

ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้ คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๗ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จำนวน ๔ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางนีรนุช สุริยะรังษี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒.	นางบุษรา สมตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแหลมสิงห์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๓.	นางพจนีย์ ปั้นชู	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งน้ำร้อน ตำบลโป่งน้ำร้อน
๔.	นางสาวรัชนี แสงมาลา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลเกาะเปริด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลนายายอาม กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		
๑	นางนีรนุช สุริยะรังษี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๗๕๔๔	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๒๗๕๓๙	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี” **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** “การพัฒนาการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนายายอาม ปี ๒๕๖๘” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๘๐ %

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแหลมสิงห์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลแหลมสิงห์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม		
๒	นางบุษรา สมตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๗๓๖๙	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๒๗๓๖๙	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน” **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐ %

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโป่งน้ำร้อน ตำบลโป่งน้ำร้อน		จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโป่งน้ำร้อน ตำบลโป่งน้ำร้อน		
๓	นางพจนีย์ ปั้นชู	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	๒๗๒๓๔	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๒๗๒๓๔	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบและมีภาวะติดเตียง ในชุมชน” **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐ %

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลเกาะเปริด		จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลเกาะเปริด		
๔	นางสาวรัชนี แสงมาลา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	๑๔๕๘๘๖	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๑๔๕๘๘๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้” **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** “การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐ %

เอกสารแนบท้ายประกาศคกก.ประเมินบุคคลฯ
ลำดับที่ ๑ นางนีรนุช สุริยะรังษี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๘ เดือน (๑ มกราคม ๒๕๖๗ – ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

๑. โรคเบาหวาน

๑.๑ ชนิดของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งโรคเบาหวานออกเป็น ๖ ชนิดดังนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖)

๑. โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (Type ๑ diabetes mellitus, T๑DM) เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินหรือเบาหวานในเด็ก พบในเด็กหรือผู้ที่มีอายุน้อย ส่วนใหญ่รูปร่างไม่อ้วนมีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรงปานกลางถึงมาก เกิดจากเบต้าเซลล์ (β- cell) ถูกทำลายเป็นประจำจนไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้ทำให้ร่างกายขาดอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนช่วยนำกลูโคสจากระบบไหลเวียนเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อในประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ ร้อยละ ๓.๔

๒. โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Type ๒ diabetes mellitus, T๒DM) เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือจากการดื้อต่ออินซูลินเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือประมาณร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดมักพบในคนอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายสำหรับคนเอเชีย ≥ ๓๐ กก./ตร ม.) อาจไม่มีอาการผิดปกติหรืออาจมีอาการ เช่น ปัสสาวะมากกระหายน้ำบ่อยดื่มน้ำมาก อ่อนเพลียน้ำหนักลด อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในพ่อแม่หรือพี่น้องโดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่ออายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวมากขึ้น ขาดการออกกำลังกาย และพบมากในหญิงที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๓. โรคเบาหวานชนิดผสมระหว่างชนิดที่ ๑ และ ๒ (hybrid from diabetes) มีลักษณะก้ำกึ่งระหว่างเบาหวานชนิดที่ ๑ และชนิดที่ ๒ ได้แก่โรคเบาหวาน slowly evolving immune mediated diabetes และโรคเบาหวาน ketosis prone type ๒ diabetes slowly evolving immune mediated diabetes เดิมโรคนี้ถูกเรียกว่า latent autoimmune diabetes in adult (LADA) แต่เนื่องจากโรคนี้สามารถพบได้ในเด็กและวัยรุ่นและมีอาการทางคลินิกคล้ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อย่างไรก็ตามเบต้าเซลล์ของตับอ่อนจะเสื่อมเร็วกว่า จึงจำเป็นต้องให้อินซูลินเร็วกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ketosis prone type ๒ diabetes ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้มักมาพบแพทย์ด้วยภาวะเลือดเป็นกรด สารเคโตคั่งโดยไม่มีภาวะ stress ที่รุนแรงร่วมด้วย ต่อมาความต้องการอินซูลินจะลดลง บางรายไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นเวลาหลาย ๆ ปี กลไกลการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกิดโรค เชื่อว่ามีความผิดปกติของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนในการหลั่งอินซูลินอย่างรุนแรงชั่วคราวเป็นระยะเวลาสั้น ๆ และสามารถฟื้นตัวสู่ระยะสงบได้ โรคเบาหวานชนิดนี้ ตรวจไม่พบ autoantibodies ต่อเบต้าเซลล์ของตับอ่อน

๔. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะอื่น (Other specific types of diabetes due to other causes) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจนได้แก่โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติบนสายพันธุกรรมเดี่ยวจากการทำหน้าที่ของเบต้าเซลล์ (β- cell) การออกฤทธิ์ของอินซูลินบกพร่องโรคของตับอ่อนการได้รับยาหรือสารเคมี เช่น ยาที่ใช้รักษาโรคเอดส์หรือหลังจากการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ

๕. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus: GDM) เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกในหญิงมีครรภ์ แบ่งได้เป็น ๒ ชนิดคือ โรคเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดเข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานในคนที่ไม่ตั้งครรภ์จะมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเท่ากับหรือมากกว่า ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือน้ำตาลที่สองชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส ๗๕ กรัม เท่ากับหรือมากกว่า ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือระดับ A๑C เท่ากับหรือมากกว่า ๖.๕ % และโรคเบาหวานที่เกิดจากการตั้งครรภ์ เกิดจาการที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์จากปัจจัยจากรก หรือตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ตามความต้องการ

๖. โรคเบาหวานที่ไม่สามารถแยกชนิดได้เมื่อได้รับการวินิจฉัย (unclassified diabetes) การระบุชนิดของโรคเบาหวาน อาศัยลักษณะทางคลินิกและการดูแลรักษาเป็นหลัก หากไม่สามารถระบุได้ชัดเจนในระยะแรกให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถแยกชนิดได้

๑.๒ การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,๒๕๖๖)

การตรวจคัดกรอง (screening test) โรคเบาหวาน มีประโยชน์ในการค้นหาผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานหรือผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ยังไม่มีอาการ เพื่อให้ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวาน หรือให้การรักษาอย่างเข้มงวดตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งได้ผลดีในการควบคุมโรคเบาหวาน อาจทำให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) และการควบคุมเบาหวานได้ดีสามารถลดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน การกำหนดแนวทางในการตรวจคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงและความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ให้มีความครอบคลุมและสามารถดำเนินการได้ตามบริบทของประเทศไทย และควรมีการตรวจยืนยันเพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงหรือเป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างจริงจัง การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานประกอบด้วย

๑. การคัดกรองในประชาชนทั่วไป (general population screening) เป็นการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน เพื่อเข้าสู่กระบวนการคัดกรองขั้นต่อไป

๒. การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงสูง (high risk screening) เป็นการคัดกรองผู้ที่มีโอกาสที่จะเกิดโรคเบาหวานสูงด้วยวิธีการตรวจที่มีความจำเพาะสูง เพื่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยหรือการรักษาต่อไป

แนวปฏิบัติในการประเมินความเสี่ยงและการคัดกรองโรคเบาหวาน

แนวทางนี้ใช้เพื่อการประเมินและคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และภาวะก่อนเบาหวานสำหรับประชากรผู้ใหญ่ทั่วไปและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยไม่รวมหญิงขณะตั้งครรภ์ ประเมินโดยใช้คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของคนไทย (Thai diabetes risk score) สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง หรือการประเมินบุคคลเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะ/โรคที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

ขั้นตอนที่ ๑ การประเมินความเสี่ยง

๑.๑ การประเมินโดยใช้คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของไทย

๑.๒ ประเมินผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีภาวะหรือโรคที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยหากพบมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ถือว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ให้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน

- มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป
- อ้วน และมี พ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง เป็นโรคเบาหวาน
- เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือกำลังรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต
- มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ระดับไตรกลีเซอไรด์ ≥ ๒๕๐ มก./ดล. และ/หรือ เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล < ๓๕ มก./ดล.)
- มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวเกิน ๔ กิโลกรัม
- เคยได้รับการตรวจพบเป็น impaired glucose tolerance (IGT) หรือ impaired fasting glucose (IFG)
- มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)
- ผู้หญิงที่มีกลุ่มอาการถุงน้ำรังไข่หลายใบ (polycystic ovarian syndrome)
- ผู้ที่ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน เช่น เป็นโรคอ้วนรุนแรง (morbid obesity) มี acanthosis nigricans
- ผู้ที่เป็น HIV/AIDS

ตารางที่ ๑ การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานใน ๑๐ ปีข้างหน้า โดย Diabetes risk score (DRS) จากฐานข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒

ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒**		คะแนนความเสี่ยง	
		ไม่มี FPG	มี FPG
อายุ	๓๕ - < ๔๕ ปี	๑	๑
	๔๕ – ๔๙ ปี	๒	๒
	๕๐ – ๕๙ ปี	๓	๓
	ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป	๔	๔
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	ต่ำกว่า ๒๓ กก./ตร.ม.	๐	๐
body mass index, BMI (kg/m^2)	๒๓ – ๒๗.๔๙ กก./ตร.ม.	๑	๑
	ตั้งแต่ ๒๗.๕ กก./ตร.ม. ขึ้นไป	๓	๓
รอบเอวต่อความสูง	≤ ๐.๕	๐	๐
(waist to height ratio)	> ๐.๕ – ๐.๖	๓	๓
	> ๐.๖	๕	๕
ความดันโลหิตสูง (mmHg)	ไม่มี	๐	๐
	เป็น (๑๒๐ - <๑๔๐/๙๐)	๒	๒
	เป็น (≥ ๑๔๐/๙๐)	๔	๔

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๑ การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานใน ๑๐ ปีข้างหน้า โดย Diabetes risk score (DRS) จากฐานข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒**		คะแนนความเสี่ยง	
		ไม่มี FPG	มี FPG
ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ หรือน้อง)	ไม่มี	๐	๐
	มี	๒	๒
น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose, FPG)	< ๑๐๐ มก./ดล.		๐
	๑๐๐ – ๑๒๕ มก./ดล.	-	๕
	คะแนนรวม	๑๘	๒๓
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานใน ๑๐ ปีข้างหน้า			
	น้อย (๐-๕%)	≤ ๖	≤ ๗
	น้อย-ปานกลาง (๖-๑๐%)	๗-๙	๘-๑๐
	ปานกลาง-สูง (๑๑-๒๐%)	๑๐-๑๒	๑๑-๑๔
	สูง (๒๑-๓๐%)	๑๓-๑๔	๑๕-๑๖
	สูงมาก (≥ ๓๐%)	≥ ๑๕	≥ ๑๗

ผลการประเมินด้วยคะแนนความเสี่ยงหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและคำแนะนำ

๑. ผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยงน้อยกว่า ๘ คะแนน และไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานต่ำ ให้ทำแบบประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองทุก ๕ ปี จนอายุ ๓๕ ปี

๒. ถ้ามีคะแนนความเสี่ยงเท่ากับหรือมากกว่า ๘ คะแนน หรือ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานข้อใดข้อหนึ่ง ให้เข้าสู่ขั้นตอนการประเมินด้วยการตรวจเลือด ถ้าผลการตรวจเลือดปกติ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานปานกลาง ให้ทำแบบประเมินตนเองทุก ๓ ปี

ขั้นตอนที่ ๒ การตรวจเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

วิธีการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวานทำโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ขึ้นอยู่กับศักยภาพของสถานพยาบาล และลักษณะทางคลินิกของผู้เข้ารับบริการตรวจที่อาจมีผลต่อการแปลผลการตรวจ

๒.๑ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

- การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose, FPG, venous blood) โดยตรวจเลือดจากหลอดเลือดดำ หรือ
- การตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้วขณะอดอาหาร (fasting capillary blood glucose, FCBG)

ผลการประเมินและคำแนะนำ

- ถ้าระดับ FPG (หรือ FCBG) ≥ ๑๒๖ มก./ดล. ถือว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเป็นเบาหวาน (possible diabetes mellitus) ให้ตรวจยืนยันด้วย FPG อีกครั้งหนึ่งในวันหรือสัปดาห์ถัดไป ถ้าพบว่า FPG ≥ ๑๒๖ มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคเบาหวาน
- ถ้าระดับ FPG มีค่า ๑๐๐-๑๒๕ มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose; IFG) มีภาวะก่อนเบาหวาน (prediabetes) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานโดยถ้า

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

• FPG เท่ากับ ๑๐๐-๑๐๙ มก./ดล. ให้เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามด้วยการตรวจ FPG เป็นประจำทุกปี

• FPG เท่ากับ ๑๑๐-๑๒๕ มก./ดล. ให้ตรวจด้วยการทำ OGTT หรือการตรวจ

- ถ้าระดับ FPG น้อยกว่า ๑๐๐ มล./ดล. ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานปานกลาง ให้ติดตามการตรวจ FPG ทุก ๓ ปี

๒.๒ การตรวจความทนต่อกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test; OGTT) มาตรฐานคือใช้กลูโคส ๗๕ กรัม ละลายในน้ำ ๒๕๐ – ๓๐๐ มล. ให้ตรวจในกรณีต่อไปนี้

- ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานสูงที่มี FPG ๑๑๐ – ๑๒๕ มก./ดล.
- ผู้หญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ GDM หรือมีทารกน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ให้ตรวจหลังคลอดบุตร ๔ ถึง ๖ สัปดาห์
- ผู้ที่มีลักษณะดื้อต่ออินซูลิน เช่น เป็นโรคอ้วนรุนแรงและมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน มี acanthosis nigricans
- ผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวาน แต่เคยมีผลการตรวจ OGTT ผิดปกติ

ผลการประเมินและคำแนะนำ

- ถ้าผลตรวจน้ำตาลในเลือดที่ ๒ ชั่วโมง (๒-hr plasma glucose; ๒-hr PG) ได้เท่ากับหรือมากกว่า ๒๐๐ มก./ดล. ถือว่าอาจเป็นเบาหวาน (Possible Diabetes Mellitus) ให้พบแพทย์เพื่อการตรวจยืนยันการวินิจฉัยและให้การรักษาโรคเบาหวาน

- ถ้าผลตรวจ ๒-hr PG มีค่าระหว่าง ๑๔๐ – ๑๙๙ มก./ดล. ถือว่า ความทนต่อน้ำตาลบกพร่อง (impaired glucose tolerance; IGT) เป็นภาวะก่อนเบาหวาน (prediabetes) ให้เข้าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น (Intensive lifestyle modification)

-ถ้าผลตรวจ ๒-hr PG มีค่าน้อยกว่า ๑๔๐ มก./ดล. ถือว่า OGTT ปกติ แต่หากมี FPG ผิดปกติ ๑๐๐ – ๑๒๕ มก./ดล. เป็นภาวะก่อนเบาหวาน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน แนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และติดตามด้วยการ FPG หรือ FCBG เป็นประจำทุกปี

๒.๓ การตรวจระดับ A๑C การใช้ระดับ A๑C สะดวกเพราะสามารถเจาะเลือดตรวจเวลาใดก็ได้ ในคนปกติมีระดับ A๑C เท่ากับ ๕.๖% หรือน้อยกว่า สามารถใช้วินิจฉัยโรคเบาหวานได้เมื่อระดับ A๑C ≥ ๖.๕% ผู้ที่มีระดับ A๑C ๕.๗ – ๖.๔% ถือว่าเป็นภาวะก่อนเบาหวาน

๑.๓ การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,๒๕๖๖)

การวินิจฉัยโรคเบาหวานใช้ผลการตรวจเลือดเป็นหลัก (ตารางที่ ๒) โดยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้

๑. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ ๑๒๖ มก./ดล.

๒. การตรวจระดับพลาสมากลูโคส ณ เวลาใดๆ (Random plasma glucose) มีค่า ≥ ๒๐๐ มก./ดล.

๓. การตรวจความทนต่อน้ำตาลกลูโคส ระดับพลาสมากลูโคสที่ ๒ ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส มีค่า ≥ ๒๐๐ มก./ดล.

๔. การตรวจวัดระดับ A๑C ณ เวลาใดๆ มีค่า ≥ ๖.๕%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๒ การแปลผลระดับพลาสมากลูโคสและ A๑C เพื่อการวินิจฉัย

สถานะ	ปกติ	ภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes)		โรคเบาหวาน
		Impaired fasting glucose (IFG)	Impaired glucose tolerance (IGT)	
พลาสมากลูโคสขณะอดอาหารตอนเช้า (FPG)	< ๑๐๐ มก./ดล.	๑๐๐ – ๑๒๕ มก./ดล.	-	≥ ๑๒๖ มก./ดล.
พลาสมากลูโคสที่ ๒ ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส ๗๕ กรัม ๒ h-PG (OGTT)	< ๑๔๐ มก./ดล.	-	๑๔๐ – ๑๙๙ มก./ดล.	≥ ๒๐๐ มก./ดล.
พลาสมากลูโคสที่เวลาใด ๆ ในผู้ที่มีอาการชัดเจน	-	-	-	≥ ๒๐๐ มก./ดล.
ฮีโมโกลบินเอวันซี (A๑C)	< ๕.๗%	๕.๗ – ๖.๔%		≥ ๖.๕%

เงื่อนไขการวินิจฉัย

๑. กรณีมีอาการของโรคเบาหวาน เช่น กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักลดโดยไม่มีสาเหตุ สามารถให้การวินิจฉัยโรคเบาหวานได้ตามเกณฑ์ผลการตรวจเลือดด้วยวิธีที่ระบุ

๒. กรณีไม่มีอาการของโรคเบาหวาน แต่ผลการตรวจเลือดผิดปกติตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ขอให้ทำการตรวจเลือดซ้ำด้วยวิธีการเดิมในวันต่อไปที่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

๓. กรณีที่มีอาการของโรคเบาหวาน มีลักษณะเข้าได้กับโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ ให้ตรวจระดับ ซี-เป็ปไทด์ และตรวจปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อส่วนเซลล์ไอส์เล็ท (รายละเอียดในชนิดของโรคเบาหวาน) เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

๔. กรณีที่อายุน้อยกว่า ๓๐ ปี มีอาการของโรคเบาหวาน แต่ลักษณะไม่ใช่โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ หรืออาจไม่มีอาการ ไม่มีลักษณะทางคลินิกของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อย่างชัดเจน และมีญาติสายตรง (first degree relative) อย่างน้อย ๒ generation เป็นโรคเบาหวานให้ส่ง molecular genetic study

๑.๔ การวินิจฉัยภาวะก่อนเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,๒๕๖๖)

ภาวะก่อนเบาหวานเป็นภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงเกินระดับปกติแต่ไม่ถึงเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน ซึ่งการวินิจฉัยภาวะก่อนเบาหวาน มีได้ ๓ ลักษณะ ตามวิธีที่แตกต่างกัน กล่าวคือ

๑) มีภาวะบกพร่องหรือความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose ,FPG)

๒) ผลการทำ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT)

๓) ความผิดปกติของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A๑C defined prediabetes) ซึ่งการกำหนดนิยามและข้อแนะนำ มีความแตกต่างกันไปตามบริบท ซึ่งข้อตกลงสำหรับผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มประเทศแปซิฟิคตะวันตกแนะนำเลือกแนวทางการวินิจฉัยนิยามตามข้อเสนอแนะของสมาคมเบาหวานสหรัฐอเมริกา หรือข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกซึ่งข้อแนะนำของผู้เชี่ยวชาญองค์กรต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทยดังแสดงในตารางที่ ๓

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

ตารางที่ ๓ เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะก่อนเบาหวานในปัจจุบัน

ความผิดปกติระดับน้ำตาลในเลือด	ข้อแนะนำของสมาคมเบาหวานสหรัฐอเมริกา	ข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก	ข้อแนะนำของคณะผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ	ข้อแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทย
ความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าขณะอดอาหาร	๑๐๐-๑๒๕ มก./ดล.	๑๑๐-๑๒๕ มก./ดล.	ไม่มีข้อแนะนำ	๑๐๐-๑๒๕ มก./ดล.
ความทนทานต่อน้ำตาลกลูโคสผิดปกติ	๑๔๐-๑๙๙ มก./ดล.	๑๔๐-๑๙๙ มก./ดล.	ไม่มีข้อแนะนำ	๑๔๐-๑๙๙ มก./ดล.
ความผิดปกติของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	๕.๗-๖.๔%	ไม่มีข้อแนะนำ	๖.๐-๖.๔%	๕.๗-๖.๔%

การดูแลรักษาภาวะก่อนเบาหวาน

การดำเนินการแบบเบ็ดเสร็จเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังประกอบด้วย กลยุทธ์การดำเนินงานในระดับบุคคลหรือกลุ่มเสี่ยงสูงและระดับประชากร โดยกลยุทธ์ระดับบุคคลจะเป็นการค้นหาบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงและจัดการควบคุมป้องกันแก่บุคคลนั้นๆ ในทางตรงกันข้ามกลยุทธ์ระดับประชากรจะเป็นการควบคุมตัวกำหนดอุบัติการณ์ของโรคในระดับประชาชนโดยรวม โดยมิได้แยกว่ามีความเสี่ยงสูงหรือต่ำ

กลยุทธ์การดำเนินงานในระดับบุคคลหรือกลุ่มเสี่ยงสูง จะใช้จิตวิทยาการรู้การเข้าใจ(cognitive psychology) เป็นหลักยึดที่สำคัญ โดยเชื่อว่าความคิดและกระบวนการที่บุคคลรับรู้และตีความข้อมูลจะมีผลกระทบอย่างสำคัญต่ออารมณ์ แรงกระตุ้นและพฤติกรรม ซึ่งกลยุทธ์นี้เป็นการนำไปสู่การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความจำเป็นของแต่ละบุคคล เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กลยุทธ์ระดับประชากร กลยุทธ์นี้พยายามควบคุมตัวกำหนดการเกิดโรคโดยลดปัจจัยเสี่ยง ควบคุมสิ่งแวดล้อมอย่างกว้างขวาง ในการปรับเปลี่ยนค่านิยมทางพฤติกรรมสุขภาพของสังคมให้เป็นที่ยอมรับ

ในการดูแลภาวะก่อนเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดเบาหวานในอนาคตมีความจำเป็นต้องดำเนินการทั้งกลยุทธ์การดำเนินงานในระดับบุคคลหรือกลุ่มเสี่ยงสูงและระดับประชากรเพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและมีความยั่งยืน (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี,๒๕๖๑) ซึ่งการรักษาหลักที่สำคัญคือ การปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิต ส่วนการให้ยาป้องกันเป็นการรักษารอง

การรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิต (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,๒๕๖๖)

การรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิต ประกอบด้วย ๕ ด้าน คือ

๑. การค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ตามแนวทางคัดกรองเบาหวาน เพื่อการวินิจฉัยเบาหวานรายใหม่รวมถึงภาวะก่อนเบาหวาน เพื่อให้การรักษาทั้งการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิต และการใช้ยาที่เหมาะสม พบว่ามีความคุ้มทุนทางเศรษฐศาสตร์

๒. การจัดการเรื่องการลดน้ำหนัก มีหลักฐานข้อมูลหลายการศึกษาที่ยืนยันตรงกันว่าการลดน้ำหนักอย่างน้อยร้อยละ ๕-๗ ขึ้นไป ใน ๖ เดือน หรือประมาณ ๑ กิโลกรัมต่อสัปดาห์ สามารถป้องกันการเกิดเบาหวานได้ โดยแนะนำให้ลดปริมาณพลังงานในอาหาร ประมาณ ๗๐๐-๑๐๐๐ กิโลแคลอรี่ต่อวัน จากความต้องการพลังงาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ที่คำนวณได้ และเน้นการบริโภคอาหารที่มีพลังงานต่ำ ได้แก่ ผัก ผลไม้ ซึ่งสามารถเพิ่มความอิ่มและลดพลังงานจากการบริโภคโดยรวมได้

๓. มาตรการด้านอาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมในท้องถิ่น ควรคำนึงถึงคุณค่าทางอาหาร ความหลากหลาย เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนเหมาะสม จากข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า อาหารในปริมาณที่เหมาะสมที่อาจเกี่ยวข้องกับการลดอุบัติการณ์การเกิดเบาหวาน ได้แก่ การบริโภคธัญพืชไม่ขัดสี ผัก อาหารที่มีใยอาหารมาก ถั่ว ชา กาแฟ ผลิตภัณฑ์นมจากสัตว์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขนาดปานกลาง การบริโภคผลไม้กลุ่มเบอร์รี่ การบริโภคผลิตภัณฑ์โยเกิร์ต ดื่มน้ำเปล่า หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกเนื้อสัตว์แปรรูป เบคอน เนื้องแดง รวมถึงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

๔. การเพิ่มกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญมากของกลยุทธ์การปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิต ปัจจุบันมีข้อมูลสนับสนุนว่าพฤติกรรมเนือยนิ่ง ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดทั้งโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึง การทุพพลภาพและเสียชีวิต จากข้อมูลการศึกษาแบบติดตาม ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทางเดียวกันว่า การมีกิจกรรมทางกายโดยอย่างน้อยมีความหนักระดับปานกลางขึ้นไป และมีระยะเวลาเกิน ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการลดอุบัติการณ์ของการเกิดเบาหวาน ตามคำแนะนำทั่วไป แนะนำให้ทำกิจกรรมทางกายดังกล่าว วันละ ๓๐-๕๐ นาที อย่างน้อย ๓-๕ วันต่อสัปดาห์ การทำแต่ละครั้งควรไม่น้อยกว่า ๑๐ นาที ไม่ควรหยุดติดต่อกันเกิน ๒ วัน นอกจากคำแนะนำเกี่ยวกับการเพิ่มกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิคแล้ว ยังแนะนำการออกกำลังกายแบบแรงต้านร่วม และการออกกำลังกายเน้นความสมดุลของกล้ามเนื้อด้วย และจากการศึกษาหลายการศึกษา ในเรื่องกิจกรรมทางกายพบว่า การไม่ให้มีกิจกรรมเนือยนิ่งยาวนานเกินไป จะได้ประโยชน์ในการลดระดับน้ำตาลหลังอาหารและมีผลดีต่อเรื่องการดื้ออินซูลิน

๕. การหากลยุทธ์ในการสนับสนุนให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ปัจจุบันมีข้อมูลองค์ความรู้จากการศึกษาหลายการศึกษา ที่สนับสนุนการดูแลรักษาโดยการปรับพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการลดน้ำหนัก คุมอาหาร และการออกกำลังกายตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่สิ่งที่ท้าทายคือ การนำองค์ความรู้มาใช้จริงให้ประสบความสำเร็จและทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้แบบยั่งยืน ดังนั้นการนำกลยุทธ์มาสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการปรับพฤติกรรม โปรแกรมควรมีการส่งเสริมให้มีความร่วมมือของครอบครัว เพื่อน สังคม ซึ่งมีผลในการปรับพฤติกรรม โปรแกรมควรมีการดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โปรแกรมสามารถทำได้จริงไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาล ที่ทำงาน ที่บ้านหรือในชุมชน โดยรูปแบบที่เหมาะสมไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบรายกลุ่ม รายเดี่ยว หรือรูปแบบแบบผสม

การรักษาด้วยการใช้ยา (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,๒๕๖๖)

ในการดูแลรักษาภาวะก่อนเบาหวานและป้องกันการเกิดเบาหวานด้วยยานั้น ควรพิจารณาการออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงราคายา ตามแนวทางการรักษาของประเทศสหรัฐอเมริกาและเอเชียแปซิฟิก รวมถึง แนวทางของผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทยแนะนำการใช้ยาเฉพาะในกรณีที่การปรับพฤติกรรมแล้วระดับน้ำตาลยังไม่สามารถลงมาได้ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลา ๖ เดือน โดยแนะนำการใช้ยาเมทฟอร์มิน ขนาด ๕๐๐-๒,๐๐๐ มก.ต่อวัน ในผู้ที่อายุ ๓๐-๖๐ ปี และมีค่าการทำงานของไต eGFR ตั้งแต่ ๔๕ มิลลิลิตรต่อนาที ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๑. ผู้หญิงที่มีประวัติเบาหวานในช่วงการตั้งครรภ์

๒. ดัชนีมวลกายมากกว่า ๒๗ กก./ตร.ม. ขึ้นไป

๓. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารที่มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๑๐ มก./ดล. และหรือมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๖.๐% โดยตรวจจากห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน

ข้อแนะนำการติดตาม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,๒๕๖๖)

แนะนำทำการติดตามผลที่อย่างน้อย ๓-๖ เดือน รวมถึงการเจาะเลือดติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยทุก ๖ เดือน โดยเน้นย้ำกิจกรรมการปรับพฤติกรรมที่สม่ำเสมอเป็นระยะ ในระหว่างติดตามถ้าระดับน้ำตาลในเลือดเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ให้การรักษาโรคเบาหวานต่อไป

๒. การจัดการตนเอง (Self-management)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ให้ความหมายของ การจัดการตนเองไว้อย่างมากมาย ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมความหมายของการจัดการตนเอง ไว้ดังนี้

อารีย์ เสนีย์ (๒๕๕๗) ได้สรุปการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Redman (๒๐๐๔) ดังนี้ การจัดการตนเองหมายถึง การฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้สามารถเผชิญกับการรักษา คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันกับครอบครัว กับอนาคต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์โกรธ อารมณ์

ชดช้อย วัฒนะ (๒๕๕๘) ได้สรุปความหมายการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer (๒๐๐๐) ดังนี้ การจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับ พฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุม การตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และ การสะท้อนตนเอง (self-reaction)

ไพยยา ท่าแดง (๒๕๖๓) ได้สรุปความหมายการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer, & Gaelick-Buys(๑๙๙๑) ดังนี้ การจัดการตนเอง หมายถึง วิธีที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีวิธีการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

กองการพยาบาล (๒๕๖๔) ได้สรุปความหมายการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer(๑๙๙๖) ดังนี้ เป็นการจัดการตนเองภายใต้กระบวนการทางจิต (Psychological Process)ในการควบคุมกำกับตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะของการเกิดโรคโดยยึดประชาชนและผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน ส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น สามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามวิถีการดำเนินชีวิตสุขภาพที่กำหนดเป้าหมายไว้ วิธีการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ประกอบด้วย

๑. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นการเตือนตนเองโดยประชาชนและผู้ป่วยสังเกต ติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง ทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมอย่างเป็นระบบ รวมถึงบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพ ที่เกิดจากการพิจารณาตัดสินใจอย่างรอบคอบ เพื่อนำไปสู่การประเมินปัญหาที่ผ่านมา และวางแผนปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาต่อไป วิธีการนี้มีการกำหนดเป้าหมายที่ประชาชนและผู้ป่วยต้องการจะทำให้สำเร็จ ให้ความสนใจ ให้คุณค่า และคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การกำหนดเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของประชาชนและผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้น การประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและติดตามตนเอง

๓. การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นการเสริมแรงจูงใจ (Motivation) หรือเป็นการกระทำของบุคคลที่กระทำการเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมบรรลุเป้าหมายที่ตนเองเป็นผู้กำหนดไว้ ส่งผลให้มีความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเสริมแรงนี้มีทั้งที่เป็นการเสริมแรงจากภายในและการเสริมแรงจากภายนอก การเสริมแรงแบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ ๑) การเสริมแรงทางบวก เป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งภายหลังพฤติกรรมนั้น ๆ สิ่งที่ให้ภายหลังพฤติกรรมนี้เรียกว่าตัวเสริมแรง และ ๒) การเสริมแรงทางลบ เป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการแสดงพฤติกรรมนั้นแล้วสามารถถอดถอน หรือหลีกเลี่ยงให้พ้นจากสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง ๓๕-๕๙ ปีที่มีผลคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน ๓๐ คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ๑. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ๒. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ๓. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) ๔. การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหารในระยะก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = ๘.๔๐$, $df = ๒๙$, $p < .๐๐๑$)และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหารหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = ๖.๓๒$, $df = ๒๙$, $p = .๐๐๑$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีประสิทธิผลที่ดีต่อการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่อื่น ๆ ได้ต่อไป

ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพแล้ว ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๔๖๓ ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่า ๗๐๐ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๘๘ (Saeedi et all.,๒๐๑๙) โดยการตรวจร่างกายในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ถึง ๒๕๖๓ พบว่าความชุก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๒๑ ในการสำรวจครั้งที่ ๖ เมื่อปี ๒๕๖๓ ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบร้อยละ ๙.๕ การสำรวจนี้มีการตรวจวินิจฉัยด้วย A๑C ซึ่งพบความชุกของโรคเบาหวานจากระดับ A๑C ≥๖.๕ % ถึงร้อยละ ๑๑.๐ ในจำนวนนี้ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ ๓๐.๖ ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มอายุ ๑๕-๔๔ ปี โดยเฉพาะผู้ชาย เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด นอกจากนี้ผู้ที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้า ขณะอดอาหาร (Impaired fasting glucose; IFG) คือระดับน้ำตาลในเลือด ๑๐๐-๑๒๕ มก./ดล. พบในอัตราร้อยละ ๑๐.๗ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,๒๕๖๖) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความเบาหวานจะทำให้ได้ข้อมูลในการเฝ้าระวัง เพื่อวางแผนการป้องกันและควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง หากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่ได้รับการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะนำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ อาจส่งผลให้เกิดสภาวะแทรกซ้อนก่อให้เกิดอันตรายจนอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานและผลกระทบที่ตามมา โดยเน้นมาตรการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน (Pre diabetes) ซึ่งมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง ระหว่าง ๑๐๐ – ๑๒๕ mg/dl เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและติดตามการตรวจซ้ำเพื่อลดการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จากข้อมูลระบบคลังสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ร้อยละ ๗.๐๖, ๓.๑๑ และ ๔.๑๒ ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, ๒๕๖๗) ซึ่งสูงกว่าระดับเป้าหมายคือ ไม่เกินร้อยละ ๑.๗๕ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี จะมีแนวทางในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน แต่พบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานยังขาดการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ปัญหาในชุมชนเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน พบประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) การออกกำลังกาย กลุ่มเสี่ยงทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายแต่ไม่ได้ปฏิบัติคิดว่าการทำงาน คือการออกกำลังกาย ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจนและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ๒) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพทั้งปริมาณและคุณภาพ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การปรับเปลี่ยนและการแบ่งมื้ออาหารที่เหมาะสม ๓) ระบบบริการสุขภาพการให้ความรู้แบบทั่วไป ยังไม่มีแนวทางการจัดการตนเองที่ชัดเจน ขาดการสนับสนุนให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็นเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงแต่ละราย ทำให้มีโอกาสเกิดเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่า ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรง อย่างเป็นระบบในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม สนับสนุนให้สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแคนเฟอร์ (Kanfer &

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Gaelick, ๑๙๘๖) (กองการพยาบาล,๒๕๖๔) สามารถอธิบายได้ว่าการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองที่เกิดจากความร่วมมือและสมัครใจ มีเป้าหมายเพื่อการป้องกัน ลดภาวะเสี่ยง บรรเทาอาการของโรคไม่ให้รุนแรงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของประชาชนและผู้ป่วยผู้ปฏิบัติกิจกรรมจะได้รับการสนับสนุนส่งเสริม ให้มีความรู้ความสามารถ และทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบ การสนับสนุนการจัดการตนเองพร้อมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับประชาชน ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูล เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการตัดสินใจขจัดปัญหา และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาทักษะ อันจะส่งผลลัพธ์ให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดี (กองการพยาบาล, ๒๕๖๔)

ปัจจุบันแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลตนเองเป็นเทคนิคที่ใช้ปรับพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของไชยา ท่าแดง (๒๕๖๓) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ พบว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย ๔ ขั้น คือ ๑) การตั้งเป้าหมาย ๒) การกำกับตนเอง ๓) การประเมินตนเอง ๔) การเสริมแรงให้ตนเอง เป็นเวลา ๑๒ สัปดาห์มีการปฏิบัติพฤติกรรมเหมาะสมและสามารถจัดการพฤติกรรมเฉพาะของตนเองด้วยการกำหนดเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสมสามารถควบคุมโรคได้และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีความสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ (Kanfer, ๑๙๙๖) (กองการพยาบาล,๒๕๖๔) ซึ่งประกอบด้วย ๑) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ๒) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) ๓) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยงสิ่ง กระตุ้นการเกิดโรคและการออกกำลังกายให้ดียิ่งขึ้นเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ชะลอและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

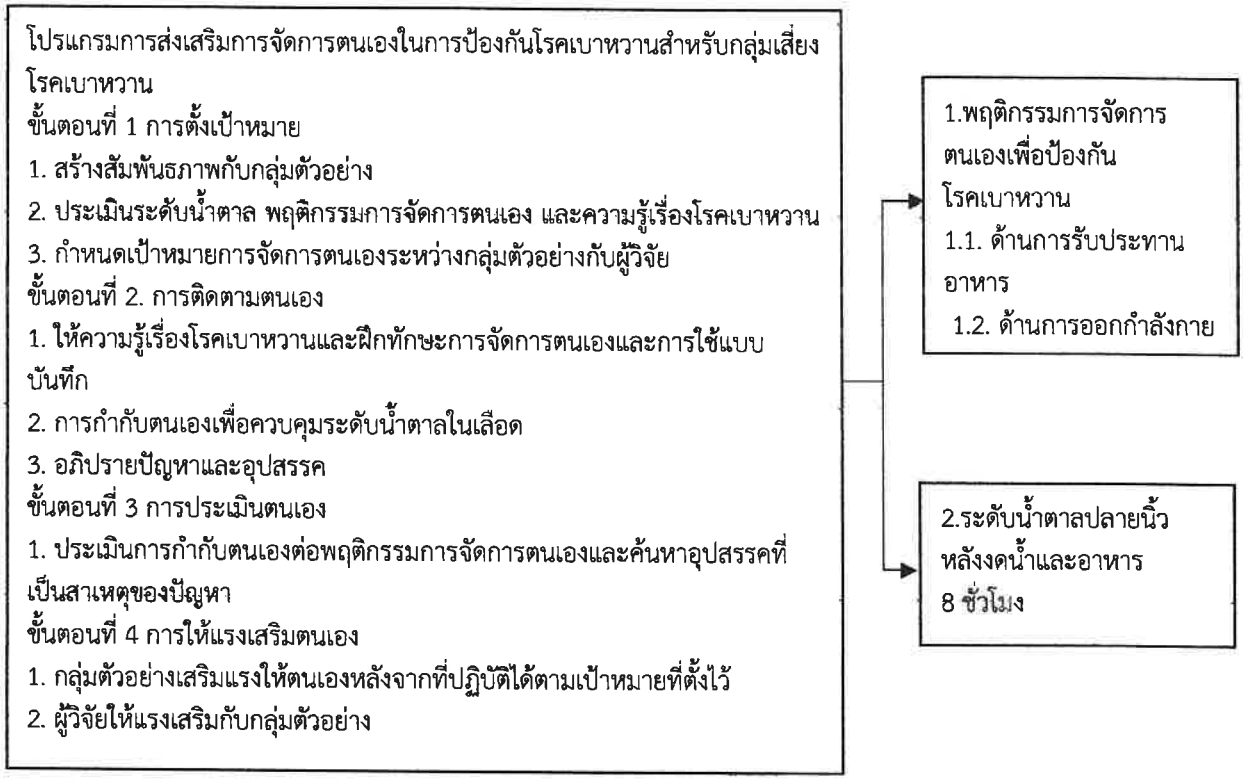
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) แคนเฟอร์ (Kanfer, ๑๙๙๖) (กองการพยาบาล,๒๕๖๔) ซึ่งประกอบด้วย ๑) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ๒) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) ๓) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยมีการเพิ่มการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ในการจัดการตนเองขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคิดพิจารณาอย่างรอบคอบในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด ในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และลดระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงให้ใกล้เคียงค่าปกติให้มากที่สุด ผ่านกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องตลอด ระยะเวลา ๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สัปดาห์ โดยที่เน้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมถึงการจัดกิจกรรมเรียนรู้และติดตามมด้วยการสื่อสารทางแอปพลิชันไลน์ ทางโทรศัพท์ นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและส่งผลต่อการลดลงของค่าและลดระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมง



แผนภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากแนวคิดแนวคิดของกระบวนการการจัดการตนเองของ Kanfer (๑๙๙๖)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

๑. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

๒. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

นิยามศัพท์เฉพาะเชิงปฏิบัติการที่จะใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

๑. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ๓๕ -๕๙ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุข มีผลคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คือระดับน้ำตาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปลายนิ้วแบบงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมง ๑๐๐ - ๑๒๕ mg/dl และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานมาก่อน

๒. พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานหมายถึง พฤติกรรม การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และต่อเนื่องเพื่อให้มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (๑๙๙๖) ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การการประเมินผลตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ในการจัดการพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

๓. ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว คือระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอยปลายนิ้ว (Capillary blood glucose) ซึ่งเป็นวิธีการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้เลือดที่ได้จากการเจาะบริเวณปลายนิ้ว โดยใช้แผ่นเซลลูโลสที่เคลือบด้วยสาร Reagent ที่สามารถบอกถึงความเข้มข้นของระดับน้ำตาลในเลือด โดยแปลผลและปฏิบัติดังต่อไปนี้

๓.๑ < ๑๐๐mg/dl (งดน้ำงดอาหาร ๖ – ๘ ชั่วโมง) เป็นกลุ่มปกติ

๓.๒ ๑๐๐ - ๑๒๕mg/dl (งดน้ำงดอาหาร๖ – ๘ ชั่วโมง) เป็นกลุ่มเสี่ยง

๓.๓ ≥ ๑๒๖ mg/dl (งดน้ำงดอาหาร๖ – ๘ ชั่วโมง) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย

๔. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองหมายถึง โปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการจัดตนเอง ให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One – group Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

๑. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง ๓๕-๕๙ ปี ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานประจำปี ๒๕๖๗ ผลคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี จำนวน ๑๖๘ คน

๒. กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยคือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรที่ศึกษา ซึ่งกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

๒.๑ ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุข มีผลคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คือระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมง ๑๐๐ - ๑๒๕ mg/dl และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานมาก่อน

๒.๒ อายุระหว่าง ๓๕-๕๙ ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒.๓ อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

๒.๔ สามารถพูดสื่อสาร อ่าน เขียนและให้ข้อมูลกับผู้สัมภาษณ์ได้

๒.๕ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างตัวอย่าง (Sample Size Determination) การวิจัยครั้งนี้ได้คำนวณจากขนาดอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม (Effect Size) คำนวณสูตรของกลาส (Glass,๑๙๗๖ อ้างถึงใน บุญใจ ศริสถิตนรากูล,๒๕๔๗) ดังนี้

$$d = \frac{Xe-Xc}{SDc}$$

d = ขนาดอิทธิพล

Xe = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

Xc = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SDc = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การแปลผลค่าขนาดอิทธิพล (Cohen, ๑๙๘๘) ได้แบ่งขนาดอิทธิพลออกเป็น ๓ ระดับคือ ขนาดเล็ก (Small Effect Size) เท่ากับ .๒ ขนาดกลาง (Medium Effect Size) เท่ากับ .๕ และขนาดใหญ่ (Large Effect Size) เท่ากับ .๘ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากผลลัพธ์ของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ของภาวินี ชุ่มเชียงและคณะ (๒๕๖๑) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ ๒๔ คน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ ๔.๙๙ และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพเท่ากับ ๑.๓๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเท่ากับ .๑๖ คำนวณขนาดอิทธิพลได้ดังนี้

$$d = \frac{๔.๙๙ - ๑.๓๙}{.๑๖}$$

d = ๒๒.๕

จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ ๒๒.๕ ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่(Large effect size) แสดงถึงผลที่เกิดจากการทดลองการใช้กลุ่มตัวอย่าง ๒๔ คน ก็สามารถทำให้เกิดผลการทดลองในระดับสูงได้ งานวิจัยครั้งนี้จึงพิจารณาใช้กลุ่มตัวอย่างเป็น Large Effect Size คือขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ ๒๕ คน แต่การศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลองจึงต้องมีการปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น ๓๐ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี ๓ ประเภท ดังนี้

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

๑.๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

ดัชนีมวลกาย รอบเอว โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน

๑.๒ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม ๔ ด้าน คือการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินผลตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ในการจัดการพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับระดับความถี่ของการพฤติกรรมจัดการตนเองใน ๑ สัปดาห์ ดังนี้ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ๑-๒ วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ๓-๔ วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติประจำ ๕-๖ วันต่อสัปดาห์และ ปฏิบัติประจำทุกวัน ในการให้คะแนนพิจารณาตามความถี่ของพฤติกรรมและลักษณะของข้อคำถาม โดยด้านบวกให้คะแนนตั้งแต่ ๑ ถึง ๕ และให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม คือ ๕ ถึง ๑ ในข้อคำถามด้านลบ

๒. เครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องตรวจหาน้ำตาลปลายนิ้ว

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

๓.๑ คู่มือโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (๑๙๙๖) โดยมีการเพิ่มการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ในการจัดการตนเองขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคิดพิจารณาอย่างรอบคอบในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การส่งเสริมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินผลตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และลดระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงให้ใกล้เคียงค่าปกติให้มากที่สุด

๓.๒ แบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิจัยผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ ๐.๙๘ หาความความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้วยวิธีของคอนบราค ได้ค่าเท่ากับ .๗๕

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

๑. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

๒. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมจังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ ๖ จันทบุรี เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

๓. ผู้วิจัยส่งหนังสือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๔. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ณ ห้องประชุมร่มไทร โรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

๕. เก็บค่าน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงก่อนการทดลอง นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

ขั้นดำเนินการ

สัปดาห์ที่ ๑ การจัดอบรมให้ความรู้ มีระยะเวลา ๑ วัน โดยมีประเด็นเนื้อหาดังนี้

๑. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาหารกับการเกิดโรคเบาหวาน การฝึกออกกำลังกาย

๒. การค้นหาปัจจัยเสี่ยงและการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สรุปประเด็นและแนะนำแนวทางให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และเรียนรู้ร่วมกันในการจัดการตนเองซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในจัดการพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ ๒ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นการสังเกตตนเองและบันทึกปริมาณและความถี่ของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้แบบติดตามตนเอง ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกการรับประทานอาหารทุกวันใน ๑ สัปดาห์และแบบบันทึกการออกกำลังกาย (ปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน สัปดาห์ที่ ๒ ๖)

ขั้นตอนที่ ๓ การประเมินตนเอง (Self-evaluation) ให้กลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลการจัดการตนเองที่ได้จากการบันทึกแบบบันทึกอาหารและการออกกำลังกาย มาเปรียบเทียบกับเป้าหมาย เพื่อดูว่าการปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ (ปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน สัปดาห์ที่ ๒- ๖)

ขั้นตอนที่ ๔ การเสริมแรงให้ตนเอง (Self-reinforcement) หลังจากกลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองแล้วกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติในการจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้การเสริมแรงโดยการพูดชมเชยให้กำลังใจ (ติดตามโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ที่ ๒ - ๖)

สัปดาห์ที่ ๓ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยกำหนดเวลา ๓๐-๔๕ นาที เพื่อทบทวนความรู้ ปัญหาและทักษะการจัดการตนเองของผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง เรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และการลงบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สอบถามปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง เสริมแรงโดยการกล่าวชมในผู้ที่ทำสำเร็จและส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไป

ระยะหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ ๖ นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post – test) โดยใช้แบบสอบถาม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

พฤติกรรมการจัดการตนเองชุดเดิม ยกเว้นข้อมูลทั่วไป และเก็บค่าน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมง ร่วมกันประเมินและสรุปผลทักษะการจัดการตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้เพื่อนำไปปฏิบัติตนต่อไป ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและกล่าวลา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ ๖ ได้ทำการตรวจสอบและรับรองเลขที่โครงการวิจัย ๐๔๒/๖๗ ตระหนักถึงการเคารพความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ติดต่อและแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อเชิญเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย บอกขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล บอกประโยชน์และความเสี่ยงใดบ้างที่ได้รับจากการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวม ไม่มีชื่อกลุ่มตัวอย่างปรากฏอยู่ แต่จะใช้รหัสแทนชื่อ ในกรณีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัยภายหลัง ไม่ว่าเหตุผลใดก็ตาม ผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างในการให้การรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

ตารางที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	**จำนวน**	**ร้อยละ**
เพศ		
ชาย	๓	๑๐
หญิง	๒๗	๙๐
อายุ(ปี)		
๔๕-๔๙	๕	๑๖.๗
๕๐-๕๔	๖	๒๐
๕๕-๕๙	๑๙	๖๓.๓
Mean=๕๔.๙,(S.D.)=๔.๗๐,Min=๔๖,Max=๕๙		
น้ำหนัก (กก.) Mean=๕๘.๑๒,(S.D.)=๗.๘๔,Min=๓๖.๒,Max=๗๕		

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)		
ปกติ	๑๔	๔๖.๗
น้ำหนักเกิน	๘	๒๖.๗
อ้วน	๘	๒๖.๗
รอบเอว(ซม.)		
รอบเอวเกิน	๑๖	๕๓.๓
ปกติ	๑๔	๔๖.๗
โรคประจำตัว		
ไม่มี	๓๐	๑๐๐
ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน		
มี	๑๓	๔๓.๓
ไม่มี	๑๗	๕๖.๗
การดื่มสุรา		
ดื่ม	๑	๓.๓
ไม่ดื่ม	๒๙	๙๖.๗
การสูบบุหรี่		
สูบ	๒	๖.๗
ไม่สูบ	๒๘	๙๓.๓
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	๑๔	๔๖.๗
มัธยมศึกษาตอนต้น	๗	๒๓.๓
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	๓	๑๐.๐
ปวส./อนุปริญญา	๑	๓.๓
ปริญญาตรีขึ้นไป	๕	๑๖.๗
สถานภาพสมรส		
โสด	๔	๑๓.๓
คู่	๒๒	๗๓.๓
หม้าย/หย่า/แยก	๔	๑๓.๓

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว		
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	๑๗	๕๖.๗
พอใช้และเหลือเก็บ	๑๓	๔๓.๓
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	๔	๑๓.๓
เกษตรกรรม	๒๒	๗๓.๓
ค้าขาย	๓	๑๐.๐
แม่บ้าน	๑	๓.๓

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๓๐ คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยพบเป็นเพศหญิง ร้อยละ ๙๐ และเพศชาย ร้อยละ ๑๐ ผู้ที่มีอายุ ๕๕-๕๙ ปี มีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ ๖๓.๓ รองลงมามีอายุระหว่าง ๕๐-๕๔ ปี ร้อยละ ๒๐ (Mean =๕๔.๙ , S.D. =๔.๗ , Min-Max = ๔๖-๕๙ปี) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๔๖.๗ รองลงมาคือน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ ๒๖.๗ เท่ากัน (Mean = ๕๘.๑๒, S.D. = ๗.๘๔, Min-Max = ๓๖.๒-๗๕ กก.) ส่วนใหญ่มีรอบเอวเกิน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๓ และรอบเอวอยู่ในค่าปกติ ร้อยละ ๔๖.๗ ด้านโรคประจำตัวไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวใด ๆ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ ๕๖.๗ และมีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๔๓.๓ ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ ๙๖.๗ ดื่มสุรา ร้อยละ ๓.๓ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๙๓.๗ สูบบุหรี่ ร้อยละ ๖.๓ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๔๖.๗ และรองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ ๒๓.๓ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๗๓.๓ รองลงมาคือโสดและหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ ๑๓.๓ เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ ๗๓.๓ รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๑๓.๓ รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่พอใช้จ่าย ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ ๕๖.๗

ตารางที่ ๒ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังทดลอง(*n*=๓๐)

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรรการจัดการตนเอง	M	SD	t	p- value
ก่อนทดลอง	๔๔.๔๐	๖.๕๖		
			๘.๔๐	<.๐๐๑
หลังทดลอง	๕๒.๘๐	๖.๐๗		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ในระยะก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ ๔๔.๔๐ (SD =๖.๕๖) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองมีเพิ่มขึ้น เท่ากับ ๕๒.๘๐ (SD = ๖.๐๗) มีผลต่างเฉลี่ยระหว่างหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง เท่ากับ ๘.๔๐ (SD = ๕.๔๗) เมื่อทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบค่าที (Paired t-test) พบว่า มีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ (t = ๘.๔๐, df = ๒๙, p < .๐๐๑) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ ๑ นั้นคือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๓ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมง ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมง	M	SD	t	p- value
ก่อนทดลอง	๑๑๐.๕๐	๘.๙๗	๖.๓๒	<.๐๐๑
หลังทดลอง	๑๐๐.๗๗	๗.๓๕		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ในระยะก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงเท่ากับ ๑๑๐.๕๐ (SD = ๘.๗๙) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงลดลง เท่ากับ ๑๐๐.๗๗ (SD = ๗.๓๕) มีผลต่างเฉลี่ยระหว่างหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง เท่ากับ ๙.๗๓ (SD = ๘.๕๔) เมื่อทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบค่าที (Paired t-test) พบว่า มีผลต่างเฉลี่ยของค่าน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ (t = ๖.๓๒, df = ๒๙, p = .๐๐๑) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ ๒ นั้นคือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงต่ำกว่าก่อนทดลอง ดังแสดงในดังตารางที่ ๓

อภิปรายผล

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer & Gaelick, ๑๙๙๖) มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ๔ ขั้น คือ ๑) การตั้งเป้าหมาย ๒) การกำกับตนเอง ๓) การประเมินตนเอง ๔) การเสริมแรง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เรื่องการเกิดโรคเบาหวาน ควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้อง โดยใช้กิจกรรมกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น ตลอดจนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และผู้วิจัยได้กระตุ้น จูงใจให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองที่เหมาะสม มีบันทึกการติดตามพฤติกรรมตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจัดการตนเองเหมาะสมหรือไม่ และมีการประเมินผลการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทักษะการจัดการตนเอง ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจากการที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานใช้บันทึกการติดตามตนเองเพื่อติดตามการรับประทานอาหาร ๑ วัน ใน ๑ สัปดาห์ พิจารณาปริมาณอาหารเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้วิธีการกะประมาณส่วนของอาหารประเภทข้าวแป้งตามทัพพีที่ระบุไว้ ในคู่มือการจัดการตนเองเพื่อให้ปริมาณอาหารเป็นไปตามเป้าหมาย มีการตั้งเป้าหมายในการควบคุมการรับประทานขนมหวานและเครื่องดื่มรสหวานในแต่ละสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่สะดวกในการบันทึกหรือลืมบันทึกเป็นบางวันแต่จะใช้วิธีจดจำปริมาณของข้าวแป้งที่ต้องรับประทานต่อวันและจำกัดการรับประทานให้ได้ตามนั้น ในด้านคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยได้ประเมินความเป็นไปได้ในเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างกำหนดขึ้นและให้คำชี้แนะเป้าหมายที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการออกกำลังกาย โดยเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่สามารถทำได้จริงตามบริบทของแต่ละคน พบว่าส่วนใหญ่สามารถออกกำลังกายได้มากกว่า ๓ วันต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับงานวิจัยภาวินี ชุ่มเชียงและคณะ (๒๕๖๑) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer & Gaelick, ๑๙๘๘) ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ ๑ การสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนการจัดการตนเอง องค์ประกอบที่ ๒ การจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง และองค์ประกอบที่ ๓ การติดตามและสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .๐๐๑$ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของโชติกา สัตนาโค และจุฬาภรณ์ โสตะ (๒๕๖๐) พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งจัดให้มีการให้ความรู้ จากสื่อวิดีโอ แผ่นพับ และสื่อบุคคลในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา มีกระบวนการจัดการตนเองโดย การสร้างแรงจูงใจ การวางแผนและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันและเกิดข้อสรุปแนวทางการจัดการตนเองในแต่ละบุคคล ซึ่งหลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๐๑)

สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .๐๕ อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานได้ เหมาะสม พบว่า หลังทดลองสัปดาห์ที่ ๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่างลดลง อธิบายตามแนวคิดการจัดการตนเอง ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแนวทางการจัดการตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของความเสี่ยงในการเกิดโรค เน้นการแก้ปัญหาจากตัวเองโดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่ไม่ขัดกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ มีการทบทวนกระบวนการเป้าหมาย ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างปรับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นแบบเฉพาะของตนเอง โดยที่บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้นและเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คาดหวังของตนเอง และจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้มีความเหมาะสมในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมเด่นของแนวทางการจัดการตนเองนี้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในแต่ละสัปดาห์ ลงในเป้าหมาย - สัญญาใจ ในแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เช่น “ ฉันจะลดการกินอาหารจุกจิกลง, ฉันจะลดการรับประทานขนมหวาน, ฉันจะกินข้าวน้อยลง ,ฉันจะออกกำลังกายทุกวัน ” ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดการความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานด้วยตนเอง อีกทั้งการติดตามทางไลน์กลุ่ม“คนอ่อนหวาน” การติดตามทางโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมในรายที่ไม่สามารถเข้ากลุ่มไลน์ได้ เป็นการกระตุ้นเตือน เพื่อให้กำลังใจและช่วยแก้ปัญหา หรือให้คำปรึกษาหากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติแล้วเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องของการปรับพฤติกรรมใหม่ นอกจากนี้ในกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ผู้วิจัยใช้วิธีการให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยการกระตุ้นให้คิดและให้เห็นถึงภาพของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจริงกับตัวเองหากไม่จัดการปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน การฝึกทักษะการออกกำลังกาย ทดลองการจัดเมนูอาหารและคำนวณปริมาณน้ำตาลในแต่ละวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์รับรู้ จากฝึกปฏิบัติ ทำให้เกิดความมั่นใจสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ ส่งผลให้เลือกการออก กำลังกายและการรับประทานอาหารเหมาะสมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ พันธุ์พานิช (๒๕๖๕) ที่ทำการศึกษารูปแบบการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของรัติยา รักดี (๒๕๖๗) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ($t_{๕๙}$=๙.๙๕, $p<0.001$)

ถึงแม้ว่าผลจากการทดลองครั้งนี้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงลดลง ๙.๗๓ mg/dl ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ ๑๑๐.๕๐ mg/dl และภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงลดลงเหลือ ๑๐๐.๗๗ mg/dl มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)) แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๕๐ ที่ลดระดับน้ำตาลปลายนิ้วลงได้แต่ยังคงมีค่าอยู่ในช่วง ๑๐๐ - ๑๒๕ mg/dl ซึ่งอยู่ในระดับที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จากผลการทดลองดังกล่าวอธิบายได้ว่าการทดลองซึ่งใช้ระยะเวลา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖ สัปดาห์เป็นระยะสั้น ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อภาวะสุขภาพ สำหรับกลุ่มตัวอย่างบางราย ซึ่งส่งผลให้ระดับค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วหลังงดน้ำและอาหาร ๘ ชั่วโมงยังคงอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยจากการสอบถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่างบางรายยังพบปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองเช่น ภาระงานที่มีปริมาณมากและต้องเร่งรีบ หรือความเหนื่อยล้าจากการทำงานมีผลทำให้ขาดความต่อเนื่องในการออกกำลังกายหรือการบันทึกการปฏิบัติตัวได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเพิ่มระยะเวลาที่เหมาะสมในการส่งเสริมการจัดการตนเองและการกำกับติดตามการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องหรือการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อหาแนวทางจัดการตนเองที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานต่อไป

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

๒. ขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

๓. การขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๔. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการโครงการวิจัย

๕. ดำเนินการตามโปรแกรมการวิจัย

๖. วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

๗. สรุปผลการวิจัยและ จัดทำบทความวิจัย

๘. นำเสนอด้วยวาจา ในงานประชุมนำเสนอผลงานวิชาการ ประจำปี ๒๕๖๗ “Health Chan เส้นทางสู่สุขภาพดิจิทัล” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เพื่อเป็นการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ให้สามารถจัดการตนเองในปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค และลดจำนวนผู้ป่วยโรคความเบาหวานในชุมชน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี รวมระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่คิดหัวข้อการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประยุกต์กรอบแนวคิดดำเนินการทดลองตามโปรแกรม สรุปผลการดำเนินการและนำเสนอผลงาน รวมระยะเวลาที่ดำเนินการเป็นเวลา ๘ เดือน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถจัดการสุขภาพตนเอง โดยการตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรง ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานดีขึ้น

๒. เกิดการมีส่วนร่วม การกำหนดเป้าหมายวิธีการจัดการสุขภาพตนเองรายบุคคลระหว่างพยาบาล กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ทำให้ได้รับความร่วมมือในการดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ขยายผลโดยนำผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกบริการโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลนายายอาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในเขตอื่น ๆ หรือหน่วยงานอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

๓. ตอบสนองนโยบายสุขภาพ และยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence) ลดปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ประชาชนสามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม ลดหรือเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ลดต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การออกแบบการบริการพยาบาล ตามแนวคิดการจัดการตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยมุ่งเน้นไปยังการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ หลังจากการประเมินผลเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด หากไม่บรรลุเป้าหมาย จะต้องสร้างความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการจัดการสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ปัญหาหรือความคาดหวังเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ หากสามารถจัดการสุขภาพตนเองและบรรลุเป้าหมายต้องดำเนินการติดตาม สนับสนุน ให้กำลังใจเสริมแรงในการจัดการสุขภาพตนเองจนเป็นวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อให้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับปัญหาความเสี่ยงของแต่ละบุคคลและมีภาวะสุขภาพที่ดีในที่สุด แต่เนื่องจากโปรแกรมนี้ไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมทางในครอบครัว และสังคมได้ จึงต้องใช้การติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์และไลน์กลุ่มอย่างต่อเนื่อง และการบันทึกแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกเอง ซึ่งอาจจะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงทดลองต้องพบกลุ่มตัวอย่าง ๒ ครั้ง และครั้งที่เป็นการนัดติดตามพร้อมกันทางไลน์กลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่มาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม นักวิจัยได้ควบคุมการเข้ากลุ่มโดยการประสานการนัดล่วงวันและช่วงเวลาล่วงหน้าและโทรศัพท์หรือไลน์ส่วนตัว ติดตามการนัดเข้ากลุ่มเป็นรายบุคคลทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจมาพบกลุ่มตามนัดไม่ได้ตามเวลาที่กำหนด ปรับรูปแบบในการติดตามโดยใช้ช่องทางไลน์หรือการนัดติดตามที่บ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะทั่วไป ควรจัดให้บริการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนของครอบครัว รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนการการจัดการตนเอง

๒. ข้อเสนอแนะในการศึกษา ควรติดตามประเมินผลหลังให้โปรแกรมการจัดการตนเองในระยะยาว เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ให้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานในระยะยาว

๓. ด้านการวิจัย ควรมีการออกแบบให้มีกลุ่ม ควบคุม และปรับรูปแบบการติดตามผลในระยะยาวและเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถมีการจัดการตนเอง เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้อย่างต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอด้วยวาจา ในงานประชุมนำเสนอผลงานวิชาการ ประจำปี ๒๕๖๗ “Health Chan เส้นทางสู่สุขภาพดิจิทัล” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

๘๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางนีรนุช สุริยะรังษี สัดส่วนของผลงาน ๘๐ %

๒) นางสาวปวิตรา สุทธิธรรม สัดส่วนของผลงาน ๒๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางนีรนุช สุริยะรังษี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางนีรนุช สุริยะรังษี	
๒. นางสาวปวิตรา สุทธิธรรม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายไพศาล สุยะสา)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนายายอาม
(วันที่) ๖ / ธันวาคม / ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(นายอภิรักษ์ พิศุทธิอาภรณ์)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
(วันที่) ๖ ธ.ค. ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. ชื่อเรื่อง การพัฒนาการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนายายอาม ปี ๒๕๖๘

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Noncommunicable diseases; NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของ การเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ ๗๐ ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้ สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อนั้นเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งโรคกลุ่มนี้จะค่อย ๆ สะสมอาการ มีการดำเนินของโรคไปอย่างช้า ๆ และค่อยทวีความรุนแรง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วจะเกิดการเรื้อรังของโรคตามมาด้วย (วิชัย เทียนถาวร และคณะ, ๒๕๖๕) สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือ การมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีหลักฐานวิชาการยืนยันชัดเจนแล้วว่า การได้รับโซเดียมในปริมาณมากกว่าความต้องการ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของคนไทย จากการศึกษาความชุกของโรค พบว่ามีประชากรไทยที่เป็นความดันโลหิตสูงได้ถึง ๑ ใน ๔ ของผู้ใหญ่ หรือกว่า ๑๐ ล้านคนและพบว่า มีประชากรไทยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณ ๗ ล้านคน โดยส่วนมากเป็นโรคไตระยะเริ่มต้น ถ้าความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น หัวใจวาย อัมพาต และความเสื่อมจากการทำงานของไตนำไปสู่ภาวะไตวาย หลักสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเหล่านี้คือ ควบคุมความดันโลหิต รักษาเบาหวาน รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะพัฒนาไปสู่โรคไตเรื้อรังภายใน ๑๐ ปี หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เหมาะสม (กองโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๖) และจากข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม SHAKE Package โดยองค์การอนามัยโลกและ มติสมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้รับรองนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นำไปสู่ความร่วมมือภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการจัดยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ มีเป้าประสงค์ “ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ ๓๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘” (กองโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๖)

สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรไทย ในปี ๒๕๖๒ พบว่า ประชาชนไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ย ๓,๖๓๖ มิลลิกรัม หรือเท่ากับเกลือถึง ๑.๘ ช้อนชา ซึ่งเกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ๑.๕-๒ เท่า และยังไม่มีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของการบริโภคโซเดียมในประชากรไทยพบว่าในภาคใต้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (๔,๑๐๗.๘ มิลลิกรัม/วัน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (๓,๗๕๙.๗ มิลลิกรัม/วัน) ภาคเหนือ (๓,๕๖๒.๗ มิลลิกรัม/วัน) กรุงเทพมหานคร (๓,๔๙๕.๙ มิลลิกรัม/วัน) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๓,๓๑๕.๘ มิลลิกรัม/วัน) ตามลำดับ แหล่งของการได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหาร ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตและการรับประทานอาหารนอกบ้าน แบ่งออกเป็น การเติมขณะปรุงอาหาร ร้อยละ ๗๑ อาหารตามธรรมชาติ ร้อยละ ๑๘ การปรุงรสเพิ่มบนโต๊ะอาหาร ร้อยละ ๑๑ (สุธาทิพย์ ภัทรกุลวณิชย และคณะ,๒๕๖๗)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภอนายายอาม จากข้อมูลระบบคลังสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗

ร้อยละ ๑๙.๐๖, ๑๙.๖๙ และ ๒๐.๓๗ ตามลำดับ และในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่พบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ พบร้อยละ ๑.๘๘, ๑.๗๔ และ ๑.๔๗ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี,๒๕๖๗) ซึ่งอัตราการป่วยของโรคดังกล่าวส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและผลการสำรวจการบริโภคเกลือและโซเดียม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ปี ๒๕๖๗ พบว่าแหล่งผลิตอาหารที่มีความเค็มคือ อาหารในตลาดและแผงลอย ซึ่งพบว่าเริ่มเค็ม ร้อยละ ๓๘.๘๙ และเค็มมาก ร้อยละ ๑๑.๑๑ ส่วนอาหารที่ผลิตในครัวเรือนพบว่าเริ่มเค็ม ร้อยละ ๒๓.๒๓ และเค็มมาก ร้อยละ ๒๗.๗๓ และในด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่ามี การเติมเครื่องปรุงต่าง ๆ ขณะปรุงอาหาร ร้อยละ ๖๘.๖๓ การปรุงรสเพิ่มบนโต๊ะอาหาร ร้อยละ ๕๖.๘๖ พฤติกรรมการจำกัดโซเดียมในแต่ละวันที่ปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง (ร้อยละ ๓๙.๒๑) และพบพฤติกรรมการสั่งอาหารโดยไม่เติมน้ำปลาหรือผงชูรสมีการปฏิบัตินานครั้งร้อยละ ๔๙.๐๔ และไม่ปฏิบัติ ร้อยละ ๓๓.๓๓ (กองโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๗) จากการจัดบริการที่ผ่านมา มีการตรวจคัดกรองสุขภาพและการขับเคลื่อนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ ในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ความรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ในบุคคลและกลุ่มประชาชน ซึ่งถือว่าเป็นกุญแจสำคัญในการลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่เนื่องจากพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงจำเป็นที่ต้องส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกในชุมชน และค้นหาข้อเท็จจริงร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเชิงรุกสู่การลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคในชุมชน จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนายายอาม

๓. บทวิเคราะห์ / แนวความคิด / ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม มีบทบาทในการจัดการโรคเรื้อรัง คือการทำงานเชิงรุก โดยมุ่งเข้าไปจัดการที่ปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมปัจจัยที่สร้างสุขภาพในระดับชุมชน ที่จะเป็นแรงหนุนเสริมโอกาสให้กับระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้โดยที่ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาด้วยตนเอง ขณะเดียวกันทรัพยากรของชุมชนถือเป็นทุน (รวมทั้งทุนทางสังคมและวัฒนธรรม) ที่มีความสำคัญต่อการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ออกมามีผลต่อการลดการเจ็บป่วย (หทัยชนก เกตุจุนา และคณะ, ๒๕๖๗) โดยเน้นกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจ สร้างความตระหนัก และการปฏิบัติที่ละเว้นปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย ความเครียด อาหาร มีปัญหาความต่อเนื่อง แต่กระบวนการให้ความรู้ความเข้าใจไม่ได้ปรับ ตามลักษณะบุคคล รวมทั้งการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองยังไม่ครอบคลุม ขาดการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ถือว่าเป็นจุดอ่อนของระบบบริการปัจจุบัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน จึงไม่สามารถดำเนินการได้โดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพัง หากแต่ชุมชนและภาคีองค์กรต่าง ๆ ล้วนมีอิทธิพลและมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจกำหนดแนวทางดูแลสุขภาพของบุคคลและชุมชน ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขล้วนมีความสำคัญในการลดปัจจัยเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง การปรับสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถมีพฤติกรรม/กิจกรรมสุขภาพ มีทางเลือกด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ในปัจจุบันการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ในอำเภอนายายอามมีพื้นที่นำร่องเพียง ๒ ชุมชน คือหมู่บ้านหนองน้ำขาว หมู่ ๑๔ และหมู่บ้านโพธาราม หมู่ ๑๒ ตำบลนายายอาม ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนายายอาม และประเด็นปัญหาการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ยังไม่ได้ถูกจัดการโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งปัจจุบันการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอนายายอามมีการกำหนดประเด็นการดำเนินงานเพื่อเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในปี ๒๕๖๗ จำนวน ๓ ประเด็น ได้แก่ (๑) การรณรงค์แก้ไขปัญหายาเสพติด (๒) กลุ่มเปราะบาง (๓) กลุ่มแม่และเด็ก ทำให้การดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังขาดความเชื่อมโยงและความต่อเนื่องในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ

แนวความคิด

แนวคิดการมีส่วนร่วม หมายถึงการให้บุคคลซึ่งได้รับผลประโยชน์หรือได้รับผลกระทบจากการดำเนินงานนั้น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในทุกมิติการดำเนินงานได้แก่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อให้บุคคลได้กำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน (นฤมล บุญเนื่อง,๒๕๖๒) ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เป็นกระบวนการที่ประชาชนได้เข้ามามี ส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเกิดความมั่นคงแข็งแรงและยั่งยืนทางด้านสุขภาพโดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนจะทำให้การดำเนินงานทางด้านสุขภาพของชุมชนบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ชุมชน ได้กำหนดขึ้น (จีระศักดิ์ ทัพผา และคณะ,๒๕๖๔) จากที่มาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงเกิดแนวคิดในการขับเคลื่อนการพัฒนาการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบทปัญหาสำคัญในพื้นที่ และสนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มุ่งเน้นสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่รู้ปัญหาและมีส่วนร่วมด้วยกัน โดยกระบวนการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ต้องตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นที่แปรผันไปตามลักษณะบริบทของชุมชน สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ อาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างภาครัฐ และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ นอกภาครัฐ เช่น ธุรกิจเอกชน ประชาชน ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ให้ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ แถะร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนา เพราะการพัฒนาที่ทรงพลังและยั่งยืนในสังคมประชาธิปไตย เกิดจากการพัฒนาที่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินการและร่วมรับประโยชน์จากการพัฒนา โดยผ่านกลไกพชอ.ซึ่งเป็นรูปแบบและกลไกที่ก่อให้เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและประชาชนในระดับพื้นที่ในการจัดการสุขภาพของตนเองและการมุ่งไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ทั้งนี้เกิดจากความสามารถในการบูรณาการระหว่างการสั่งการตามระบบราชการและการรับฟังปัญหาความต้องการของประชาชนและภาคส่วนในพื้นที่ (ภูดิท เตชาติวัฒน์ และคณะ,๒๕๖๓) สามารถนำเสนอเป็นแนวทางการดำเนินงานโดยแบ่งตามกระบวนการ และ ข้อกำหนดเป้าหมายและกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอนายายอาม, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงาน NCDs จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนายายอาม โรงพยาบาลนายายอาม และกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนายายอาม, ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ จาก อปท., อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนแกนนำชุมชนในเขตอำเภอนายายอาม โดยมีกระบวนการดังนี้

ขั้นที่ ๑ การศึกษาบริบทชุมชนการค้นหาปัญหาและสาเหตุ

วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชน และแนวทางดำเนินงานการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา

ขั้นที่ ๒ พัฒนากิจกรรมเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน

๑. คืนข้อมูลด้านสุขภาพได้แก่

๑.๑ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อัตราป่วย/ตายจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในชุมชน

๑.๒ ข้อมูลการสำรวจแหล่งผลิตอาหารที่มีความเค็มและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มในพื้นที่อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ปี ๒๕๖๗

๒. นำเสนอนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับชาติซึ่งมีเป้าหมาย ให้มีการดำเนินงานครอบคลุมประเทศ ภายในปี ๒๕๖๘ และกระบวนการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

๓. กิจกรรมถอดบทเรียน รูปแบบการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม “โครงการชุมชนรอบรู้ ลดเค็ม ลดโรค ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม” ในพื้นรับผิดชอบของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนายายอาม โดยตัวแทนชุมชนนำร่องหมู่บ้านหนองน้ำขาว หมู่ ๑๔ และหมู่บ้านโพธาราม หมู่ ๑๒ ตำบลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

๔. นำเสนอผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานรูปแบบการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม “โครงการชุมชนรอบรู้ ลดเค็ม ลดโรค ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมปี ๒๕๖๗” ของชุมชนนำร่องหมู่บ้านหนองน้ำขาว หมู่ ๑๔ และหมู่บ้านโพธาราม หมู่ ๑๒ ตำบลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ต่อคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อพิจารณาจัดทำนโยบายพัฒนาและขับเคลื่อนระบบการดำเนินงานลดบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ขั้นที่ ๓ การออกแบบและพัฒนา

พัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยอาศัยหลักการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) ๕ ขั้นตอน ผนวกกับกรอบกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกฎบัตรออตตาวา ๕ กลยุทธ์ เป็นแนวทางการดำเนินงาน (กองโรคไม่ติดต่อ,๒๕๖๖) โดยดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอนายายอามเพื่อขยายในชุมชนอื่น ๆ ในเขตอำเภอนายายอามดังนี้

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนายายอาม โดยมีคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน ประกอบด้วยอย่างน้อย ๓ ภาคส่วน คือ ภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน

๒. จัดการข้อมูลเฝ้าระวัง พื้นที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย สถานการณ์แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง) และข้อมูลค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมคลอไรด์ จากการสุ่มตรวจอาหารจากแหล่งต่าง ๆ และข้อมูลพฤติกรรมและความตระหนักรู้การบริโภคเค็ม นำมาเป็นข้อมูลนำเข้าพื้นฐานเบื้องต้น

๓. กำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย พร้อมทั้งแผนงานและกิจกรรมซึ่งมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ทั้งปัจจัยเสี่ยงและโรค ข้อมูลทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประเพณีและทรัพยากรในท้องถิ่น โดย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะทำงาน และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในเวทีชุมชน และแหล่งข้อมูลมาจากการสังเกตในชุมชน ร่วมกับหาข้อมูลมาประกอบสนับสนุนการสังเกตจากแหล่งต่าง ๆ ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน โดยนำผลการสำรวจประเมินสถานการณ์และวิเคราะห์ชุมชน นำเสนอต่อแกนนำ/คณะทำงานชุมชน และชุมชนให้รับรู้สถานการณ์ปัญหาโรคและปัจจัยเสี่ยง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผน แก้ไขปัญหา

๔. สนับสนุนการสร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง โดยการประกาศนโยบายสาธารณะ มาตรการชุมชน ข้อตกลงร่วมกันของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชน

๕. ส่งเสริมให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง เช่น เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดเกลือโซเดียม ตลาดนัดอาหารสุขภาพ ร้านอาหารเค็มน้อยอร่อยดี สั่งได้

๖. สร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยดำเนินงานชุมชนลดเค็ม ลดโรค ลดการบริโภคเกลือโซเดียม หรือการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็ม โดยการใช้ Salt meter ในการติดตามและเป็นข้อมูลสะท้อนกลับพฤติกรรมของประชาชน และจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังให้มีการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

๗. ให้ความรู้และสร้างความตระหนักต่อลดการบริโภคเกลือโซเดียม โดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และสร้างความตระหนักต่อการลดการบริโภคเกลือโซเดียม เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ เช่น กลุ่มไลน์ในชุมชน ป้ายประชาสัมพันธ์ การอบรมให้ความรู้ในประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การรณรงค์ในโรงเรียนและวัด รวมถึงการสร้างแกนนำ “อาสาพาลดเค็ม” เพื่อร่วมรณรงค์สร้างความตระหนัก ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในชุมชนและครอบครัว

ขั้นตอนที่ ๔ การติดตามประเมินผล

๑. การประเมิน/ถอดบทเรียนระหว่างการดำเนินงาน เป็นการประเมิน เพื่อติดตามการดำเนินงานในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีจุดเน้น ปริมาณ และคุณภาพในการดำเนินงาน การดำเนินงานตามเวลาที่กำหนด ค่าใช้จ่าย ปัญหาอุปสรรค และการดำเนินการแก้ไขและปรับปรุง

๒. การประเมิน/ถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน เป็นการประเมิน ภาพรวมทั้งหมดของการดำเนินงานเมื่อได้มีการดำเนินการจนสิ้นสุด ตามแผนการพัฒนาการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยสรุปผลการดำเนินงาน และนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามกำกับและประเมินผลมาวิเคราะห์ ซึ่งการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน เช่น การผลประเมินภาวะสุขภาพ พฤติกรรมและความตระหนักรู้ต่อลดการบริโภคเกลือโซเดียมของประชาชนในพื้นที่ มีนวัตกรรม/บุคคลต้นแบบ/ภูมิปัญญาท้องถิ่น/งานวิจัยที่สนับสนุนการลดการบริโภคเกลือโซเดียมและ/หรือ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. ด้านนโยบายหรือข้อตกลงร่วมกัน: อาจไม่ได้การเห็นชอบหรือการพิจารณาให้เป็นแนวทางดำเนินงานทั้งในระดับองค์กร และชุมชน ซึ่งการสร้างนโยบายหรือข้อตกลงร่วมกันของชุมชน จะเป็นแนวทางในการสร้างความร่วมมือส่งผลให้การขับเคลื่อนสำเร็จ

แนวทางการแก้ไข ทบทวนนโยบาย ข้อมูล สถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ชุมชน และสังคมต่อผู้บริหาร

๒. ด้านทีมงาน: คณะทำงานที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) เครือข่ายโรงเรียนในชุมชน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจพบปัญหาขาดความร่วมมือในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสร้างความเข้าใจร่วมกัน

แนวทางการแก้ไข สร้างความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้การทำงานเดินหน้าไปพร้อม ๆ กัน มีโครงสร้างที่ได้มาตรฐาน มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล โดยคณะกรรมการมีบทบาทสำคัญในการวางแผนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกด้านและมีระบบบริการเชิงรุก

๓. ด้านการสนับสนุน: การได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอด้านข้อมูล ความรู้วิชาการ กระบวนการงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับชุมชน

แนวทางการแก้ไข จัดทำแผนพัฒนาความรู้ และศักยภาพของทีมงานสาธารณสุขในบทบาทของผู้นำและทักษะการประสานงาน และโค้ช

๔. ด้านการมีส่วนร่วม: อาจพบการขาดการให้ความร่วมมือ หรือมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากบุคลากรในทุกขั้นตอนและทุกระดับ (ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วมควบคุม/ติดตาม และร่วมประเมินผล)

แนวทางการแก้ไข: เพิ่มช่องทางรับข้อมูลหรือปัญหาที่จำเป็นของพื้นที่ และสามารถนำมากำหนดแนวทางการจัดการหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนได้อย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง และควรมีการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือภาคประชาสังคมเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

๕. การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวทางการแก้ไข

- ศึกษารูปแบบและความชัดเจนการจัดบริการภายหลังการถ่ายโอน โดยมุ่งเน้นการทำงานร่วมกันตามมาตรฐาน ยึดพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่
- กำกับติดตามโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD BOARD) อำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒. เพื่อลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม - เดือนกันยายน ๒๕๖๘

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการดึงภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมได้หลากหลาย สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่การบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง กลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ เกิดเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต แปลงแนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

๔.๒ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลาง สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่งผลให้ลดเสี่ยง ลดโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาวได้

๔.๓ สามารถขยายผลและเป็นโมเดลต้นแบบการพัฒนาให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อป้องกัน ควบคุม โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ครอบคลุมทุกตำบลของอำเภอนายายอาม คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา ร้อยละ ๒.๕

(ลงชื่อ) .....

(นางนีรนุช สุริยะรังษี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ กันยายน ๒๕๖๗ – ๓ ตุลาคม ๒๕๖๗ รวมระยะเวลาในการดูแล ๒๘ วัน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน ๕ ครั้ง

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มีอาการรบกวนคือ อาการปวดและเหนื่อยหอบ ที่มีการจัดการอาการปวดเอง (pain management) ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนมีการดูแลน้อย ดังนั้น ผู้จัดทำจึงสนใจและเห็นโอกาสที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วย มะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ที่มีการจัดการอาการปวดเอง (pain Management) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน ที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรเครือข่ายครอบครัวและชุมชน ในครั้งนี้ผู้ศึกษาเป็นพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานในชุมชน มีส่วนสำคัญอย่างมากในการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการและที่บ้าน ทั้งให้การพยาบาล ต่อเนื่อง การค้นหาปัญหา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การรับผู้ป่วยส่งต่อ เยี่ยมบ้านจากศูนย์ COC การติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงที่ส่งผลทำ ให้เกิดภาวะเจ็บป่วยทางกาย การคงอยู่ของความเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ดังนั้นการให้การพยาบาล ที่บ้านจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างองค์รวม ตอบสนองต่อ ปัญหา บรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ญาติและผู้ป่วยมีความพร้อมและจัดการอาการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการ พยาบาล โดยใช้ทฤษฎีระยะสุดท้ายของชีวิตที่สงบ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมและ เป็นองค์รวม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยได้ศึกษาเนื้อหาจากตำรา เอกสารวิชาการ ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑. โรคมะเร็งปอด
๒. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
๓. ทฤษฎีทางการพยาบาล
๔. กระบวนการพยาบาล/การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน/เกณฑ์มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน
๕. แนวทางการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง
๖. การป้องกันและดูแลแผลกดทับ(pressure ulcer management)
๗. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
๘. การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

โรคมะเร็งปอด(Lung Cancer)เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ จากรายงานขององค์กรวิจัยโรคมะเร็ง นานาชาติ(International Agency for Research On Cancer) ในปี ๒๕๕๘ พบว่าโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุด คือมะเร็งปอด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ รองลงมาจากโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่มะเร็ง กระเพาะอาหารและมะเร็งต่อมลูกหมาก ในบรรดาผู้ป่วยรายใหม่จำนวน ๑๒.๗ ล้านคน พบมะเร็งปอด ๑.๖ ล้านคน ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต ๗.๖ ล้านคน เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด ๑.๓๗ ล้านคน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่า ในปี ๒๕๗๓ จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ ๒๔ ล้านคนทั่วโลก จะมีผู้เสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น ถึง ๑๓.๑ ล้านคน

สถานการณ์ในประเทศไทยสถิติจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติปีพ.ศ ๒๕๖๕ พบว่าประเทศไทยพบผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

มะเร็งรายใหม่ราว ๔๐๐ คนต่อวัน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดราว ๑๑ เปอร์เซ็นต์ ทำให้มะเร็งปอดจัดเป็นโรคมะเร็งที่คนไทยเป็นมากเป็นอันดับ ๒ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ของคนไทยในเพศชาย รองจากมะเร็งตับ และเป็นอันดับ ๕ ในเพศหญิง ผู้ป่วยที่ตรวจเจอในระยะที่ ๑ จะมีโอกาสอยู่รอดถึง ๕ ปี ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ตรวจเจอในระยะที่ ๔ ถึง ๖ เท่าและมีผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ , ๒๕๕๘)

โรงพยาบาลแหลมสิงห์พบผู้ป่วยมะเร็งปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวน ๑๓๕ ,๑๔๑ , ๒๔๘ คนตามลำดับ มีผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน ๒๔ (ร้อยละ ๑๗.๗๘), ๒๕ (ร้อยละ ๑๗.๗๓), และ๓๖ (ร้อยละ ๑๔.๕๒) ตามลำดับ กรณีที่เลือกศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มีอาการรบกวน คือ ปวดและหอบเหนื่อยที่มีการจัดการปวดอาการปวดเอง (pain management) ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนมีการดูแลน้อยดังนั้นผู้จัดจึงสนใจและเห็นโอกาสที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านที่มีการจัดการอาการปวดเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการการปวดและอาการรบกวนที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรเครือข่ายครอบครัวและชุมชน

โรคมะเร็งปอด(Lung Cancer)

มะเร็งปอดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติในปอดไปเป็นเซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็วซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ คือ การผ่าเหล่า (Random mutation) หรือการจัดเรียงตัวใหม่ของยีนส์ (Gene rearrangement) การถูกกระตุ้นหรือเหนี่ยวนำโดยสารเคมีเช่น Polycyclic aromatic hydrocarbon , Tar และ Aromatic amine เป็นต้น จากปัจจัยกายภาพเช่นรังสี จากการติดเชื้อไวรัสโดยเฉพาะ Oncogenic Viruses มะเร็งปอดจะทำร้ายชีวิตของผู้ป่วยได้รวดเร็วแค่ไหน ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

พยาธิสภาพตามระยะของมะเร็งปอด

การแบ่งระยะของมะเร็งปอดที่ใช้กันที่นิยมใช้กันคือ การจัดระยะของโรคตามระบบ TNM (Tumor , lymph node, Metastasis classification) พัฒนาขึ้นโดย Denoix (๑๙๔๖) จำแนกเป็นระยะต่างๆได้ ๔ ระยะหลักและแบ่งได้อีกเป็น ๒ ระยะย่อย โดยเพิ่มตัวเลข ๐-๔ ตามความรุนแรงของโรค (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๕๘) ดังนี้

ระยะที่ ๑ ก้อนมะเร็งจะอยู่ที่ปอดเท่านั้นไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองแบ่งย่อยเป็นระยะ IA (T๑ N๐ M๐) ระยะ IB (T๒ N๐ M๐)

ระยะที่ ๒ มะเร็งจะอยู่ที่ปอดและกระจายไปใกล้ต่อมน้ำเหลืองแบ่งย่อยเป็นระยะ IIA (T๑ N๑ M๐) คือมะเร็งจะมีขนาดเล็กพบกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดและระยะ IIB (T๒ N๑ M๐ , T๓ N๐ M๐) มะเร็งจะมีขนาดใหญ่ขึ้นเล็กน้อยพบกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดหรือกระจายไปยังบริเวณอื่น เช่น ผนังทรวงอก

ระยะที่ ๓ มะเร็งจะพบที่ปอดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณที่ห่างจากปอด แบ่งย่อยเป็นระยะ IIIA (T๑-๓ N๒ M๐) มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองในบริเวณอื่นที่ห่างจากปอด หรือพบกระจายรอบๆปอดข้างเดียวกัน และกระจายไปยังผนังทรวงอก หรือบริเวณกลางช่องอกและระยะ IIIB (T๔ N๐-๒ M๐ , T๑-๔ N๓ M๐) มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่ปอดข้างตรงข้ามหรือเนื้องอกมากกว่า ๑ ก้อนในปอดหรือมีของเหลวที่มีเซลล์มะเร็งอยู่รอบๆปอด

ระยะที่ ๔ (Any T Any N M๑) มะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นของร่างกายเช่น ตับ กระดูก สมอง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ที่มีเซลล์มะเร็งอยู่รอบๆปอด

ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด

แบ่งตามลักษณะทางพยาธิสภาพเป็น ๒ กลุ่มใหญ่คือ มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก Non – small Cell Lung Cancer (NSCLC) ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ ๘๐ ได้แก่ Squamous Cell Carcinoma , Adenocarcinoma และ Large Cell Carcinoma มะเร็งกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายช้า ส่วนอีกกลุ่มได้แก่มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก Small Cell Lung Cancer (SCLC) มะเร็งชนิดนี้มีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายได้รวดเร็ว พบประมาณร้อยละ ๒๐ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกมักจะไม่มีอาการ แต่เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นก็จะมีอาการ แต่ก็มักไม่จำเพาะ ทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ล่าช้า มีผลต่อระยะของโรคที่ลุกลาม หรือแพร่กระจายไปมาก อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งปอดแต่ละคน จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และการแพร่กระจายของมะเร็ง อาการที่พบ เช่น ไอ ไอเป็นเลือด เหนื่อยจากการที่มีก้อนมะเร็งไปอุดกั้นบางส่วนของ trachea หรืออุดหลอดลมปอดของปอดบางกลีบ ถ้ามะเร็งลุกลามเข้าไปยัง parietal pieura หรือผนังทรวงอกจะทำให้เกิดอาการปวด และอาการจากการแพร่กระจายสู่อวัยวะข้างเคียง (regional symtoms) ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง เช่นเดียวกับอาการแสดงเฉพาะที่เช่นกดประสาท Laryngeal nerve ทำให้เสียงแหบ สำลักน้ำ และอาหาร กดเส้นเลือด เกิดกลุ่มอาการที่เด่นชัด มีหน้าบวม แขนบวม ปวดศีรษะ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง กดเยื่อหุ้มปอดทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เกิดอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกและไอแห้ง ๆ อาการมักค่อยเป็นค่อยไป (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

การรักษาโรคมะเร็งปอด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

๑. การผ่าตัด มีเป้าหมายเพื่อผ่าเอาก้อนมะเร็งที่ปอดและต่อมน้ำเหลืองที่ช่องอกออกให้หมด โดยทั่วไปไม่ใช้ในการรักษามะเร็งปอดชนิด SCLS ซึ่งมักมีการแพร่กระจายตัวของ เซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็ว การผ่าตัดมักใช้ในการรักษา มะเร็งปอดชนิด NSCLC ในระยะที่ ๑ , ๒ และ IIIA การผ่าตัดมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะของโรค ได้แก่ การตัดปอดบางส่วน (Wedge resection) การตัดปอดทั้งกลีบ (Lobectomy) และการตัดปอดทั้งข้าง (Pneumonectomy)

๒. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการใช้พลังงานรังสี ที่มีความเข้มข้นฉายไปยังตำแหน่งของเซลล์มะเร็ง ๒ ประเภทคือ

๒.๑ Teletherapy เป็นการฉายแสงจากภายนอกโดยใช้เครื่องส่งรังสีจากภายนอกร่างกาย ต้นกำเนิดของรังสีห่างจากบริเวณที่รักษามากกว่า ๓๐ เซนติเมตร โดยทั่วไปจะใช้ระยะ ๘๐-๑๐๐ เซนติเมตร การฉายรังสีจะครอบคลุมทั้งก้อนมะเร็งอวัยวะใกล้เคียงที่ก้อนมะเร็งลุกลามและต่อมน้ำเหลือง

๒.๒ Brachy therapy การรักษาแบบนี้ ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ใกล้อวัยวะที่รักษาส่งผลให้ก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสีได้สูงมาก การควบคุมโรคเฉพาะที่จึงสูงกว่า แต่มีข้อจำกัดคือจะรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน ๔ เซนติเมตร

๓. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemo therapy) หากผู้ป่วยที่สามารถผ่าตัดได้ เช่น ผู้ป่วยระยะ I, II และ IIIA จะได้รับการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก แต่พบว่าหลังการผ่าตัดจะมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้ จึงมีการใช้ยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เคมีบำบัดมาใช้เสริมร่วมกับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของป่วยได้

๔. การรักษาโดยให้ยามุ่งเป้าทำลายเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) ในปัจจุบันมีการพัฒนายาให้ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงกับเซลล์มะเร็งมากขึ้น นำไปสู่การรักษาด้วยวิธีนี้ ซึ่งเป็นวิธีรักษามะเร็งโดยมีเป้าหมายเพื่อยับยั้งโปรตีนที่เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมกลไกการเกิดโรคมะเร็ง

นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นอีกแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรค หรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของ การดูแลแบบประคับประคองคือกระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะเจ็บปวดร้ายแรงที่คุกคามต่อการมีชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกระบวนการนี้จะเริ่มตั้งแต่การประเมินและค้นหาปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมไปถึงการรักษาและป้องกันปัญหา และความทุกข์ทรมานโดยคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกัน โดยหวังให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้จากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ๒๕๖๐)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษาเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความจำเพาะแต่ละกรณีไม่มีสูตรสำเร็จตายตัว พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ นำมาประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งต้องพิจารณาศรัทธา ความเชื่อ วัฒนธรรมบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายบนพื้นฐานของการรับรองสิทธิ์ของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาทั้งสุดท้ายในชีวิตของตน (กรมการแพทย์, ๒๕๖๓)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (กรมการแพทย์, ๒๕๖๓)

๑. มีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้
๒. มีความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมากที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
๓. มีการพยากรณ์โรคว่ามีชีวิตอยู่ ≤ ๖ เดือนเช่น Eastern Cooperative Oncology Group (ECOC) performance status ≥๓ หรือ palliative performance ≤ ๕๐
๔. การลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง
๕. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ ๕๙ ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ภูมิลำเนา อยู่ในอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

วันที่รับไว้ดูแล วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๗
วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๗
รวมวันที่รับไว้ในการดูแล ๒๘ วัน
เยี่ยมบ้านและครอบครัว ๕ ครั้ง

แหล่งที่มาของข้อมูล ภรรยา น้องชาย และเวชระเบียนผู้ป่วยโปรแกรม HOS Xp โรงพยาบาลแหลมสิงห์ และข้อมูลการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านจากโปรแกรม Thai COC พระปกเกล้า

อาการสำคัญ ผู้ป่วยมะเร็งปอด รับส่งกลับ จากโรงพยาบาลศูนย์ พระปกเกล้า

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน ๑ เดือนก่อน(๑ ก.ค.๒๕๖๗)มีอาการ แน่นหายใจลำบากก่อนมา ๒ ชั่วโมง ได้รับการ Endotracheal Tube และ CPR. ส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า รับการรักษาพระปกเกล้าด้วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายและได้รับการทำAdvance care plan with Living will ขอจำกัดการรักษา ไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้หัตถการรุกล้ำและขอรักษาตามอาการแบบประคับประคอง ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า ผู้ป่วยไม่ขอรับการรักษาชนิดใด

อาการสำคัญ ผู้ป่วยมะเร็งปอด รับส่งกลับ จากโรงพยาบาลศูนย์ พระปกเกล้า

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน ๑ เดือนก่อน(๑ ก.ค.๒๕๖๗)มีอาการ แน่นหายใจลำบากก่อนมา ๒ ชั่วโมง ได้รับการ Endotracheal Tube และ CPR. ส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า รับการรักษาพระปกเกล้าด้วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายและได้รับการทำAdvance care plan with Living will ขอจำกัดการรักษา ไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้หัตถการรุกล้ำและขอรักษาตามอาการแบบประคับประคอง ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า ผู้ป่วยไม่ขอรับการรักษาชนิดใด

วันที่ ๒๒ ส.ค.๒๕๖๗ รับส่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า นอนพักโรงพยาบาลแหลมสิงห์ และส่งต่อ เยี่ยมบ้านแบบประคับประคอง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัว ๑๐ ปีก่อนอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ ทำให้มีแขนขาซีกขวาอ่อนแรงแต่สามารถช่วยเหลือตัวเองทำกิจวัตรประจำวันปกติ

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา ดื่มสุราทุกวัน วันละ ๑ ขวดเอ็ม ๑๕๐ สูบบุหรี่วันละ ๑ ซองทุกวัน เป็นระยะเวลา ๓๐ ปี จนถึงปัจจุบัน

การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม(INHOMESSS ASSESSMENT)

I : การเคลื่อนไหว (Immolibility) ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthal Activity of Dialy Living : ADL) พบ ADL score = ๐ คะแนน (เกณฑ์คะแนน ADL , ๐-๔ จากคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) แสดงถึงภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ข้อที่ได้คะแนนคือ รับประทานอาหารไม่ได้เองต้องมีคนช่วย และข้อการใส่เสื้อผ้าต้องมีคนช่วย และข้อการขับถ่ายอุจจาระบางครั้งไม่สามารถกลั้นได้ Retained Foley s cath

N : โภชนาการ (Nutrition)รับประทานอาหารต้ม เปื่อย เคี้ยวกลืนได้ เป็นอาหารที่เตรียมโดยภรรยาผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลอาหารป้อนอาหาร ทานอาหารปกติวันละ ๓ มื้อ

H : สภาพบ้าน (Home) สภาพบ้าน (Home Environment) บ้านเดี่ยวชั้นเดียว ตั้งอยู่ในสวน เงียบสงบ รอบๆบ้านโล่งเตียน ในบ้าน ๒ ห้องนอน ๑ ห้องน้ำ แสงสว่างส่องถึงเพียงพอ ภายในบ้างแบ่งส่วนประโยชน์ใช้สอยเป็นสัดส่วน ภายในบ้านอากาศค่อนข้างร้อน

O : สมาชิกอื่นในบ้าน / ในชุมชน (Other people) สมาชิกคนอื่นภายในบ้าน (Other people) เดิมผู้ป่วย อยู่ลำพังคนเดียว เพิ่งอยู่กินกับภรรยาคนปัจจุบันได้ประมาณ ๑ ปี ไม่มีบุตร ผู้ป่วยได้ขายบ้านให้กับหลานได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

ประมาณ ๑ ปี โดยที่ญาติและภรรยาไม่ทราบ ภรรยาและหลาน ทั้ง๒คนเต็มใจจะช่วยดูแลผู้ป่วย เงินเก็บพอใช้จ่ายดูแลตนเองยามเจ็บป่วย ไม่มีหนี้สิน

M : ยาที่ผู้ป่วยใช้ (Medication) ยาที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังกลับจากการรักษาที่โรงพยาบาล ยามอร์ฟีนชนิดเม็ด (๖๐มก.) ๑ เม็ด ๓ เวลา หลังอาหาร แต่ญาติจะให้รับประทานเมื่อมีอาการปวดมาก

E : ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (Examination)

๑. ผิวหนังและสภาพทั่วไปภายนอก ผู้ป่วยชายรูปร่างผอมบาง ผิวขาว ใบหน้าอิดโรย อ่อนเพลีย ผิวค่อนข้างชืดทดสอบการตึงตัวของผิวหนังพบผิวหนังมีความตึงตัวน้อย ไม่มีผื่นหรือจุดเลือดออก มีแผลบริเวณก้นกบขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง ๒x๒ ซม. เกิดจากการกดทับไว้ตลอด แผล มีน้ำเหลืองและเลือด ซึมชุ่มก๊อส ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีแผลกดทับที่อื่น

๒. ศีรษะ ใบหน้าและลำตัว ศีรษะลักษณะผอม ผิวหนังหุ้มกระดูก สมมาตรทั้ง ๒ ข้าง ไม่บิดเบี้ยว สามารถพูดคุยได้แต่จะพูดช้า สำเนียงไม่ชัดเนื่องจากอุบัติเหตุ ๑๐ ปีก่อน ไม่มี Neck Vein Engorgement

๓. ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ ใช้แรงในการหายใจเข้าออกมากกว่าปกติ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน ๙๘% การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเข้าสมมาตรกันทั้ง ๒ ข้าง

๔. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะทรวงอกปกติ เสียงหัวใจ S_1 S_2 ปกติแต่เสียงเบา ไม่มี Murmur อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๑๐๐-๑๐๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๒/๖๔ มิลลิเมตรปรอท

๕. ระบบต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลือง หน้าหูด้านขวาโต ขนาด๒x๒ เซนติเมตร หน้าหูด้านซ้ายโต ๑x๑.๕ เซนติเมตร กดเจ็บเล็กน้อย ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ด้านขวาโตขนาด ๒x๒ เซนติเมตร ไม่มีอาการอักเสบบวมแดง

๖. ระบบทางเดินอาหาร รับประทานอาหารอ่อน อาหารธรรมดา อาหารเหลวได้ทุกอย่าง ญาติไขหัวเตียง และต้องช่วยป้อนอาหารทุกมื้อ ไม่สามารถรับประทานได้เอง

๗. ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ขับถ่ายอุจจาระสามารถบอกได้ แต่บางครั้งไม่สามารถบอกได้ ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ และใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปไว้ตลอดเวลา ขับถ่ายอุจจาระยาก ท้องผูก บางวันเบ่งไม่ออกญาติล้วงให้

๘. ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รู้สึกตัว ลืมตาได้เอง สามารถพูดโต้ตอบ และมีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับบุคคลอื่นได้ดี แขนขาสองข้างอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

S: บริการที่ได้รับ สถานบริการที่ให้บริการได้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ โรงพยาบาลแหลมสิงห์ สิทธิบัตรประกันสุขภาพ

S: ความคุกคาม (Safty) เนื่องจากบ้านอยู่ในสวน อาจมีแมลงหรือสัตว์มีพิษได้

S: สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ประเมิน ๒Q ปกติเนื่องจากช่วงที่ยังไม่ป่วย มักจะช่วยเหลือพระในการเดินบาตร และรับใช้พระที่วัดในหมู่บ้าน

การประเมิน IFFE

I : ความคิดต่อการเจ็บป่วย (Idea) บางครั้งก็ท้อแท้กับการเจ็บป่วย แต่สามารถรับสภาวะการเจ็บป่วยได้

F: ความรู้สึกของผู้ป่วยและครบครัว (Felling) ญาติผู้ดูแลเต็มใจดูแลกันไปตามอาการ สงสารเกรงว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดทรมานและจะยังทำใจไม่ได้เมื่อถึงเวลานั้น ยังไม่รู้สึกท้อแท้ในการดูแล แต่ยังรู้สึกว่ายังขาดความรู้ และเต็มใจที่จะเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

F: ความสามารถในอาชีพ (Function) เดิมผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร่างกายพิการแขนขาซีกขวาจากอุบัติเหตุ ภายหลังเจ็บป่วย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ผู้ป่วยมีฐานะยากจน มีกำลังในการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดูแลตนเองยามเจ็บป่วย ไม่มีหนี้สิน

E: ความคาดหวัง (Expectation) ได้พูดคุยและประเมินความคาดหวัง ผู้ป่วยทราบว่ารักษาไม่หาย แต่ขอไม่ให้ทรมานจากอาการของโรค

สรุปการประเมินสุขภาพ จากประวัติการเจ็บป่วยและการประเมิน (INHOMESSS ASSESSMENT)ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ส่งเยี่ยมบ้าน แบบประคับประคองที่บ้านวยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนอยู่บนเตียง รูปร่างค่อนข้างผอม อยู่กับภรรยาและหลาน รู้สึกตัวดี ถามตอบดูเรื่องตรวจร่างกายพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลังใบหูขวาโตขนาด ๑.๕x๓ เซนติเมตร ต่อมน้ำเหลืองหลังใบหูซ้าย บวมโตขนาด๑.๕x๒เซนติเมตรต่อมน้ำเหลืองรักแร้ด้านขวาโตขนาด ๒x๒ เซนติเมตร ไม่มีอาการอักเสบบวม การขับถ่ายอุจจาระค่อนข้างยาก ท้องผูกบางครั้ง ภรรยาต้องล้วงให้ การปัสสาวะ คาสายสวนปัสสาวะไว้และมีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ ๒ ขนาด ๒x๒ เซนติเมตร ผู้ป่วยอ่อนเพลีย มียาตามแผนการรักษายามอร์ฟีนชนิดเม็ด (๖๐มก.) ๑ เม็ด ๓ เวลา หลังอาหาร แต่ญาติจะให้รับประทานเมื่อมีอาการปวดมาก พบมีผู้ดูแล ๒ คน คนที่หนึ่งเป็นหลานวัยรุ่นและภรรยา มีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย และให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเต็มที่ มีสภาพเศรษฐกิจพอใช้ ไม่มีหนี้สิน สามารถรับสภาวะการเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยทราบว่ารักษาไม่หาย แต่ไม่อยากทรมานขอตายแบบสงบ ไม่ต้องการไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้หัตถการล่วงล้ำใดๆ โดยมีภาคีเครือข่ายช่วยเหลือทางคือ อสม. ผู้นำท้องถิ่น Care giver และเทศบาลตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกสนับสนุนให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้า และเครื่องดูดเสมหะแก่ผู้ป่วย

การวินิจฉัยของแพทย์ CA Lung End State with Pallitive care

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากการดูแล

วันที่รับไว้ดูแล วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๐๐ น. (ที่บ้าน) เป็นการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๑

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๑ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๗ (ที่บ้าน) ลงเยี่ยมบ้านพร้อม ทีมพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ,อสม. ,Care Giver พบผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รูปร่างผอม อยู่กับภรรยาและหลาน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง Pallitive Performance scale ๕๐% Barthel ADL index ๐ คะแนน มีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ ๒ ขนาด ๒x๒ เซนติเมตร ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หายใจมีเหนื่อย เล็กน้อยภรรยาและหลานช่วยพลิกตะแคงบนเตียง ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๒ / ๖๐ มิลลิเมตรปรอท ขณะหายใจเองวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ ๙๕% ขณะใส่ออกซิเจนแคนนูล่า ๓ ลิตร/mine วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ ๙๕% ฟังปอดมีเสียงเสมหะเบาๆ Decrease both lung sound มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง ๒ ข้าง ระดับความเจ็บปวด ๖-๗ คะแนน ผู้ป่วยมียารับประทานแก้ปวด มอร์ฟีนชนิดเม็ด ๖๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ เวลาหลังอาหาร แต่ ยังปฏิเสธ การรับประทานยา บอกว่ายังสามารถทนได้ รับประทานอาหารโดยภรรยาและหลาน เป็นคนป้อนให้รับได้ไม่อาเจียน การขับถ่ายอุจจาระได้เอง คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่ขุ่น ๓๐๐ cc. ไหลดี พยาบาลเยี่ยมบ้านทบทวนแผนการดูแล ผู้ป่วยและภรรยา ยืนยันตามเดิมคือ ไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้ หัตถการล่วงล้ำ (invasive procedure) และขอรักษาตามอาการแบบประคับประคองที่บ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๐๐ น. (ที่บ้าน) เยี่ยมพร้อม Care Giver พบผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รูปร่างผอม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง Pallitive Performance scale ๕๐% Barthel ADL index ๐ คะแนน มีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ ๒ ขนาด ๒x๒ เซนติเมตร แผลแดงดีผู้ป่วยอ่อนเพลีย หายใจมีเหนื่อยเล็กน้อยภรรยาและหลานช่วยพลิกตะแคงบนเตียงทั้งสองคนผลัดเวรกันดูแลช่วงกลางคืน เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๖ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๒ / ๕๙ มิลลิเมตรปรอท ขณะหายใจเองวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ ๙๔% ขณะใส่ออกซิเจนแคนนูล่า ๓ ลิตร/mine วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ ๙๕% ฟังปอดมีเสียงเสมหะเบาๆ Decrease both lung sound ดังเดิม มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง ๒ ข้าง ระดับความเจ็บปวด ๗-๘ คะแนน ผู้ป่วยมียารับประทานแก้ปวด มอร์ฟีนชนิดเม็ด ๖๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ เวลาหลังอาหาร รับประทานยา ๑ เม็ด อาการปวดทุเลาระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับ ๕ คะแนน พักได้ รับประทานอาหาร รับได้ไม่อาเจียน การขับถ่ายอุจจาระได้เอง คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่ขุ่น ๓๐๐ cc. ไหลดี แจ้งช่องทางประสานเจ้าหน้าที่ทางแอพลิเคชั่นไลน์ และ เบอร์โทรเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและสามารถปรึกษากับพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ตลอดเวลา ภรรยาและหลานสามารถประเมินระดับความปวด(PAIN ASSESSMENT TOOL) ได้โดยมีพยาบาลเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษา และเมื่อปวดมากระดับความเจ็บปวด ๗-๘ คะแนน จะได้ให้รับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟีน และ อสม.ชุมชนในละแวกร่วมเยี่ยมดูแล

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๐๐ น. (ที่บ้าน) พบผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รูปร่างผอม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ซึมลง Pallitive Performance scale ๔๐% Barthel ADL index ๐ คะแนน มีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ ๒ ขนาด ๒x๒ เซนติเมตร แผลแดงดีผู้ป่วยอ่อนเพลีย หายใจมีเหนื่อยเล็กน้อย ภรรยาและหลานผลัดเวรกันดูแลช่วงกลางคืน เริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๑๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๘ ครั้งต่อนาที เวลาพูดจะเริ่มเหนื่อยมาก ความดันโลหิต ๑๐๐ / ๕๙ มิลลิเมตรปรอท ขณะหายใจเองวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ ๙๓% ขณะใส่ออกซิเจนแคนนูล่า ๓ ลิตร/mine วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ ๙๕% ฟังปอดมีเสียงเสมหะเบาๆ Decrease both lung sound ดังเดิม มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง ๒ ข้าง ระดับความเจ็บปวด ๔-๕ คะแนน ภรรยาช่วยนวดให้ บอกรักภรรยามาก ภรรยาคุยกันสองคนต่างเป็นห่วงกันและกัน นอนพักได้ รับประทานอาหารลดลง การขับถ่ายอุจจาระเริ่มแข็ง ผายลมดี คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่ขุ่น ๕๐๐ cc. ไหลดี แจ้งช่องทางประสานเจ้าหน้าที่ทางแอพลิเคชั่นไลน์ และ เบอร์โทรเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและสามารถปรึกษากับพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ตลอดเวลา

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๔ วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๕.๐๐ น. (ที่บ้าน) ผู้ป่วยรู้สึกตัวซึมลงกว่าวันก่อน Pallitive Performance scale ๓๐% Barthel ADL index ๐คะแนนมีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ ๒ ขนาด ๒x๒ เซนติเมตร แผลแดงดีผู้ป่วยอ่อนเพลีย หายใจเริ่มมีเหนื่อย ไม่หอบ ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๑๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๓๐ ครั้งต่อนาที เวลาพูดจะเริ่มเหนื่อยมาก ความดันโลหิต ๙๐ / ๖๐ มิลลิเมตรปรอท ขณะหายใจเองวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ ๙๓% ขณะใส่ออกซิเจนแคนนูล่า ๓ ลิตร/mine วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ ๙๕% ฟังปอดมีเสียงเสมหะเบาๆ Decrease both lung sound ดังเดิม มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง ๒ ข้าง ระดับความเจ็บปวด ๗-๘ คะแนน ผู้ป่วยมียารับประทานแก้ปวด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มอร์ฟีนชนิดเม็ด ๖๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ เวลาหลังอาหาร รับประทานยา ๑ เม็ด อาการปวดทุเลาระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับ ๕ คะแนน พักได้ วันนี้รับประทานยามอร์ฟีน ๑ เม็ด ชนิดเม็ดช่วงเช้า เวลา ๑๐.๐๐ น. เนื่องจากปวดและหายใจเหนื่อย วันนี้ยังไม่ถ่ายอุจจาระเริ่มอึดอัดแน่นท้อง ภรรยาแจ้งว่าถ้าพรุ่งนี้ไม่ถ่ายอุจจาระคงต้องล้วงอุจจาระออก คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่ขุ่น ๕๐๐ cc. ภรรยาเปิดธรรมะให้สามีฟังและบอกพยาบาลเยี่ยมบ้านว่า เช้านี้นิมนต์พระมารับบิณฑบาตในบ้านเพื่อให้สามีได้ใส่บาตรจะได้รับผลบุญและจิตใจใฝ่ทางบุญก่อนจากไป พยาบาลเยี่ยมบ้านชมเชยที่ญาติสามารถดูแลประเมินอาการเบื้องต้นได้และสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ และสร้างความมั่นใจให้กับญาติเน้นย้ำช่องทางปรึกษาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

การเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ ๕ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๕.๐๐ น. (ที่บ้าน)ผู้ป่วยซึมลงมากขึ้นสับสน Pallitive Performance scale ๒๐% Barthel ADL index ๐ คะแนน มีแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ ๒ ขนาด ๒x๒ เซนติเมตร แผลแดงดีผู้ป่วยอ่อนเพลีย หายใจเริ่มมีเหนื่อย เริ่มหอบ ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๒๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๓๔ ครั้งต่อนาที เหนื่อยมาก ความดันโลหิต ๙๐ / ๖๐ มิลลิเมตรปรอท ใส่ออกซิเจนแคนนูล่า ๓ ลิตร/mine ตลอดเวลา วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนได้ ๙๕ % ฟังปอดมีเสียงเสมหะมากขึ้น Decrease both lung sound มีอาการปวดบริเวณหลัง ทั้ง ๒ ข้าง ระดับความเจ็บปวด ๗ - ๘ คะแนน และเริ่มปวดมากขึ้นและบ่อยขึ้น ผู้ป่วยมียารับประทานแก้ปวด มอร์ฟีนชนิดเม็ด ๖๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด ๓ เวลาหลังอาหาร รับประทานยา ๑ เม็ด อาการปวดทุเลาระดับความเจ็บปวดอยู่ระดับ ๕ คะแนน พักได้ วันนี้รับประทานยามอร์ฟีน ๑ เม็ด จำนวน ๓ มื้อภรรยาค่อนข้างเป็นห่วงแต่สามีคุยกันแล้วประสงค์จะเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้ หัตถการล่วงล้ำ (invasive procedure) และขอรักษาตามอาการแบบประคับประคองที่บ้าน และจัดพิธีทางศาสนาที่วัดในหมู่บ้านที่สามีช่วยภารกิจของสงฆ์ในช่วงที่ยังไม่ป่วยและเปิดธรรมมะจากโทรศัพท์ให้สามีได้ฟัง เช้านี้นิมนต์พระมารับบิณฑบาตในบ้านเพื่อให้สามีได้ใส่บาตร มีอสม. และ ชุมชนมาเยี่ยมให้กำลังใจและนำผ้าอ้อมผู้ใหญ่มามอบให้ พยาบาลเยี่ยมบ้านสร้างความมั่นใจให้กับญาติ เน้นย้ำช่องทางปรึกษาได้ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑. ปวดบริเวณหลัง เนื่องจาก การลุกลามของมะเร็ง

๒. หายใจลำบากเนื่องจากพยาธิสภาพที่ปอด

๓.มีภาวะโภชนาการจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร

๔. ท้องผูก เนื่องจากมีการใช้ยา strong opioid และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

๕. พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

๖. ครอบครัวมีความเครียดจากภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย

๗.เตรียมความพร้อมครอบครัวเผชิญการสูญเสียเนื่องจาก การดำเนินของโลกเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (last hour)

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ ๔๙ ปี มีประวัติดื่มสุราทุกวันๆละ ๑ ขวดเอ็ม ๑๕๐ และสูบบุหรี่วันละ ๑ ซองทุกวัน เป็นระยะเวลา ๓๐ ปีจนถึงปัจจุบัน มีแขนขาซีกขวาอ่อนแรงเนื่องจากอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซค์เมื่อ ๑๐ ปีก่อน อาชีพรับจ้างทั่วไป ทุกวันมักจะช่วยพระที่วัดในหมู่บ้านในการรับของบิณฑบาตส่งที่วัด และอำนวยความสะดวกกับพระในวัด อยู่กินกับภรรยาได้ประมาณ ๑ ปี ๑ เดือนก่อน มีอาการแน่นหน้าอกหายใจลำบากก่อนมา -

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

โรงพยาบาล ๒ ชั่วโมง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ได้รับการวางแผน Advance care plan with Living will ขอจำกัดการรักษา ไม่ต้องการรักษาที่ต้องใช้หัตถการรุกล้ำและขอรักษาตามอาการแบบประคับประคอง และวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๗ โรงพยาบาลพระปกเกล้าส่งกลับพักฟื้นโรงพยาบาลแหลมสิงห์ และโรงพยาบาลแหลมสิงห์ส่งต่อเยี่ยมบ้านแบบประคับประคอง เยี่ยมบ้านวันแรกพร้อมทีม คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ,อสม., Care Giver ผู้ป่วย ท่าทางอ่อนเพลีย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ADL เท่ากับศูนย์ แต่รู้สึกตัวดี ใส่แพมเพิส ควบคุมอุจจาระไม่สามารถกลั้นได้บ้างครั้ง ใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้ มีภรรยาและหลานคอยดูแลอยู่ ทีมได้ประสานท้องถิ่นคือเทศบาลตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ ในการยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน และเครื่องดูดเสมหะ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ดูแลจำนวน ๕ ครั้ง ผู้ป่วยแรกเริ่มรู้สึกตัวดีและเริ่มซึมลง Palliative performance scale(PPS)๒๐-๕๐% หายใจเหนื่อยและเริ่มหอบวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๕- ๙๘% ใส่ออกซิเจน cannula ๓ LPM ตลอด อัตราการหายใจ ๒๖-๓๐ ครั้ง/นาทีฟังปอดมีเสียงเสมหะ Decrease both lung sound และเริ่มมีอาการปวดหลังมาก ประเมินอาการปวดอยู่ในช่วง ๕-๗ คะแนน แรกๆญาติและผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา Morphine บอกว่ายังพอทนได้ แต่อาการเริ่มปวดมากขึ้น มียา Morphine รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด ๓ เวลา หลังรับประทานยาอาการปวดทุเลา วัดระดับความปวด ๕ คะแนน ญาติและผู้ป่วยรับรู้การสภาวะและการพยากรณ์โรคที่เป็น พยาบาลให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่น ให้ช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแล ทางไลน์ / เบอร์โทรศัพท์ เพื่อปรึกษา ข้อมูลเมื่อมีปัญหาเร่งด่วนได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง เตรียมความพร้อมยอมรับกับการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึง ภรรยายอมรับกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในระยะเวลาอันใกล้ และยังคงยืนยันตามแผนการดูแลเดิมยืนยันการเสียชีวิตที่บ้าน

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการศึกษา

๑. คัดเลือกกรณีศึกษาจากโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ของโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จำนวน ๑ ราย ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่มีการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ๕ ครั้ง ครั้งที่ ๑ วันที่ ๖ กันยายน ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๑ กันยายน ครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๐ กันยายน ครั้งที่ ๔ วันที่ ๒๖ กันยายน ครั้งที่ ๕ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๗

๒. ศึกษา ค้นคว้าจากตำราเอกสารวิชาการงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโลก การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง

๓. รวบรวมรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว จากญาติ และเวชระเบียนของผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมสิงห์และหนังสือส่งกลับ การรักษาจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า

๔. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ประเมินอาการ วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ และประเมินผลการพยาบาล

๕. เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงานจะทำรูปเล่มเอกสารวิชาการ

๖. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป

๗. เผยแพร่ผลงาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

๒. นำผลการศึกษา ไปใช้ เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน จำนวน ๑ เรื่อง ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ กันยายน ๒๕๖๗ ถึง ๓ ตุลาคม ๒๕๖๗

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ผู้ป่วย ได้รับ การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ สามารถลดอาการปวดและอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโลกในขณะที่อยู่บ้าน โดยมีทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายร่วมกันดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพื่อเป็นแนวทาง ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

๒ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน การดูแลทางด้านความไม่สุขสบาย ทางกาย และการดูแลทางด้านจิตใจ ของผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ บทบาทของพยาบาลชุมชนพร้อมทีม และเครือข่ายต้องมีความรู้และทักษะ ในการให้การดูแล ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ และการประสานงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วย จากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายจะมีอาการรบกวนและไม่สุขสบายทางกาย ที่ค่อนข้างหนัก เช่น อาการหอบเหนื่อย อาการเจ็บปวด ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ต่าง เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะเป็นต้น ซึ่งอุปกรณ์ราคาค่อนข้างสูงและมีจำนวนน้อย

๙. ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

๑. พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ควรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน เป็นอย่างยิ่ง

๒. ควรสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านและมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อพัฒนาศักยภาพและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. การใช้ระบบดูแลติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยี telemedicine เป็นแนวทางการพัฒนาการติดตามผู้ป่วยในระยะต่อไป

ด้านนโยบาย

๑. โรงพยาบาลชุมชน ควรมีศูนย์อุปกรณ์และเครื่องมือที่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งมีหน่วยงานซ่อมและดูแลเครื่องมือทุกอำเภอ

๒. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

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

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ยังไม่ได้เผยแพร่

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางบุษรา สมตระกูล สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางบุษรา สมตระกูล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ..๖ ธ.ค. ๒๕๖๗..

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางบุษรา สมตระกูล	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....
(นายณัฐกาญจน์ วิเศษฤทธิ์)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมสิงห์
(วันที่) ๖ ธ.ค. ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....
(นายอภิรักษ์ พิศทธ์อาภรณ์)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
(วันที่) ๖ ธ.ค. ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน

๒. หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของ การดูแลแบบประคับประคองคือกระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะเจ็บปวดร้ายแรงที่คุกคามต่อการมีชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกระบวนการนี้จะเริ่มตั้งแต่การประเมินและค้นหาปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมไปถึงการรักษาและป้องกันปัญหา และความทุกข์ทรมาน โดยคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกัน โดยหวังให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้จากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ๒๕๖๐) นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นอีกแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรค หรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต

อัตราการเยี่ยมบ้านแบบประคับประคองของอำเภอแหลมสิงห์ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ร้อยละ ๓๓.๒๒,๔๕.๓๕ และ ๕๑.๒๒ ตามลำดับ ซึ่ง รพสต.บางแห่งยังเยี่ยมไม่ได้ตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๔๐) (ข้อมูลจาก HDC.) เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองเข้าถึงบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุมมากขึ้นจึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ/ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ ๕ โรคหลอดเลือดสมองและอยู่ระยะท้ายของชีวิต โรคหัวใจวายระยะสุดท้าย ให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่ จะสามารถเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศกว่า ๑๐,๐๐๐ แห่ง จัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิต ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยสนับสนุนให้มีทีมไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อตอบสนอง ความต้องการ ทั้งร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต ที่ดีสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและบริบทสังคมไทย" มีระบบการให้คำปรึกษาและประสานงานส่งต่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลดังกล่าวเป็น การประสานความร่วมมือในการดูแลแบบสหวิชาชีพ และที่สำคัญคือครอบครัวของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจในคุณค่า ความเชื่อ ภูมิหลังของผู้ป่วย บริบท ของครอบครัว รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ห่วงใย (mindful) และเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) การดูแลแบบประคับประคองนี้จะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาล จนถึงชุมชน ดังนั้นผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมและจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงประสานงานการส่งข้อมูล/ แผนการดูแลทั้งระหว่างบุคคลและหน่วยงาน ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จำเป็นต้องมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตอบสนองความต้องการ ช่วย ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ยอมรับการตาย และความตายตามธรรมชาติ ลดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและหรือทางใจ ทำให้เกิดความสุขสงบขึ้นในจิตใจผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวยอมรับการเปลี่ยนแปลง สมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาฝ่าฟันปัญหา อุปสรรคไปได้ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แนวความคิด

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อช่วยให้ญาติและสมาชิกในครอบครัวเตรียมพร้อมกับการจากไปของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบในสิ่งแวดล้อมและบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กรต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน ส่งผลต่อการดูแลประคับประคองที่บ้าน ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วย จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาการดูแลประคับประคองที่บ้านให้เกิดประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มการเข้าถึงบริการและความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน

๒. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๘

กลุ่มเป้าหมาย

๑. พยาบาลชุมชนผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน

๒. ทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ

๓. อสม. , ตัวแทนท้องถิ่น

๔. Care Giver(ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

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. ประชุมทีมวิเคราะห์กระบวนการให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง กำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามประเมินผลและผู้ประสานงาน	←→						
๒. ตั้งคณะทำงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		←→	→				
๓. พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพและเครือข่าย(ประชุมเชิงปฏิบัติการ)			←→				
๔. วางแผนการดูแลร่วมกันโดยทีม (Care Conference)				←→	→	→	
๕. ลงเยี่ยมโดยทีมสหสาขาด้านสุขภาพและเครือข่ายในชุมชน				←→	→	→	
๕. สรุปผลการปฏิบัติ ข้อเสนอแนะที่พบนำมาปรับปรุงพัฒนางาน							←→

ข้อจำกัด

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลประคับประคองที่บ้านได้แก่ ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัย พยาธิสภาพของโรค การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิธีการให้บริการและให้คำปรึกษา ส่งผลต่อความไม่มั่นใจ ความกังวล ที่จะให้การดูแล ประกอบกับการดูแลประดับประคองที่บ้านเป็นงานนโยบายใหม่ นอกจากนี้เครือข่ายการดูแลในชุมชนทั้งที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติ และ อสม. ยังขาดความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องต่อการดูแลประคับประคองที่บ้าน และขาดแคลนทรัพยากรสนับสนุนการให้บริการ ได้แก่ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผลิตออกซิเจน ที่นอนลมยาง เตียงปรับระดับ ถุงมือยาง ผ้าอนามัยผู้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

แนวทางแก้ไข

ประสานความร่วมมือเครือข่ายทำงานในชุมชนทั้ง อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนให้มีส่วนร่วมทั้งสนับสนุนการดำเนินการเช่น ระดมทุน ทอดผ้าป่า จัดตั้งกองทุนวัสดุ อุปกรณ์เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยในชุมชน อสม.มีการค้นหาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนและประสานและประสานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพไปดูแลและวินิจฉัยที่บ้าน และมีการปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

๔.ผลที่คาดจะได้รับ

๔.๑ มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

๔.๒ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านประคับประคองเพิ่มขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เชิงปริมาณ

๑. กลุ่มเป้าหมายคือทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน ทีมสหสาขาด้านสุขภาพ อสม. Care Giver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง) เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ(ประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน)

เชิงคุณภาพ

๑. กลุ่มเป้าหมายคือทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน ทีมสหสาขาด้านสุขภาพ อสม. Care Giver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง) มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ≥ร้อยละ ๘๐

๒. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านประคับประคอง ≥ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....

(นางบุษรา สมตระกูล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่).....๑๖ ธ.ค. ๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบและมีภาวะติดเตียง ในชุมชน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๗ - วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๗ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๓๐ วัน รวมเยี่ยมบ้านทั้งหมด ๔ ครั้ง

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอักเสบ (pneumonia)

โรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วยถุงลม ปอดและเนื้อเยื่อ โดยรอบทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลงเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบากซึ่งจัดเป็นภาวะร้ายแรง และผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม เสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภูมิต้านทานต่ำ เด็กเล็ก อย่างไรก็ตามถ้าตรวจพบในระยะแรกเริ่มจะสามารถรักษาให้หายได้ซึ่งอาการแสดงและความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกัน ไป และบางครั้งอาจพบปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆด้วยปอด (lung) เป็นอวัยวะในระบบทางเดินหายใจที่อยู่ภายในทรวงอกทั้ง ๒ข้าง ซึ่งมีลักษณะเป็น เนื้อหยุ่นๆสีออกชมพูมีหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซจากอากาศที่เราหายใจเข้าไป คือในช่วงหายใจเข้าปอดจะทำหน้าที่นำก๊าซออกซิเจนเข้าไปเลี้ยงร่างกาย และในขณะเดียวกันปอดจะขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งเป็นสิ่งที่ร่างกายไม่ต้องการออกมากลับลมหายใจ ปกติเนื้อปอดจะเป็นอวัยวะ ที่ปราศจากเชื้อโรค เมื่อมีเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมอื่นๆเข้าไปถึงเนื้อปอดจะส่งผลให้เนื้อปอดมีการอักเสบและมีการบวมเกิดขึ้น ในคนที่มีสุขภาพดีร่างกายจะมีระบบภูมิต้านทานโรคที่ดีที่จะช่วยขจัดเชื้อโรคและของเสียในทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนในคนที่มีระบบภูมิคุ้มกันลดลง หากปอดติดเชื้อก็จะเกิดปอดอักเสบได้ง่ายขึ้นและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

พยาธิสภาพ

พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบแบ่งออกเป็น ๓ ระยะคือ

๑. ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดงไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลออกมากินแบคทีเรีย ระยะนี้กินเวลา ๒๔-๔๖ ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด

๒. ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่า มีเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยท่อผนังถุงลมปอดขยายตวัมากขึ้นทำให้เนื้ออปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดง ในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรคระยะนี้ถ้าตัดเนื้ออปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization)เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไฟบรินและเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัว เล็กลงระยะนี้กินเวลา ๓-๕วัน

๓. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบรินเม็ดเลือดขาว และหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอด จะหายไปหรือมีพังพืดขึ้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมาก แต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ ๕ วัน ผู้ใหญ่ ๒ สัปดาห์แต่ไม่ควรเกิน๖ สัปดาห์ ถ้ากิน ๖ สัปดาห์ต้อง นึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุ

ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อโดยเฉพาะจากเชื้อแบคทีเรียมีเพียงส่วนน้อยเกิดจากสารเคมี ซึ่งการติดเชื้อที่สำคัญมีดังนี้

๑. เชื้อแบคทีเรีย เป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุของปอดอักเสบที่พบได้บ่อยที่สุดในคนทุกวัยได้แก่ เชื้อปอดอักเสบที่มีชื่อว่า สเตรปโตค๊อกคัสนิวโมเนีย (Streptococcus pneumoniae) หรือมีชื่ออีกอย่างว่า นิวโมค๊อกคัส (Pneumococcus) ซึ่งเป็นเชื้อที่ทำ ให้เกิดปอดอักเสบเฉียบพลันและรุนแรง

๒. แบคทีเรียชนิดอื่นๆ เช่น Staphylococcus aureus ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดปอดติดเชื้อชนิด ร้ายแรง พบได้น้อยในผู้ฉีดยาเสพติดด้วยเข็มที่ไม่ผ่านกรรมวิธีฆ่าเชื้อและอาจเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ เชื้อ Klebsiella pneumoniae เป็นต้น

๓. เชื้อไมโคพลาสมานิวโมเนียอี(Mycoplasma pneumoniae) ซึ่งเป็นเชื้อคล้ายแบคทีเรียแต่ไม่มีผนังเซลล์จัดว่าอยู่กึ่งกลางระหว่างเชื้อไวรัสกับแบคทีเรียมัก ทำ ให้เกิดปอดอักเสบที่มีอาการไม่ ชัดเจน ทำให้มีอาการไข้ไอ ปวดเมื่อยคล้ายโรคไข้หวัดใหญ่หรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โดยไม่ มีอาการหอบรุนแรง

๔. เชื้อไวรัสที่พบบ่อยได้แก่ไวรัสไข้หวัดใหญ่(Influenza virus) ส่วนไวรัสค็อกแซกกี (Coxsackie virus) และไวรัสซาร์ส (SARS coronavirus)พบไม่บ่อย

๕. เชื้อราที่สำคัญ ได้แก่ นิวโมซิสติส จิโรเวซีไอ(Pneumocystis jirovecii pneumonia-PCP) เป็นสาเหตุของปอดอักเสบในผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากเชื้อราอื่นๆ เช่น แอสเปอร์จิลลัส (Aspergillus) คริปโตค็อกโคซิส(Cryptococcosis) ฮิสโตพลาสมา แคปซูเลทัม(Histoplasma capsulatum) ซึ่งจะพบในผู้ที่มีภูมิต้านทานร่างกายต่ำ เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำ ให้เกิดโรคปอดอักเสบ ได้แก่

๑. อายุ ในผู้สูงอายุจะมีภูมิต้านทานโรคต่ำ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มของอวัยวะและเซลล์จะเสื่อมสภาพลง

๒. การสูบบุหรี่หรือสัมผัสควันบุหรี่ควันไฟ ทา ให้เกิดการระคายเคืองและทำลายเยื่อบุทางเดินหายใจ จะกระตุ้น ให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกาย ทำให้ทางเดินหายใจหดเกร็ง กลไกการต้านทานของ การเกิดโรคระบบทางเดินหายใจลดประสิทธิภาพลง ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ได้ง่าย

๓. การมีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหืดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง ฟันผุเหงือกเป็นหนองเป็น

๔. การไม่รักษาสุขภาพและอนามัย เช่น การขาดสารอาหารการอยู่อาศัยในสถานที่ที่ไม่มีการถ่ายเทอากาศดีพอ ที่มีมลภาวะ การไปอยู่ในที่มีการระบาดของการติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ทำให้ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย

อาการและการแสดงของโรคปอดอักเสบ

๑ ไข้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือไข้ตัวร้อนตลอดเวลาบางรายอาจมีอาการหนาวสั่น

๒. อาการไอ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆไม่มีเสมหะ แล้วต่อมาจะมีเสมหะขาวหรือขุ่นข้นออกเป็นสีเหลืองสีเขียว บางรายอาจเป็นสีสนิมมีเลือดปน

๓. อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บแปลับเวลาหายใจเข้าหรือเวลาที่ไอแรงๆ ตรงบริเวณที่มีการอักเสบของปอด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาเจียน อ่อนเพลีย ร่วมด้วย

๕. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มัก มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น หรือโรคหวัดนำ มาก่อนแล้วจึงมี อาการไอ หายใจหอบตามมา โดยเฉพาะที่เกิดจากเชื้อ Streptococcus pneumoniae หรือเชื้อ Haemophilus influenzae

๖.อาจมีอาการซึม สับสน

๗. ในรายที่เป็นปอดอักเสบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้ออื่นๆจะมีอาการของโรคติดเชื้อนั้น ๆ ร่วมด้วย เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัด อีสุกอีใส ไอกรน สครับไทฟัส โรคฉี่หนู เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบแพทย์สามารถวินิจฉัยได้จาก

๑. อาการแสดงคือ มีไข้ไอเจ็บ หน้ามืดและหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญ ของโรคนี้

๒.การตรวจร่างกายการใช้เครื่องตรวจฟังเสียงปอดจะพบว่ามีเสียงดังกรอบแกรบหรือมีเสียงหายใจค่อยกว่าปกติ

๓. การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกายชัดเจน

๔. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ซึ่งแพทย์จะเลือกตรวจตามความเหมาะสมตามความจำเป็นหรือตามดุลยพินิจของแพทย์

การรักษาโรคปอดอักเสบ

การรักษาปอดอักเสบมี ๓ วิธี

๑.โดยการใช้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพเร็วที่สุดในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยมีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียภายใน ๔ถึง ๖ ชั่วโมง

๒.การรักษาประคับประคองตามอาการ ให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ให้ได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างพอเพียง ดูแลให้ได้รับการระบายการคั่งค้างของเสมหะเป็นต้น

๓.การป้องกันการกลับ เป็นซ้ำ

๓.๑ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค เช่น แนะนำให้หลีกเลี่ยงการไปอยู่ในที่แออัด หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ ควันไฟ มลพิษ ให้อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทได้ สะดวก รวมทั้งป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโดยการแนะนำ ให้ล้างมือบ่อยๆ ล้างมือก่อนและหลัง รับประทานอาหารทุกครั้ง เวลาไอหรือจามให้ปิดปากจมูกใส่หน้ากากปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อ ต้องไปในที่แออัด

๓.๒ แนะนำเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยสอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพโดยการ หายใจเข้าลึกๆช้าๆ เพื่อทำให้กล้ามเนื้อรอบๆปอดยืดขยายเท่ากับเป็นการกระตุ้นความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อที่จะช่วยในการหายใจ เมื่อเวลาหายใจแรงจึงไม่เหนื่อยง่าย และจะช่วยนำเลือดดำจากร่างกายกลับ มาฟอกที่ปอดได้เร็วขึ้น แนะนำ การไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยการหายใจเข้าลึกเต็มที่ช้าๆแล้วกลั้นไว้แล้วไอออกมาโดยเร็วและแรงเพื่อช่วยขับเสมหะได้

๓.๓ ระมัดระวังเรื่องการสำลักอาหารผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากกลไกการกลืน

๓.๔ การออกกำลังกายที่เหมาะสม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบ

๑. อาจทำให้เป็นฝี ในปอด (lung abscess) ภาวะมีน้ำ ในโพรงเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ภาวะ มีหนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด (empyema) หลอดลมพอง (bronchiectasis) ปอดแฟบ (atelectasis)

๒. เชื้ออาจแพร่เข้าสู่กระแสเลือด กลายเป็นโลหิตเป็นพิษ (septicemia/bacteremia) สมองอักเสบ (encephalitis) และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) เยื่อบุหัวใจ อักเสบ (endocarditis)เยื่อหุ้มช่องท้องอักเสบ(peritonitis) ข้ออักเสบติดเชื้อชนิดเฉียบพลัน (acute pyogenic arthritis)

๓. ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome) ภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ภาวะไตวาย (renal failure) ภาวะช็อกจากโรคติดเชื้อ (septic shock)

๔. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบโดยตรง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ super imposed infectionจาก hospital-acquired pneumonia (HAP)ventilator associated pneumonia (VAP) sinusitis และ urinary tract infection เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะได้รับ การใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) ใส่สายให้อาหารผ่านทางรูจมูก(nasogastric tube)และใส่ สายสวนปัสสาวะ(urinary catheter)

การพยาบาลและคำแนะนำ

๑. ให้คำแนะนำในเรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ทุกปีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เกิดจากโรคปอดอักเสบ

๒. ให้คำแนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดภาวะปอดอักเสบเช่น ไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้น้อยกว่า ๙๔

๓. แนะนำญาติและผู้ดูแลเคาะปอดให้ผู้ป่วย โดยการทำมือเป็นอุ้งมือรูปถ้วย นิ้วทั้ง ๕ ชิดกัน ใช้สะบัด หรือเคลื่อนไหวส่วนข้อมือ การเคาะแต่ละช่วงทำ ติดกัน ๓-๕ นาทีเพื่อลดการคั่งของเสมหะในปอด

๔. การป้องกันการสำลักอาหารผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารเหนียวเคี้ยวยากให้รับประทาน อาหารอ่อนย่อยง่ายรสจืด ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยควรแบ่งอาหารในแต่ละวันออกเป็น มื้อย่อยๆหลายๆมื้อ เคี้ยวอาหารให้ละเอียด ดื่มน้ำ ช้าๆ ตั้งใจกลืนไม่พูดคุยกันระหว่างรับประทาน อาหาร และควรทำ ความสะอาดช่องปากก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อช่วยลดการสะสมเชื้อโรคในช่องปาก

๕. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ภาวะทุพโภชนาการควันไฟ ควันจากท่อไอเสียรถยนต์หรืออากาศที่หนาวเย็น

๖. หากมีโรคประจำตัว หรือเมื่อเป็นโรคหวัดใหญ่ หัด อีสุกอีใส ควรรีบดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ

๗. ไม่ควรให้เด็กเล็กโดยเฉพาะเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๑ ปี และผู้ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง คลุกคลีกับ ผู้ป่วย อย่าเข้าใกล้หรือนอนรวมกับผู้ป่วยแต่ถ้าจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดควรสวมหน้ากากอนามัยและหมั่นล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ให้สะอาดอยู่เสมอ

ผู้ป่วยติดเตียงคืออะไร

ผู้ป่วยติดเตียงคือคนที่ต้องรับการดูแลและรักษาในเตียงโรงพยาบาลหรือที่บ้าน ซึ่งต้องการการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ๆ เช่น พยาบาล ผู้ดูแลสุขภาพส่วนตัว หรือคนในครอบครัว และในหลายๆ กรณีอาจต้องมีอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น เตียงปรับระดับไฟฟ้า เครื่องช่วยหายใจ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

วีลแชร์ หรือเครื่องดูดเสมหะเป็นต้น วิธีดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และสะดวกสบายที่สุดทั้งสำหรับตัวผู้ป่วยติดเตียงเองหรือสำหรับผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

ผู้ป่วยติดเตียงมีกี่ประเภท

เพื่อการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมที่สุด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจึงมีการแบ่งผู้ป่วยติดเตียงไว้ ๓ ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มสีเขียว ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มสีเหลือง ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มสีแดง โดยมุ่งเน้นการจัดการเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและสภาพอาการของแต่ละบุคคลไว้ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มสีเขียว

ผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มสีเขียว เป็นผู้ป่วยติดเตียงระดับแรก อยู่ในระยะเริ่มต้นไปถึงปานกลาง จัดว่าเป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้มีอาการหนักมากนัก เพราะยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้บ้าง ดูแลตัวเองได้บ้าง สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เองหลายอย่าง โดยไม่จำเป็นต้องรับช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาล แต่ถึงอย่างนั้น ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มสีเขียวก็อาจมีภาวะทางสมอง หรือกล้ามเนื้อ ที่ต้องได้รับการดูแล และติดตามอย่างสม่ำเสมอ

๒. ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มสีเหลือง

ผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มสีเหลือง เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีภาวะอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรืออาจจะเคลื่อนไหวร่างกายได้บ้างบางส่วน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีภาวะอาการอัมพฤกษ์ จึงจำเป็นต้องนอนติดเตียงเป็นเวลานานๆ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและทางเดินอาหาร ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองจึงต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อดูแลรักษาสุขภาพให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

๓. ผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มสีแดง

ผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มสีแดง คือ ผู้ป่วยอัมพาตที่ไม่สามารถขยับร่างกาย ไม่สามารถพลิกตัว หรือลุกขึ้นนั่งเองได้ อีกทั้งยังไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่รู้สึกตัว จัดว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายขั้นรุนแรง ต้องนอนอยู่บนเตียงผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เพื่อรักษาสภาพร่างกายและอาการที่มีอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มสีแดงจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากผู้ดูแล และจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด

การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดเตียงมักมีความพิการหรือภาวะทุพพลภาพหลงเหลือภาวะติดเตียงอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยสำลัก มีการคั่งค้างของเสมหะเนื่องจากไม่สามารถไอออกได้เอง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับและข้อติดแข็ง

(ยงชัยนิละนนท์, ๒๕๖๐ อ้างในรุ่งนิภาจ่างทอง, ๒๕๖๔) การพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยมีดังนี้

๑. การทำความสะอาดบาดแผลจากสภาพของผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักปรากฏแผลกดทับบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกต่างๆเช่นบริเวณก้นกบสะโพกตาตุ่ม

๒. การให้อาหารและยาทางสายยางก่อนและหลังการรับประทานอาหารควรทำความสะอาดช่องปากเพื่อลดการสะสมของแบคทีเรียในช่องปากการให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

๓. การดูแลเรื่องการขับถ่ายการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะของผู้ป่วยติดเตียงซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาจจะขับถ่ายโดยไม่รู้สึกตัวโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะในร่างกายผู้ดูแลควรรักษาความสะอาดอย่างดี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. การจัดท่านอนที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยติดเตียงการนอนในท่าเดียวนานๆทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายการพลิกตัวผู้ป่วยทุก ๑-๒ ชั่วโมง เพื่อช่วยให้โลหิตบริเวณที่ถูกกดทับไหลเวียนดี และป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๕. การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้นั้นจะต้องทำกายภาพบำบัดแบบที่ผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้ (Passive exercise) เพื่อช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆไม่ให้ติดจนเคลื่อนไหวไม่ได้ซึ่งผู้ดูแลต้องทำอย่างช้าๆ

๖.การจัดสภาพแวดล้อมสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยควรจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดโดยผู้ดูแลควรหมั่นทำความสะอาดเตียงที่นอนหรือโต๊ะที่ใช้วางของอยู่เสมอไม่ให้มีกลิ่นเหม็นหรือมีมดแมลงต่างๆเปิดหน้าต่างให้มีอากาศถ่ายเทไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไปรวมถึงการจัดสถานที่ให้ง่ายต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินด้วย

๗.การดูแลทางด้านจิตใจและการประเมินภาวะเครียดของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดต่อกันเป็นเวลานานส่งผลให้ผู้ดูแลต้องมีภาระที่เพิ่มขึ้นจากหน้าที่ในงานประจำและความรับผิดชอบส่วนตัวเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งผู้ดูแลบางคนอาจจะยังไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงขาดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดไม่มีเวลาเป็นของตัวเองสูญเสียความเป็นส่วนตัวขาดอิสรภาพในการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ดังนั้นพยาบาลควรมีการสังเกตและคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า๒ คำถาม(๒Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า๙คำถาม(๙Q)ของกรมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาทางจิตใจของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ปาร์ยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์, ๒๕๖๑)

๘.วางแผนร่วมกับครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความหวัง สนับสนุนให้ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณตามที่ผู้ป่วยศรัทธา

๙.ดูแลจัดท่าให้นอนศีรษะสูง (postural drainage) เพื่อให้ระบายเสมหะออกได้ง่ายรวมทั้งกระตุ้น ให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆหรือเปลี่ยนท่าบ่อยๆทุก๑-๒ ชั่วโมงโดยลุกขึ้นนั่งบนเตียงหรือข้างเตียงตามสภาพความพร้อมร่างกาย

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ สโตรก คือภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบหลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตกทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ เนื้อสมองถูกทำลาย สมองสูญเสียการทำงานไปและอาจทำให้เนื้อสมองตายได้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมอง ที่ถูกทำลาย บางคนปากเบี้ยว แขนอ่อนแรง บางคนอ่อนแรงทั้งแขนและขาซีกเดียวกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของ สมองที่ลูกทำลายไปโดนส่วนที่ใช้ในการควบคุมอวัยวะส่วนไหนของร่างกายอวัยวะนั้นก็จะสูญเสียการทำงานไปความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็นชนิดต่างๆ ดังนี้ คือ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) แบ่งออกได้อีก ๒ ชนิดย่อย ได้แก่ - โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) - โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอโรคหลอดเลือดสมองแตก

พยาธิสรีรวิทยา

โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) เกิดจากการแตกหรือการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงในสมองทำให้มีเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง (intracerebral heamorrhage) พบได้ประมาณ ร้อย ๑๐-๑๕ และพบว่าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน ๓๐ วัน คิดเป็นร้อยละ ๒๕-๕๒ โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตตั้งแต่ ๒ วันแรก ซึ่งภาวะ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เลือดออกในสมองแบ่งออกเป็น๒ประเภทคือ๑.ภาวะเลือดออกในสมองปฐมภูมิ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความดันในหลอดเลือดแดงสูง ๒.ภาวะเลือดออกในสมองทุติยภูมิ (secondary intracerebralhaemorrhage) เป็นภาวะเลือดออกในสมอง ที่มา จากสาเหตุอื่น ๆ เช่น เนื้องอกในสมอง (brain tumor) ความผิดปกติของหลอดเลือด เป็นต้นโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่วนใหญ่ พบในผู้สูงอายุ เนื่องจากหลอดเลือดแดงเปราะ ผนังหลอดเลือดอ่อนแอและโป่งพอง ซึ่งเกิดจากการสูญเสียความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด เมื่อการไหลเวียนเลือดไปกระทบจึงแตกออกก้อนเลือดไปกดเนื้อเยื่อสมอง และไปกระตุ้นเส้นประสาท ซิมพาเธติก ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหดเกร็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยง สมองลดลง สมองบวม เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและสมองตายในที่สุด ประการที่สองผู้สูงอายุที่มี ความดันโลหิตสูงจะมีผนัง หลอดเลือดที่หนาตัวและแข็ง ทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอ ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป หลอดเลือดจึงแตกได้ง่าย การพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองแตกจึงมุ่งเน้นการควบคุมความดันโลหิต (blood pressure) และป้องกันหรือควบคุมภาวะควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นสำคัญ(ณรงเดช เวชกามา,๒๕๕๗,ชลทิศ ฤกษ์กุล ,๒๕๖๕)

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๑. โรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิต

๒. โรคเบาหวาน เสี่ยงเพิ่ม ๑.๓ เท่า

๓. ภาวะโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจวาย โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ

๔. ไขมันในเลือด

ปัจจัยเสี่ยงตามธรรมชาติ ได้แก่อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย เพศหญิงและพันธุกรรม

ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล

๑.การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

๒.ย้วนผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดสมองแตก

๓.การใช้ยาละลายลิ่มเลือด

ปัจจัยด้านตำแหน่งของรอยโรค

ตำแหน่งการแตกของหลอดเลือดสมองบริเวณ basalganglia อัตราการเกิดหลอดเลือดสมองแตกร้อยละ ๓๒ บริเวณกลีบสมอง (lobar) พบได้ร้อยละ ๒๘ บริเวณ thalamus พบร้อยละ ๒๑ บริเวณ pons หรือก้านสมอง (brainstem) พบได้ร้อยละ ๑๐และบริเวณสมองน้อย (cerebellum) จะเกิดร้อยละ ๙ (โรงพยาบาล บางปะกอก๓,๒๕๖๕,ณรงเดช เวชกามา,๒๕๕๗,ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฎ์,อุไร จั้งโล่ง,ศิริขวัญ นาควิลัย และภารดี ชัยรัตน์,๒๕๖๔)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยขั้นแรกขึ้นอยู่กับการซักประวัติผู้ป่วย แต่การตรวจวินิจฉัยที่จำเป็นและสำคัญ ได้แก่ การตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography scan หรือ CT scan) เพื่อหาตำแหน่งที่มีเลือดออก ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยแยกโรคและใช้เป็นแนวทางในการประเมินสาเหตุของภาวะเลือดออกในสมองได้ เมื่อพิจารณาจาก CT brain สามารถแบ่ง hemorrhagic stroke ตามตำแหน่งของเลือดที่ออกได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ subarachnoid hemorrhage (SAH), intraventricular hemorrhage (IVH), intracerebral hemorrhage (ICH)

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่๒ ผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑.ตรวจร่างกายและทดสอบสมรรถภาพด้านต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การพูด การรับความรู้สึก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กำลังของกล้ามเนื้อ อาการชาบริเวณต่าง ๆ และปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

๒.ตรวจความดันโลหิต ผู้ป่วยมักมีความดันสูงหากเส้นเลือดในสมองแตก หลังจากนั้น แพทย์จะส่งตรวจเพิ่มเติม เพื่อบ่งชี้หาตำแหน่งของสมองและหลอดเลือดที่ผิดปกติ รวมถึง ภาวะและสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทางยาโดยไม่ผ่าตัด

๑.การควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

๒.การเฝ้าระวังภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

ภาวะแทรกซ้อนเส้นเลือดสมองแตก

อาการที่อาจเกิดขึ้นหลังเส้นเลือดในสมองแตก ซึ่งสามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ภายในเวลาหลายสัปดาห์ หลายเดือน หรืออาจหลายปีให้หลัง ได้แก่

๑.มีความยากลำบากในการพูด พูดติดขัด สื่อสารไม่ได้ และกลืนอาหารลำบาก

๒. มีความยากลำบากในกระบวนการคิด สับสนมึนงง และไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด

๓. มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดินลำบาก ขยับแขนขาลำบาก แขนขาชา หรือเป็นอัมพาต

แต่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า หรือมีอาการรุนแรงและเกิดเส้นเลือดในสมองแตกบริเวณที่สำคัญ ผู้ป่วย อาจเสี่ยงเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ เช่น

- ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างกะทันหัน อาจทำให้เซลล์สมองเกิดความเสียหาย
- ความดันโลหิตสูง ซึ่งกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปสู่สมอง ส่งผลกระทบต่อสมองบริเวณที่มีเส้นเลือด แตกให้ยิ่งเกิดความเสียหาย
- มีไข้สูง ซึ่งอาจเป็นสัญญาณของภาวะติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ เป็นต้น
- เกิดลิ่มเลือดอุดตันบริเวณขา และลิ่มเลือดอาจเคลื่อนตัวไปอุดตันที่ปอดจนเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดกั้น ในปอด (Pulmonary Embolism)
- เกิดอาการชัก
- ความดันในสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้สมองบวม
- ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) จากของเหลวหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังที่ถูกผลิตออกมามากเกินไป
- เส้นเลือดสมองบริเวณใกล้เคียงกับจุดที่มีเส้นเลือดในสมองแตกเกิดการหดเกร็ง (Vasospasm) อาจทำให้สมองตายจากการขาดเลือด
- ภาวะโคม่า (Coma) ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว ไม่รับรู้ และไม่มีสติ เนื่องจากสมองขาดเลือดและออกซิเจนเป็นเวลานาน - อาจเกิดเส้นเลือดในสมองแตกในบริเวณอื่น ๆ เพิ่มอีก

(พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล,๒๕๖๐ และ สายสุนี เจริญศิลป์,๒๕๖๔)

บทบาทของพยาบาลชุมชน คือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ที่มีภาวะติดเตียง (ADL ๐-๔) ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพเป็นบทบาทที่มีความสำคัญในมิติสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุน และเสริมพลังอำนาจผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ โดยเฉพาะรูปแบบบริการ ผู้ป่วยในชุมชนใช้รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคและ ปัญหาซับซ้อนต้องดูแล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เป็นพิเศษและผู้ดูแล ยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง(Patient and Family) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านรวมทั้งสามารถประเมินอาการและสภาพปัญหาเบื้องต้นได้ ดังนี้

๑. ให้ความรู้เบื้องต้น ในเรื่องโรค แนวทางการรักษาของแพทย์เป้าหมายการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๒. ให้ความรู้และประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและมีอุปกรณ์ติดตัวกลับไปบ้าน

๓. ส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการจัดการโรคที่เหมาะสม

๔. การประเมินสัญญาณชีพ บันทึกอาการประจำวัน การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

๕. การดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหาร ให้เพียงพอ ตามแนวทางการรักษาของแพทย์

๖. การดูแลให้ได้รับยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

๗. การดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ สอนการพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ การทำทางเดิน หายใจให้โล่ง การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ป้องกันความอับชื้น ป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำกายภาพ ป้องกันข้อติดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตมาจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเช่น Pneumonia Urinary Tract Infection และ sepsis

๘. ให้การพยาบาล ดูแลรักษาแบบองค์รวม ทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาและที่สำคัญคือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างตรงประเด็น

๙. ให้การสนับสนุน ให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสารการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีที่มีปัญหาและเป็นตัวกลางในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการอื่น ๆ ที่จะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

๑๐..จัดให้ได้รับการดูแลแบบระยะยาว และมีภาวะพึ่งพิงได้ ติดตามฟื้นฟูสภาพที่บ้านและให้ โปรแกรมการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน

๑๑. ติดตามประเมินผลการดูแลเพื่อปรับให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบและมีภาวะติดเตียงในชุมชน

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทยหม้ายอายุ ๗๘ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๕ ภูมิลำเนาอยู่ อ.โป่งน้ำร้อน จ.จันทบุรี
วันที่รับไว้ดูแล วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๗
วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๗
รวมวันที่รับไว้ในการดูแล ๓๐ วัน จำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน ๔ ครั้ง

แหล่งที่มาของข้อมูล ลูกสาวผู้ป่วย และเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน เวชระเบียนส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า

อาการสำคัญ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลพระปกเกล้าเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

๗ วันก่อนไปโรงพยาบาลมีอาการไอมีเสมหะสีขาวขุ่น ญาติSuction ได้เสมหะสีขาวขุ่นได้ปริมาณมาก Suction วันละ ๓-๔ครั้ง ไข้ต่ำๆ รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาเจียนรู้สึกตัวดี หายใจปกติไม่มีหอบเหนื่อย

๖ ชั่วโมงก่อนมาก่อนญาติแจ้งหายใจเร็วตื้น หายใจมีเสียงคล้ายเสียงวี๊ด ไม่มีเสมหะ Suctionได้เสมหะขุ่นติดๆสาย ผู้ป่วยกระสับกระส่ายญาตินำส่งโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน แรกรับที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อนวัดสัญญาณชีพ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

T=๓๗.๘ c O๒sat ๙๗ % PR=๑๑๐ /min RR=๒๘/min BP=๑๔๗/๑๐๓ mmHg ฟัง lung Rhonchi at LLL CXR พบ infiltration at LLL ตรวจ ATX =negative แพทย์ที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อนให้การรักษา Beradual ๑ dose+๓%Nacl ๑ dose พิจารณา Refer โรงพยาบาลพระปกเกล้า Admit for intensive careแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้านาน ๙ วันจึงจำหน่ายผู้ป่วย**กลับ**มารักษาตัวต่อ ที่บ้าน ศูนย์ COC ได้ส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งน้ำร้อนเพื่อเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องต่อไป

ประวัติเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง(Hypertension) มาประมาณ ๒๐ ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นภาวะสมองขาดเลือด(Ischemic Stroke)มา ๔ ปีรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ(Coronary Artery Disease) มา๓ปีรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นผู้ป่วยติดเตียง (bedridden) มา ๔ปี

ประวัติการผ่าตัด ผ่าตัดข้อสะโพกข้างขวาเมื่อปี ๒๕๖๐

ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร

ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ปฏิเสธ

การวินิจฉัยของแพทย์ Pneumonia(ปอดอักเสบ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากการดูแล

หญิงไทยวัย ๗๘ ปี มีภาวะติดเตียง(bedridden)ประเภทสีแดง(ADL=๐คะแนน)มา ๔ปี ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง(Hypertension)มาประมาณ๒๐ ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นภาวะสมองขาดเลือด(Ischemic Stroke) มา ๔ ปีรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ(Coronary Artery Disease)มา๓ ปีรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะนอนติดเตียงที่บ้านมักมีการติดเชื้อปอดอักเสบปีละ๒-๓ครั้ง/ปีซึ่งผู้ป่วยให้อาหารทางสายยาง มักมีอาการไอมีเสมหะเหนียวข้น ญาติมีเครื่องดูดเสมหะเองที่บ้าน มีแผลกดทับที่กดก้นกบเป็นๆหายๆหายๆผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ญาติคอยช่วยพลิกตะแคงตัว โดยผู้ป่วยนอนบนเตียงที่ปรับได้ ห้องที่ผู้ป่วยนอนเป็นห้องทึบลมไม่ค่อยได้พัดผ่าน มีลูกสาวอายุ ๖๕ปีดูแลอยู่ มีเจ้าหน้าที่ที่รพและรพ.สต.ใกล้บ้านมาเยี่ยมเดือนละ๑ครั้งหรือหลังจากออกจากโรงพยาบาลซึ่งครั้งล่าสุด วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็วตื้น หายใจมีเสียงคล้ายเสียงวี๊ด ไม่มีเสมหะ Suctionได้เสมหะขุ่นติดๆสาย ผู้ป่วยกระสับกระส่ายญาตินำส่งโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน แรกรับที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อนวัดสัญญาณชีพ T=๓๗.๘ c O๒sat ๙๗ % PR=๑๑๐ /min RR=๒๘/min BP=๑๔๗/๑๐๓ mmHg ฟัง lung Rhonchi at LLL CXR พบ infiltration at LLL ตรวจ ATX =negative แพทย์ที่โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อนให้การรักษา Beradual ๑ dose+๓%Nacl ๑ dose พิจารณา Refer โรงพยาบาลพระปกเกล้า Admit for intensive care แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ญาติผู้ป่วย ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากกังวลว่าจะใส่ท่อช่วยหายใจนานทำให้เอาท่อออกยากแพทย์พิจารณาให้การรักษาบำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูง(Nasal High Flow) ผู้ป่วยมีภาวะไข้สูงจากการติดเชื้อ แพทย์พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด ให้ยาพ่นขยายหลอดลมทุก ๖ ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็วอัตราการหายใจอยู่ประมาณ ๒๐-๒๔ ครั้ง/นาที ชีพจรเต้นเร็วประมาณ ๑๐๐-๑๒๐ ครั้ง/นาทีใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใผู้ป่วยมาอาการซึมแพทย์ให้ระวังภาวะ Sepsis มีปัสสาวะออกน้อยเนื่องจากผล Lactase Enzyme สูงขึ้นต้องทำ I/O ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีแผลกดทับระดับ๓ On NG

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Tube For Feed เพื่อป้องกันการสำลักอาหารหลังจากที่ทำการรักษาได้ประมาณ ๕วัน อาการผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ไม่มีไข้ หายใจโดยใช้ Oxygen canular แพทย์ off NG Tube ให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อนและนมไม่มีอาการสำลัก แผลกดทับแดงดีปัสสาวะเริ่มออกได้มากขึ้น วันที่๒๒กุมภาพันธ์๒๕๖๗ แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งน้ำร้อน เยี่ยมบ้านได้เข้าไปดูแลผู้ป่วยพบปัญหาเกี่ยวกับการขาดความรู้และการดูแลในโรคที่ผู้ป่วยเป็นพยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปอดติดเชื้อไม่กลับเป็นซ้ำ ดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียง ผ่อนคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่มีผลต่อการเสียชีวิตพยาบาลต้องให้คำแนะนำการดูแลให้ผู้ดูแลอย่างเข้มข้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยพยาบาลได้มีการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนโดยการทำcare plan การช่วยฝึกทักษะทางการพยาบาลและปฏิบัติตามcare plan และสรุปการดูแลผู้ป่วยร่วมกับฉare Giver และ Case managerของเทศบาลตำบลโป่งน้ำร้อน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงลดภาวะ แทรกซ้อนจากการติดเชื้อปอดอักเสบและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้และสามารถประสานขอความช่วยเหลือเบื้องต้นประสานรถรับส่งของทางเทศบาลตำบลโป่งน้ำร้อนกรณีมีเหตุฉุกเฉินได้ตลอด๒๔ ชั่วโมง

วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล

๑. มีภาวะติดเชื้อที่ปอด
๒. ประสิทธิภาพทางการหายใจลดลง
๓. มีโอกาสติดเชื้อที่แผลกดทับ
๔. มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร
๕. มีโอกาสพลัดตกหกล้ม
๖. มีภาวะติดเตียง
๗. ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
๘. ญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาข้อมูล สถิติ และเลือกเรื่องที่สนใจจากผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่มีความซับซ้อน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอโป่งน้ำร้อน

๒. คัดเลือกกรณีศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วยที่เคยส่งต่อจากการดูแลต่อเนื่อง เพื่อจะได้ศึกษาประวัติการรักษาโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ในระยะยาวภายหลังเข้ารับการรักษา ขณะพักอาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน ๑ ราย

๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ อาการปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และโรคประจำตัวจากญาติ และเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน และหนังสือส่งตัวกลับจากการรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

๔. ศึกษาผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เป็นเอกสารวิชาการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจศึกษาค้นคว้าต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบและมีภาวะติดเตียงในชุมชนจำนวน ๑ เรื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่๒ **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลในชุมชนโดยปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบและมีภาวะติดเตียงในชุมชน ส่งผลให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติผู้ป่วย และ care giver ได้รับคำแนะนำ การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านทำให้ญาติผู้ป่วย และ care giver มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการกำลังใจ สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในชุมชนในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบและมีภาวะติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

๖.๒ กำหนดแนวทางเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการนอนติดเตียงระยะยาว

๖.๓ ใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าในครั้งต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบและมีภาวะติดเตียงในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยและญาติยังไม่เจอปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผู้ป่วยประกอบกับเป็นผู้สูงอายุ สุขภาพร่างกายผู้ป่วยที่ไม่สมบูรณ์มีโรคประจำตัวก่อนแล้ว ทำให้ใช้เวลาในการฟื้นตัวจากโรคยาวนานการดูแลผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่งานปฐมภูมิ care giver /case maneger และผู้ดูแลในครอบครัวต้องร่วมมือให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ยาวนาน ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และมีทักษะการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดจากการติดเตียง ซึ่งบทบาทพยาบาลชุมชน ต้องมีความรู้และมีทักษะในการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ดูแล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยทุพลภาพไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑.กรณีศึกษารายนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ต้องนอนติดเตียงหลังผ่าตัดซึ่งเดิมผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลถึงแม้จะได้รับการฝึกทักษะมาจากโรงพยาบาลแล้ว และยังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง

๘.๒.ญาติต้องดูแลผู้ป่วยอยู่เพียงคนเดียวเนื่องจากบุตรคนอื่นต้องทำงานมาได้บ้างบางครั้งคราว ญาติต้องการคนช่วยดูแลระวังโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ พัฒนาระบบแนวทางกระบวนการพยาบาลในการอบรมฟื้นฟูดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้ Care giver ในพื้นที่ทำงานร่วมกับพยาบาลเพื่อช่วยญาติดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้

๙.๒ ในกรณีผู้ดูแลรายใหม่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์กลับไปบ้าน ควรมีกำหนดระยะเวลาการติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงแรกที่เร็วขึ้น หรือใช้ระบบ Teleconsultantหรือมีช่องทางให้ผู้ดูแลได้ติดต่อ พยาบาลได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง เพื่อช่วยแก้ปัญหาและติดตามประเมินการดูแลผู้ป่วยและการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น

๙.๓ ในกรณีผู้ป่วยติดเตียง และญาติมีความไม่สะดวกในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามนัด พยาบาลในชุมชนอาจช่วยเหลือโดยการประสานกับเทศบาลในการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดหรือประสานกับทางโรงพยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

แม่ข่ายในการใช้ระบบ Telemedicine และให้ญาติไปรับยาแทน เพื่อเป็นการลดภาระของผู้ดูแลและลดค่าใช้จ่าย

๙.๔ ควรจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการติดตามประเมินผล ปรับปรุงแผนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

๙.๕ สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ รวมทั้งการเยี่ยมเสริมพลังอำนาจในชุมชน โดยการพัฒนา Service Plan เชื่อมโยงทุกระดับ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- ยังไม่ได้เผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

- ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางพจนีย์ ปั้นชู สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางพจนีย์ ปั้นชู)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

(วันที่).....๖ มีนาคม ๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
นางพจนีย์ ปั้นชู	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายสายัณห์ ตรีผล)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอโป่งน้ำร้อน

(วันที่) - ๖ ธ.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) - ๖ ธ.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน

๒. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น สังคมผู้สูงอายุอย่าง สมบูรณ์ในปี๒๕๖๔๑ ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาการเสื่อม ของอวัยวะตามวัย ทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคลดต่ำลง และมีปัญหาสุขภาพตามมา จากการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี๒๕๖๕พบว่าผู้สูงอยุ ๙๕ ใน ๑๐๐ คน มีความเจ็บป่วย ด้วยโรคใดโรคหนึ่ง คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม ซึมเศร้าเป็นผู้พิการและผู้ป่วยนอนติดเตียง นอกจกนี้ ยังพบอีกว่าร้อยละ ๑ เป็นกลุ่มติดเตียง ซึ่งมีข้อจำกัดในการ ช่วยเหลือตัวเองในกรทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องมีผู้ดูแล และได้รับการดูแลในระยะยาว ผู้สูงอายุนอนติดเตียงที่บ้าน เป็นกลุ่มที่ส่วนใหญ่มี ความยากลำบากต่อการเข้าไปรับบริการทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขได้โดยตรง เนื่องจกมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว และต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลาทั้งนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจต้อง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการช่วยเหลือติดตัวกลับไป ดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากในการจัดการดูแลที่บ้าน เนื่องจากกิจกรรมการดูแลมีความซับซ้อนมากกว่า การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป นอกจากนี้การนอนบนเตียง ตลอดเวลาหรือนอนทับท่าเดียวนานๆ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุ เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กรเกิดแผลกดทับ ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ต้องกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาล ซ้ำ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญอยู่ประการหนึ่ง คือ ผู้ที่ ให้การดูแลยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ อีกทั้งการบริการ รักษาพยาบาลที่บ้านจากศูนย์บริการส่งเสริมสุขภาพ ใกล้บ้าน พบว่ารูปแบบการดูแลยังไม่เฉพาะเจาะจง ยังเน้น การให้บริการตามสภาพอาการของแต่ละราย ทั้งนี้หากภาวะ แทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว อาจส่งผลทำให้ การดูแลเกิดความยุ่งยกซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก การนอนติดเตียง พบว่าส่วนใหญ่เป็นกรณีศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง และเป็นการทดสอบผลของกิจกรรม การดูแลหรือโปรแกรมช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ ซึ่งทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น นอกจกนี้ยังพบว่ามีการจัดทำคู่มือสำหรับ การดูแลที่บ้าน แต่ก็เป็นเพียงการรวบรวมเนื้อหาความรู้ทาง ทฤษฎีเท่านั้น ยังไม่ได้นำลงสู่การปฏิบัติกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่บ้าน และไม่มีการประเมินติดตามผลความรู้ความสามารถ ของผู้ดูแล ที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งการดูแลเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน เป็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวไม่ให้เกิดผลกระทบจาก การนอนติดเตียงประกอบด้วย การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้าโดย ต้องพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความ ต้องการการดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ซึ่งแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน เป็นการส่งเสริมและพัฒนา ความรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลที่บ้านให้มี ประสิทธิภาพและสามารถจัดการดูแลได้เองอย่างต่อเนื่อง จนสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงและชะลอการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำได้ โดยเฉพาะพยาบาล เข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยพัฒนาความสามารถโดยใช้ระบบ การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้พัฒนาความสามารถในการดูแล ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริม ความสามารถผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง นอกจากนั้น ต้องมีการติดตามผล การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุนอนติดเตียงที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงส่วนใหญ่ มักจะ พบว่ามีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลโดยเฉพาะครอบครัว อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายอาจ ต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการช่วยเหลือติดตัวกลับไป ดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากในการจัดการดูแล ที่บ้าน เนื่องจากกิจกรรมการดูแลมีความซับซ้อนมากกว่า การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุ เกิดภาวะแทรกซ้อน จนต้องกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำซึ่งปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญอยู่ประการหนึ่ง คือ ผู้ที่ให้ การดูแลยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ อีกทั้งยังพบว่า ความครอบคลุมและการเชื่อมต่อของบริการยังมีปัญหา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพไม่สามารถเดินทางมา เพื่อรับบริการที่สถานพยาบาลได้แม้จะมีบริการรักษาพยาบาล ที่บ้าน โดยมีทีมแพทย์และพยาบาลออกไปให้บริการ แต่ก็ยัง เป็นกิจกรรมการดูแลในลักษณะตามปัญหาเฉพาะแต่ละรายตามมาตรฐานการพยาบาลในเรื่องนั้นๆ ทั้งนี้หากมีแนวปฏิบัติ ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและสามารถดูแลได้อย่างถูกวิธี ดังนั้น ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านนั้น เป็นการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลที่บ้านให้มีประสิทธิภาพและสามารถจัดการดูแลได้เองอย่างต่อเนื่องจนสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงและชะลอการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำได้ โดยทั้งนี้ผู้ดูแลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแล ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง นอกจากนั้นต้องมีการติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุนอนติดเตียงที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

๑. จากการทบทวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ที่บ้านส่วนใหญ่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานานเช่นมีภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ มีแผลกดทับ มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือมีการยึดติดของข้อหรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำเป็นต้น พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ผู้ดูแลยังมีขาดความรู้ทักษะและไม่เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกวิธี หรือมีปัญหาเรื่องไม่มีคนในครอบครัวดูแล ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีค่าใช้จ่ายมากเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงได้เต็มที่

๒. ผู้ดูแลที่อาจไม่เคยได้รับการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานสาธารณสุข

๓.ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

๔. การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ญาติและผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ควรเน้นการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติเน้นการสาธิตย้อนกลับเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติ/ผู้ดูแลเพื่อลดโอกาสเกิด Care giver burdens รวมทั้งการเยี่ยมเสริมพลังอำนาจ จากทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายสามารถให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจในตัว ญาติและผู้ดูแลในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

แนวความคิดในการพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการวิเคราะห์การดำเนินงานดังกล่าวจึงได้เสนอแนวคิดในการพัฒนางานหรือปรับปรุงงาน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังต่อไปนี้

๑. แนวคิดทฤษฎีกรพยาบาลของโอเร็ม เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีภาวะ เบี่ยงเบนทางสุขภาพ และมีความพร่องใน การดูแลตนเอง ที่ส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการดูแลจาก บุคคลอื่น การนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในที่นี้ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุนอน ติดเตียง และพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว โดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุน และให้ความรู้

๒. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกรทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลาโดยมีเป้าหมาย ของการดูแล คือ ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้ สามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพ

๓. แนวคิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการ จัดบริการดูแลสุขภาพอย่างบูรณการและเป็นองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน ทั้งนี้การให้บริการสุขภาพ ต้องสอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุดังกล่าว ซึ่งในการจัดการ กับปัญหานั้นต้องเกิดจากความร่วมมือกันระหว่างผู้ดูแลและ พยาบาล

๔. แนวคิดการพัฒนาเครือข่ายการเยี่ยมเสริมพลังในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงแบบต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำและให้การปรึกษาในด้านการพยาบาล การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมาพบแพทย์โดยด่วน การพัฒนาระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยทุกระดับผ่าน ศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) และระบบโปรแกรมเยี่ยมบ้าน Thai care cloud COC เพื่อผู้ป่วยได้รับ การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

๕. แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ดูแลครอบครัว ชุมขนให้มีความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยและใช้แบบแผนการดูแลรายบุคคล (care plan)ในการประเมินการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน

๖. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ด้วยการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย และทางใจ ปัญหาเชิงสังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวม และควร ให้มีการดูแลแบบประคับประคองนี้ตั้งแต่เริ่มแรกที่มีการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อเสนอ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดในการพัฒนางานและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพดังกล่าวข้างต้น จึงได้เสนอแนวทางการดำเนินงานโดยบูรณาการแนวคิดทั้ง ๖ แนวคิด มาพัฒนางานการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ด้วยการสร้างทีมเครือข่ายเยี่ยมเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

วิธีการพัฒนา

๑. นำเสนอข้อมูล ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ปัญหาอุปสรรค และความยากลำบากในการดูแล การรักษาที่ไม่หายขาด ต่อที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข (สสอ.) และที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้านและแจ้งในการประชุมประจำเดือนในแต่ละหมู่บ้านในเขตตำบลโป่งน้ำร้อน เพื่อให้คณะกรรมการ มีการประชุมหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและการสรรหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมรวมทั้งงบประมาณในการดำเนินงาน

๒. ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายการเยี่ยมเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงแบบต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านให้สหวิขาชีพรวมทั้งให้CMและCG มีส่วนร่วมในการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน โดยเปรียบศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา

๓.ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่ได้รับการเยี่ยมตามเป้าหมาย < ๕%

๔. เพื่อสร้างเครือข่ายการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมเสริมพลังสำหรับผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงแบบต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๔๕ คน ประกอบด้วย

๑. ญาติผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน ๕ คน

๓. อาสาสมัครสาธารณสุขที่อบรม Care Giver ในตำบล จำนวน๑๕ คน

๔. พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการเยี่ยมบ้านและงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน ๕ คน

๕. ผู้นำชุมชน/อปท. จำนวน ๑๕ คน

๖. Care Giver นักบริบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ๗๐ ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวน ๕คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ						
	ก.ย. ๖๗	ต.ค ๖๗	พ.ย. ๖๗	ธ.ค. ๖๗	ม.ค ๖๘	ก.พ. ๖๘	มี.ค. ๖๘
๑. ขั้นเตรียมการ ๑.๑ ทบทวนข้อมูลผู้ป่วย ประสานเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายทั้งตำบล	←	→					
๑.๒. เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ	←	→					
๑.๓. ประชุมชี้แจงรายละเอียดและกิจกรรมแก่ผู้เกี่ยวข้อง		←	→				
๑.๔. จัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และcare plan			←	→			
๒. ขั้นดำเนินการ ๒.๑. จัดอบรมตามวัน เวลาและสถานที่ที่กำหนด โดยแบ่งเป้าหมายเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๒.๑.๑ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในตำบลโป่งน้ำร้อน จำนวน ๕ คน ๒.๑.๒ เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๔๐ คน					←	→	
๒.๒ จัดทำแนวทางการดูแลและส่งต่อ			←	→			
๒.๓ วางแผนออกเยี่ยมเสริมพลังและติดตามผู้ป่วยแต่ละรายทุก ๒ สัปดาห์ เป็นเวลา ๑ เดือนและหลังจากนั้นเยี่ยมเดือนละครั้ง					←	→	→
๒.๔ บันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Hos-XP และโปรแกรมเยี่ยมบ้าน COC					←	→	→
๓. ขั้นประเมินผล ๓.๑ ประเมินคะแนนความรู้ก่อนและหลังอบรม						←	→
๓.๒ ประเมินภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงระหว่างพยาบาลกับ care giver						←	→
๓.๓ ประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ						←	→
๓.๔ สรุปประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงาน							← →

ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๗– มีนาคม ๒๕๖๘

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑.มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่มี คุณภาพและชัดเจน มีการดำเนินงานเป็นไปตามแผน care plan ที่วางแผนไว้

๔.๒ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ติดเตียงได้<๕%อย่างต่อเนื่อง

๔.๓ มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงในตำบลโป่งน้ำร้อน เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยการเยี่ยมบ้านอย่างมีคุณภาพของทีมสุขภาพ และระบบการส่งต่อและช่องทางด่วนที่ชัดเจน

๔.๕ มีฐานข้อมูลผู้ป่วยระดับตำบลและฐานข้อมูลการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และตามแผน care planที่วางแผนไว้มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๒ ผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าร้อยละ ๗๐

๕.๓ มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงของตำบลโป่งน้ำร้อนร้อยละ๑๐๐

๕.๔ ผู้ป่วยผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านและเยี่ยมเสริมพลังอำนาจโดยเครือข่ายเป็นประจำทุกเดือนร้อยละ๑๐๐

๕.๕ ญาติผู้ป่วยผู้สูงอายุคิดเตียง มีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ care plan มากกว่าร้อยละ๘๐

(ลงชื่อ).....

(นางพจนีย์ ปั้นซู)

(ตำแหน่ง)ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

(วันที่) ..... ๖ ธ.ค ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน**

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 12 กุมภาพันธ์ 2567 – 14 มีนาคม 2567 รวมวันที่รับไว้ในการดูแล 31 วัน รวมเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวาน คือ โรคที่เซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติ จากกระบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ โดยใช้เกณฑ์ค่าของน้ำตาลในน้ำเลือดหลังจากอดอาหารมาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลต้อง ไม่เกิน126 มก/ดล. แต่หากไม่ไม่ได้อดอาหารมาก่อน สามารถเจาะเลือดได้เลย โดยจะต้องมีค่าระดับน้ำตาลไม่เกิน 200 มก/คล. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมากกว่าเกณฑ์ ผลพบโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเร็วที่สุดคือจอประสาทตาเสื่อม และโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมมา เช่น หลอดเลือดแดงของหัวใจ หลอดเลือดแดงของสมอง โรคความดันโลหิตสูง ไตเสื่อมและไขมันสูง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทศไทย,2565)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรคเบาหวานชนิดนี้ มักพบในวัยผู้ใหญ่ หรือผู้ที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป และรูปร่างท้วมหรืออ้วน ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานทั้งหมด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2565) โรคเบาหวานชนิดนี้มีลักษณะความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับอินซูลิน 2 ประการ ได้แก่ ภาวะดื้อต่ออินซูลินและความผิดปกติของ B-cell1 ภาวะดื้อต่ออินซูลินเป็นสภาวะที่เซลล์มีการตอบสนองต่ออินซูลินลดลง หรือความไวของเซลล์ในเนื้อเยื่อส่วนปลาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ ตับ และเนื้อเยื่อไขมันที่มีต่ออินซูลิน ในระยะช่วงแรกของโรคความไวของอินซูลินที่ลดลงจะกระตุ้นให้เซลล์ B-cell ทำงานมากเกินไปเพื่อให้มีการหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้นเพื่อชดเชยในรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ระดับอินซูลินในเลือดที่สูง ขึ้น (hyperinsulinemia) ช่วยป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อย่างไรก็ตาม การหลั่งอินซูลินที่เพิ่มขึ้นทีละน้อยโดย B-cell ไม่สามารถชดเชยความไวของอินซูลินที่ลดลงได้เพียงพอ พยาธิกำเนิดของภาวะ ดื้อต่ออินซูลินมาจาก หลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม พฤติกรรมการกิน หากร่างกายได้รับพลังงานเกินควรออกกำลังกายน้อย มักเกิดการสะสมของไขมันผิดปกติ (lipodystrophy) จนนำไปสู่เกิดโรคเบาหวานได้ (พัชรินทร์ สิงห์ดำ, 2563)

แนวทางในการรักษาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. การรักษาโดยการไม่ใช้ยา โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นการเน้นย้ำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) ที่เหมาะสม เช่น

1.1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร แนะนำการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ เน้นผักใบเขียวที่มีกากใย จำกัดปริมาณแคลอร์ ลดอาหารเสริมจำกัดเครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

1.2. การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม โดยให้ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ให้ได้อย่างน้อยรวม 150 นาที และไม่ควรหยุดเกิน 2 วันติดกัน

1.3.การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หากเกินแนะนำให้ลดน้ำหนัก

1.4. การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา

2.การรักษาโดยการใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2562 โดยแบ่งชนิดของยา ดังนี้

2.1 ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

2.2 ยาฉีดอินซูลิน

ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนที่ไต

2. ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่

ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ส่วนใหญ่เกิดจากกการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการได้รับยาฉีดอินซูลิน (ประทุม สร้อยทอง, 2564) ให้การพยาบาลดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ให้การพยาบาลดังนี้

1.1 สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ซึมลง หมดสติ

1.2 แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หากพบอาการผิดปกติให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทันที

1.3 เจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด

1.4 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอินซูลินตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชาตามปลายมือปลายเท้า

1.6 ให้คำแนะนำภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

1.7 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการออกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาที

1.8 เสริมพลังให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

2. การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการได้รับอินซูลินเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ให้การพยาบาล ดังนี้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

2.1 แนะนำผู้ป่วยสังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับยาอินซูลิน ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก คลื่นไส้ ชา ตัวเย็น มึนงง การตอบสนองช้าลง สับสน หมดสติ ชัก อ่อนแรง เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที หากพบอาการผิดปกติให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทันที

2.2 เจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว

2.3 แก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่รุนแรงหรือปานกลาง ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัมสำหรับอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่มีอาการชัดเจนรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 30 กรัม จากนั้นตรวจน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วที่ 15 นาที ถ้าน้ำตาลในเลือดได้น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้รับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัมซ้ำ ถ้าอาการดีขึ้นและน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท้ากับ 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้รับประทานอาหารต่อเนื่องทันทีเมื่อถึงเวลารับประทานอาหารมื้อหลัก หากผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงดูแลให้สารละลายกลูโคส 50 เปอร์เซ็นต์ 50 มิลลิกรัม ตามแผนการรักษาของแพทย์

2.4 ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

3. การจัดกิจกรรมสำหรับส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย

3.1 การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3.2 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องเบาหวาน

3.3 เป็นที่ปรึกษาและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3.4 ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการใช้ยา

3.5 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นการสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ทำให้เกิดความร่วมมือในการหาแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยในการรักษาและการดูแลตนเอง

3.6 ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่น ที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้สำเร็จได้ตามเป้าหมาย

3.7 ส่งเสริมให้ อสม.มีส่วนช่วยสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

3.8 สอนทักษะในการดูแลตนเองและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย ได้แก่ ทักษะการสังเกตและการประเมินอาการน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การฉีดอินซูลิน

3.9 เป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เพื่อถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ภาวะที่แรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงมีค่าสูงกว่าค่ามาตรฐาน ค่าความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้ง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

สาเหตุความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือมีการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้น้อยลง หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้เพียงพอ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (นวพร วุฒิธรรม, 2562)

ประเภทโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น ชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) และชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension)

อาการโรคความดันโลหิตสูง

ปวดศีรษะ ปวดบริเวณท้ายทอย คลื่นไส้อาเจียน ตามัว มักเกิดในตอนเช้า เลือดกำเดาไหล (Epistaxis) เวียนศีรษะ (Dizziness) มึนงง

ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง อาการเหนื่อยหอบขณะออกแรงหรือทำงานหนักหรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ เจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไตวาย เกิดความเปลี่ยนแปลงสมองในด้านความจำ มีปัญหาทางด้านสายตา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic Therapy) และการรักษาโดยการใช้ยา (pharmacologic Therapy)

การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (วนิดา แสวงผล, 2559)

1. แนะนำ ส่งเสริม และดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือถ้ามีความดันโลหิตสูงก็มีความรู้ที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสม
2. ตรวจหาปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงหรือโรคหัวใจ
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

ไตวาย, ไตล้มเหลว หรือไตไม่ทำงาน (Kidney failure หรือ Renal failure) คือ ภาวะที่เนื้อไตทั้ง 2 ข้าง ถูกทำลายจนทำงานไม่ได้หรือได้น้อยกว่าปกติ ทำให้ไตสูญเสียความสามารถในการกรองของเสียออกจากเลือด จนไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายผ่านทางปัสสาวะ (ทำให้เกิดการคั่งจนเป็นพิษต่อร่างกาย) ไม่สามารถควบคุมสมดุลของน้ำและเกลือแร่ต่าง ๆ (โดยเฉพาะโซเดียม โพแทสเซียม แคลเซียม และฟอสฟอรัส) และไม่สามารถสร้างฮอร์โมนที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดงของไขกระดูกได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้จะนำไปสู่อาการผิดปกติของอวัยวะแทบทุกส่วนของร่างกาย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยการล้างไตหรือปลูกถ่ายไต ก็จะทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติจนผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

ชนิดของโรคไตวาย

ภาวะไตวายแบ่งออกเป็น 2 แบบ ตามสาเหตุและระยะเวลาที่เกิดไตวาย ซึ่งทั้งสองแบบได้แก่

1. ไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney failure หรือ Acute renal failure)
2. ไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney failure หรือ Chronic renal failure)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

อาการของโรคไตวาย (พัชรา อัศวบุญญาเลิศ, 2562)

อาการไตวายเฉียบพลัน อาการที่เด่นชัด คือ มีปริมาณปัสสาวะต่อวันออกน้อยกว่า 400-450 มิลลิลิตร หรือไม่มีปัสสาวะออกเลย (ไม่มีอาการปวดปัสสาวะและสวนปัสสาวะก็ไม่มีปัสสาวะออกมามากกว่านี้) ต่อมาไม่นานผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอนตลอดเวลา เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน นอกจากนี้ยังอาจมีอาการปวดหลังบริเวณชายโครง หายใจถี่ ทั้งนี้บางรายอาจไม่แสดงอาการใด ๆเลย หรือในกรณีที่อาการรุนแรงหรือหากปล่อยไว้ไม่รักษา ผู้ป่วยอาจมีอาการชึม ชัก หรือหมดสติเข้าสู่ภาวะโคม่าแบบเฉียบพลันได้ ผู้ป่วยอาจมีประวัติการใช้ยาหรือมีอาการเจ็บป่วยนำมาก่อน เช่น ไข้ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ งูกัด ตกเลือด ภาวะช็อกจากสาเหตุต่าง ๆ เป็นต้น

อาการไตวายเรื้อรัง อาการจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ในระยะแรกผู้ป่วยอาจไม่มีอาการให้สังเกตได้ชัดเจนและมักพบได้จากการตรวจเลือด (พบระดับยูเรียไนโตรเจนและระดับครีตินินในเลือดสูง) ในขณะที่มาตรวจเช็คสุขภาพหรือมาพบแพทย์ด้วยโรคอื่น ๆโดยอาการของไตวายเรื้อรังจะไม่เกิดขึ้นพร้อมกันในคราวเดียว แต่อาการจะค่อย ๆ แสดงออกมาเป็นระยะ ๆ ซึ่งไตวายเรื้อรังจะแบ่งออกเป็น 5 ระยะ

การแบ่งระยะของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565)

ระยะที่1 GFR > 90 ml/minute/1.73 m with evidence of kidney damage

ระยะที่2 GFR 60-89 ml/minute/1.73 m2 with evidence of kidney damageR

ระยะที่3 GFR 30-59 ml/minute/1.73 m2

ระยะที่4 GFR 15-29 ml/minute/1.73 m2

ระยะที่5 GFR < 15 ml/minute/1.73 m or dialysis-dependent

การรักษาไตวายเฉียบพลัน

1.การรักษาโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุของไตวายเฉียบพลัน ไตวายเฉียบพลันเป็นอาการไตวายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนั้นวิธีการรักษาหลัก ๆจึงเป็นการรักษาที่ต้นเหตุซึ่งจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การแก้ไขภาวะช็อก, การรักษาภาวะขาดน้ำเมื่อสาเหตุมาจากภาวะขาดน้ำ, การหยุดให้ยาที่ทำให้ไตวาย, การหลีกเลี่ยงสารพิษที่ทำอันตรายต่อไต, การจำกัดปริมาณของน้ำ เป็นต้น

2.การใช้ยาแก้ไขไตวายเฉียบพลัน เคยมีความพยายามในการนำยาต่าง ๆหลายชนิดมาใช้ในการรักษาภาวะนี้ (เพื่อทำให้การงานทำงานของไตดีขึ้นหรือช่วยเพิ่มปริมาณของปัสสาวะ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มของสารกระตุ้นหลอดเลือดและยาขับปัสสาวะ) แม้จะมีสารหรือยาเป็นจำนวนมากที่เป็นที่ยอมรับว่าให้ผลดีกับภาวะไตวายเฉียบพลันในสัตว์ทดลอง แต่ก็ได้ผลเมื่อใช้ในการป้องกันเป็นส่วนใหญ่ และมียาบางอย่างเท่านั้นที่ให้ผลในการรักษาเมื่อเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันแล้ว ดังนั้นการใช้ยารักษาภาวะนี้จึงยังไม่มีการรักษาใดที่ได้ผลแน่นอน

3.การรักษาประคับประคองตามอาการและรักษาโรคแทรกซ้อน หากไตไม่ฟื้นตัวหลังจากการรักษาโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุและลองใช้ยาตามข้อ 2 แล้ว การรักษาต่อไปจะเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ

4.การล้างไต (Dialysis) เมื่อการทำงานของไตลดลงจนไตไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากเลือดได้ แพทย์จะใช้วิธีการล้างไตเพื่อกำจัดของเสียที่อยู่ภายในเลือดแทน ซึ่งวิธีการรักษานี้จะช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และถ้าหากล้าง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

ไตได้ผลระดับของเสียในร่างกายที่สะสมอยู่จะเริ่มลดลงอยู่ในภาวะที่เป็นปกติ วิธีการรักษานี้จึงเป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ที่รักษาด้วยวิธีประคับประคองแล้วไม่ได้ผล ดังนั้นผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ควรได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทุกราย ยกเว้นในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่พบร่วมกับโรคมะเร็งหรือโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และในผู้ป่วยซึ่งมีข้อห้ามในการฟอกเลือด

การพยาบาล (รัตนาภรณ์ กระเดา, 2562)

1.สร้างสัมพันธภาพ รับฟังและตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย สนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

2.ประเมินความสมดุลของน้ำโดยการตวงและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ประเมินอาการบวม ประเมินอาการน้ำท่วมปอด ได้แก่ ฟังเสียงปอด ไอ นอนราบไม่ได้และการถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติ ประเมินการเปลี่ยนแปลงของโซเดียมในเลือด ความเข้มข้นของสารละลายในเลือดและดูแลให้สารน้ำและยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ติดตามผลเกลือแร่ที่ส่งตรวจทุกครั้ง ถ้าผลโพแทสเซียมสูงรายงานแพทย์ทันที ประเมินอาการแสดงของโพแทสเซียมสูง โดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ฟังการเต้นของหัวใจเพื่อต้นหาการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ จัดอาหารที่มีโพแทสเซียมต่ำ งดผัก ผลไม้ เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ

4. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และโภชนาการ โดยทำการบันทึกปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้ ติดตามค่าอัลบูมิน (Albumin) ยูเรียไนโตรเจน เกลือแร่ในเลือด การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและกล้ามเนื้อ จัดสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการรับประทานอาหารและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพงานบ้าน ภูมิลำเนา อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ขับถ่ายปกติ ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับ ภาวะทางเศรษฐกิจ รายได้ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับบุตรชาย และรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีหนี้สิน เมื่อเจ็บป่วยมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ น้ำอุปโภคใช้ประปาของหมู่บ้าน น้ำบริโภคใช้น้ำน้ำดื่มบรรจุขวด

วันที่รับไว้ในการดูแล 12 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล 14 มีนาคม 2567

รวมวันที่รับไว้ดูแล 31 วัน

รวมเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง

แหล่งที่มาของข้อมูล จากผู้ป่วย และเวชระเบียน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล รับดูแลต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลแหลมสิงห์ (Home Ward)

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ปี 2552 ผู้ป่วยมีอาการหวิวๆ ใจสั่น เหงื่อออก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตรวจพบ FBS 203 mg% แพทย์วินิจฉัย DM เริ่มต้นการรักษาด้วยการใช้ยา Glibenclamide 2*2 ac และ Metformin (500 mg) 2*3 pc ผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่อง ปี 2552 - ปี 2556 ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ A1C อยู่ในช่วง 6.7% - 7.9%

ปี 2557 ผู้ป่วยเริ่มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง 227 mg% - 346 mg% แพทย์ให้การรักษาโดยการเพิ่มการฉีด Mixtard ก่อนอาหารเช้า 14 u ก่อนอาหารเย็น 14 u และยังตรวจพบค่าความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น แพทย์ให้การรักษาโดยการเพิ่มยา Enarapril (5 mg) 1*1 pc ผลการตรวจเลือดประจำปี พบ A1C = 8.5% , Chloresteral = 221 , Triglyceride = 151 mg/dl , LDL = 153 mg/dl ภายหลังการตรวจเลือดประจำปี แพทย์เพิ่มยา Simvastatin (10 mg) 1*hs

ปี 2558 – ปี 2559 ผลการตรวจเลือดประจำปี พบ A1C = 11.7% - 14.1% แพทย์มีการปรับยาฉีด Mixtard ก่อนอาหารเช้า 18 u ก่อนอาหารเย็น 18 u

ปี 2560 ระดับน้ำตาล อยู่ระหว่าง 88 mg% – 96 mg% แพทย์มีการปรับยาฉีด Mixtard ก่อนอาหารเช้า 18 u ก่อนอาหารเย็น 8 u ผลการตรวจเลือดประจำปี A1C = 7.6% , eGFR ระยะ 3b ตรวจจอประสาทตา พบความผิดปกติ

ปี 2561 - ปี 2562 ค่าระดับน้ำตาล อยู่ระหว่าง 71 mg% - 283 mg% แพทย์มีการปรับยาฉีด Mixtard ก่อนอาหารเช้า ระหว่าง 10 – 14 u ก่อนอาหารเย็น ระหว่าง 6 – 8 u ผลตรวจเลือดประจำปี A1C = 10.6% , eGFR ระยะ 3b

ปี 2563 ค่าระดับน้ำตาล อยู่ระหว่าง 77 mg% - 183 mg% แพทย์ปรับยาฉีด Mixtard ก่อนอาหารเช้า ระหว่าง 6 – 12 u ก่อนอาหารเย็น ระหว่าง 4 – 6 u ผลตรวจเลือดประจำปี พบ A1C = 12.1% , eGFR ระยะ 3b

ปี 2564 – ปี 2565 ค่าระดับน้ำตาล อยู่ระหว่าง 94 mg% - 271 mg% แพทย์ปรับยาฉีด Mixtard ก่อนอาหารเช้า ระหว่าง 14 – 30 u ก่อนอาหารเย็น ระหว่าง 14 – 18 u ผลตรวจเลือดประจำปี พบ A1C = 9.8% , eGFR ระยะ 3b

ปี 2566 ค่าระดับน้ำตาล อยู่ระหว่าง 187 mg% - 240 mg% แพทย์ปรับยาฉีด Mixtard ก่อนอาหารเช้า 36 u ก่อนอาหารเย็น 22 u ผลตรวจเลือดประจำปี พบ A1C = 10.94% , eGFR ระยะ 4

โรคประจำตัว DM , HT , CKD

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ

ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร และสารเคมี ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี

ประวัติการใช้ยา และสารเสพติด ปฏิเสธการดื่มสุรา ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และปฏิเสธการใช้สารเสพติด

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว บุคคลในครอบครัว ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ

การวินิจฉัยของแพทย์ Hyperglycemia , HT , CKD ระยะ 4

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

หญิงไทย วัย 78 ปีผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว รูปร่างท้วม ค่าดัชนีมวลกาย 28.13 (น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร) โรคประจำตัว DM HT CKD ระดับ 4 รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์ตามนัด ตรวจพบค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง 260 mg% แพทย์ให้การรักษา Admit Home Ward พร้อมทั้งปรับยาฉีด Mixtard ก่อนอาหารเช้า 36 u ก่อนอาหารเย็น 24 u หลังจากได้รับผู้ป่วยรายนี้ สัญญาณชีพแรกรับ T=36.3 °C P=87 ครั้ง/นาที R= 20 ครั้ง/นาที BP=114/72 mmHg ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งสอนผู้ป่วยในการใช้เครื่องเจาะน้ำตาลด้วยตนเอง ขณะเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยเก็บยาฉีด Mixtard ไม่ถูกต้อง โดยเก็บยา Mixtard นอกตู้เย็น ซึ่งภายในบ้านอากาศค่อนข้างร้อนอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพยาลดลง แนะนำการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง และได้ติดต่อโรงพยาบาลแหลมสิงห์ เพื่อขอรับยาฉีด Mixtard ใหม่ และนำเก็บในตู้เย็นให้ถูกต้อง ระหว่าง Admit Home Ward ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกวัน เพื่อรายงานแพทย์ ดังนี้

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 ระดับน้ำตาลในเลือด 160 mg%
วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 ระดับน้ำตาลในเลือด 88 mg%
วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 ระดับน้ำตาลในเลือด 248 mg%
วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 ระดับน้ำตาลในเลือด 164 mg%
วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2567 ระดับน้ำตาลในเลือด 131 mg%
วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2567 ระดับน้ำตาลในเลือด 276 mg%
วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567 ระดับน้ำตาลในเลือด 136 mg%

แพทย์ Discharge Home Ward วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567 หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอีก 4 ครั้ง ดังนี้

- เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567
- เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567
- เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 5 มีนาคม 2567
- เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 14 มีนาคม 2567

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

- ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง
- มีภาวะไตเสื่อม ระดับ 4
- ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วย
- ขาดความรู้ในการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง
- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้สูงอายุ และสายตาพร่ามัว

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- เลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในตำบลเกาะเปริด จำนวน 1 ราย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 - เดือน มีนาคม 2567

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

- รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย
- ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
- สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบเพื่อหาแนวทางแก้ไข
- ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเสื่อม ระยะ 4 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
- ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผนการพยาบาล
- สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
- เรียบเรียงข้อมูลกรณีศึกษา และเขียนรายงานการศึกษา จัดทำเป็นเอกสารผลงานวิชาการเพื่อเผยแพร่
- เสนอคณะกรรมการตรวจสอบและแก้ไขผลงาน
- จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม
- ดำเนินการเผยแพร่ผลงานวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 4 ได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวม มีการเตรียมความพร้อมและแนวทางการตัดสินใจสำหรับการบำบัดทดแทนไตตามความเหมาะสมแต่ละวิธี เพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง รวมทั้งชะลอความเสื่อมของไต
- เป็นเอกสารวิชาการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจศึกษาค้นคว้าต่อไป

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ กรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ดูแลผู้ป่วยรายนี้ ตั้งแต่ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 - วันที่ 14 มีนาคม 2567 รวมระยะเวลา 31 วัน ติดตามเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และอยู่บ้านเพียงลำพัง จากการประเมินการได้รับยาของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การเก็บรักษายาที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้เกิดการวางแผนร่วมกับนักบริบาลของชุมชน (Care giver) อสม. และผู้นำชุมชน ในการติดตามการดำเนินของโรค การทบทวนการใช้ยา การเก็บรักษายาที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง รวมทั้งการดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยอาศัยชุมชนช่วยกันดูแลผู้ป่วยต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่ศึกษา อบรมและฝึกปฏิบัติงาน สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

3. ใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าในครั้งต่อไป

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยโรคโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวาย , Hyperglycemia , Hypoglycemia จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญและมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและพักอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง ต้องได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และพักอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ได้รับยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

9. ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พักอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพังอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข อบต.และผู้นำชุมชน

2. ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เรื่องช่องทางขอความช่วยเหลือทางสุขภาพในกรณีฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ 1669

10. การเผยแพร่ผลงาน

ยังไม่ได้เผยแพร่ผลงาน

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

สัดส่วนผลงาน 100 %

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวรัชนี แสงมาลา สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวรัชนี แสงมาลา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

(วันที่) 6 / กันยายน / 2567

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

- ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผนการพยาบาล
- สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
- เรียบเรียงข้อมูลกรณีศึกษา และเขียนรายงานการศึกษา จัดทำเป็นเอกสารผลงานวิชาการเพื่อเผยแพร่
- เสนอคณะกรรมการตรวจสอบและแก้ไขผลงาน
- จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม
- ดำเนินการเผยแพร่ผลงานวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 4 ได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวม มีการเตรียมความพร้อมและแนวทางการตัดสินใจสำหรับการบำบัดทดแทนไตตามความเหมาะสมแต่ละวิธี เพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง รวมทั้งชะลอความเสื่อมของไต
- เป็นเอกสารวิชาการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจศึกษาค้นคว้าต่อไป

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ กรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ดูแลผู้ป่วยรายนี้ ตั้งแต่ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 - วันที่ 14 มีนาคม 2567 รวมระยะเวลา 31 วัน ติดตามเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และอยู่บ้านเพียงลำพัง จากการประเมินการได้รับยาของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การเก็บรักษายาที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้เกิดการวางแผนร่วมกับนักบริบาลของชุมชน (Care giver) อสม. และผู้นำชุมชน ในการติดตามการดำเนินของโรค การทบทวนการใช้ยา การเก็บรักษายาที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง รวมทั้งการดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยอาศัยชุมชนช่วยกันดูแลผู้ป่วยต่อไป

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
2. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่ศึกษา อบรมและฝึกปฏิบัติงาน สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
3. ใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าในครั้งต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)**

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยโรคโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวาย , Hyperglycemia , Hypoglycemia จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญและมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและพักอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง ต้องได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และพักอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ได้รับยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

9. ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พักอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพังอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข อบต.และผู้นำชุมชน

2. ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เรื่องช่องทางขอความช่วยเหลือทางสุขภาพในกรณีฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ 1669

10. การเผยแพร่ผลงาน

ยังไม่ได้เผยแพร่ผลงาน

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

สัดส่วนผลงาน 100 %

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวรัชนี แสงมาลา สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวรัชนี แสงมาลา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

(วันที่) 6 / สิหาคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวรัชนี แสงมาลา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวเพ็ญภักดิ์ สุขสิงห์)

(ตำแหน่ง) นักสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน

สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์

(วันที่) ..... 6 ธ.ค. 2567 .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายอภิรักษ์ พิศทธ์อาภรณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) ..... 6 ธ.ค. 2567 .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดสูงในประเทศไทยและทั่วโลก สาเหตุหลักเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้สารอินซูลินอย่างมีประสิทธิภาพ (Insulin Resistance) ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเรื่อยๆ หากไม่สามารถควบคุมได้ จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคจอประสาทตาเสื่อม และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานตามข้อมูลจาก องค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2021 พบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่มีอัตราการเจริญเติบโตสูงในทุกประเทศ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ แต่ในหลายกรณีผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากการขาดการสนับสนุน การศึกษา และการไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการกำกับตนเองผ่านการพยาบาลในชุมชนเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการให้การศึกษา การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง และการสร้างระบบสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในชุมชนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์การสนับสนุนการกำกับตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นกระบวนการที่ต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วยเองในการติดตามผลการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลักการที่สำคัญในการกำกับตนเองคือการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกต้อง การศึกษาของ Cameron et al. (2015) ระบุว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานและการปรับพฤติกรรมสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง รวมถึงปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อการเลือกอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วย Schoenfeld et al. (2018) ได้เน้นย้ำว่า การสนับสนุนจากทีมสุขภาพและการสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น การสร้างกลุ่มสนับสนุนที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยในชุมชนจะช่วยเพิ่มความมุ่งมั่นและการปฏิบัติตาม

แผนการรักษา

การฝึกฝนทักษะการกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ Lorig et al. (2014) พบว่า การใช้โปรแกรมการฝึกทักษะการกำกับตนเองในการดูแลโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคที่ดียิ่งขึ้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

แนวความคิดที่จะพัฒนา

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนสามารถพิจารณาในหลายด้าน โดยมีแนวทางหลัก ๆ ดังนี้:

การให้ความรู้และการศึกษาผู้ป่วย: การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น การจัดเวิร์คช็อป การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน หรือการฝึกอบรมที่เน้นความเข้าใจง่าย

การสร้างทักษะการกำกับตนเอง: การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

การสนับสนุนทางจิตใจ: การให้การสนับสนุนทางจิตใจช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยในการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสร้างกลุ่มสนับสนุนในชุมชนหรือผ่านการให้คำปรึกษาจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การพัฒนากระบวนการส่งเสริมการกำกับตนเองในชุมชนต้องมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยในการติดตามผล เช่น การใช้แอปพลิเคชันเพื่อบันทึกข้อมูลน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และการวางแผนการออกกำลังกาย จะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอ:

การพัฒนาหลักสูตรการให้ความรู้: สร้างหลักสูตรการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น การสอนเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การวางแผนการออกกำลังกาย และการติดตามระดับน้ำตาล

การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน: จัดกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การประชุมกลุ่ม หรือการสนับสนุนออนไลน์

การใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดตามผล: ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้แอปพลิเคชันในการบันทึกข้อมูลการรักษาและตรวจสอบผลการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการติดตามและปรับการรักษาได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น:

- ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ: ในบางชุมชนที่ห่างไกลอาจมีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือเทคโนโลยี
- การขาดความรู้และทักษะของผู้ป่วย: ผู้ป่วยบางคนอาจขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือไม่มีทักษะในการจัดการกับโรคเบาหวาน

แนวทางแก้ไข

- จัดบริการสุขภาพเคลื่อนที่: การให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ในชุมชนที่ห่างไกล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น
- พัฒนาโปรแกรมการศึกษาสำหรับผู้ป่วย: จัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น การใช้สื่อการเรียนการสอนที่เข้าใจง่าย หรือการจัดเวิร์คช็อปที่มีการสาธิตการดูแลตนเอง
- การใช้เทคโนโลยีที่ไม่ซับซ้อน: การพัฒนาแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี เพื่อสะดวกในการใช้งาน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้ป่วยมีความสามารถในการกำกับตนเอง: ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นผ่านการตรวจวัดและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

4.2 ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน การควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้นจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เช่น โรคหัวใจ โรคไต และจอประสาทตาเสื่อม

4.3 ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา

4.4การมีเครือข่ายสนับสนุนจากชุมชนจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยรักษาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 การลดระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่า 7% ในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ร้อยละ 5

5.2 จำนวนผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตามแผนการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามคำแนะนำ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5

5.3 จำนวนผู้ป่วยที่สามารถตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

5.4 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้คำปรึกษาและการดูแลจากทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวรัชนี แสงมาลา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

(วันที่) 6 / พฤษภาคม / 2569

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 12 กุมภาพันธ์ 2567 – 14 มีนาคม 2567 รวมวันที่รับไว้ในการดูแล 31 วัน รวมเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวาน คือ โรคที่เซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติ จากกระบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ โดยใช้เกณฑ์ค่าของน้ำตาลในน้ำเลือดหลังจากอดอาหารมาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลต้อง ไม่เกิน126 มก/ดล. แต่หากไม่ไม่ได้อดอาหารมาก่อน สามารถเจาะเลือดได้เลย โดยจะต้องมีค่าระดับน้ำตาลไม่เกิน 200 มก/คล. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมากกว่าเกณฑ์ ผลพบโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเร็วที่สุดคือจอประสาทตาเสื่อม และโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมมา เช่น หลอดเลือดแดงของหัวใจ หลอดเลือดแดงของสมอง โรคความดันโลหิตสูง ไตเสื่อมและไขมันสูง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทศไทย,2565)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรคเบาหวานชนิดนี้ มักพบในวัยผู้ใหญ่ หรือผู้ที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป และรูปร่างท้วมหรืออ้วน ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะเบาหวานทั้งหมด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2565) โรคเบาหวานชนิดนี้มีลักษณะความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับอินซูลิน 2 ประการ ได้แก่ ภาวะดื้อต่ออินซูลินและความผิดปกติของ B-cell1 ภาวะดื้อต่ออินซูลินเป็นสภาวะที่เซลล์มีการตอบสนองต่ออินซูลินลดลง หรือความไวของเซลล์ในเนื้อเชื่อส่วนปลาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ ตับ และเนื้อเชื่อไขมันที่มีต่ออินซูลิน ในระยะช่วงแรกของโรคความไวของอินซูลินที่ลดลงจะกระตุ้นให้เซลล์ B-cell ทำงานมากเกินไปเพื่อให้มีการหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้นเพื่อชดเชยในรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ระดับอินซูลินในเลือดที่สูง ขึ้น (hyperinsulinemia) ช่วยป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อย่างไรก็ตาม การหลั่งอินซูลินที่เพิ่มขึ้นทีละน้อยโดย B-cell ไม่สามารถชดเชยความ ไวของอินซูลินที่ลดลงได้เพียงพอ พยาธิกำเนิดของภาวะ ดื้อต่ออินซูลินมาจาก หลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม พฤติกรรมการกิน หากร่างกายได้รับพลังงานเกินควร ออกกำลังกายน้อย มักเกิดการสะสมของไขมันผิดปกติ (lipodystrophy) จนนำไปสู่เกิดโรคเบาหวานได้ (พัชรินทร์ สิงห์ดำ, 2563)

แนวทางในการรักษาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. การรักษาโดยการไม่ใช้ยา โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นการเน้นย้ำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) ที่เหมาะสม เช่น

1.1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร แนะนำการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ เน้นผักใบเขียวที่มีกากใย จำกัดปริมาณแคลอร์ ลดอาหารเสริมจำกัดเครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาล