ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบแบบไม่รุนแรง

เสนอโดย
นางสาวปรีกมล ใจอ่อน
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 717)
ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลกลาง
สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบแบบไม่รุนแรง

เสนอโดย
นางสาวปรีกมล ใจอ่อน
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 717)
ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลกลาง
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อ

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2561)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ปอดอักเสบคือ โรคหรือภาวะที่มีการอักเสบของเนื้อปอด (lung parenchyma) หากการอักเสบนั้นเกิดจากเชื้อโรคจะเรียกว่า pneumonia หากเกิดจากสาเหตุอื่นเรียกว่า pneumonitis เชื้อก่อโรคเข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่ทางการหายใจ (inhalation) แต่บางรายอาจเกิดจากการสำลักทำให้เชื้อที่อาศัยในช่องปากเข้าสู่ระบบการหายใจส่วนล่าง และเกิดปอดอักเสบขึ้น (มณฑิรา มณีรัตนะพร,นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย และศรีสกุล จิรกาญจนากร, 2561)

สาเหตุ

ปอดอักเสบเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่นแบคทีเรีย ไวรัส mycoplasma เชื้อรา ปอดอักเสบมักเป็นผลตามมาจากการเป็นไข้หวัดใหญ่มาก่อน ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่ของปอดอักเสบคือ มีประวัติสูบบุหรี่ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน การใส่ท่อหลอดลมคอ ไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานานๆ ได้รับยากดภูมิต้านทาน ระบบภูมิต้านทานไม่ทำงาน ขาดสารอาหาร ขาดน้ำนอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอีกได้แก่การสัมผัสกับอากาศเสียที่มีมลพิษ ภาวะความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงจากแอลกอฮอล์ การได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว และภาวะชักหรือมีเชื้อโรคอยู่ภายในร่างกาย แล้วกระจายมายังปอด (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

พยาธิสรีรภาพ

ปัจจัยที่ทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อที่ปอดได้แก่ ความผิดปกติของระบบ ภาวะที่มีการทำลายกระบวนการโบกพัดของขนกวัก (cilia) เมื่อเกิดการติดเชื้อทำให้มีการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด เกิดการซึมผ่านของของเหลวเข้าสู่ชั้น interstitial space และ alveolar นอกจากนั้นยังมีเม็ดเลือดขาวมาบริเวณที่เกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ต่อมาร่างกายจะมีขบวนการซ่อมแซมเกิดเป็นแผล หรือพังผืดขึ้นแทน (organization) พยาธิสภาพที่ปอดที่ตรวจพบได้จะเกิดขึ้นเป็นระยะมี 4 ระยะ (ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, 2561) ดังนี้

1. ระยะคั่งเลือด (congestion) ระยะนี้จะเกิดใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ลักษณะของกลีบปอดที่ติดเชื้อจะมีสีแดง นุ่ม และน้ำหนักเพิ่มขึ้น ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบการคั่งของเลือดในหลอดเลือดต่างๆ มีสารน้ำเข้าไปในถุงลมปอด และพบเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil จำนวนน้อย

2. ระยะปอดแข็งสีแดง (red hepatization) ระยะนี้จะเกิดขึ้นในวันที่ 2-3 ของโรค มีฟองอากาศออกมา ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบเลือดออกเข้าไปในถุงลมจำนวนมาก ผนังถุงลมยังไม่ถูกทำลาย

3. ระยะปอดแข็งสีเทา (grey hepatization) ระยะนี้จะเกิดขึ้นในวันที่ 4-5 ของโรค จะพบปอดที่มีการติดเชื้อแข็ง และมีสีเทาออกน้ำตาล มีพังผืดจับบริเวณ pleural surface ของปอด ระยะนี้เชื้ออาจแพร่กระจาย

เข้าสู่เยื่อหุ้มปอด ทำให้เกิดฝีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (empyema)

4. ระยะฟื้นตัว (resolution) ปอดจะกลับเป็นสีแดง เนื้อปอดที่อักเสบยังไม่มีอากาศในถุงลมปอด ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบมีเซลล์ macrophage เข้าไปเก็บกินซากเซลล์ที่เหลือจากกการย่อยสลาย

อาการและอาการแสดง

โรคปอดอักเสบ อาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ถึงขั้นรุนแรง และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ มักมีไข้ อัตราการหายใจสูงขึ้น (มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที) ในบางรายมีอาการหนาวสั่น (chill) หรือเหงื่อออก (sweat) อาการไอ พบได้บ่อย ซึ่งมีได้ทั้งแบบไม่มีเสมหะ และมีเสมหะ เช่น ลักษณะคล้ายเมือก (mucoid) เป็นหนอง (purulent) หรือเลือดปนได้ (blood-tinged) อาการที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ ผู้ป่วยสามารถพูดได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยมาก จนไปถึงหายใจด้วยอัตราเร็ว และแรง หากเยื่อหุ้มปอดมีอาการอักเสบมาก ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการเจ็บบริเวณหน้าอก (chest pain) อาการ และอาการแสดงในอวัยวะอื่นๆ ที่พบได้เช่น อาการผิดปกติของทางเดินอาหารรู้สึกอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาจพัฒนาไปสู่การทำงานของอวัยวะต่างๆ แย่ลง หรือเกิดภาวะช็อกได้ (วิชัย สันติมาลีวรกุล, 2558)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบนั้น คือการเกิดปฏิกิริยาการอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งส่วนใหญ่ คือ การตรวจพบรอยโรคจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ลักษณะทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงโรคปอดอักเสบได้แก่ ไข้สูง หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับการหายใจ (pleuritic pain) การตรวจร่างกายพบลักษณะของ consolidation หรือตรวจพบ crepitation ในบางตำแหน่งของทรวงอกเป็นต้น ลักษณะทางภาพถ่ายรังสีทรวงอกในโรคปอดอักเสบส่วนใหญ่จะพบเป็น patchy opacity ร่วมกับ air bronchogram หรืออาจพบเป็น lobar consolidation ใน lobar pneumonia ในบางรายอาจพบลักษณะของ diffused ground-glass opacity หรือ reticular infiltration ได้เช่นกัน จากการศึกษาพบว่าปอดอักเสบจากเชื้อก่อโรคต่างๆ มีลักษณะทับซ้อนกัน จึงไม่สามารถนำมาใช้เพื่อบ่งบอกถึงเชื้อก่อโรคได้ (มณฑิรา มณีรัตนะพร, นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย และศรีสกุลจิรกาญจนากร, 2561)

การรักษา

หลักการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค การให้ยาปฏิชีวนะโดยทั่วไปการให้ยาสองชนิดร่วมกันยังเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเลือกยาในกลุ่ม beta-lactam เช่น ceftriaxone cefotaxime ร่วมกับ macrolide เช่น azithromycin clarithromycin ซึ่งการรักษาด้วยยาร่วมสองชนิดควรใช้ในกลุ่มที่มีโอกาสจะเป็น severe community acquired pneumonia (CAP)

การเปลี่ยนยาฉีดมาเป็นรูปแบบรับประทาน สามารถเปลี่ยนมาเป็นรูปแบบยารับประทานได้ใน 3 วัน โดยยึดหลัก Criteria for clinical stability ประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 37.8 องศาเซลเซียส

ชีพจรน้อยกว่า หรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจน้อยกว่า หรือเท่ากับ 24 ครั้งต่อนาที ความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วมากกว่า หรือเท่ากับ 90 เปอร์เซ็นต์ และความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถเปลี่ยนรูปแบบเป็นยารับประทานได้ (อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล, ยิ่งยง ชินธรรมมิตร์ และสมิง เก่าเจริญ, 2558)

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นการให้การพยาบาลเชิงรุก ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจอย่างครอบคลุม สามารถแบ่งการพยาบาลเป็นระยะได้ 4 ระยะ (เพชรรุ่ง อิฐรัตน์, 2562) ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ได้แก่

การดูแลระบบทางเดินหายใจ

1. ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการ และอาการแสดงของการหายใจ อัตราการหายใจ โดยการบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว

การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต

1. ดูแลให้สารน้ำ Crystalloid เช่น NSS และ Lactate ringer ให้เพียงพอต่อการรักษา

2. ประเมินผิวหนังลายเป็นจ้ำเขียว ปลายมือปลายเท้าเย็น ซีด ประเมิน capillary refill

3. ติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออกในร่างกาย โดยให้ปริมาณปัสสาวะให้ออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ต่อชั่วโมง

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตได้แก่

การดูแลป้องกันการติดเชื้อ

1. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ การล้างมือให้สะอาดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2. ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ลิ้นลดการติดเชื้อในปาก ลำคอ ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

3. ติดตามอาการของการติดเชื้อวัดอุณหภูมิร่างกาย ติดตามผลการเก็บสิ่งส่งตรวจ

4. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส

การดูแลเกี่ยวกับภาวะขาดสารน้ำสารอาหาร และโภชนาการ

1. ดูแลให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะสูญเสียน้ำ และโซเดียมจากไข้เหงื่อออกมาก

2. จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเป้าหมาย

3. การดูแลระยะต่อเนื่อง

การดูแลด้านจิตสังคม

1. จัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น ลดเสียงรบกวนให้น้อยที่สุด จัดหาปฏิทิน นาฬิกาที่สามารถมองเห็นได้

2. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวล แสดงความเห็นอกเห็นใจ

3. ให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้อยู่ร่วมกันตามลำพัง เพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจ ประคับประคองจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ

1. ประเมินสภาวะผู้ป่วย และความก้าวหน้าของโรค

2. จัดท่าให้เสมหะออกง่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 1-2 ชั่วโมง

3. สอนให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี

4. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 2,000-3,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยเฉพาะในรายที่มีไข้สูง

6.ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นทีละน้อย แล้วเริ่มเพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อยๆ

7. ในรายที่ต้องจำกัดกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกาย และฝึกทำกิจกรรมเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองต่อครอบครัว

4. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

1. ประเมินข้อมูลความรู้ ประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วย และปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องการความช่วยเหลือรวมทั้งประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการเกิดของโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการ และอาการแสดง การรักษา และการดูแลตนเอง

ความรู้ทางเภสัชวิทยา (ปราณี ทู้ไพเราะ, 2551)

ยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ มีดังนี้

ceftriaxone เป็นยากลุ่มเซฟาโลสปอริน ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ฆ่าเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมบวก และแบคทีเรียแกรมลบ ใช้ได้ผลดีต่อเชื้อ E. coli Klebsiella sp. Influenza มีผลข้างเคียงทำให้ ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด กดการสร้างไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด และความเข้มข้นของเลือดต่ำ แพ้ยา เช่น ผื่นคัน มีไข้ เป็นต้น

levofloxacin เป็นยากลุ่มควิโนโลน ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ใช้รักษาปอดอักเสบ หรือการติดเชื้อแบคทีเรียในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบ ผลข้างเคียงทำให้คลื่นไส้ ท้องเสียปวดศีรษะ

อาการข้างเคียงร้ายแรงทำให้มีเลือดออกผิดปกติ ตัวเหลืองตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้มต้องแจ้งแพทย์ทันทีไม่ควรรับประทานยาพร้อมกับนม หรือน้ำผลไม้

azithromycin เป็นยากลุ่มแมคโครลัยด์ขจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อ เช่นทางเดินหายใจ ผิวหนัง หู เป็นต้น ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน ผลข้างเคียง หายใจลำบากเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องเดิน ปวดท้อง ท้องเป็นตะคริว เกิดภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน เป็นพิษต่อตับ ทำให้ตับอักเสบการให้ยานาน10-21 วัน อาจมีผื่นคัน ลมพิษ ไข้ เวียนศีรษะได้

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคปอดอักเสบ เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด จากสถิติผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลาง ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ มีจำนวนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 648, 680 และ 879 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลกลาง, 2562) จากการปฏิบัติงาน ทบทวนเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในโรค และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ผู้จัดทำจึงสนใจศึกษา ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. เลือกเรื่องที่น่าสนใจ โดยรวบรวมข้อมูลจากสถิติการเข้ารับการรักษาตัวของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลกลางที่พบได้บ่อย พบว่า โรคปอดอักเสบ เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ที่พบอัตราการกลับเป็นซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด

2. ศึกษา ค้นคว้า ความรู้ทางวิชาการ กรอบแนวคิดทางการพยาบาล จากตำราวิชาการ วารสารที่เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ ปรึกษาแพทย์ผู้รักษา ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเป็นแนวทางกรณีศึกษา

3. เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ มีไข้ ไอมากขึ้น เจ็บเสียดบริเวณอกด้านขวา ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ จึงรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2560 HN 22531/57 AN 11988/61 โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ประเมินแผนสุขภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม ซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

3.2 วิเคราะห์ และวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลตามภาวะของโรคให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับแผนการรักษา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องทันท่วงที และครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย

3.3 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด

3.4 ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคในส่วนที่ขาดไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

3.5 บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พร้อมกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังให้การพยาบาลลงในเวชระเบียนผู้ป่วยทุกครั้ง

4. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเอกสารทางวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้อง นำเสนอ ตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี HN 22531/57 AN 11988/61 สัญชาติไทย สถานภาพสมรส โสด นับถือศาสนาพุทธ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลาง ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ 20/11 เมื่อวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2561เวลา 12.50 นาฬิกา ด้วยอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลคือ มีไข้ ไอมากขึ้น เจ็บเสียดบริเวณอกด้านขวา ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลแรกรับที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 96 เปอร์เซ็นต์ มีประวัติสูบบุหรี่ 4 มวนต่อวัน ดื่มสุรา 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหารทุกชนิด ปฏิเสธโรคประจำตัว ผลการถ่ายภาพรังสีของทรวงอก พบบริเวณปอดด้านขวากลีบล่างมีลักษณะเป็นกระจกฝ้า แพทย์วินิจฉัยเป็นปอดอักเสบ จึงรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2561 เวลา 12.50 นาฬิกา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ 20/11 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/74 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ complete blood count (CBC), electrolyte, liver function test (LFT), BUN, creatinine, anti Human Immunodeficiency Virus (HIV), hemo culture 2 specimens, sputum culture, sputum gram's stain และ sputum acid-fast bacillus (AFB) พบความผิดปกติ นิวโทรฟิวสูง 75.0 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40.5-70.2 เปอร์เซ็นต์) แสดงถึงการติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ สังเกตอาการไข้สูงลอย ภาวะหายใจล้มเหลว หายใจหอบเหนื่อย เนื้อเยื่อเกิดภาวะขาดออกซิเจน (cyanosis) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย พบโซเดียมต่ำ 135 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 136-145 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ต่ำ 94 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร) จากร่างกายสูญเสียน้ำจากไข้สูง และเบื่ออาหาร เฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัวซึมลง ปวดศีรษะ

คลื่นไส้ จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย รอติดตามผลเลือดเพาะเชื้อ และเสมหะเพาะเชื้อ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 กรัม หยดเข้าเส้นเลือดดำวันละ 1 ครั้ง ยาปฏิชีวนะแบบรับประทาน azithromycin 250 มิลลิกรัม 2 เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า ยาขับเสมหะ และระงับการไอ ตามอาการ ได้แก่ bromhexine 8 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง

วันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2561 สัญญาณชีพ มีไข้ต่ำ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/61 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้ยาระงับการไอเพิ่มขึ้น ได้แก่ acetylcysteine 100 มิลลิกรัม 1 ซองละลายน้ำ 200 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร และ M.tussis จิบ เวลาไอ แพทย์อนุญาตให้ย้ายห้องพิเศษได้

วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2561 เวลา 15.00 นาฬิกา รับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ 20/11 นำส่งด้วยรถเข็น พยาบาลแนะนำตัว พูดคุยทักทายกับผู้ป่วย แนะนำสถานที่ ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจแรง อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที บ่นปวดเมื่อยตามตัว จึงจัดให้ผู้ป่วยพักศีรษะสูงบนเตียง 30-45 องศา เพื่อให้อวัยวะในช่องท้องไม่กดเบียดกะบังลม สอนให้ผู้ป่วยฝึกหายใจ โดยสูดหายใจเข้าทางจมูกโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกะบังลม แล้วหายใจออกทางปากแบบห่อปาก เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี จากการประเมินผล ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย ไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง ไอมาก กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ริมฝีปากแห้งลดลง บันทึกสัญญาณชีพแรกรับ ผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/64 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ดูแลเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้น้ำเป็นตัวนำความร้อนออกจากร่างกาย หลังเช็ดตัวลดไข้ อุณหภูมิร่างกายลดลง 36.9 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย 9-10 คำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย แนะนำให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยต้องการรับประทานมาให้ เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ติดตามปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ สังเกตการรั่วของสารน้ำออกนอกหลอดเลือดดำ ได้แก่ เจ็บ ปวดบวม แดงร้อน ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน โดยสังเกตผิวหนังบริเวณหลังเท้าบวม ติดตามฟังเสียงปอดทุก 4-6 ชั่วโมง สังเกตอาการหอบเหนื่อย หายใจกระแทก จากการประเมินไม่พบภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตก

กังวล พูดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้อยู่ร่วมกันเพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจ และประคับประคองจิตใจ จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด ลดเสียงรบกวน มีอากาศถ่ายเท ผู้ป่วยสีหน้าคลายวิตกกังวลลง พักผ่อนได้ดี บริหารยารับประทานอย่างต่อเนื่อง สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา ผู้ป่วยไม่มีปวดมวนท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ตัวตาเหลือง ติดตามผลเลือดเพาะเชื้อ พบผลเพาะเชื้อเลือดปกติ hemo culture no growth after 2 days ผลเสมหะเพาะเชื้อ พบเชื้อ Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae รายงานผลแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ แจ้งผลเพาะเชื้อให้ผู้ป่วยรับทราบ แนะนำให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัย หรือผ้าปิดปากปาก และจมูกเวลาไอ จาม ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งเมื่อสัมผัสสิ่งคัดหลังที่ออกมาจากปาก หรือจมูก แยกของใช้ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

วันที่ 17 กันยายน พ.ศ.2561 เวลา 08.15 นาฬิกา ประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บ่นอยากกลับบ้าน จึงแจ้งผู้ป่วยยังมีอาการไอ มีเสมหะสีขาขาวขุ่น จึงอาจทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากหายใจ และไออย่างไม่มีประสิทธิภาพ ให้การพยาบาลโดยสอนให้ผู้ป่วยฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ ประคองอก และหน้าท้อง หายใจเข้าแล้วหายใจออกโดยแรง ช่วยเคาะปอด (percussion) และการสั่นสะเทือนปอด (vibration) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ และขับเสมหะในหลอดลม และปอดออกสู่ภายนอก ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี หายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีหอบเหนื่อย ติดตามฟังเสียงปอด ไม่พบเสียงผิดปกติ แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ลิ้น เพื่อลดการติดเชื้อในปาก และคอหอย กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นทีละน้อย โดยให้ผู้ป่วยเดินรอบเตียง ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยลื่นล้ม ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวได้ดี วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ บริหารยาปฏิชีวนะ ceftriaxone แบบฉีด สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดมวนท้อง และเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ไม่พบหลอดเลือดดำอักเสบ บริหารยา azithromycin ให้ครบ 7 วัน สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น หูไม่ได้ยิน บ้านหมุน ตัวเหลืองตาเหลือง ผู้ป่วยไม่พบอาการข้างเคียงจากการได้รับยา และติดตามผลการถ่ายภาพรังสีของทรวงอก อีกครั้งวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2561 ตามแผนการรักษา

วันที่ 18 กันยายน พ.ศ.2561 เวลา 08.00 นาฬิกา พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น สีหน้าสดชื่น ทักทายพยาบาลด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม ระหว่างพูดคุยผู้ป่วยไอลดลง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการเดินบริเวณรอบห้องพักได้ดี ไม่มีหอบเหนื่อย บันทึกสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 91/58 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ รับประทาน

อาหารตามที่โรงพยาบาลจัดไว้ได้หมด ผลการถ่ายภาพรังสีของทรวงอก กระจกฝ้าบริเวณปอดด้านขวากลีบล่างลดลง แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน ดูแลแนะนำให้คำปรึกษาผู้ป่วย และญาติเรื่องวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทบทวนการฝึกหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ แนะนำการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วย และญาติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ รักษาความสะอาดร่างกาย การล้างมือบ่อยๆ เมื่อสัมผัส เสมหะ หรือน้ำมูก เว้นระยะห่างทางสังคม ยืน หรือ นั่งห่างกัน 1-2 เมตร ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อเข้าไปในพื้นที่ชุมชน หรือพื้นที่แออัดเพื่อลดการติดเชื้อ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสม เน้นย้ำเรื่องการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และสูดดมควันบุหรี่ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือในตัวเองเพิ่มมากขึ้น แนะนำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ไอมาก หายใจหอบเหนื่อยแม้ไม่มีกิจกรรม เป็นต้น ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และญาติ จากการประเมินผล พบว่าผู้ป่วย และญาติคลายอาการวิตกกังวล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน นัดติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2561 เวลา 08.30-11.30 นาฬิกา

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ พบปัญหาทั้งหมด 5 ปัญหา ดังนี้ 1) ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากหายใจ และไออย่างไม่มีประสิทธิภาพ 2) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ 3) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 4) ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากโซเดียมในร่างกายต่ำ และ 5) ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน ซึ่งปัญหาทั้งหมด 5 ปัญหา ได้รับการแก้ไขหมดไปผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วย และญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถฝึกหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพได้ตามคำแนะนำ ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2561 เวลา 19.00 นาฬิกา และนัดติดตามอาการ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2561 เวลา 08.30-11.00 นาฬิกา รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 5 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

ได้พัฒนาความรู้เพิ่มขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้าและนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

9. ความยุ่งยากปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ในกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี วัยทำงาน มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง มีประวัติดื่มสุรา 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และสูบบุหรี่ 4 มวนต่อวัน จึงมีความจำเป็นต้องอธิบายให้ตระหนักถึงอันตรายของผลต่อการสูบบุหรี่ที่มีต่อปอด และโอกาสการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาปฏิชีวนะแบบเม็ดที่ต้องไปรับประทานที่บ้านจนครบ และการมาตรวจตามนัด

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ อย่างตรงจุด
2. ควรมีเอกสารแนะนำการปฏิบัติตน เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวปรีกมล ใจอ่อน)

ผู้ขอรับการประเมิน

๑๕ ก.ย. ๒๕๖๓

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางประพิมพรรณ เกรียงวัฒนศิริ)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง

๑๕ ก.ย. ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....

(นายเพชรพงษ์ กำจรกิจการ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

๑๕ ก.ย. ๒๕๖๓

บรรณานุกรม

ปราณี ทู้ไพเราะ. (2551). *คู่มือยา*. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 4*.กรุงเทพฯ: บริษัท ไอกรุ๊ป เพรส จำกัด.

เพชรรุ่ง อิฐรัตน์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16*(2), 72-82.

มณฑิรา มณีรัตนะพร, นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย และศรีสกุล จิรกาญจนกร. (2561). *อายุรศาสตร์ทันใจ*.กรุงเทพฯ: บริษัท พริ้นท์เอเบิ้ล จำกัด.

ลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2561). *พยาธสรีรวิทยาระบบทางเดินหายใจ*. สืบค้น 24มิถุนายน 2563, จาก https://pubhtml5.com/cayi/lvjb/basic

วิชัย สันติมาลีวรกุล. (2558). *เภสัชบำบัดในโรคปอดอักเสบจากแบคทีเรีย*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.

เวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลกลาง. (2562). *รายงานสถิติประจำปี*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกลาง

อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, ศศิโสภณ เกียรติบูรณกุล, ยิ่งยง ชินธรรมมิตร์ และสมิง เก่าเจริญ. (2558). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยทางอายุรศาสตร์*.กรุงเทพฯ: บริษัท เนติกุลการพิมพ์ จำกัด.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวปรีกมล ใจอ่อน

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 717) สังกัดฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

เรื่อง แผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบแบบไม่รุนแรง

หลักการและเหตุผล

โรคปอดอักเสบ (pnuemonia) หมายถึง การติดเชื้อในเนื้อเยื่อพาเรงคิมา (parenchyma) ของปอด โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุได้แก่ แบคทีเรีย รา และไวรัส ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบนั้นมีอาการ และอาการแสดงที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยอาจมีอาการเล็กน้อยไปจนถึงเสียชีวิตได้ จากงานวิจัยของ Mayr และคณะ ที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อจากโรงพยาบาล 2,005 แห่งใน 7 มลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริการะหว่างปี พ.ศ. 2546-2550 พบว่าโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อมากที่สุด และเป็นแหล่งติดเชื้อที่มีอันตรายเป็นอันดับ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับโรคติดเชื้อตำแหน่งอื่นๆ (Mayr FB, Yende S, Linde-Zwirble WT, Peck-Palmer OM, Barnato AE and Weissfeld LA, 2010) สำหรับข้อมูลในประเทศไทย จากงานวิจัยของ สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และคณะ รายงานความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (nasocomail infection) ณ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 ในโรงพยาบาล 42 แห่งทั่วประเทศ พบว่ารายงานความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เกิดขึ้นร้อยละ 6.4 โดยแหล่งติดเชื้อที่พบมากเป็น 3 ลำดับแรกคือ ทางเดินหายใจส่วนล่าง ทางเดินปัสสาวะ และการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 34.1, 21.50 และ 15.0 ตามลำดับ (สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และคณะ, 2544) สอดคล้องกับงานวิจัย ฉบับต่อมาของ สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และคณะ รายงานความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ณ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2549 ในโรงพยาบาล 20 แห่งทั่วประเทศ พบว่า รายงานความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เกิดขึ้นร้อยละ 6.5 โดยแหล่งติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ ทางเดินหายใจส่วนล่าง คิดเป็นร้อยละ 36.1 (สมหวัง ด่านชัยวิจิตร และคณะ, 2549) โรคปอดอักเสบ เป็นโรคติดเชื้อที่พบได้ทั้งในชุมชน และโรงพยาบาล ซึ่งกระทบต่อภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิต จากข้อมูลรายงานของระบบเฝ้าระวังโรค กลุ่มงานระบาดวิทยา กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่าอัตราความเจ็บป่วยในช่วง 5 ปี อยู่ระหว่าง 1.97-2.79 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายในช่วง 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.24-0.89 โดยมีอัตราความเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 0-4 ปี รองลงไปคือกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป และอัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุผู้ป่วย โดยกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราตายสูงที่สุด (กลุ่มงานระบาดวิทยา กองควบคุมโรค, 2562) จากสถิติย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณอ้างอิงจาก สถิติของโรงพยาบาลกลาง พ.ศ. 2559-2561 พบว่า มีผู้ป่วยมารักษาปอดอักเสบในโรงพยาบาลจำนวน 648, 680 และ 879ราย ตามลำดับ (เวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลกลาง, 2562) ทั้งนี้ผู้ป่วย และญาติ จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัว

ที่ถูกต้องขณะอยู่โรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง และเหมาะสมเมื่อกลับไปบ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เป็นต้น ผู้ศึกษาจึงได้มีแนวคิดจัดทำแผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบแบบไม่รุนแรง เพื่อเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และกลับบ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
2. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ
3. เพื่อลดจำนวนวันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย
4. เป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์แนวคิดข้อเสนอ

โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อการติดต่อส่วนใหญ่เป็นแบบ droplet transmission โดยได้รับเชื้อเข้าไปในทางเดินหายใจส่วนบน เกิดการแบ่งเซลล์ในตัวเยื่อบุ (epithelial cell) และมีการลุกลามไปยังทางเดินหายใจส่วนล่าง แล้วไปยับยั้งระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ หอบเหนื่อย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว พบความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก โรคนี้สามารถพบได้ในทุกช่วงอายุ โดยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการรับยาปฏิชีวนะ และการรักษาประคับประคองตามอาการที่แสดงซึ่งมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง โดยส่วนมากมักพบปัญหาการดูแลตนเองในที่แออัดไม่เหมาะสม จากทฤษฎีการพยาบาลของคิง ที่มีทฤษฎีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ มุ่งเน้นระบบของบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม สำหรับทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ใช้ระบบส่วนบุคคลได้แก่ การรับรู้อัตตา หรือตัวตน การเจริญเติบโตและพัฒนาการ กาลเทศะ และระบบระหว่างบุคคลได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย บทบาท และความเครียด มุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นหัวใจสำคัญ ที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย (goal attainment) สิ่งสำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย คือ พยาบาลมีการรับรู้ที่สอดคล้องกับผู้รับบริการ ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ค้นหา และวางแนวทางการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ ผลของการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันคือ ความพึงพอใจในการแสดงกิจกรรม (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556) เพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน จึงเกิดแนวความคิดที่จะพัฒนาแผนการสอนขึ้น

โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ประชุม และสำรวจโรคที่พบได้บ่อยในหน่วยงาน เพื่อเลือกเรื่องที่จะทำการศึกษา
2. นำเสนอแนวความคิดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย และเสนอในที่ประชุมภายในหน่วยงาน

3. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูลจากตำรา ผลงานทางวิชาการ และอินเตอร์เน็ตปรึกษาแพทย์ผู้รักษานำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ วางแผนสร้างแนวทางการให้ความรู้ เพื่อเสริมสร้างพลังให้แก่ผู้ป่วย และญาติได้อย่างถูกต้อง

4. จัดทำแผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบแบบไม่รุนแรง โดยมีหัวข้อดังนี้

4.1 สาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบ

4.2 อาการ และอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ

4.3 ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบ

4.4 ข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

4.5 อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

5. จัดทำแบบประเมินความรู้ก่อน และหลังการสอน

6. นำเสนอข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคติดเชื้อ ปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

7. นำแผนการสอนไปทดลองใช้ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

8. ประเมินความรู้ ของผู้ป่วย และญาติ โดยการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

9. ประชุมร่วมกันในหน่วยงาน เพื่อประเมินผลการใช้สื่อการสอน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีแผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบแบบไม่รุนแรง

2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบ

3. ผู้ป่วยมีความรู้ คลายความกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยได้รับความรู้จากแผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับโรคปอดอักเสบแบบไม่รุนแรง สามารถตอบคำถามได้ มากกว่าร้อยละ 80

2. พยาบาลนำแผนการสอน มาใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 100

ลงชื่อ.....ปรีกมล ใจอ่อน.....

(นางสาวปรีกมล ใจอ่อน)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....๑๕ กย. ๒๕๖๓.....

บรรณานุกรม

กลุ่มงานระบาดวิทยา กองควบคุมโรคติดต่อ. (2562). *ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย

นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556).ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, *31*(4), 16-25.

เวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลกลาง. (2562). *รายงานสถิติประจำปี*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกลาง

Danchaivijitr S, Dhiraputra C, Santiprasitkul S and Judaeng T. *Prevalence and impacts of nosocomial infection in Thailand 2001*. J Med Assoc Thai. 2005 ;88 Suppl 10:S1-9.

Danchaivijitr S, Judaeng T, Sripalakij S, Naksawas K and Pipat T. *Prevalence and impacts of nosocomial infection in Thailand 2006*. J Med Assoc Thai. 2007 ;90(8):1524-9.

Mayr FB, Yende S, Linde-Zwirble WT, Peck-Palmer OM, Barnato AE, Weissfeld LA, et al. *Infection rate and acute organ dysfunction risk as explanations for racial differences in severe sepsis*. JAMA. 2010 ;303(24):2495-503.