

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่ง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

เสนอโดย

นางสาวอุไรพร พรหมธรรม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 163)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่ง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2552 ถึง 17 มิถุนายน 2552)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน

โรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย (diabetic ketoacidosis:DKA) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ มีการสร้างสารคีโตนในร่างกาย เนื่องจากมีการสลายไขมันเป็นผลให้มีภาวะกรดจากการเผาผลาญ เกิดจากการขาดอินซูลินหรือมีอินซูลินไม่เพียงพอและฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลินเพิ่มขึ้น

สาเหตุ

เกิดจากการขาดอินซูลินร่วมกับมีฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดมากขึ้น ได้แก่ กลูคาگون (glucagon) อีพิเนฟริน (epinephrine) คอร์ติซอล (cortisol) และโกร๊ทฮอร์โมน (growth hormone) ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์น้อยลงมักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

ชนิดของโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (Type I) เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (insulin dependent diabetes mellitus : IDDM)
2. เบาหวานชนิดที่ 2 (Type II) เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (noninsulin dependent diabetes mellitus : NIDDM)

การวินิจฉัยภาวะกรดคีโตนคั่ง

1. ซีรัมกลูโคส (serum glucose) : มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. มีภาวะเป็นกรด (acidosis) : ความเข้มข้นของไบคาร์บอเนต (HCO_3) ในเลือดน้อยกว่า 15 มิลลิโมลต่อลิตร หรือ ค่าความเป็นกรด (pH) ในเลือดน้อยกว่า 7.25
3. คีโตน (ketone) : ผลคีโตนเป็นบวกในปัสสาวะ หรือในซีรัม

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย คือ

1. การหยุดฉีดอินซูลิน หรือนิดในปริมาณไม่เพียงพอ
2. ภาวะที่ร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้นจากความเครียดทางร่างกาย และจิตใจ เช่น การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด ความเครียดทางอารมณ์

พยาธิวิทยาของการเกิดภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย สรุปได้เป็น 2 ข้อใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การขาดฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงาน หรือสร้างเนื้อเยื่อได้ ร่างกายจึงเปลี่ยนไขมันในร่างกายไปเป็นกรดไขมันอิสระ (free fatty acid) ที่ตับเพื่อใช้เป็นแหล่งพลังงานแทน ซึ่งในที่สุดตับจะเปลี่ยนกรดไขมันอิสระเป็นสารคีโตน ซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรด ดังนั้น จึงเกิดภาวะเป็นกรดขึ้นในร่างกาย (metabolic acidosis)

2. การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อภาวะเครียด ได้แก่ กลูคากอน โกรทรอปรีน คอร์ติซอล และแคทีโคลามีน ทำให้มีการสร้างกลูโคสขึ้นใหม่ การใช้กลูโคสที่เนื้อเยื่อส่วนปลายลดลงทำให้น้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้น และกลูคากอนจะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการสร้างสารคีโตน

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมาก ซึมลงจนถึงระดับไม่รู้สีกตัวจากภาวะร่างกายเป็นกรด เสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรงจนถึงระดับช็อค มีอาการตาลึกโป้ น้ำหนักลด อุนหภูมิในร่างกายต่ำ ผิวแห้ง ปากแห้ง เนื่องจากการถ่ายปัสสาวะออกไปมาก จากการขับน้ำตาลและสารคีโตนออกมาทางปัสสาวะทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูริซิส (osmotic diuresis) ร่างกายจึงสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะจำนวนมาก มีภาวะเป็นกรดในร่างกายทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนปวดท้อง ลมหายใจมีกลิ่นอะซิโตน ซึ่งกลิ่นคล้ายผลไม้สุก หายใจหอบลึก (Kussmaul's respiration) เพื่อปรับชดเชยภาวะเป็นกรดในร่างกาย โดยการหายใจหอบลึกเป็นการขับคาร์บอนไดออกไซด์ และขับอะซิโตนออกมาทางลมหายใจ ค่าความเป็นกรด (pH) ในเลือดลดลง ความเข้มข้นของไบคาร์บอเนต (HCO_3) ในเลือดน้อยกว่า 15 มิลลิโมลต่อลิตร เกิดภาวะโซเดียมต่ำ โพแทสเซียมต่ำ ฟอสเฟตต่ำ จากการสูญเสียทางปัสสาวะ

การรักษา

เป้าหมายในการรักษาภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย คือ แก้ไขให้ภาวะเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติเข้าสู่ปกติโดยให้มีอัตราการตายหรือภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ซึ่งหลักการส่วนใหญ่ คือ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การให้อินซูลิน การให้โพแทสเซียมทดแทน การให้โซเดียมไบคาร์บอเนต การค้นหาและรักษาสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะกรดคีโตนคั่ง ได้แก่ การติดเชื้อ การติดตามผลการรักษาโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกายมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตกลับคืนสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด โดยให้ครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และครอบครัว

1. การสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมิน ระดับความรู้สึกตัว บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. การให้การบำบัดตามแผนการรักษา ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้อินซูลิน การให้ยาต่าง ๆ เช่น ยาปฏิชีวนะ
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และช่วยให้สมองและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยให้ออกซิเจนผ่านทางจมูก 3 – 5 ลิตรต่อนาที

4. ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน สิ่งแวดล้อม และความสุขสบายอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลีย
5. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ให้สารน้ำ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ โดยให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและปราศจากเชื้อ ฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ ป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
6. ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล
7. ประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง ให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
8. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะทางระบบหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ระบบจอตประสาทตา อาจพบตาพร่ามัวหรือตาบอด ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า และเกิดการเสื่อมของไต

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจเนื่องจากเป็นโรคที่ยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ และพบว่าอัตราการเสียชีวิต และความทนทุกข์ทรมานจากโรคเบาหวานรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย เป็นภาวะที่โรคเบาหวานกำเริบอย่างรุนแรง จนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงในระดับรุนแรง และเกิดภาวะกรดเมตาบอลิกจากการที่มีกรดคีโตนในร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและตาย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีความรู้ความสามารถ และความชำนาญในการประเมินอาการ และอาการแสดงต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว รายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง และรวดเร็ว ตลอดจนกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล และให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 46 ปี เลขที่ภายนอก 5980/49 เลขที่ภายใน 2723/52 มาโรงพยาบาลด้วย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีตามัวทั้งสองข้าง และ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย มีประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 6 ปี รับประทานอินซูลินที่ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ผู้ป่วยหายใจเร็ว อ่อนเพลีย ดูแลให้ออกซิเจนผ่านทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที แพทย์ส่งเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดผลเท่ากับ 498 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตรวจหาปริมาณอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ผลปริมาณอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายไม่สมดุล ตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas : ABG) มีภาวะ acidosis ตรวจซีรัมคีโตน (serum ketone) ผลเป็นบวก (ค่าปกติผลเป็นลบ) แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่งให้การรักษาดูแลด้วยการให้สารน้ำ 0.9%NSS อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ ฉีดยา Regular Insulin (RI) เข้าทางเส้นเลือดดำ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้นแพทย์ให้นอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤต ให้การรักษาโดยให้ยา RI เข้าทางเส้นเลือดดำต่อเนื่อง ให้สารน้ำ 0.9%NSS อย่างต่อเนื่อง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชั่วโมง ปรับการให้ยา RI และสารน้ำตามระดับน้ำตาลในเลือด ติดตามอิเล็ก

ไตรลิตต์ และตรวจ ABG ทุก 2 ชั่วโมง จดบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกาย และปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกายทุก 2 ชั่วโมง จนกระทั่งอาการผู้ป่วยดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ แพทย์อนุญาตให้ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญหญิงได้ ปรับการฉีดยาอินซูลินเป็นแบบฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง จากผลการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านในวันที่ 18 มิถุนายน 2552 ผู้ป่วยได้รับยาปรับประถานและยาฉีดอินซูลินกลับบ้าน แพทย์นัดมาตรวจที่ห้องตรวจโรคทั่วไปในวันที่ 24 มิถุนายน 2552 เวลา 08.00 น. รวมระยะเวลาที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นเวลา 3 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกรื่องที่น่าสนใจและพบว่าภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต จึงได้เลือกการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกายเพื่อศึกษา

2. ศึกษาค้นคว้าเรื่องผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกายจากทฤษฎี เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วย

3. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาจัดทำเป็นเอกสาร และนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อชี้แนะแนวทาง และตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน

5. ขั้นตอนการจัดทำรูปเล่ม และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

6. นำเสนอตามลำดับต่อไป

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษาหญิงไทยอายุ 46 ปี เลขที่ภายนอก5980/49 เลขที่ภายใน 2723/52 สถานภาพสมรสคู่ อาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ ภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร รูปร่างท้วม ผิวสองสี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีตามัวทั้งสองข้าง และ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย มีประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 6 ปี รักษาโดยการรับประทานยาและการฉีดยาอินซูลินรับยาต่อเนื่องเป็นวันโรคมมา 1 ปีรับประทานยาครบ 6 เดือน ผลเสมหะปกติ ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร ไม่เคยสูบบุหรี่หรือยาเสพติดอื่น ๆ แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที หายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 158/98 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย มีอาการคลื่นไส้ และอาเจียน หายใจเร็วหอบ แพทย์ส่งเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผลเท่ากับ 498 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตรวจหาปริมาณ

อิเล็กโตรลิตต์ในร่างกายผลการตรวจ โซเดียม 139.4 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 135-145 มิลลิโมลต่อลิตร) โพแทสเซียม 6.24 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ 99 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร) ไบคาร์บอเนตน้อยกว่า 5 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 24-32 มิลลิโมลต่อลิตร) ตรวจการทำงานของไต (BUN) 18.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 8-20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) creatinin 1.12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 0.6-1.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ตรวจทางโลหิตวิทยา ผลการตรวจเม็ดเลือดขาว 18,360 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4,500-10,700 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ความเข้มข้นของเลือด 45.2 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 36-48 เปอร์เซ็นต์) ฮีโมโกลบิน 14.8 กรัมเปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 14-18 กรัมเปอร์เซ็นต์) จำนวนเกร็ดเลือด 385,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 150,000-450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ตรวจหา serum ketone ผลเป็นบวก (ค่าปกติผลเป็นลบ) ตรวจ ABG ผล pH 7.032 (ค่าปกติ 7.35-7.45) PCO₂ 15 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 35-45 มิลลิเมตรปรอท) PO₂ 128.8 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 80-100 มิลลิเมตรปรอท) HCO₃ 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 22-26 มิลลิโมลต่อลิตร) SO₂ 97.9 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 95-100 เปอร์เซ็นต์) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่ง ดูแลให้ออกซิเจนผ่านทางจุก 3 ลิตรต่อนาที ให้ยา RI 10 ยูนิท ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ ให้ยา RI 10 ยูนิท ผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้น้ำเกลือ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 1,000 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จำนวน 1000 มิลลิลิตร หลังจากนั้นให้ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จำนวน 1000 มิลลิลิตร และลดอัตราการไหล 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตรเป็น 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตรวจน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับยา RI และสารน้ำอยู่ในช่วง 385-450 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจเร็ว อ่อนเพลียมาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จึงส่งผู้ป่วยไปรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตวันที่ 15 มิถุนายน 2552 เวลา 07.30น. เลขที่ภายนอก 5980/49 เลขที่ภายใน 2723/52

แรกรับที่หอผู้ป่วยวิกฤต เวลา 07.30 น. สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/82 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย มีอาการคลื่นไส้ และอาเจียน หายใจเร็ว ดูแลให้ออกซิเจนผ่านทางจุก 3 ลิตรต่อนาที ให้นั่งรับประทานอาหารยกเว้นยา ให้ยา RI 10 ยูนิท ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เข้าทางเส้นเลือดดำ และให้สารน้ำ 0.9%NSS อัตราการไหล 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลควบคุมการให้ RI และสารน้ำ โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำทางเส้นเลือดดำ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในช่วง 160-244 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ปรับลด RI เป็น 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามผล อิเล็กโตรลิตต์ ทุก 2 ชั่วโมง ผลโซเดียมอยู่ในช่วง 137.9-139.4 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียมอยู่ในช่วง 4.65-4.9 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์อยู่ในช่วง 110-111 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนตอยู่ในช่วง 7-13 มิลลิโมลต่อลิตร ตรวจ ABG ทุก 2 ชั่วโมง ผล pH อยู่ในช่วง 7.201-7.45 PCO₂ อยู่ในช่วง 21.6-36.9 มิลลิเมตรปรอท PO₂ อยู่ในช่วง 185.8-216.9 มิลลิเมตรปรอท HCO₃ อยู่ในช่วง 8.3-14.9 มิลลิโมลต่อลิตร SO₂ อยู่ในช่วง 99.3-99.8 เปอร์เซ็นต์ บันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก

ของร่างกายทุก 2 ชั่วโมง ใน 8 ชั่วโมงปริมาณน้ำเข้า 3,010 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 1,200 มิลลิลิตร หลังได้รับ ยา RI และสารน้ำ เฝ้าน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการซึม เหงื่อแตก ใจสั่น ตัวเย็น แต่ผู้ป่วยไม่มี อาการดังกล่าว เวลา 10.00 น.ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำ ยังมีอาการอ่อนเพลียอยู่ แพทย์ให้สารน้ำอีกเส้นเป็น 5%DN/2 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และลดอัตราการไหลของน้ำเกลือ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตรเป็น 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และลดระดับอัตราการไหลของยา RI เป็น 2 ยูนิตต่อชั่วโมง เวลา 16.00 น. เริ่มฉีดยา RI 4 ยูนิตเข้าทางชั้นใต้ ผิวหนัง ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมงอีก 4 ครั้งถ้าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ให้ฉีดยา RI เข้าทางชั้นใต้ผิวหนังตาม แผนการรักษา ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 145 - 170 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เนื่องจากมีสายอุปกรณ์ติดตามการทำงานของหัวใจ เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วติดอยู่กับตัว มีเครื่องควบคุมการให้สารน้ำหยดเข้าทางเส้นเลือดดำอยู่ข้างเตียง 3 เครื่อง อธิบายเรื่องโรคและแผนการรักษา จำกัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยนอนพัก แนะนำระเบียบการนอน โรงพยาบาล และขอจำกัดการเข้าเยี่ยมให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ จากการประเมินผู้ป่วย มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ทำทางอ่อนเพลียเล็กน้อย มีอาการคลื่นไส้เล็กน้อยแต่ไม่อาเจียน ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่เกิดภาวะ ความเป็นกรดในร่างกาย

วันที่ 16 มิถุนายน 2552 เวลา 09.30 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/72 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณ ออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่หอบเหนื่อย ไม่ปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน การรักษางดให้ออกซิเจนผ่านเข้าทางจมูก ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 100-200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ งดให้ยา RI ชนิดฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำแบบต่อเนื่อง งดให้สารน้ำ 5%DN/2 เข้าทางเส้น เลือดดำ ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รับประทานอาหารได้ เจาะน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วก่อนอาหารและก่อนนอน ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 200-312 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยได้รับการฉีดยา RI เข้าชั้นใต้ผิวหนังตามแผนการรักษา ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สังเกตอาการน้ำตาลในเลือดสูงได้แก่อาการสับสน หน้าแดงกระสับกระส่าย หิวบ่อย และ น้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ซึมลง เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดสูง และไม่มีอาการ น้ำตาลในเลือดต่ำ รับประทานอาหารได้ไม่อาเจียน ปริมาณน้ำในร่างกายสมดุล ไม่มีภาวะเลือดเป็นกรด ปรับ การฉีดยาอินซูลินให้เหมาะสมกับผู้ป่วย แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญหญิงเวลา 14.30 น. เพื่อติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด และปรับยาอินซูลิน

วันที่ 17 มิถุนายน 2552 เวลา 15.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สีหน้าสดชื่น ให้ NSS Lock สำหรับฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ

ผลระดับน้ำตาลในเลือดจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในช่วง 255-285 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ การรักษาให้เริ่มฉีดยาอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะยาวคือ Mixtard 70/30 20 ยูนิต ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้า และ Mixtard 70/30 14 ยูนิต ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังก่อนอาหารเย็น ประเมินความเข้าใจในการใช้ และวิธีการฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกวิธีการฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการฉีดยาอินซูลิน ไม่ขาดยา ผู้ป่วยบอกความสำคัญของการใช้ยา และวิธีการฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้อง แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ในวันที่ 18 มิถุนายน 2552 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดขาด ไม่ปวดท้อง ไม่อาเจียน แนะนำการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมี 3 ประเภท ได้แก่ อาหารที่ไม่ควรรับประทาน เช่น ขนมหวาน ทองหยิบ ทองหยอด ทูเรียน น้ำอัดลม อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ เช่น แกงเจียวหวาน เป็นต้น อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัด ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักชี ผักคะน้า ผักบุ้ง กระเทียม พริกไทย เป็นต้น และอาหารที่กำหนดปริมาณในการบริโภค เช่น แป้ง หรือคาร์โบไฮเดรต โปรตีน หรือเนื้อสัตว์ ควรบริโภคเนื้อปลา เต้าหู้ แนะนำการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินเร็ว การนั่งแกว่งเท้า การเหยียดแขนไปมา ส่งผู้ป่วยไปพบนักโภชนาการเพื่อแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรคเบาหวานที่ถูกต้อง แนะนำการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งพบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ภาวะร่างกายเป็นกรด มีการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรงจนถึงระดับช็อก จะมีอาการ ตาลึกโป้ น้ำหนักลด อุนหภูมิในร่างกายต่ำ ผิวแห้งปากแห้ง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้ และเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่งผลให้การทำงานของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆเสื่อมสภาพ อาจพบตาพร่ามัวหรือบอด การเสื่อมของไต ซึ่งผู้ป่วยเริ่มมีภาวะไตเสื่อม จึงต้องมีการควบคุมเบาหวาน โดยการฉีดยาอินซูลิน และเจ้าหน้าที่อนามัยชุมชนเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แพทย์นัดผู้ป่วย มาตรวจที่ห้องตรวจโรคทั่วไป ในวันที่ 24 มิถุนายน 2552 เวลา 08.00 น. รวมระยะเวลาที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นเวลา 3 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา หญิงไทยอายุ 46 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ รูปร่างท้วม ผิวสองสี ภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีตามัวทั้งสองข้าง และ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย มีประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 6 ปี รับประทานต่อเนื่อง และเป็นวัณโรคปอดมา 1 ปี รับประทานยาครบ 6 เดือน ผลเสมหะปกติ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร และการดื่มสุรา มาถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเวลา 05.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีอ่อนเพลีย หายใจเร็ว ดูแลให้ออกซิเจนผ่านทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที แพทย์ส่งเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผลเท่ากับ 498 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตรวจปริมาณอิเล็กโทรลัยต์ ผลโซเดียม 139.4 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 135-145 มิลลิโมลต่อลิตร) โพแทสเซียม 6.24 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ 99 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร) ไบคาร์บอเนตน้อยกว่า 5 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 24-32 มิลลิโมลต่อลิตร) ตรวจการทำงานของไต (BUN) 18.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 8-20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) Creatinin 1.12

มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 0.6-1.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ตรวจทางโลหิตวิทยา ผลการตรวจเม็ดเลือดขาว 18,360 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร(ค่าปกติ 4,500-10,700 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)ความเข้มข้นของเลือด 45.2 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 36-48 เปอร์เซ็นต์) ฮีโมโกลบิน 14.8 กรัมเปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 14-18 กรัมเปอร์เซ็นต์) จำนวนเกร็ดเลือด 385,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 150,000-450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ตรวจหาค่า Serum Ketone ผลเป็นบวก (ค่าปกติ ผลเป็นลบ) และตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง ผล pH 7.032 (ค่าปกติ 7.35-7.45) PCO_2 15 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 35-45 มิลลิเมตรปรอท) PO_2 128.8 (ค่าปกติ 80-100 มิลลิเมตรปรอท) HCO_3 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 22-26 มิลลิโมลต่อลิตร) SO_2 97.9 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 95-100 เปอร์เซ็นต์) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่ง ให้ฉีดยา RI 10 ยูนิต เข้าทางเส้นเลือดดำ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จำนวน 1,000 มิลลิลิตร หลังจากนั้นให้ สารน้ำ 0.9% NSS 500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อีก 1,000 มิลลิลิตร ให้ยา Regular Insulin (RI) 10 ยูนิต ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ ให้ยา RI 10 ยูนิต ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร เข้าทางเส้นเลือดดำแบบต่อเนื่อง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้น แพทย์ส่งผู้ป่วยรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤต วันที่ 15 มิถุนายน 2552 เวลา 07.30 น. เลขที่ภายนอก 5980-49 เลขที่ภายใน 2723-52 สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/82 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ ให้การรักษาโดยการให้ยา RI เข้าเส้นเลือดดำ ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ปริมาณ 150 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชั่วโมง ปรับการให้ยา RI และสารน้ำตามระดับน้ำตาลให้เลือด ติดตามอิเล็กโทรลิตต์ และตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง ทุก 2 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจน และติดตามการทำงานของหัวใจ และปริมาณของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้ว สังเกตอาการหอบเหนื่อย ปวดท้อง อาเจียน ตาพร่ามัว จดบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกาย และปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกายทุก 2 ชั่วโมง จนกระทั่งอาการผู้ป่วยดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ แพทย์อนุญาตให้ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญหญิงได้ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ววันละ 4 ครั้ง ปรับการฉีดยา RI เป็นแบบฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง สอนการฉีดยาเบาหวาน การรับประทานยาเบาหวาน แนะนำการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน ส่งปรึกษานักโภชนาการ แนะนำการมาตรวจตามนัด และส่งต่ออนามัยชุมชนเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในวันที่ 18 มิถุนายน 2552 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน แพทย์นัดผู้ป่วยมาตรวจที่ห้องตรวจโรคทั่วไป ในวันที่ 24 มิถุนายน 2552

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1. เป็นการสร้างความตระหนักให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีกรดคีโตนคั่ง ให้มีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อนได้

8.2. เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการบริการให้ดียิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินการ

จากการประเมินผู้ป่วยทำให้ทราบข้อมูลว่าเป็นเบาหวานมาประมาณ 6 ปีผู้ป่วยไม่ตระหนักในภาวะของโรคและการรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ กับการที่ต้องควบคุมอาหาร และการฉีดยา ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง ต้องใช้เวลามากกว่าปกติในการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลซ้ำๆกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง

10. ข้อเสนอแนะ

10.1. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวมีการประเมินทุกกระบวนการและนำมาทบทวน ปรับปรุงแก้ไข ปัญหา และเน้นการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อเยี่ยมประเมินผู้ป่วย ครอบครัว การรับรู้ปัญหา มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาได้ครอบคลุม

10.2. การจัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

10.3. จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... อิศร พงษ์วัฒน์.....
/ (นางสาวอุไรพร พรหมธรรม)
ผู้รับการประเมิน
วันที่ 20 มิ.ย. 2554 /

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... น.ช. ชจิต นาคะรัตน์.....
/ (นางสมจิต นาคะรัตน์)
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
วันที่ 20 มิ.ย. 2554 /

ลงชื่อ..... น.ส. ลลิตา สุขสมบัติ.....
/ (นางลลิตา สุขสมบัติ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์
วันที่ 20 มิ.ย. 2554 /

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาเพิ่มขึ้นไป 1 ระดับ

ในช่วงเวลา 15 มิถุนายน 2552-17 มิถุนายน 2552

คือนางสาว สมจิตต์ พุ่มไพโร ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวอุไรพร พรมธรรม

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 163) สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
สำนักงานแพทย์

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยวิกฤต โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือถูกจำกัดกิจกรรม เนื่องจากมีเครื่องมืออุปกรณ์ในการช่วยชีวิตจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีแผลกดทับตามร่างกาย มีการติดเชื้อที่แผลอย่างรุนแรงในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมแพทย์ พยาบาล มีการติดต่อสื่อสารกันพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา มักจะทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และรายงานแพทย์ เพื่อร่วมกันวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่พบระหว่างทีมแพทย์และพยาบาลคือการสื่อสารที่ไม่ต่อเนื่องและครอบคลุม เนื่องจากพยาบาลมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันปฏิบัติงาน ทำให้การส่งต่อในเรื่องของแผลกดทับไม่ต่อเนื่อง จึงได้เสนอแนวคิด วิธีการสื่อสารและส่งต่อการประเมินแผลด้วยวิธีการถ่ายรูปและพิมพ์รูปเก็บไว้ในประวัติผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์ และพยาบาลที่มาปฏิบัติงานต่อสามารถประเมินระดับของแผล ความก้าวหน้าของแผลได้ตรงกัน สามารถนำข้อมูลนั้นมาประกอบการดูแลรักษาต่อไป และใช้รูปภาพประกอบการอธิบายสำหรับญาติทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งทีมแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

บุคลากรพึงพอใจในการใช้รูปถ่ายในการสื่อสาร

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

1. การสื่อความหมายระหว่างคนกับคนในด้านเออร์โกโนมิกส์(Ergonomics) เป็นทั้งกระบวนการและพฤติกรรมที่มีลักษณะบอกความหมาย โดยการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิดผ่านสื่อต่างๆทั้งสื่อบุคคล ถ้อยคำ วาจา สัญลักษณ์ ตลอดจนสื่ออุปกรณ์ประเภทต่างๆเพื่อให้บุคคลได้กำหนดรู้ความหมายที่ถูกต้องตรงกัน มีความสะดวกสบายในการทำงาน ตลอดจนเพื่อป้องกันความผิดพลาดอันเนื่องจากการกระทำของมนุษย์หรือป้องกันมิให้เกิดภาวะความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน องค์ประกอบสำคัญในการสื่อความหมาย ได้แก่ ผู้ร่วมกระทำการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร ปฏิกริยาป้อนกลับ และสิ่งรบกวน (คณะอง
ยุทธ กาญจนกุล.2548:102)

2. การสื่อความหมายโดยยึดสื่อเป็นหลัก โดยผู้ส่งสารต้องอาศัยสื่อเป็นช่องทางนำไปสู่ผู้รับสารและสื่อแต่ละชนิดมีความสามารถเข้าไปสู่ระบบการรับรู้ของผู้รับสารโดยผ่านประสาทสัมผัสแตกต่างกัน

3. การสื่อความหมายโดยไม่ใช้คำพูดมีหลัก 3 ประการ คือ อวัจนสาร สารที่ใช้สื่อความหมายต้องเป็นที่ตกลงรับรู้ร่วมกัน เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมที่จะใช้การสื่อความหมายประเภทอวัจนสาร ที่เหมาะสมกับกิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยอวัจนสารที่ใช้ในการสื่อสารแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ สัญลักษณ์ สัญลักษณ์ กิริยาท่าทาง และภาษาเขียน (ถินันท์ อนุรักษ์วิวัฒน์.2546:32)

จากแนวแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการสื่อสารจึงเกิดแนวคิดในการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารเรื่องแผลกดทับ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. นำเสนอแผนการดำเนินงานต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ประชุมสมาชิกเพื่อขอความร่วมมือในการปฏิบัติ
3. รวบรวมปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสาร ศึกษาทฤษฎี และรวบรวมข้อมูล
4. จัดทำแนวทางการสื่อสารเรื่องแผลกดทับโดยใช้รูปถ่าย ดังนี้

4.1 อธิบายแนวทางปฏิบัติกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ แพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ป่วย และญาติเรื่องการถ่ายภาพแผลกดทับ ตั้งแต่แรกเริ่ม

4.2 บอกความสำคัญและประโยชน์ของการถ่ายภาพให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจ เพื่อให้ความร่วมมือ และให้ญาติผู้ป่วยเซ็นยินยอม

4.3 ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกราย ที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินขนาดความกว้าง ความยาว ความลึก และระดับของแผลซึ่งมี 4 ระดับ ได้แก่

- ระดับ 1 มีรอยแดงไม่จางหายไปภายใน 30 นาที
- ระดับ 2 ผิวหนังเป็นรอยถลอกพองหรือเป็นตุ่มน้ำ
- ระดับ 3 เกิดแผลลึกถึงชั้นผิวหนัง
- ระดับ 4 เกิดแผลลึกถึงเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อกระดูก

4.4. ใช้กล้องดิจิทัลคอลประจำหน่วยงานถ่ายรูปแผลกดทับหรือแผลต่างๆของผู้ป่วย โดยปิดบังบริเวณใบหน้าผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม หรือเมื่อเกิดแผลใหม่

4.5. ถ่ายรูปแผลทุกวันเวรตึกหลังทำความสะอาด รวบรวมรูปถ่าย และพิมพ์รูปถ่ายทุกวันศุกร์เพื่อใช้ประกอบในการส่งต่อเรื่องแผล และให้แพทย์ใช้ประเมินความก้าวหน้าของแผลโดยไม่ต้องเปิดแผลใหม่

4.6. เก็บรูปถ่ายไว้ในเวชระเบียน ทำให้ง่ายต่อการประเมินดูความก้าวหน้าของแผลว่าดีขึ้นหรือแย่ลง

5. จัดทำแบบประเมินวัดความพึงพอใจของ ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร ในการใช้รูปถ่ายประเมินแผลต่างๆ

6. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เพื่อพัฒนาการสื่อสารด้วยรูปภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มีแผลกดทับให้ครอบคลุม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1. ได้รับความก้าวหน้าของแปล โดยไม่ต้องเปิดแปลใหม่
- 2. แพทย์พยาบาล ใช้ส่งต่อข้อมูลในการดูแลรักษาคนตกค้างกับผู้ป่วย
- 3. เจ้าหน้าที่ที่พึงพอใจ สามารถประเมินแปลกดทับได้ตรงกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการพึงพอใจของแพทย์ พยาบาล ในการใช้รูปถ่ายสื่อสารร้อยละ 80

(ลงชื่อ) อ.ดร. พจนรัตน์.....

(นางสาวอุไรพร พรหมธรรม)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 120 มี.ค. 2554