

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้พิจารณา

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังที่มีอาการนับปล้น
2. ข้อเสนอแนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำแผ่นวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยและโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อ
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง

เสนอโดย

นางสาว นงเยาว์ นาคงาม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 682)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ผู้อำนวยการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังที่มีอาการจับปล้น
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 16 วัน (ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม 2549 ถึง วันที่ 14 มิถุนายน 2549)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการ

โรคหอบหืดเรื้อรังที่มีอาการจับปล้น หมายถึง ผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังที่มีอาการเหนื่อยมากขึ้นกว่าเดิม มีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้น และมีเสมหะเปลี่ยนสี ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อในระบบทางหายใจ หรือภาวะหัวใจล้มเหลว หรือปัจจัยอื่นๆ เช่น ฝุ่นบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นอยู่

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาของโรคหอบหืดเรื้อรังที่มีอาการจับปล้น

โรคหอบหืดเรื้อรัง เป็นโรคของปอดที่มีการอุดกั้นของทางผ่านทางอากาศหายใจ ลักษณะพยาธิสภาพที่พบในโรคกลุ่มนี้ ในระยะแรกจะพบเฉพาะที่หลอดลมขนาดเล็กที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร เมื่อหลอดลมเกิดการระคายเคืองผู้ป่วยจะไอ การหืดมากขึ้น ทำให้มีเสมหะมากขึ้น เซลล์อักเสบที่อยู่ในท่อหลอดลมทำให้เสมหะเหนียว และมีสีเหลืองหรือเขียว การระคายเคืองอย่างเรื้อรังทำให้ระบบการป้องกันการติดเชื้อในหลอดลมเสื่อมลงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ผนังหลอดลมที่บวมและเสมหะในหลอดลมร่วมกับต่อมใต้เยื่อที่โตขึ้น ทำให้ท่อของหลอดลมเล็กลง การหายใจจึงต้องใช้แรงมากกว่าเดิม ผนังหลอดลมที่ถูกทำลายไปจะอ่อนแอทำให้หลอดลมตีบ ปอดที่พองจะมีความยืดหยุ่นลดลง มีอากาศค้างอยู่มาก จึงไปกดหลอดลมให้แคบลง การระบายอากาศภายในปอดไม่ทั่วถึง ทำให้ออกซิเจนในโลหิตแดงต่ำ เกิดหัวใจข้างซ้ายวาย เมื่อขาดออกซิเจนไตจะปล่อย erythropoietin ไปกระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดโลหิตแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เม็ดโลหิตแดงมีจำนวนมากขึ้น โลหิตมีความหนืดสูงขึ้น ผลจากการระบายอากาศในปอดไม่ทั่วถึง อีกประการหนึ่งคือ การบวมไดออกไซด์คั่งในโลหิตทำให้โลหิตเป็นกรด เป็นผลให้หลอดโลหิตในปอดหดตัว ความดันในปอดสูงเกิดหัวใจข้างขวาวาย (corpulmonale) เมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อไม่ว่าจะเป็นเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อไวรัส หรือมีสิ่งระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น มลพิษทางอากาศ ฝุ่นบุหรี่ จะทำให้มีอาการจับปล้นเกิดขึ้น

2. อาการและอาการแสดงการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังที่มีอาการจับปล้น

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังที่มีอาการจับปล้น ประกอบด้วย
3 อย่างดังนี้ (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2544:108-109)

1. อาการและอาการแสดงของโรคเดิม คือโรคหอบหืดเรื้อรัง มีอาการเหนื่อยง่ายและอาการไอเรื้อรังเป็นอาการสำคัญ

- 1.1 อาการเหนื่อยง่ายเป็นอาการที่ทำให้ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ ผู้ป่วยมักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการเหนื่อย

1.2 อาการไอมีเสมหะ (productive cough) เสมหะมีลักษณะเป็นเมือกขาว (mucoïd)และมีปริมาณไม่มากนัก แต่จะเปลี่ยนสีเป็นสีเหลืองปนเขียวสีเหลืองปนเขียว (purulent) เมื่อมีอาการกำเริบ (exacerbation) โดยเฉพาะจะมีอาการไอมากในเวลาอากาศหนาว เมื่อเป็นหวัดจะมีอาการไอมากและใช้เวลานานกว่าจะดีขึ้น

1.3 อาการอื่นๆได้แก่ เสียงหวีด (wheezing) มักเป็นช่วงที่มีอาการกำเริบ สำหรับอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด มักเกิดในช่วงระยะหลังๆของโรค

2. อาการและอาการแสดงของปัจจัยชักนำที่กระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค (precipitating factor) อาการกำเริบของผู้ป่วยโรคหอบหืดมักจะต้องมีปัจจัยต่างๆที่กระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากขึ้น

2.1 การติดเชื้อในระบบหายใจ อาจจะเป็นหวัดหลอดลมอักเสบ หรือปอดบวม ซึ่งจะทำให้มีไข้ ไอมีเสมหะเพิ่ม และมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น

2.2 หัวใจซิกขวาล้มเหลว (corpulmonale) มีหัวใจซิกขวาโตขึ้นและมีการคั่งของสารน้ำในร่างกาย เมื่อเกิดการบวม น้ำจะหายใจลำบากขึ้นจึงหอบเหนื่อยมากขึ้น

2.3 มีลมเกิดขึ้นเองในเยื่อหุ้มปอด (spontaneous pneumothorax) พบได้บ่อยพอสมควร ผู้ป่วยจะเกิดอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นอย่างกะทันหันภายในไม่กี่นาที

2.4 ภาวะทางอารมณ์ เช่น โกรธ ตกใจ ดีใจ ซึ่งผู้ป่วยทำงานมาก หรือเร็วกว่าความสามารถที่มีอยู่ ทำให้เกิดอาการมากขึ้นได้

3. อาการและอาการแสดงของการเกิดอาการกำเริบ (acute exacerbation)

3.1 มีอาการกำเริบไม่รุนแรง มีอาการเหนื่อยหอบเล็กน้อย FEV_1 ระหว่าง 50 – 79 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

3.2 มีอาการกำเริบรุนแรงมาก มีอาการเหนื่อยหอบจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน FEV_1 ระหว่าง 30 – 49 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

3.3 มีอาการกำเริบรุนแรงมากและบ่อย มีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลา FEV_1 น้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลวกำเริบ (acute respiratory failure)

การรักษาโดยแบ่งการรักษาเป็นช่วงระยะสงบ (stable COPD) และช่วงที่มีอาการกำเริบ (Acute exacerbation of COPD)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยในระยะสงบ คือ

1. การเลิกสูบบุหรี่ หลังเลิกสูบบุหรี่ อาการไอจะลดลง เสมหะจะน้อยลง สมรรถภาพของปอดแม้ไม่ดีขึ้นก็จะเสื่อมลงช้ากว่าเดิมและการพยากรณ์โรคจะดีขึ้น

2. การรักษาด้วยยา

3. การรักษาโดยการให้ออกซิเจน เพื่อเพิ่มดันของออกซิเจนในอากาศหายใจเข้า จะทำให้ผู้ป่วยหายใจเอาออกซิเจนเข้าไปได้มากขึ้น

4. การผ่าตัดลดปริมาตรของปอด (lung volume reduction surgery) ในผู้ป่วยถุงลมอุดกั้นเรื้อรังที่มี severe hyperinflation ที่มีอาการมาก แม้จะหยุดสูบบุหรี่

5. การปลูกถ่ายปอด ในผู้ป่วยระยะท้ายอาจทำการปลูกถ่ายปอดข้างเดียว 2 ข้าง หรือปลูกถ่ายทั้งปอด และหัวใจจะทำให้สมรรถภาพของปอดดีขึ้นมีอัตราการรอดชีวิต 2 ปีหลังการผ่าตัดประมาณ 50 ถึง 70 เปอร์เซ็นต์

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ

1. ออกซิเจน ตอนแรกควรให้ FiO_2 ไม่เกิน 0.28 เปอร์เซ็นต์ ทางหน้ากากออกซิเจน หรือ 2 ลิตรต่อ นาที ทางสายยางเข้าจมูก

2. ยาขยายหลอดลมชนิดสูด โดยเพิ่มขนาดและความถี่ของยาขยายหลอดลมชนิดสูด ให้ผ่านทาง เครื่องทำละอองทุก 20 ถึง 30 นาที การให้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดต้องให้ไปจนกว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น จึง เปลี่ยนเป็นการให้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดทางปาก

3. ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะพิจารณาเลือกใช้ยาตามเชื้อที่น่าจะเป็นสาเหตุ

4. ให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ควรเริ่มต้นให้ prednisolone รับประทาน 40 ถึง 60 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ dexamethasone 5 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ถึง 8 ชั่วโมง หรือ hydrocortisone 100 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ถึง 8 ชั่วโมงแล้วแต่ความรุนแรง อย่างไรก็ตามผลของคอร์ติโคสเตียรอยด์ไม่ได้ผลทันที ต้องใช้เวลาอีก 8 ถึง 12 ชั่วโมงกว่าจะได้ผล

ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยามีการศึกษาถึงสรรพคุณและอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่

Simvastatin 10 มิลลิกรัม, Beradual, Meptin, Nulin SR, Fluimucil, Prozac, Alprazolam 0.25 มิลลิกรัม

Singulair, Prednisolone, Milk of magnesia, Spiriva, Beradual MDI, Kamillosanspray, Simbicort

Dexamethazone 5 มิลลิกรัม, Tazocin 4.5 กรัม, Norgestic, Lasix 40 มิลลิกรัม, Elicer KCL, Ventolin Xanax 0.5 มิลลิกรัม

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. กรอบแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัย

การพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบ NANDA เป็นการมอง การตอบสนองของบุคคลขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นกระบวนการพยาบาลที่เชื่อมโยงทั้งทางวิทยาศาสตร์และศิลปะ ที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนจิตวิญญาณของบุคคลเข้า ไปด้วยกัน การระบุถึงปัญหาของสุขภาพเน้นการตัดสินใจทางคลินิก ในรายบุคคล ครอบครัว ที่ตอบสนอง ต่อความเจ็บป่วย เน้นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน หรือเสี่ยงต่อการเกิด จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

2. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ทฤษฎีนี้ เน้นเรื่องบุคคลเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ซึ่ง จะนำไปสู่ความเป็นปกติสุขของชีวิตโดยอาศัยพลังหรือความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้ ความ เข้าใจ ทักษะ แรงจูงใจ การตัดสินใจ และวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง:

โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายทั่วโลกที่ป้องกันได้ แต่การรักษาต้องใช้เงินสูงมาก ธนาคารโลกได้คาดประมาณว่าโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้คนมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลกมีอาการเจ็บป่วยและเสียชีวิตปีละ 1 ล้านคนทั่วโลก จากตัวเลขดังกล่าวทำให้โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังถูกจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับที่ 5 ของทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับที่ 3 ในศตวรรษใหม่ (ประภคิต วาธิสาชกกิจ, 2549 : 5) จากข้อมูลข้างต้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินโรค พยาธิสภาพของโรค การรักษาและการพยาบาล สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ด้วยเหตุผลนี้ทำให้ผู้ศึกษาสนใจศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลและคำแนะนำอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 7 อาชีพ ค้าขาย ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร มีภาวะไขมันในเลือดสูงมาประมาณ 2 ปี รักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาและอาหารปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม ดื่มน้ำสุรานานๆครั้ง หยุดดื่มมา 20 ปี สูบบุหรี่ใบบจากวันละ 40 มวน มานาน 52 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ รับประทานในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2549 เวลา 12.00 นาฬิกา รับประทานในควมดูแลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 4 วันที่ 30 พฤษภาคม 2549 เวลา 20.20 นาฬิกา ผู้ป่วยมาด้วยอาการไอมาก เสมหะสีเขียว เหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ มา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังที่มีอาการจับปล้น วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 ตรวจเอกซเรย์ปอด พบมีการหนาตัวของหลอดเลือดแขนงปอด 2 ข้าง มีเงาจางๆบริเวณชายปอด 2 ข้าง เงาเป็นแผ่นบางๆบริเวณปอดขวาข้าง น่าจะเป็นกระบวนการของการติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ มีเงาหนาของมุมชายปอด 2 ข้าง น่าจะเป็นของเหลวปริมาณเล็กน้อยที่ปอดทั้ง 2 ข้าง หรือการหนาตัวของ เยื่อหุ้มปอด ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะพบเชื้อ *Candida albicans* 3+ yeast not candida albican 3+ ผลการส่งเสมหะย้อมดูแกรมพบ gram negative rod 1+ budding yeast cell and pseudohyphae 3+ pus cell 2 + epithelium cell 1+ acid fast stain negative วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 254 ส่งเสมหะย้อมดูแกรมพบ gram negative rod few budding yeast cell 1+ pus cell 1+ epithelium cell 1+ ตรวจปัสสาวะทางเคมีและการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบปัสสาวะเป็นกรดอ่อนๆมีเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงออกมาในปัสสาวะเล็กน้อยไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการเพาะเชื้อจากเลือดไม่พบเชื้อ โรคขึ้นหลังเพาะเชื้อในเลือดภายใน 3 วัน วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ตรวจนับเม็ดเลือด พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจทางเคมีคลินิกพบมีระดับโพแทสเซียมต่ำ เนื่องจากได้รับยาขับปัสสาวะทำให้มีการขับโพแทสเซียมออกมาทางปัสสาวะ ตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา pro BNP ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบจังหวะการเต้นของหัวใจปกติ หัวใจห้องขวาโต วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ.2549 ตรวจหาปริมาณน้ำตาลในเลือดพบมีความเข้มข้นออกซิเจนใน

เลือดต่ำการระบายอากาศมากเกินไปทำให้คาร์บอนไดออกไซด์ ถูกขับออกไปมาก ความเข้มข้นของไฮโดรเจนไอออนน้อยและpHสูงขึ้น ซึ่งแสดงถึงภาวะความเป็นด่างจากการหายใจ

การรักษา

ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา การพ่นยาขยายหลอดลม ภาวะภาพบำบัด

ข้อมูลวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้ ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากทางเดินหายใจถูกอุดกั้นถาวร อากาศผ่านเข้า ออกจากปอดลดลงและมีการค้างคั่งของเสมหะมาก

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล การแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอ ทางเดินหายใจสะอาดโล่ง อากาศผ่านเข้า ออกจากปอดได้สะดวก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ฝึกการไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ให้ออกซิเจนทางสายยางเข้ามูกตามแผนการรักษาคือ 3 ลิตรต่อนาที
3. แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจ เพื่อช่วยในการระบายอากาศในปอด
4. จัดให้ผู้ปวยนอนท่าศีรษะสูงหรือพบบนโต๊ะเหนือเตียงจะช่วยให้หายใจได้สะดวก
5. แนะนำให้ผู้ปวยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ป้องกันอาการท้องผูก
6. วัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดจากเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เพื่อช่วยในการตัดสินใจให้ออกซิเจนหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ
7. ติดตามระดับอุณหภูมิของร่างกาย อาจเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ หรือมีการติดเชื้อ
8. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาขยายหลอดลม ยาพ่นขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ ตามแผนการรักษา

รักษา

ประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 5 มิถุนายน 2549 เวลา 23.00 นาฬิกา)

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียหายใจเหนื่อย วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดวางของเครื่องใช้ที่จำเป็นไว้ใกล้มือผู้ป่วยสามารถหยิบใช้ได้สะดวก
2. กระตุ้นให้ผู้ปวยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยเริ่มตั้งแต่น้อยๆ เช่น ลูกนั่งบนเตียงแล้วค่อยๆ เพิ่มเป็นลูกนั่งข้างเตียง ลูกเดินข้างเตียงและเดินไปห้องน้ำตามลำดับ
3. แนะนำให้ผู้ปวยบริหารการหายใจ ขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อช่วยในการระบายอากาศในปอด

4. ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่า

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมชมครั้งที่ 3 (วันที่ 2 มิถุนายน 2549 เวลา 23.00

นาฬิกา)

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เนื่องจากเจ็บป่วยเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยอารมณ์มั่นคง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความสนใจผู้ป่วยพูดคุยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นมั่นใจว่ามีบุคคลดูแลช่วยเหลือ

2. ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่แสดงอารมณ์โกรธโต้ตอบ

3. ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม โดยการรับฟังปัญหาด้วยท่าทีสงบ ให้ความเห็นใจ แสดงความเข้าใจ ให้เหตุผลและอธิบายหลังจากผู้ป่วยอารมณ์สงบแล้ว

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมชมครั้งที่ 3 (วันที่ 2 มิถุนายน 2549 เวลา 23.00

นาฬิกา)

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยให้สะอาด อากาศถ่ายเทดี เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค

2. ส่งเสริมให้ร่างกายผู้ป่วยมีความต้านทานมากขึ้นและมีสุขภาพแข็งแรง เช่น พักผ่อน หายากผ่อนคลายความเครียด ทำจิตใจให้ร่าเริง

3. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาสุขภาพของช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ โดยการแปรงฟันทุกครั้งหลังการรับประทานอาหาร เพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อจากช่องปากลงไปทางเดินหายใจ

4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin ขนาด 4.5 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ครบและถูกต้อง และสังเกตอาการแพ้ยา เช่น ผื่นขึ้นตามร่างกายหลังจากได้รับยาปฏิชีวนะ

5. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อ

6. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการติดเชื้อโดย

6.1 ล้างมือด้วยน้ำยาระงับเชืวก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย และก่อนและหลังทำการพยาบาลทุกครั้ง

6.2 เปลี่ยนอุปกรณ์ให้ออกซิเจนทุก 24 ชั่วโมง เปลี่ยนกระบอกน้ำออกซิเจนทุก 8 ชั่วโมง เปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกทุก 72 ชั่วโมง

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 2 มิถุนายน 2549 เวลา 23.00 นาฬิกา)

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากสูญเสียเกลือแร่ผ่านทางปัสสาวะ
วัตถุประสงค์ของการพยาบาล มีความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ
2. บันทึกจำนวนน้ำที่รับประทานและจำนวนปัสสาวะ
3. ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มระดับโพแทสเซียมในร่างกายตามแผนการรักษา
4. ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

ท้องอืด ซึม อ่อนเพลีย เกร็งกระดูก

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 5 มิถุนายน 2549 เวลา 23.00 นาฬิกา)

ปัญหาที่ 6 แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเบื่ออาหารมีการใช้
พลังงานในการหายใจ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากความสูง น้ำหนัก และน้ำหนักที่ควรจะเป็น ลักษณะของลม แล็บและปาก
2. ชั่งน้ำหนัก บันทึกการรับประทานอาหาร สังเกตอาหารที่ผู้ป่วยชอบและแนะนำให้ญาติจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ผู้ป่วยรับประทาน
3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟัน ก่อนและหลังรับประทานอาหาร
4. จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องให้สะอาด ปราศจากกลิ่นเหม็น
5. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 2 มิถุนายน 2549 เวลา 23.00 นาฬิกา)

ปัญหาที่ 7 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เนื่องจากวิตกกังวลและมีอาการเหนื่อย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล แบบแผนการนอนปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความวิตกกังวล รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และให้กำลังใจ

ผู้ป่วย

2. แนะนำให้ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบในเวลากลางวัน เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ธรรมะ และให้ผู้ป่วยสวดมนต์ก่อนนอนในเวลากลางคืน

3. ดูแลให้ขาดอาการวิตกกังวลซึมเศร้าและยานอนหลับ Alprazolam ขนาด 0.25 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปาก วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน เวลานอนไม่หลับ

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 8 มิถุนายน 2549 เวลา 23.00 นาฬิกา)

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการที่จะชะลอความก้าวหน้าของโรค และวิธีคงไว้ซึ่งสภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเพียงพอและเหมาะสม เพื่อการส่งเสริมผู้ป่วยและญาติมีการควบคุมการดำเนิน โรคและอาการที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำวิธีการที่จะชะลอความก้าวหน้าของโรคโดยหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ระคายเคือง เช่น บุหรี่ อยู่ในมลภาวะทางอากาศ ในที่ชุมชนแออัด มีฝุ่นหรือสิ่งแปลกปลอม

2. แนะนำวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ

3. แนะนำวิธีที่จะเอาเสมหะออกได้ง่ายขึ้น ให้ดื่มน้ำ 8 ถึง 10 แก้วต่อวัน สูดละอองไอน้ำ เพื่อให้เสมหะเหลวและขับออกได้ง่าย

4. ให้คงสุขนิสัยที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ดี เช่น รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ จำกัด โซเดียม เพิ่มโพแทสเซียม โดยเฉพาะถ้ามีอาการแสดงของหัวใจข้างขวา ให้พักผ่อนและออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้

5. วางแผนวิธีการมีชีวิตภายใต้ความจำกัดของร่างกาย โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม ฝึกการหายใจตามที่ได้รับคำแนะนำ จัดตารางการทำกิจกรรมให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงภาวะเครียด และกิจกรรมที่รู้ว่าต้องใช้พลังงานมาก

6. ทบทวนเกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจที่จะต้องใส่ ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล สอนซ้ำเกี่ยวกับวิธีการใช้ เช่น การใช้ออกซิเจนทางสายยางเข้าจมูก การใส่ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดพ่นผ่านเครื่องทำละออง และชนิดสูดเข้าทางปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาความสะอาดของปากและฟัน การทำความสะอาดเครื่องพ่นยาและอุปกรณ์การให้ออกซิเจน

7. แนะนำผู้ป่วยให้ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการหายใจ

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 6 (วันที่ 14 มิถุนายน 2549 เวลา 10.00 นาฬิกา)

ขั้นตอนการดำเนินการ : โดยศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัย Website และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินหายใจ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 16 วันและเยี่ยมจำนวน 6 ครั้ง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8 ข้อได้รับการแก้ไขหมดทุกปัญหา เรื่องการสูบบุหรี่ผู้ป่วยยังไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ได้ส่งปรึกษาหน่วยส่งเสริมสุขภาพเรื่องการอดบุหรี่และคำแนะนำก่อนกลับบ้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น
3. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังที่มีอาการจับปล้น
4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการได้รับบริการ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยรายนี้เป็น โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังที่มีอาการจับปล้นที่สูบบุหรี่จำนวนมาก เมื่อมีอาการเจ็บป่วยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยมาก ไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ แต่เมื่ออาการหอบเหนื่อยทุเลาลงผู้ป่วยจะกลับมาสูบบุหรี่อีก ซึ่งบุหรี่เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้นได้ ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินโรคที่ผู้ป่วยต้องงดสูบบุหรี่ แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถทำได้ในทันที ต้องใช้ระยะเวลา และต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาเรื่องการงดสูบบุหรี่

2. ผู้ป่วยรายนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล

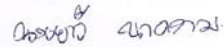
3. ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีอาการซึมเศร้า หงุดหงิดได้ง่าย การเข้าไปให้การพยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจ

10. ข้อเสนอแนะ

1. โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังเป็นโรคที่พบในผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่มาเป็นเวลานานและในขณะที่ป่วยเป็นโรคนี้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ทำให้การดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังที่มีอาการจับปล้นได้บ่อย ดังนั้นการพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการหยุดสูบบุหรี่ ในระยะแรกที่มีอาการและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยอาจหยุดสูบบุหรี่ได้เพราะอาการของโรคกำเริบ แต่เมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยจะกลับมาสูบบุหรี่อีก พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงควรมีทักษะในการให้คำปรึกษาเรื่องการหยุดสูบบุหรี่เป็นอย่างดี ควรมีการอบรมบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ในเรื่องการแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังให้หยุดสูบบุหรี่อย่างถาวร

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ควรจะมีอาสาสมัครประเภทจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล หรือมีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ 

(นางสาว นงเยาว์ นาคงาม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 3 ต.ค. 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

วันที่..... 6 ต.ค. 2551

ลงชื่อ..... 

(นาย ชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

วันที่..... 6 ต.ค. 2551

เอกสารอ้างอิง

- กรีธา ม่วงทอง และคณะ. ตำราโรค หู คอ จมูก. กรุงเทพฯ: นำอักษร, 2548.
- คณาจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา. สรีรวิทยา 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2548.
- คณาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **Emergency Medicine อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- คณาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **Evidence Based Clinical Practice Guideline**ทางอายุรกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2 .พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์จำกัด, 2549.
- จินตนา ยูนิพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล .กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และ จุฬารักษ์ สมรูป. **คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัทพิชการพิมพ์, 2547.
- ชานินท์ อินทรกำธรชัย และคณะ. **HIGH LIGHTS IN CLINICAL MEDICINE** .กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และ อรุณี เสงขมมาก . **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของNANDA**.กรุงเทพฯ: บริษัทการพิมพ์ จำกัด, 2550.
- วิทยา ศรีดามา . **คู่มือการใช้ยาทางอายุรกรรมและดัชนีค้นหาชื่อยา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- สมเกียรติ วงษ์ทิม. ในคณาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, “COPD ที่มี Acute Exacerbations.” **Emergency Medicine**อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน, 105- 127. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- สุจินดา ริมศรีทอง สุดาพรรณ ชัยจิรา และอรุณศรี เตชะหงส์. **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม1**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์ , 2545.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวนงเยาว์ นาคงาม

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7วช. ด้านการพยาบาล
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 682) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

เรื่อง จัดทำแผ่นวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยและ โปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และเป็นโรคที่เกิดอาการ
จับปล้นขึ้นได้ตลอดเวลา ถ้าผู้ป่วยไม่ดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่
ในกรุงเทพมหานคร เมืองที่คนต้องทำงานหนัก มีความเครียดจากการใช้ชีวิตที่กดดันต้องทำงานเร่งรีบ
แข่งกับเวลา และผจญกับมลพิษ ฝุ่นละออง มีปัญหาเรื่องการจราจร ซึ่งเป็นผลกระทบมากที่สุดต่อสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังที่มีอาการจับปล้นเกิดขึ้น การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทำ
ให้ต้องเสียเวลาทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและผู้ป่วย สำหรับ
ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล
ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการดูแลตนเองที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาลเพราะบ้านเป็นสถานที่ที่มีความอบอุ่น มี
ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้องที่คอยให้กำลังใจ เป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลคุ้นเคยและมีความสุขเมื่อ
ได้อยู่บ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า “บ้านคือวิมานของเรา” (อรุณวรรณ พลทธิพันธุ์, 2549 : 321)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังที่มีอาการจับปล้นส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ มีความจำในเรื่องต่างๆ
ลดลง รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยทำงานการดูแลผู้ป่วยต้องมีการสลับสับเปลี่ยนกัน
ตลอดเวลา การรับฟังคำแนะนำที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเองเพื่อชะลอความก้าวหน้าของ
โรคและวิธีคงไว้ซึ่งสภาพสูงสูดนั้นเป็นเรื่องที่ยุ่งยากสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล สำหรับพยาบาลที่ดูแล
ผู้ป่วยที่ต้องแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องเดียวกันหลายๆครั้งทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลและเวลา
จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้จัดทำคิดจัดทำแผ่นวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยและ โปรแกรมการบริหาร
กล้ามเนื้อสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังขึ้น ซึ่งแผ่นวีดิทัศน์นี้ยังไม่มีผู้ใดจัดทำขึ้นและเป็นการ
นำเทคโนโลยีใหม่ๆเข้ามาใช้ในการให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำไป
ปฏิบัติและชะลอการเกิดอาการจับปล้นได้ โดยผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาและเกิดความพึงพอใจที่ได้
สนองความต้องการในความเป็นองค์รวมของตนเองและผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกปฏิบัติบริหารกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

เป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การจัดทำแผนวิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยและโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มซึ่งได้อธิบายมโนทัศน์ของบุคคลไว้
ดังนี้ บุคคลเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความเป็นปกติสุขของชีวิต บุคคลจะปฏิบัติ
กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมดำรงรักษาภาวะปกติของสุขภาพและชีวิต โดยอาศัยพลังหรือ
ความสามารถในการดูแลตนเอง อันได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ แรงจูงใจ การตัดสินใจ วุฒิภาวะทาง
อารมณ์ที่มั่นคง โอเร็มได้จัดประเภทการดูแลตนเองเป็น 3 ประเภทคือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแล
ตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนภาวะสุขภาพ จากกรอบแนวคิดเรื่องการดูแลตนเอง
นำไปสู่กระบวนการพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยและโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดกั้นเรื้อรัง โดยจัดทำเป็นแผนวิทัศน์ซึ่งมีเนื้อหาการบรรยายเรื่องสาเหตุการเกิดโรค อาการและ
อาการแสดง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการฉับพลัน การรับประทานยาและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการ
รับประทานยา สาธิตการให้ออกซิเจนแบบสายยางเข้าจมูกและแบบหน้ากาก สาธิตการพ่นยาขยายหลอดลม
และการทำความสะอาด การเก็บรักษาอุปกรณ์พ่นยา ตัวอย่างรายการอาหารที่เหมาะสมกับโรค การปฏิบัติตัว
เพื่อชะลอการดำเนินโรคและการเกิดอาการฉับพลัน การบริหารกล้ามเนื้อ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คำนึงว่าความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยและโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง พร้อมทั้งจัดทำแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้
2. ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง ฝ่ายโภชนาการเรื่องตัวอย่างรายการอาหาร และนักกายภาพบำบัดเรื่องการสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง
3. ประชุมชี้แจงให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ
4. นำเสนอผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเพื่อขออนุมัติงบประมาณในการจัดทำแผนวิทัศน์

5. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวชภัณฑ์เพื่อดำเนินการถ่ายทำวีดิทัศน์และทำสำเนาให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
3. นำแผ่นวีดิทัศน์เปิดให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
4. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนและหลังชมแผ่นวีดิทัศน์
5. เก็บรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการชมแผ่นวีดิทัศน์ เพื่อหาแนวทางแก้ไข
6. ติดตามประเมินผลการใช้แผ่นวีดิทัศน์ในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยประสานงานกับหน่วยส่งเสริมสุขภาพเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถนำแผ่นวีดิทัศน์กลับไปทบทวนปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อกระตุ้นความตื่นตัว คำนึงว่า และคิดประดิษฐ์สื่อการสอนใหม่ๆให้ทันยุคสมัย เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและความก้าวหน้าของวิชาชีพพยาบาล
3. ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. จัดทำแผ่นวีดิทัศน์สำเร็จในเดือนธันวาคม 2551
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงพอใจในบริการ
3. ผู้ป่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
4. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80

ลงชื่อ..... *นางสาว นกนภ*

(นางสาวนงเยาว์ นากงาม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ *3. ๓. ๒๕๕๑*

เอกสารอ้างอิง

จินตนา ยูนิพันธุ์. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ , 2529 .

ฟารีดา อิบบราฮิม. กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์ , 2541 .

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ถิมอำนาจลาภ และ วิพร เสนารักษ์. กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการนำไปใช้ . พิมพ์ครั้งที่ 15. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์ , 2548 .

อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์. การดูแลสุขภาพที่บ้านตามเจตนารมณ์นพ.สุหัท ฟุ้งเกียรติ . กรุงเทพฯ: ดีไซน์ จำกัด, 2549.