้แบบเข้าใจง่าย โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ให้อาลดความดันลดระดับน้ำตาล คุมอาหาร ออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อนของโรค โรคความดันโลหิตสูง คือ เส้นเลือดสมอง แตก ตีบ ตัน โรคเบาหวาน แทรกซ้อน ตา ไต ปัญหาที่เฝ้าจากเบาหวาน โรคหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะจากหัวใจห้องบน(AF) ภาวะแทรกซ้อนคือ เส้นเลือดในสมองอุดตัน

4.การมาตรวจตามนัด (Out patient) การให้ความสำคัญการมาตรวจตามนัด นัดล่าสุดผู้ป่วย 25 กรกฎาคม 2567

5.(Diet) อาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะจากหัวใจห้องบน (AF) อาหารงด อาหารเค็ม เช่น กะปิ น้ำปลา อาหารมัน เช่น แกงกะทิ เครื่องใน ชีส เค้ก โรคหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะจากหัวใจห้องบน (AF) งด ชา กาแฟ ซ็อกโกแลต และการออกกำลังกาย แบบเดินหรือเดินเร็ว

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพิ่มขึ้น
2. ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยถามว่าตนเองจะหายเป็นปกติไหม และจะต้องรักษาอีกนานเท่าใด

วัตถุประสงค์ :

- 1.ผู้ป่วยคลายความกังวลลง

เกณฑ์ประเมินผล

- 1.ลดความวิตกกังวลและความกลัว
- 2.ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินการตอบสนองทางอารมณ์
- 2.ให้ญาติสามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอด เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล
- 3.จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ให้เวลาผู้ป่วยพักผ่อน ทุกครั้งที่ทำกิจกรรมใดๆ หรือการรักษาใดๆ อธิบาย

ให้ผู้ป่วยฟังเสมอ

- 4.แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง สวดมนต์ เป็นต้น ให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายเลือก

ประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยบอกความวิตกกังวลและความกลัวลดลง
- 2.ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี
- 3.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและปฏิบัติตามได้

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.2.1 คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจเป็นกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ร่วมกับ ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ที่มารับบริการตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแก่งหางแมว จำนวน 1 ราย
- 4.2.2 ศึกษา ค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับโรค จากเอกสารวิชาการ
- 4.2.3 เขียนกรณีศึกษา ด้วยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ การเจ็บป่วยปัจจุบัน ฯลฯ
- 4.2.4 วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลตามปัญหา
- 4.2.5 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้
- 4.2.6 ประเมินผลการพยาบาล
- 4.2.7 ติดตามประเมินผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการจำหน่าย
- 4.2.8 มีการเผยแพร่ผลงานภายในโรงพยาบาล เผยแพร่ทางวารสาร ทางเว็บไซต์วิทยาลัยพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

4.3 เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ร่วมกับ ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตรงตามมาตรฐาน ส่งต่อรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ร่วมกับ ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว จำนวน 1 ราย รับไว้ในโรงพยาบาลและรับไว้ในความดูแล แรกรับวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 เวลา 09.41 น.ถึง วันที่ 27 กรกฎาคม 2567 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลา 3 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ได้คุณภาพตามมาตรฐานผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ร่วมกับ ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว
3. เป็นเอกสารข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและนักศึกษาที่สนใจ
4. เป็นแนวทางในการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการได้รับบริการ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลตนเองค่อนข้างยากและใช้เวลานาน และยังคงจำเป็นต้องได้รับการดูแลสหสาขาวิชาชีพด้วย บางครั้งการรักษาจะไม่ครอบคลุมในครั้งเดียว ดังนั้นจึงต้องส่งต่อให้ รพสต.ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงสำคัญ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาให้การพยาบาลได้ทันที่ อาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเอง ขาดความรู้และไม่ตระหนักในการดูแลตัวเองมีอาการเวียนหัวใจสั่นบ่อย ไม่รับมาโรงพยาบาล รอจนถึงวันนัด จึงมา และจากผู้ป่วยทำอาหารรับประทานเอง ชอบรับประทานหวาน อาหารที่รับประทานจึงมีรสชาติหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

- 1.พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในการประเมิน ประเมินซ้ำ เพื่อป้องกันและรักษาได้อย่างทันท่วงที
- 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในที่อย่างสม่ำเสมอ ให้มีความรู้ความสามารถอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานอย่างรวดเร็วจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที
- 3.ควรมีการนิเทศงานในเรื่องแนวทางให้ยาเสียงสูง Amiodarone

10. การเผยแพร่ผลงาน

ยังไม่ได้เผยแพร่


11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวพัชรีญาพร ทรงขำ สัดส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวพัชรีญาพร ทรงขำ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 4 / กย. / 2567

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายพรหมมาตร์ ปฏิสังข์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลแก่งหางแมว

(วันที่) 4 / ก.ย. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายอภิสิทธิ์ ดุจวรรณ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งหางแมว

(วันที่) 4 / ก.ย. / 67

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)

(.....(นายอภิรักษ์ พิเศษอารมณ์).....)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) 74 ก.ย. 2567

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ระดับชำนาญการพิเศษ

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) สำหรับพยาบาลที่ตึกผู้ป่วยใน
2. หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF) เป็นภาวะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเต้นเร็วกว่าปกติที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ อัตราความรุนแรงจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือเส้นเลือดในสมองอุดตัน (Stroke) และพบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของคนปกติ ผู้ป่วยมีอัตราการเข้าโรงพยาบาลและภาวะทุพพลภาพมากขึ้น

จำนวนผู้ป่วย ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติจากหัวใจห้องบน Atrial Fibrillation (AF) รับผิดชอบในโรงพยาบาลแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี ปี 2564-2566 จำนวนร้อยละ 16.5, 17.3, 17.5 ราย ปี 2567 ส่งต่อ 1 ราย แนวทางที่จะจัดทำเรื่องนี้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล แนวทางบริหารยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF) เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในนำเอาความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิต และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยใน ต้องให้การดูแลทุกกลุ่มโรค เว้นสูติศาสตร์ ผู้ป่วยจะมีทั้งทั่วไปและวิกฤต เราต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลประกอบไปด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวิเคราะห์และระบุปัญหา การวางแผนทางการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล โดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์บูรณาการให้เกิดความรู้เพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ทันต่อที่กับอาการที่เปลี่ยนแปลงเพื่อไม่ให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยหรือก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งการเฝ้าระวังติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) สำหรับพยาบาลที่ตึกผู้ป่วยใน เนื้อหาจะครอบคลุมพยาธิสรีระวิทยาของการเกิด Atrial แนวทางการดูแลผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) สำหรับพยาบาลที่ตึกผู้ป่วยใน เนื้อหาจะครอบคลุมพยาธิสรีระวิทยาของการเกิด Atrial Fibrillation (AF) ระบาดวิทยา การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและกระบวนการพยาบาล ระบาดวิทยา การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและกระบวนการพยาบาล

แนวคิด

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) สำหรับพยาบาลที่ตึกผู้ป่วยใน เนื้อหาจะครอบคลุมพยาธิสรีระวิทยาของการเกิด Atrial Fibrillation (AF) ระบาดวิทยา การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและกระบวนการพยาบาล ซึ่งได้มีการศึกษาจากเอกสารต่างๆ มากมายแล้วสรุปมา 1 เล่ม

ข้อเสนอแนะ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead และการตรวจบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบต่อเนื่อง เผื่อระวังสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา เพื่อช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์และเลือกแนวทางการรักษาเตรียมความพร้อมของรถ emergency และเครื่อง defibrillator ให้พร้อมใช้เสมอบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงนอกจากจะใช้ประเมินชนิดของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องแล้วยังสามารถบ่งชี้ถึงพยาธิสภาพในส่วนอื่นของหัวใจด้วย นอกจากนี้เราต้องมีการติดตามผลเลือดตลอดเวลา และโรงพยาบาลชุมชน 30 เติงยังไม่มีห้องชันสูตรนอกเวลา จึงอยากให้ทางโรงพยาบาลมีห้องชันสูตรนอกเวลาด้วย จะได้ประเมินผู้ป่วยเวลาวิกฤตได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1.จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) สำหรับพยาบาลที่ตึกผู้ป่วยใน
ระยะเวลาดำเนินการ.

ตุลาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากห้องสมุดและเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง
2. วางแผนเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน
3. ดำเนินการตามขั้นตอน
 - 3.1 หาข้อมูลโรค Atrial Fibrillation (AF) การรักษา การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน
 - 3.2 จัดทำเอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) 1 เล่ม
4. ติดตามการดำเนินงานหลังใช้แนวทางนี้

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลที่ตึกผู้ป่วยในมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) 1 เล่ม

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. แนวทางดูแลผู้ป่วย Atrial Fibrillation (AF) 1 เล่ม

(ลงชื่อ) 

(นางสาวพัชรีญาพร ทรงข้า)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 4 / กย. / 2567

ผู้ขอประเมิน