

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

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

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวดวงใจ แก้วแกมกาญจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ของโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวดวงใจ แก้วแกมกาญจน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๔๕๘๗๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๔๕๘๗๙	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** เรื่อง แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					๑๐๐%

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 16 มิถุนายน 2566 – 20 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 4 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)

ภาวะหัวใจล้มเหลว คือภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ภาวะนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย และบวม หัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและการเสียชีวิต ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ได้หมายถึงหัวใจหยุดทำงาน แต่หมายถึงหัวใจทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้เพียงพอ โดยทั่วไปแล้ว ภาวะนี้เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวหรือคลายตัวได้อย่างเหมาะสม

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

1. หัวใจต้องทำงานหนักเกินกำลัง

1.1 การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากปริมาตรเลือดมากเกินไป (volume overload) ความผิดปกติที่ทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว ได้แก่ ลิ้นหัวใจรั่วเนื่องจากถูกทำลาย ปริมาตรของเลือดในระบบไหลเวียนมากเกินไป (hypervolemia) ความพิการของหัวใจแต่กำเนิด

1.2 หัวใจต้องบีบแรงเกินกำลัง (pressure overload) เพื่อเอาชนะแรงต้านในหลอดเลือด จึงสามารถไล่เลือด เข้าสู่ระบบการไหลเวียน ปัจจัยที่มีผลต่อแรงต้านการไหลเวียนเลือดในหัวใจบีบตัว ได้แก่ ความตึงตัวของหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ทั่วร่างกาย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดง Aorta และหลอดเลือดแดงใหญ่ขนาดและความหนาของหัวใจห้องล่างลิ้นหัวใจ Aortic ตีบ และเลือดมีความหนืดมาก

2. มีความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

2.1 มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infraction) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (cardiomyopathy) และหัวใจห้องล่างโป่งพอง (ventricular aneurysm)

2.2 มีภาวะภายนอกที่บีบรัดหัวใจทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถรับเลือดและบีบตัวได้เต็มที่ ได้แก่ หัวใจถูกบีบรัดจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Constrictive pericarditis) หัวใจถูกบีบกดจากมีปริมาณของเหลวภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (cardiac temponade)

3. สาเหตุจากโรคอื่น ๆ

3.1 ความดันโลหิตสูง (hypertension) เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้กล้ามเนื้อหนาตัวต้องทำงานมากขึ้นและเกิดล้มเหลวได้

3.2 โรคเบาหวาน สาเหตุที่โรคเบาหวานมักจะมีโรคหัวใจ คือ ผู้ป่วยมักจะอ้วน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

3.3 โรคปอด เช่น โรคถุงลมโป่งพองก็สามารถทำให้หัวใจห้องขวาวาย

3.4 สารพิษ เช่น สุรา หรือยาเสพติด ซึ่งจะทำลายกล้าเนื้อหัวใจเป็นต้น

3.5 ผู้ป่วยที่มีโลหิตจางมากก็ทำให้เกิดหัวใจวาย

3.6 ผู้ป่วยคอพอกเป็นพิษ

3.7 โรคไขมันในเส้นเลือดสูง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

อาการของโรคหัวใจล้มเหลว

หัวใจข้างซ้ายล้มเหลว มีอาการหัวใจเต้นเร็ว การเต้นชีพจรเบาบ้างแรงบ้างสลับกัน (Pulse altemans) ผิวหนังเย็นและชื้น เนื่องจากหลอดเลือดหดตัว ความดันซิสโตลิกลดลง แต่ความดันไดแอสโตลิกสูงขึ้น ฟังหัวใจได้ยินเสียง 3 (s) หรือเสียงคล้ายม้าควบ (Gallop rhythm) จะได้ยินชัดเจนบริเวณลิ้นไมตรัล อาการที่อาจเกิดขึ้น เช่น กระสับกระส่าย สับสน ความจำเสื่อม ฝันร้าย วิตกกังวล นอนไม่หลับ มึนงง เป็นลม หมดสติ เป็นต้น มีอาการเหนื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ อาการที่แสดงออกแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ไม่มีอาการผิดปกติ ทนต่อการทำกิจกรรมของร่างกายในแต่ละวันได้

ระดับที่ 2 สุขสบายเมื่อพัก แต่ถ้ามีกิจกรรมตามปกติ จะเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

ระดับที่ 3 สุขสบายเมื่อพัก แต่ถ้ามีกิจกรรมตามปกติเพียงเล็กน้อยจะเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

ระดับที่ 4 แม้ขณะพักก็มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว มีปัสสาวะออกน้อย (Oliguria) มีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง (Dyspnea on exertion) หอบในท่านอนราบ (orthopnea) หอบเป็นพัก ๆ ช่วงกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea ; PND) อาจมีอาการหายใจแบบเชนสโต๊ก (cheyne-stokes respiration) ซึ่งเป็นอาการหายใจช้าและหายใจเร็วขึ้นเรื่อย ๆ จากนั้นจึงค่อยๆ ช้าลง จนหยุดหายใจชั่วครู่ แล้วเริ่มหายใจใหม่ มีภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยร่วมกับมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังเสียงหายใจ Crepitation ชัดเจน มีอาการได้ยินเสียงหวีด Wheeze และเสียงกรอบแกรบ ไออาจมีเลือดปน อาจมีอาการเขียวคล้ำ

ปัจจัยที่อาจทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง

- สาเหตุจากหัวใจ เช่น หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ หัวใจเต้นช้าเกินไป กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจ เป็นต้น สาเหตุอื่น ๆ เช่น ขาดการควบคุม และดูแลในเรื่องเกลือ น้ำ และยา ได้รับยาที่มีฤทธิ์เป็นพิษต่อหัวใจ ภาวะติดเชื้อ การบริโภคแอลกอฮอล์มากเกินควร การทำงาน
- ของไตผิดปกติ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ความดันโลหิตสูง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ ภาวะโลหิตจาง
- รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
- รับประทานยาที่ทำให้น้ำและเกลือคั่ง หรือยาที่กดการทำงานของหัวใจ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย

ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray ; CXR) เป็นการตรวจเพื่อยืนยันภาวะเลือดคั่งในปอด (Pulmonary congestion) ภาวะที่มีความผิดปกติของหัวใจและตรวจหาความผิดปกติที่อาจบ่งชี้ถึงโรคปอดที่เป็นสาเหตุของอาการเหนื่อย โดยลักษณะที่ตรวจพบในภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่

1. Cardiomegaly
2. Pulmonary venous congestion

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography) : สามารถบอกว่ามีความผิดปกติของหัวใจ เช่น หัวใจโต (chamber enlargement) การมีกล้ามเนื้อหัวใจตายจาก pathological Q wave หัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น Atrial Fibrillation ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของหัวใจล้มเหลว

การตรวจคลื่นเสียงสะท้องความถี่สูงของหัวใจ (echocardiography)

มีความสำคัญในการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำงาน ของหัวใจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวและบอกถึงสาเหตุของหัวใจล้มเหลว ประเมินความรุนแรงของความผิดปกติ เพื่อเป็น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แนวทางในการรักษาอาการสำหรับในกลุ่มที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจสามารถแยกว่าเป็น กลุ่มที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง (Left ventricular systolic dysfunction) หรือกลุ่มที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวปกติแต่การคลายตัวผิดปกติ (Heart failure with preserved ejection fraction หรือ diastolic heart failure)

การตรวจเลือด

Complete blood count เพื่อตรวจหาภาวะซีด การทำงานของไต (Renal function test) การตรวจ BUN , Creatinine ระดับ Natriuretic peptiges ในกระแสเลือด การตรวจการทำงานของตับ การทำงานของต่อมไทรอยด์

การวินิจฉัยโรคหัวใจล้มเหลว

การวินิจฉัยโรคหัวใจล้มเหลวจะวินิจฉัยจากประวัติการหอบเหนื่อย หรืออาการบวม และจากการตรวจร่างกายผู้ป่วย พบว่าหัวใจเต้นเร็ว แรงดันชีพจร (Pulse pressure) แคบ ความดันเลือดต่ำ ชีพจรเบา หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ฟังเสียงหัวใจได้ยินเสียงม้าควบ และมีภาวะเขียว มีอาการงุนงง เฉื่อยชา สับสน ระดับการรู้สึกตัวลดลง หมดสติ มีอาการหายใจลำลาก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจลำบากในตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea and orthopnea) ไอแห้ง ๆ มีเสียงหวีด ไอเป็นเลือด อ่อนเพลีย ฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ ปัสสาวะออกน้อยลง มีภาวะบวม เหนื่อยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อแพทย์ตรวจและสงสัยว่าจะมีโรคหัวใจล้มเหลวแพทย์จะตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการก็เพื่อหาสาเหตุ ประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจวาย

ยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

1. ACEI เป็นยาที่ควรใช้เป็นอันดับแรก คือ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงจึงช่วยลด ทั้ง Preload และ Afterload ผลคือ ลดการกระตุ้น Sympathetic nevous system และผลอื่น ๆ ของ Angiotensin ll ซึ่งรวมถึงการเกิด Ventricular hypertrophy แขะช่วยลดการคั่งของน้ำและเกลือ ได้แก่ยา Captopril , Enalapril , Fosinopril , Lisinopril , Quinapril , Ramipril , Peridopril ข้อควรระวังในการใช้ยานี้ ได้แก่ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (hyper-K) ภาวะไตวาย อาการไอแห้ง ภาวะความดันโลหิตต่ำ

2. ARB เป็นยาที่ให้พิจารณาใช้หากผู้ป่วยทนต่อยา ACEI ไม่ได้ เนื่องจากผลไม่พึงประสงค์หรือมีข้อห้ามใช้ เช่น อาการไอรุนแรง หรือ Angioneurotic edema เป็นต้น อย่างไรก็ตามหลักฐานทางคลินิกด้านประสิทธิภาพของยา ACEI ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีอยู่มากกว่าดังนั้นจึงแนะนำ ACEI เป็นยาอันดับแรกก่อน ได้แก่ยา Candesatan , Losartan , Valsartan

3. Beta-blocker ออกฤทธิ์โดยการลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หัวใจรับภาระลดลง และในระยะยาวส่งผลให้หัวใจทำงานดีขึ้น หลีกเลี่ยงการให้ยาในผู้ป่วยที่พึ่งเกิด Acute heart failure ส่งผลลดความดันโลหิตมาก ผู้ป่วยที่หัวใจทำงานได้ไม่ดี มักจะมีความดันโลหิตที่ไม่สูงอยู่แล้ว ภายหลังการเริ่มยาแล้วภาวะ heart failure แย่ลง อาจต้องพิจารณาปรับลดขนาดยาลง ข้อควรระวังในการใช้ยานี้ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นช้า (Bradycardia) โรคหอบหืด ภาวะความดันโลหิตต่ำ ได้แก่ยา Bisoprolol , Cravedilol , Metoprolol

4. Symptom-reliving therapy

4.1 อาจมีพิจารณาใช้ hydralazine ร่วมกับ ISDN ในผู้ป่วย Stage C ที่ได้รับ ACEI , Beta-blocker และ Diuratics แต่ยังคงมีอาการกำเริบอยู่บ่อย ๆ หรือตลอดเวลา โดยต้องระวังการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 Diuretics ลด Preload และช่วยควบคุมสมดุลของน้ำและเกลือในร่างกาย ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มของการสะสมเกลือและน้ำในร่างกาย โดยผู้ป่วยเหล่านี้มักมีประวัติการบวมเกิดขึ้นอยู่บ่อย ๆ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวไม่ทุกคนที่มีแนวโน้มในการสะสมน้ำและเกลือในร่างกาย ดังนั้น Diuretics อาจไม่จำเป็นในทุกคน และการใช้ Diuretics โดยไม่จำเป็น ผลที่เกิดขึ้น คือ Intravascular volume depletion ทำให้เกิด Tissue hypoperfusion , Prerenal renal failure ; ทำให้เกิด Reflex tachycardia และเสี่ยงต่อการเกิด Myocardial infraction ได้ ไม่ควรใช้เป็นยาเพียงตัวเดียวในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากไม่ได้ชะลอการดำเนินไปของโรคหรือลดอัตราการตายของผู้ป่วยมักให้ร่วมกับ ACEL และ Beta-blocker ผู้ป่วยที่มีสภาวะไหลเวียนของโลหิต Stable แล้ว ข้อควรระวังในการใช้ยานี้ ได้แก่ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะไตวาย

4.3 Digoxin เพิ่ม Cardiac contractility และช่วยลดการกระตุ้น Sympathetic system จากการลดลงของ Preload โดยการศึกษาทางคลินิกพบว่า ช่วยลดอัตราการป่วยหรืออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Stage C โดยแนะนำให้ใช้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีอาการหลังได้รับ ACEI และ Diuretics และ Beta-blocker เนื่องจากเป็นยาที่มีผลข้างเคียงสูงและไม่ช่วยชะลอการดำเนินไปของโรค

5. Angiotensin receptor neprilysin inhibitor (ARNI) หากผู้ป่วย HFrEF ที่ on ACEI/ARB , beta - blocker และ MRA แล้วแต่ยังมีอาการอยู่แนะนำให้ เปลี่ยน ACEI/ARB เป็น ARNI (Sacubitril/valsartan) เพื่อลด hospitalization และ mortality ไม่ใช่ ARNI ร่วมกับ ACEI ถ้าจะเปลี่ยนจาก ACEI เป็น ARNI ต้องหยุด ACEI อย่างน้อย 36 ชั่วโมง เปลี่ยนจาก ARB เป็น ARNI สามารถให้ต่อได้เลย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา (Fowler's position) พร้อมสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น เหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ บวมมากขึ้น ต้องรายงานแพทย์ทันที

2. ติดตามสัญญาณชีพ และปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด

3. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออก แนะนำจำกัดน้ำ 1-1.5 ลิตรต่อวัน

4. ติดตามปัสสาวะหลังได้รับยาขับปัสสาวะ keep Urine output ≥ 0.5-1 cc/kg/hr ถ้ามีปัสสาวะออกน้อยต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อปรับยาขับปัสสาวะ

5. แนะนำให้หายใจอย่างถูกต้อง (Deep breathing) ช่วยดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

6. แนะนำเรื่องการรับประทานยา ต่อเนื่องห้ามขาดยา และมาตรวจตามนัดทุกครั้งห้ามขาดนัดวางแผน

7. จำหน่ายพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้คำแนะนำ ดังนี้

7.1 อธิบายถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคที่เป็นสาเหตุเบื้องต้นของหัวใจล้มเหลวตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์

7.2 อธิบายให้ผู้ป่วยรู้จักอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการของสารน้ำคั่งสะสมในร่างกาย เช่น น้ำหนักเพิ่ม รู้สึกผิวหนังตึง ข้อเท้าบวม ไอเวลานอน นอนราบไม่ได้เหนื่อย

7.3 สอนให้ผู้ป่วยรู้สึกเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน โดยการชั่งน้ำหนักตัว และแนะนำการปรับยา

7.4 ขับปัสสาวะเพิ่มเมื่อมีน้ำหนักเกินอย่างเหมาะสม

7.5 แนะนำประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร โดยการหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม แนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคเกลือแกงน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน

7.6 การให้คำแนะนำเรื่องการดื่มน้ำ

7.7 การให้คำแนะนำ การทำงานและการพักผ่อน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

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

8. อาการที่ควรมาโรงพยาบาลก่อนนัด เช่น บวมกดบุ๋ม เหนื่อยแน่นนอนราบไม่ได้ หรือเหนื่อยเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ปัสสาวะออกน้อยลง น้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส **อาชีพ** รับจ้าง

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อที่ 1 เหนื่อย เนื่องจากมีภาวะน้ำเกินจากการบีบตัวของหัวใจลดลง จากภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อที่ 2 เกิดไม่สมดุลของ Potassium ในร่างกายต่ำ เนื่องจากได้รับยาขับปัสสาวะ

ข้อที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี เชื้อชาติไทย มาด้วย 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ใจสั่น ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน นั่งพักอาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล แรกรับที่ตึกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบเหนื่อย ท่าทางอ่อนเพลีย ตรวจสัญญาณชีพร่างกาย อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/86 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทางปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ มีขาบวม 2 ข้าง กดบุ๋ม 1+ ตรวจร่างกาย ฟังเสียง Crepitation both lung ฟังเสียงหัวใจปกติ ส่ง Chest X-ray พบ Cardiomegaly , cephalization แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ให้การรักษาโดยส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ ให้ยา Lasix 80 mg ทางหลอดเลือดดำทันที ประเมินอาการผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาตามแผนการรักษาพบผู้ป่วยยังมีอาการหายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดยังพบ Crepitation both lung แพทย์พิจารณารับไว้รักษาในหอผู้ป่วยในชาย แรกรับที่หอผู้ป่วยในชาย วันที่ 16 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว เหนื่อยลดลง ไม่แน่นหน้าอก ท่าทางอ่อนเพลีย ตรวจสัญญาณชีพร่างกาย อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/82 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทางปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ มีขาบวม2 ข้าง กดบุ๋ม 1+ แพทย์พิจารณาให้ยา Mixtard 40 Unit ใต้ผิวหนัง เช้า , Mixtard 28 Unit ใต้ผิวหน้า เย็น , Glipizide (5 mg) 1 เม็ด รับประทานก่อนอาหาร เช้า เย็น , Simvastatin (40 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน , Amlodipine (5 mg) 2 เม็ด รับประทานหลังอาหาร เช้า ติดตามปริมาณน้ำเข้าน้ำออก มากกว่า 1 ลิตรต่อวัน หลังรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยหายใจเหนื่อยลดลง นอนหนุนหมอน 1 ใบได้ ไม่มีแน่นหน้าอก อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทางปลายนิ้ว 95 เปอร์เซ็นต์ ติดตาม Chest X-ray ปกติ และฟังเสียงปอดไม่พบความผิดปกติ ติดตามปริมาณน้ำเข้าน้ำออกอยู่เกณฑ์ดี วันที่ 20 มิถุนายน 2566 อาการดีขึ้น ไม่เหนื่อย ตรวจสัญญาณชีพร่างกาย อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต152/90 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทางปลายนิ้ว 96 เปอร์เซ็นต์ แพทย์พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการใน วันที่ 27 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยในชาย รวม 4 วัน และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

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

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือดเรื่องที่น่าสนจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา และสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูลเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสาร จัดทำเป็นผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)

4.3.2 เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 รายระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 16 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลาในการดูแล 4 วัน 1

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคในขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว และเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในหน่วยงานได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่า หากมีอาการเจ็บป่วยเร่งด่วน ผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือสื่อสาร และไม่มีรถส่วนตัวในการเดินทางมาโรงพยาบาล จึงต้องหาจ้างรถนำส่งในแต่ละครั้งที่มีอาการเจ็บป่วย หรือต้องนั่งรถโดยสารประจำทางมาในวันถัดไป ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) มีโรคประจำตัว และสูงอายุ มีอาการหอบเหนื่อย ในระยะแรกรับผู้ป่วยต้องได้รับยาขับปัสสาวะ ควบคุมน้ำและอาหารที่ต้องจำกัดเกลือ และจัดการกับภาวะแทรกซ้อนของโรค อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว หัวใจสามารถหยุดทำงานได้ จึงทำให้ต้องมีการตามดูแลอย่างใกล้ชิด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) อาจมีการกลับมา Admit ซ้ำ ในด้านของตัวโรคที่เจ็บป่วย อีกทั้งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยส่งเสริม พยาบาลจึงให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหารต้องจำกัดเกลือ ควบคุมน้ำ การรับประทานยา ติดตามอาการต่อเนื่อง นอนพักผ่อนให้เพียงพอ และการสังเกตอาการที่ผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที

9. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ต้องมีการประเมิน สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต ต้องมีทักษะในการแนะนำผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. สัดส่วนของผู้ประเมิน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวดวงใจ แก้วแกมกาญจน์ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ดวงใจ แก้วแกมกาญจน์

(นางสาวดวงใจ แก้วแกมกาญจน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 18 / ธ.ค. / 2568

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวดวงใจ แก้วแกมกาญจน์	ดวงใจ แก้วแกมกาญจน์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางวัชรี แก้วงาม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) 18 / ธ.ค. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวอรัญญา อุปัตวงศ์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

(วันที่) 18 / ธ.ค. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายนันทวัช เมตตากุลพิทักษ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน

(วันที่) 18 / ธ.ค. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. **เรื่อง** แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา

2. **หลักการและเหตุผล**

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ใช้สารเสพติด และถือเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยมาอย่างยาวนาน ซึ่งมีแนวโน้มขยายไปในทุกสาขาอาชีพและทุกกลุ่มวัย การพึ่งพิงสารเสพติดเป็นความผิดปกติทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบในหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม การทำงานทางสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานานมักเกิดการพึ่งพิงทางสรีรวิทยาและจิตวิทยา เมื่อหยุดใช้สารเสพติดอย่างเฉียบพลันจะเข้าสู่ “ระยะถอนพิษยา” ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงและมีความรุนแรงแตกต่างกันไปตามชนิดของสารเสพติด ในทางคลินิกอาการถอนพิษยาสามารถเกิดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาการทางร่างกายประกอบด้วย อาการสั่น เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตแปรปรวน หัวใจเต้นเร็ว เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หรือมีไข้เล็กน้อย สำหรับผู้ที่พึ่งพิงสารเสพติดประเภทกดประสาทเป็นเวลานาน เช่น แอลกอฮอล์ หรือเบนโซไดอะซีปีน อาจเกิดอาการถอนพิษรุนแรง เช่น ชัก ประสาทหลอน การรับรู้ผิดปกติ ภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือ Delirium Tremens ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต และอาการถอนพิษทางจิตใจเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มีความท้าทายอย่างมาก ผู้ป่วยอาจเกิดความวิตกกังวลรุนแรง หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า กระวนกระวาย ความคิดหมกมุ่น ประสาทหลอน หรือมีอารมณ์แปรปรวนเฉียบพลัน ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจและการควบคุมพฤติกรรม การเกิดอาการหวาดระแวงหรือการรับรู้ผิดปกติทำให้ผู้ป่วยบางรายมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สับสน ทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีประวัติเสพสารกระตุ้นหรือมีภาวะจิตเวชร่วม เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ หรือโรคซึมเศร้า อาการที่รุนแรงเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้การดูแล และบุคลากรทางการแพทย์

กระบวนการบำบัดสารเสพติด การดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาถือเป็นกระบวนการสำคัญลำดับแรกของการบำบัดรักษาสารเสพติดที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องมีการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง และมีความแม่นยำทางคลินิก การขาดแนวทางที่ชัดเจนหรือระบบการดูแลที่เป็นมาตรฐานอาจทำให้การประเมินอาการผิดพลาด หรือพลาดสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์รุนแรงหรือการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถทนต่อความไม่สบายกายและใจจากอาการถอนพิษ จึงหวนกลับไปใช้สารเพื่อบรรเทาอาการเฉียบพลัน ทำให้การบำบัดล้มเหลวตั้งแต่ขั้นตอนแรก

จากการปฏิบัติงานในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดพบว่า ผู้ป่วยมีความหลากหลายสูงในด้านชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ความรุนแรงของอาการถอนพิษ ความเสี่ยงต่อความรุนแรง และปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นบุคลากรแนวหน้าในการประเมินอาการ เฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ สังเกตพฤติกรรมเสี่ยง ประเมินความรุนแรงโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น CIWA-Ar, COWS หรือ SOWS ตลอดจนการจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น การให้ยาเพื่อลดอาการถอนพิษ การให้คำแนะนำ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเหมาะสมต่อการฟื้นตัว นอกจากนี้ พยาบาลยังเป็นกำลังสำคัญในการดูแลด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด และการลดความกลัวหรือความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดในการประเมินอาการ เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อความรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นระยะถอนพิษได้อย่างปลอดภัยและมีความพร้อมสำหรับการเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งทางกายและจิตใจ โดยเฉพาะภายใน 24–72 ชั่วโมงแรกหลังหยุดใช้สารเสพติด อาการอาจเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว จึงต้องได้รับการประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด อาการถอนพิษเกิดจากการที่ระบบประสาทปรับตัวเมื่อไม่มีสารที่เคยพึ่งพิง ทำให้เกิดอาการสั่น ใจสั่น เหงื่อออก ความดันโลหิตแปรปรวน ปวดเมื่อย นอนไม่หลับ หรืออาจรุนแรงจนชักและเกิดภาวะ Delirium Tremens ทางด้านจิตใจผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้า กระวนกระวาย ประสาทหลอน หรืออยากใช้สารอย่างมาก ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวหรือทำร้ายตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้สารกระตุ้นหรือมีโรคจิตเวชร่วม

หลังจากปฏิบัติงานในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการแตกต่างกันตามชนิดสาร ปริมาณ ระยะเวลาการใช้ และโรคร่วม การดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาต้องอาศัยความรู้ การติดตามสัญญาณชีพ ประเมินพฤติกรรม เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ให้ยาเพื่อลดอาการถอนพิษ จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และลดสิ่งกระตุ้น นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสนับสนุนด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเพิ่มความร่วมมือและลดโอกาสกลับไปใช้สารซ้ำ ป้องกันอันตราย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่การฟื้นฟูอย่างปลอดภัย

แนวคิด

แนวคิดการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษยา ดังนี้

- การประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจิตเวชและยาเสพติดมีการติดตามอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างสม่ำเสมอ พร้อมใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น CIWA-Ar หรือ COWS เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษอย่างแม่นยำ การประเมินนี้ช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

- การจัดการอาการถอนพิษอย่างเป็นระบบ วางแผนการพยาบาลตามระดับความรุนแรงของอาการ รวมถึงการให้ยาเพื่อลดความรุนแรงของอาการถอนพิษและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปรับมาตรการการพยาบาลตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างทันเวลา

- การจัดสภาพแวดล้อมและลดสิ่งกระตุ้น จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย บุคลากร และครอบครัวลดสิ่งกระตุ้นทางร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันการเกิดความเครียดและพฤติกรรมก้าวร้าว

- การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการถอนพิษ สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดความวิตกกังวล

- การเตรียมความพร้อมสำหรับการฟื้นฟูต่อเนื่อง ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมและการเรียนรู้ทักษะการควบคุมตนเอง เพื่อเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูระยะยาวอย่างปลอดภัย

3.2 วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา

3.3 ระยะเวลา

มกราคม 2569 – มีนาคม 2569

3.4 กลุ่มเป้าหมาย

3.4.1 พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

3.4.2 ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติด ในหอผู้ป่วยมินิธัญญารักษ์

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

3.5.1 ทบทวนปัญหาและศึกษากระบวนการการพยาบาลผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดสารเสพติดที่อยู่ในระยะถอนพิษยา ในหอผู้ป่วยมินิธัญญารักษ์

3.5.2 ศึกษาเอกสาร แนวทางปฏิบัติ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา

3.5.3 รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและประเด็นปัญหาที่พบในการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา

3.5.4 จัดทำแนวทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา

3.5.5 นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการพยาบาล อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยากับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

3.5.6 ทดลองนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงาน

3.5.7 ประเมินผลการใช้งาน และรวบรวมข้อเสนอแนะจากพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

3.5.8 สรุปผลการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยา นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในหอผู้ป่วยในมินิธัญญารักษ์ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษยา และสามารถปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ดีขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาเป็นแนวทางเดียวกัน ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวดวงใจ แก้วแกมกาญจน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ...../...../.....

ผู้ขอประเมิน