

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง ถู่มืออุ่นใจ

เสนอโดย

นางสาวอัปสร ศรีทอง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 192) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 11 วัน (ตั้งแต่วันที่ 18 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 28 ตุลาคม 2556)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ปอดอักเสบ (pneumonia) หมายถึง การอักเสบอย่างเฉียบพลันของเนื้อปอด ซึ่งประกอบไปด้วยถุงลม เนื้อปอดที่คั่นอยู่ระหว่างผนังถุงลม และหลอดเลือดฝอยที่อยู่ใกล้ผนังถุงลม (interstitialtissue) การอักเสบ ของเนื้อปอดเกิดจาก 2 กลุ่มหลัก คือ

1. ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ ซึ่งอาจเป็นแบคทีเรีย ไวรัส ไมโคพลาสมา (mycoplasma) และ เชื้อรา เป็นต้น
2. ปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ มักพบในคนที่ไม่แข็งแรง (มีภูมิคุ้มกันโรครดต่ำ) เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด คนที่เป็นโรคทางปอดเรื้อรัง เป็นต้น

สาเหตุ

โรคปอดอักเสบมีสาเหตุจากการที่มีเชื้อโรคหรือสารเคมีเข้าไปในปอด ทำให้เกิดการอักเสบของปอด เชื้อโรคหรือสารเคมีที่สำคัญได้แก่

1. เชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคปอดอักเสบ พบบ่อยและรักษาได้ง่าย ได้แก่เชื้อปอดบวม หรือ นิวโมค็อกคัส (pneumococcus) ที่พบน้อยแต่ร้ายแรง ได้แก่ เชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัส (staphylococcus) สเตรปโตค็อกคัส (streptococcus) เคล็บซิลลา (klebsiella)
2. เชื้อไวรัส เช่น หัด ไข้หวัดใหญ่ อีสุกอีใส เป็นต้น
3. เชื้อไมโคพลาสมา (mycoplasma pneumoniae) ซึ่งทำให้เกิดปอดอักเสบชนิดที่เรียกว่า atypical pneumonia เพราะมักจะไม่มีอาการหอบอย่างชัดเจน
4. เชื้อรา พบได้ค่อนข้างน้อย แต่รุนแรง
5. สารเคมี ที่พบได้บ่อยได้แก่ น้ำมันก๊าด ซึ่งผู้ป่วยสำลักเข้าไปในปอด

พยาธิสรีรภาพ

พยาธิสภาพที่เกิดในปอดอักเสบแต่ละชนิดมีดังนี้

1. ปอดอักเสบเฉพาะกลีบ (lobar pneumonia) มีพยาธิสภาพแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ระยะเลือดคั่ง (congestion) พบใน 12 – 24 ชั่วโมงแรกหลังจากเชื้อแบคทีเรียเข้าไปใน ถุงลม และมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันจะมีปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายเกิดขึ้น โดยมีเลือดคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ และมีการซึมผ่านของเซลล์ต่าง ๆ (cellular exudate) เข้าไปในถุงลม

ซึ่งประกอบด้วยเม็ดเลือดแดง (red blood cell) เม็ดเลือดขาว (white blood cell) แบคทีเรีย (bacteria) และไฟบริน (fibrin) ในระยะนี้อาจจะมีเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือดได้ด้วย

ระยะที่ 2 ระยะปอดแข็งตัว (hepatization) ระยะนี้เกิดขึ้นในวันที่ 2 – 3 ของโรค ระยะแรกจะพบว่าเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ ขณะเดียวกันจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นและเริ่มมีการกินแบคทีเรียโดยเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมจะขยายตัวออกมากทำให้เนื้อปอดมีสีแดงจัดเรียกว่า red hepatization ในรายที่มีการอักเสบอย่างรุนแรง จะมีการอักเสบลุกลามไปถึงเยื่อหุ้มปอดด้วย ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดงในถุงลมมากขึ้น หลอดเลือดฝอยของปอดที่ผนังถุงลมมีขนาดเล็กลง ทำให้เนื้อปอดเปลี่ยนเป็นสีขาวเรียกว่า grayhepatization ซึ่งจะตรงกับวันที่ 4 -5 ของโรค ระยะนี้จะกินเวลาประมาณ 3 -5 วัน

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว (resolution) ในวันที่ 7 – 10 ของโรค เมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคเกิดขึ้น เม็ดเลือดขาวสามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมได้หมด และเริ่มสลายตัว ขณะเดียวกันจะมีเอนไซม์ (enzyme) ออกมาละลายไฟบริน ของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด (exudates) ส่วนใหญ่จะถูกกำจัดออกจากบริเวณที่มีการอักเสบโดยเซลล์ชนิด โมโนนิวเคลียร์ที่เคลื่อนจะหลุดออกมาเป็นเสมหะขณะไอ ระยะนี้การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอดจะหายไป หรือมีพังศึเกิดขึ้นแทน

2. ปอดอักเสบรอบ ๆ หลอดลม (bronchopneumonia) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนี้จะกระจายเป็นหย่อม ๆ อยู่รอบหลอดลมในปอดกลีบเดียวกันหรือหลาย ๆ กลีบก็ได้

3. ปอดอักเสบในผนังถุงลม (interstitial pneumonia) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะพบว่าผนังของถุงลมบวม และมีเซลล์ชนิด โมโนนิวเคลียร์ และไฟบรินแทรกกระจายอยู่ทั่วไป

อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ อายุของผู้ป่วยและความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. กลุ่มที่มีอาการชัดเจน อาการจะปรากฏภายในระยะเวลา 1-2 วัน และอาการจะแย่งเร็ว มีอาการไข้ หนาวสั่น ไอมีเสมหะสีเขียว สีเหลือง หรือไอมีเลือดปน เหนื่อยหอบ และหายใจลำบาก เจ็บหน้าอกโดยเฉพาะเวลาไอ หรือหายใจเข้า-ออกถี่ๆ

2. กลุ่มที่มีอาการไม่ชัดเจน อาการจะค่อยเป็นอย่างช้าๆ และใช้เวลา 1-2 สัปดาห์ ก่อนที่จะปรากฏอาการปอดอักเสบอย่างชัดเจน บางคนมีอาการคล้ายไข้หวัด จะมีไข้ต่ำๆ หรือ ไม่มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว หรือปวดตามข้อ อาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

การวินิจฉัย

1. อาการแสดง มีไข้ ไอ หายใจหอบ ร่วมกับการฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ

2. ภาพถ่ายรังสีปอดพบรอยฝ้าขาว

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่

3.1 การตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือด

3.2 การย้อมเสมหะ (sputum gram stain)

3.3 การตรวจเสมหะเพาะเชื้อ มีความไวและความจำเพาะต่ำ

3.4 การเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture)

การรักษา

1. การให้ยาปฏิชีวนะ หากในรายที่เป็นไม่มากและไม่มีอาการแทรกซ้อนอาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยยาชนิดรับประทาน กรณีนอกจากนี้ การรักษาควรให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดแบบผู้ป่วยใน

2. การรักษาประคับประคองตามอาการต่างๆ ไป เช่น การให้ยาลดไข้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การให้ออกซิเจน การให้อาหารลงกระเพาะอาหารในรายที่รับประทานอาหารไม่เพียงพอ

3. การรักษาอาการแทรกซ้อน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจในรายที่เหนื่อยและหายใจเองไม่เพียงพอ การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต หากมีความดันโลหิตลดลงต่ำ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. การเตรียมเครื่องช่วยหายใจ โดยตรวจสอบการทำงานของเครื่องให้พร้อมใช้งานและชุดช่วยหายใจ ต้องผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว ตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยและคำสั่งการรักษา

2. การดูแลขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความจำเป็นและข้อควรระวังต่างๆ ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลเสมหะทำอย่างถูกวิธีและทำเมื่อจำเป็นเท่านั้น ดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด ติดตามค่าก๊าซในเลือดแดง อิเล็กโทรไลต์ และการตรวจทางโลหิตวิทยา ส่งเสริมให้อ่อนหลับพักผ่อนและได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลสุขอนามัยทั่วไป ป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา หากไม่มีข้อห้าม เพื่อให้มีการระบายอากาศในทรวงอกดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น การติดเชื้อ ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ทรมานได้ผิวหนัง

3. การหยาผู้ป่วยออกจากเครื่องช่วยหายใจ ก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจควรประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ อธิบายแผนการรักษาและขั้นตอนในการหยาเครื่องช่วยหายใจเพื่อลดความวิตกกังวล ควรเริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจในตอนเช้าหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่แล้ว ควรจัดให้อ่อนในท่านอนศีรษะสูง ติดตามวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และยุติการหยาเครื่องช่วยหายใจหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่ง สังเกตอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจ

ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา

เบอราคูออล (Berodual) ยาขยายหลอดลมชนิดพ่น ป้องกันการเกิดอาการหอบหืดและการหดเกร็งของหลอดลม อาการข้างเคียงมีกระสับกระส่าย มึนงง เหนื่อยล้า หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อเป็นตะคริว

เซฟไตรอะโซน (ceftriaxone) มีฤทธิ์ในการยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรียจะฆ่าเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมบวกใช้รักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด อาการข้างเคียงได้แก่ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาจมีอาการแพ้ยา ผื่นคันหรือมีไข้ได้

เดกซามะทาโซน (Dexamethasone) ออกฤทธิ์รักษาอาการแพ้เฉียบพลันเป็นทั้งยากดภูมิคุ้มกันและเป็นยาต้านการอักเสบ อาการข้างเคียงได้แก่หายใจลำบาก นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย

ฟลูมิซิล (Fluimucil) ใช้ช่วยละลายเมือกและขับเสมหะ ในโรคเกี่ยวกับการหายใจทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง อาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง

แอทิวาน (Ativan) บรรเทาอาการกระวนกระวาย วิดกกังวล นอนไม่หลับ อาการข้างเคียงได้แก่ ง่วงซึม อ่อนเพลีย ปากแห้ง เบื่ออาหาร ตื่นเต้น กระวนกระวาย เห็นภาพซ้อน ผื่นร่าย

พาราเซตามอล (paracetamol) บรรเทาอาการปวดและลดไข้ในกรณีที่ไม่สามารถหรือไม่ต้องการใช้ยาแอสไพริน ยานี้เป็นพิษต่อดับ หากได้รับยาเกินขนาดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ปอดอักเสบ(Pneumonia) เป็นโรคที่พบได้บ่อย เกิดขึ้นได้ในทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะเด็กเล็กและผู้สูงอายุ เกิดจากการอักเสบอย่างเฉียบพลันของเนื้อปอด ที่ประกอบหลอดลมฝอยส่วนปลายสุด และถุงลม ทำให้มีการซึมออกของสารน้ำ เข้าไปเกาะตามเนื้อเยื่อต่างๆ ในถุงลม การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด หากไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างทันที่ อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ทำให้ต้องพักรักษาตัวยาวนาน ตลอดจนสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และหากมีอาการรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 85 ปี สถานภาพสมรสหม้าย อาชีพแม่บ้าน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ เลขที่ภายนอกโรงพยาบาล 7127/51 เลขที่ภายในโรงพยาบาล 3724/56 เข้ารับการรักษาวันที่ 18 ตุลาคม 2556 เวลา 14.47 นาฬิกา จากการซักประวัติ ผู้ป่วยมีอาการไข้ หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ 5 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 92% ลักษณะการหายใจมีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ฟังปอดได้ยินเสียงดังวี๊ดทั้งสองข้าง ผลตรวจทางรังสีทรวงอกพบปอดข้างขวามีฝ้าทึบขาวมากกว่าปอดข้างซ้าย แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ จึงรับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาลเมื่อเวลา 17.40 นาฬิกา ที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก และย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักเวลา 22.30 นาฬิกา แรกรับไว้ในความดูแลผู้ป่วย

ใส่ท่อช่วยหายใจ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร โดยเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวกำหนดการหายใจ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาขยายหลอดลม ยาต้านการอักเสบ ยาละลายเสมหะ ยาปฏิชีวนะ ยานอนหลับ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย หลังได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจออกได้ รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทั้งหมด 11 วัน แพทย์ให้ย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง ในวันที่ 28 ตุลาคม 2556 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2556 โดยได้รับยากลับบ้านเป็นยารับประทาน รวมระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 15 วัน และนัดตรวจติดตามอาการในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2556 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เวลา 9.00 นาฬิกา

ขั้นตอนดำเนินการ

1. รับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญหญิงเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2556 เวลา 22.30 นาฬิกา ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย พ่นยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยเบอรอดูออล (Berodual) ครั้งละ 1 หลอด (Nebule) ทั้งหมด 3 ครั้งห่างกันทุก 15 นาที ให้ยาเดกซาเมทาโซน (Dexametasone) ขนาด 8 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ อาการหายใจหอบเหนื่อยไม่ดีขึ้น แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร และได้ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 33 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 100%

2. ดูแลให้ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร โดยเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวกำหนดการหายใจ ดูแลพ่นยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยเบอรอดูออล 1 หลอด ทุก 4 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย ดูแลดูดเสมหะให้แก่ผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอนไม่หลับ และคืนกระสับกระส่าย แพทย์ให้ยาแอทติแวน (Ativan) 0.5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 เวลา ก่อนนอนร่วมกับการผูกยึด (Restraint) ผู้ป่วย

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นเวลา 11 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน หลังจากรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ ขณะอยู่ในความดูแลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาจนอาการของผู้ป่วยดีขึ้น

4. แพทย์ให้ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญหญิงในวันที่ 28 ตุลาคม 2556 ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2556 รวมระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 15 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 85 ปี สถานภาพสมรสหม้าย อาชีพแม่บ้าน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ เลขที่ภายนอกโรงพยาบาล 7127/51 เลขที่ภายในโรงพยาบาล 3724/56 เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน วันที่ 18 ตุลาคม 2556 เวลา 14.47 นาฬิกา จากการซักประวัติ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ เจ็บหน้าอกเวลาไอ ซ้ำยาลดไข้มารับประทานอาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล จากการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจ หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 92% วัดอุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/77 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะการหายใจมีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ฟังปอดได้ยินเสียงดังวิ๊ดทั้งสองข้าง ผลตรวจทางรังสีทรวงอกพบว่าปอดข้างขวามีฝ้าที่บวมมากกว่าปอดข้างซ้าย แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบจึงรับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง แพทย์ให้พ่นยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยเบอร์าคูออล 1 หลอด ทุก 4 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย ให้ออกซิเจน ทางจมูกชนิดแคนนูลา (Oxygen canular) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ต่อมาผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ลักษณะการหายใจมีการดึงรั้งของกระดูกซี่โครง (Retraction) ฟังปอดมีเสียงดังวิ๊ดทั้งสองข้าง อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 90% ผลตรวจทางรังสีทรวงอกพบว่าปอดทั้งสองข้างมีฝ้าที่บวม จึงเปลี่ยนให้ออกซิเจนหน้ากากชนิดมีถุง (Oxygen mask with bag) อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที พ่นยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยเบอร์าคูออล ครั้งละ 1 หลอด ทั้งหมด 3 ครั้ง ห่างกันทุก 15 นาที ให้ยาเดกซาเมทาโซน ขนาด 8 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยยังคงมีอาการหายใจหอบเหนื่อย แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร ใส่สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร และแพทย์ได้ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วันที่ 18 ตุลาคม 2556 เวลา 22.30 นาฬิกา รับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญหญิง ปัญหาที่พบขณะให้การดูแล ได้แก่ ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการติดเชื่อในระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ลักษณะการหายใจมีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 33 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 100% ดูแลให้ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร โดยเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวกำหนดการหายใจ (Volume controlled ventilation ,VCV) จัดทำนอนสิริระยะสูง 30 องศา

เพื่อไม่ให้เสมหะค้างค้ำในทางเดินหายใจ ดูแลพ่นยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยเบอร์าคูออก 1 หลอด ประเมินสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยระหว่างได้รับยา ระบายเสมหะให้ผู้ป่วยโดยการดูดเสมหะ ใช้หลัก Sterile technique สังเกตสีของเสมหะเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ลักษณะเสมหะสี เหลืองข้นไม่มีเลือดปนปริมาณ 3 มิลลิลิตรต่อครั้ง หลังให้การพยาบาลอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยลดลง ให้ยา เดกซาเมทาโซน ขนาด 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง หลังได้รับยาไม่มีอาการหายใจ ลำบาก ยาฟลูมูซิล 200 มิลลิกรัม ทางสายยางให้อาหารครั้งละ 1 ชอง วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เช้า กลางวัน และเย็น สังเกตอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบและน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เนื่องจากมีการติดเชื้อของระบบ ทางเดินหายใจ ผลตรวจทางรังสีทรวงอกพบว่าปอดทั้งสองข้างมีฝ้าที่ขอบ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา พบว่า จำนวนเม็ดเลือดขาว 12,000 คิวบิกมิลลิเมตร เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิล (Neutrophils) 79.40 เปอร์เซ็นต์ เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) 8.8 เปอร์เซ็นต์ แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อ แบคทีเรียในร่างกาย ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเซฟไตรอะโซน 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ให้การ พยาบาลหลังการได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำโดยสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ผื่นคัน หายใจ ลำบาก ความดันโลหิตต่ำ หลังได้รับยาไม่พบมีผื่นคัน หรืออาการหายใจลำบาก

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย ผลการตรวจทางเคมี คลินิก เนื่องจากมีระดับโซเดียม (Sodium) ในเลือดต่ำ 132 มิลลิโมลต่อลิตร ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทาง จมูก ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้อาหารปั่นทางสายยางอัตราส่วน (1:1) ครั้งละ 200 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง จัดทำอนศิริษะสูงขณะให้ อาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ ไม่มีสิ่งตกค้างในกระเพาะอาหาร (gastric content) ประเมินและ บันทึกริษะปริมาณน้ำในร่างกายช่วง 24 ชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้า 2,540 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 1,450 มิลลิลิตร

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลและ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอนไม่หลับ และกระสับกระส่าย อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาของแพทย์ และแนะนำการปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ญาติสอบถาม ญาติผู้ป่วยรับทราบข้อมูลต่างๆและเข้าใจเป็นอย่างดี ดูแลให้ยาแอสทิวิน 0.5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางสายยาง ให้อาหาร และผูกยึดผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยหลังได้รับยา ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน หลังได้ยาและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือใน การรักษามากขึ้น นอนหลับได้

วันที่ 19 ตุลาคม 2556 ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบและน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เนื่องจากมีการติดเชื้อของ ระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 98 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของ

ออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 100% เช็ดตัวลดไข้ (Tepid sponge) เพื่อช่วยลดอุณหภูมิร่างกาย และให้ยาพาราเซตามอล 2 เม็ดทางสายยางให้อาหาร จัดให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อน ประเมินภาวะไม่สุขสบาย เช่น อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการปวดศีรษะ ดูแลความสุขสบายทั่วไป หลังได้รับการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการอ่อนเพลียหรือปวดเมื่อยตามร่างกาย ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย แพทย์ปรับเพิ่มปริมาณอาหารปั่นทางสายยางอัตราส่วน (1:1) ครั้งละ 250 มิลลิลิตร ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ ไม่มีสิ่งตกค้างในกระเพาะอาหาร บันทึกปริมาณน้ำในร่างกาย ช่วง 24 ชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้า 2,740 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 1,600 มิลลิลิตร

วันที่ 24 ตุลาคม 2556 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ปรีกษาแนวทางการดูแลรักษาร่วมกับแพทย์ แพทย์ปรับรูปแบบหยาเครื่องช่วยหายใจ เป็นชนิดควบคุมปริมาตร โดยเครื่องช่วยหายใจเป็นตัวกำหนดการหายใจสลับกับชนิดแรงดันบวก (Continuous positive airway pressure, CPAP) ทุก 2 ชั่วโมง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ สาธิต และสอนการหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ จัดทำอนศิริระสูงประมาณ 30-45 องศา สังเกตลักษณะการหายใจ สัญญาณชีพ และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังจากปรับรูปแบบหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจดีไม่มีอาการหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 100% แพทย์จึงปรับเป็นชนิดแรงดันบวกต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบและน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เนื่องจากมีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา พบว่า จำนวนเม็ดเลือดขาว 9,100 คิวบิกมิลลิเมตร เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิล (Neutrophils) 50.40 เปอร์เซ็นต์ เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) 38.1 เปอร์เซ็นต์ แสดงถึงการติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย ลดลง ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย ผลการตรวจทางเคมีคลินิกระดับโซเดียม (Sodium) ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 137 มิลลิโมลต่อลิตร บันทึกปริมาณน้ำในร่างกาย ช่วง 24 ชั่วโมง ปริมาณน้ำเข้า 2,440 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 1,850 มิลลิลิตร งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อเตรียมถอดท่อช่วยหายใจ

วันที่ 25 ตุลาคม 2556 ผลตรวจทางรังสีทรวงอกพบว่าปอดสองข้างปกติไม่มีฝ้าที่บขาว ฟังปอดปกติ ไม่ได้ยินเสียงคังวี๊ดที่ปอดทั้งสองข้าง ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกาย เตรียมผู้ป่วยเพื่อถอดท่อช่วยหายใจ จัดทำอนศิริระสูง ดูแลเสมหะในช่องปากและในท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันเสมหะหรือน้ำลาย หลุดเข้าไปในทางเดินหายใจ วัดปริมาตรอากาศที่เข้าสู่ปอด (inspiratory volume) กับปริมาตรที่ออกจากปอดขณะมีลมอยู่ใน cuff และไม่มีลมอยู่ใน cuff ผู้ป่วยมีค่า cuff leak volume (อากาศรั่วออกจากทางเดินหายใจผู้ป่วย) 150 มิลลิลิตร แพทย์ถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ออกซิเจนหน้ากากชนิดมีดุง อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ

ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกายอยู่ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดแดงปลายนิ้ว 100% ประเมินอาการแสดงของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นของผู้ป่วย เช่น เสียงหายใจ stridor หรืออาการหายใจลำบาก พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และพยายามไอเอาเสมหะออก ยุติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและอาหารทางสายยาง ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนทางปาก ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อยขณะทำกิจวัตรประจำวัน ไอขับเสมหะออกได้เองเสมหะสีขาวขุ่น ให้ยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน ผู้ป่วยไม่มีไข้ แพทย์จึงยุติการให้ยาปฏิชีวนะเซฟไตรอะโซน ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป แต่ควรได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

วันที่ 28 ตุลาคม 2556 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา วางแผนการจำหน่าย โดย ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำเรื่อง การป้องกันการเกิดปอดอักเสบซ้ำ การป้องกันการสำลักอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อนและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ได้แก่อาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย เสมหะเปลี่ยนสี ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีมากขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ดูแลให้บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร จากการสังเกตผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่สำลักอาหาร ทำการถอดสายสวนปัสสาวะ หลังจากถอดสายสวนปัสสาวะ 8 ชั่วโมงผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีเสบซัด ปริมาณ 500 มิลลิลิตร รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั้งหมด 11 วัน แพทย์อนุญาตให้ย้ายหอผู้ป่วยสามัญหญิง ดูแลสังเกตอาการขณะเคลื่อนย้ายและส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2556 ให้ยารับประทานเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ยาฟลูมูซิล 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ 3 ครั้งหลังอาหาร เช้า กลางวันและเย็น ยาแอสทิติน 0.5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 เวลา ก่อนนอน รวมระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 15 วัน และนัดตรวจติดตามอาการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ ในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2556 เวลา 9.00 นาฬิกา

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษาติดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 11 วัน หลังจากให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ พบว่าปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยอาการทุเลาลง ไม่มีอาการแทรกซ้อน สามารถย้ายผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยสามัญหญิง เพื่อรับการรักษาต่อ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2556 และนัดมาตรวจซ้ำในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2556 รวมระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 15 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย จากอันตราย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินการ

ผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา พยาบาลผู้ดูแลต้องค้นหา ปัญหาความต้องการและให้การตอบสนองอย่างรวดเร็ว รวมถึงการดูแล ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ โรคเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วย โรคเดิม การวางแผนผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care)

10. ข้อเสนอแนะ

1.พยาบาลควรตระหนักและให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม และพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

2.ควรมีการจัดประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงาน ร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หาแนวทางการรักษา พี่นฟูผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.ควรจัดระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และจัดให้มีการรณรงค์การตรวจสุขภาพ การตรวจ สุขภาพปอด และการให้ความรู้ในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในประชาชนทั่วไป

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม คำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... อัปสร ศรีทอง

(นางสาวอัปสร ศรีทอง)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 3 / สิงหาคม / ๒๕๕๗

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ศิริวรรณ พิริยศขางกูร

(นางศิริวรรณ พิริยศขางกูร)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ

วันที่..... 3 / สิงหาคม / ๒๕๕๗

ลงชื่อ..... สุชสันต์ กิตติศุภกร

(นายสุชสันต์ กิตติศุภกร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ

วันที่..... 3 / สิงหาคม / ๒๕๕๗

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวอัปสร ศรีทอง

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) (ตำแหน่งเลขที่ รพท. 192) สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีสวัสดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ สำนักงานแพทย์ เรื่อง ถุงมืออุ้งใจ

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และบางรายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลายาวนาน ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล ไม่สุขสบาย อาจทำให้เกิดการดึงหรือเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย จากสถิติของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีสวัสดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 พบผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจจำนวน 6 คน 2 คน และ 4 คน ตามลำดับ การหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เมื่อเกิดปัญหาจะได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ร่างกายและสมองขาดออกซิเจน ทำให้อาการเจ็บป่วยทวีความรุนแรงขึ้น หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอดมากขึ้น ทำให้ความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจถ้าผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ปัญหานี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติแล้ว ยังสะท้อนถึงคุณภาพในการรักษาพยาบาลในหน่วยงาน บทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจคือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามแผนการรักษา ผู้จัดทำตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงมีแนวคิดในการจัดทำถุงมืออุ้งใจ ป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยขึ้น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทางการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย
2. เพื่อลดความเสี่ยง อันตราย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ของผู้ป่วย
3. เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) กล่าวถึงการปรับตัว

และการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาในการปรับตัวเมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเข้ามาในชีวิต โดยการปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีความคิดและความรู้สึก จากการใช้ความตระหนักรู้ทางปัญญา และการสร้างสรรค์ในการบูรณาการระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมให้กลมกลืน วัตถุประสงค์ในการการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการประเมินผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอนไม่หลับ และกระสับกระส่าย ทำให้เป็นอุปสรรคในการรักษาพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ ตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยโดยแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถยอมรับและปรับตัวให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น พักผ่อนได้ ทำให้สามารถถอดท่อช่วยหายใจ และหายจากอาการป่วยในที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ประชุมในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย
2. ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน
3. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางด้านวิชาการเกี่ยวกับการผูกยึด(restraint)ผู้ป่วย จากสื่อวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพ และวารสารทางการแพทย์และพยาบาล รวมทั้งสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต (Internet)
4. จัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมเพื่อจัดทำถุงมืออุ่นใจ

อุปกรณ์ที่ใช้ดำเนินการมีดังต่อไปนี้

- 1.ผ้าขนหนูชนิดบาง 2.แผ่นยางสังเคราะห์แบบตาข่าย 3.เข็ม ด้าย 4.กรรไกร 5.ของเล่นเด็ก



5. นำข้อมูลจัดทำถุงมืออุ่นใจ พร้อมทั้งนำเสนอให้ผู้มีคุณวุฒิทางการแพทย์เพื่อตรวจสอบปรับปรุง และเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่สมบูรณ์



6. นำถุงมืออุ่นใจไปทดลองใช้กับผู้ป่วย
7. ติดตามประเมินผลหลังจากการนำถุงมืออุ่นใจไปทดลองใช้กับผู้ป่วย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของถุงมืออุ่นใจในการใช้กับผู้ป่วย

8. นำผลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์แก้ไขและปรับปรุงคู่มืออุ้มใจ ให้สามารถนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และเป็นไปตามบริบทของโรงพยาบาล
9. ประชุมชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานเพื่อนำคู่มืออุ้มใจ ไปปฏิบัติและติดตามประเมินผล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. อัตราการดึงท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยลดลง
2. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ขณะใส่ท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย
3. พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีอุปกรณ์ที่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผูกยึด (restraint)
4. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผูกยึด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการดึงท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยเท่ากับ 0

(ลงชื่อ).....ฉ.ป.ส. ด.ร.ทอง.....

(นางสาวอัปสร ศรีทอง)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....๓...../.....ธันวาคม...../.....๒๕๕๗.....