

ฉบับปรับปรุงตามมติ ครั้งที่ 2 / 65 เมื่อวันที่ 23 มี.ค. 65
สถานที่ เชนอริเทร

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผ่นรองป้องกันแผลกดทับ

กรรมการตรวจแล้ว

ผ่าน

แก้ไขเพิ่มเติม

กรรมการ สก มงฆ์

(ศฝ.ดร.จรัส สุทธิ)

เสนอโดย

นางสาวชลธิชา ฤกษ์สว่าง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 744)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผ่นรองป้องกันแผลกดทับ

เสนอโดย

นางสาวชลธิชา ฤกษ์สว่าง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 744)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 17 วัน (ตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ดำเนินการ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* เชื้อวัณโรคจัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTBC) มีลักษณะทรงแท่งหนาประมาณ 0.3 ไมโครเมตร ยาวประมาณ 2-5 ไมโครเมตร ซึ่งสามารถติดต่อกันผ่านทางอากาศโดยการหายใจ การจาม การไอ หรือการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ ซึ่งวัณโรคสามารถเกิดได้ในอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 พบที่ปอด (ศรีประพา เนตรนิยม และคณะ, 2559)

สาเหตุ

สาเหตุของวัณโรคปอด (*Mycobacterium tuberculosis*) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมบวก รูปร่างเป็นแท่ง มีผนังเซลล์หนาและมีสารไขมันเป็นจำนวนมาก ย้อมติดสียาก แต่เมื่อย้อมติดสีแล้วจะล้างไม่ออกด้วยกรดหรือแอลกอฮอล์ จึงเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า acid fast bacilli หรือ AFB (มยุรา กุสุมภ์ และคณะ, 2561)

การติดต่อ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจแบบ Airborne transmitted infectious disease สามารถติดต่อกันผ่านทางอากาศโดยการหายใจ การจาม การไอ ร้องเพลง หรือการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ (เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ และคณะ, 2561)

พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อบุคคลที่มีภูมิคุ้มกันต่ำสุดเอาละอองที่มีเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* เชื้อจะเข้าไปในถุงลม ระบบภูมิคุ้มกันจะทำหน้าที่ส่งเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซท์และแมกโครฟาจมาล้อมเชื้อไว้เพื่อช่วยทำลายเชื้อหรือสร้างเกราะหุ้มเชื้อไว้เป็นถุงหุ้มเชื้อเรียกว่าทูเบอร์เคิล (Tubercle) ทำให้ต่อมน้ำเหลืองบวมและอักเสบ เชื้อที่ถูกทำลายหรือตายแล้วจะกลายเป็นก้อนเหมือนเนยแข็ง หากก้อนนี้สลายกลายเป็นของเหลวไหลเข้าสู่หลอดลมจะมีอาการไอออกมาเป็นเสมหะ ทำให้เกิดเป็นโพรงหลงเหลืออยู่ ตรวจพบได้จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เมื่อผู้ป่วยมีอาการอ่อนแอจะมีการกระตุ้นให้เชื้อวัณโรคที่สงบอยู่ในร่างกายมีการแบ่งตัวขึ้นมาใหม่ ถ้าเชื้อมีจำนวนมากหรือมี Hypersensitivity Reaction ที่รุนแรง จะเกิด Tuberculous Pneumonia เนื้อปอดจะมีลักษณะบวมขึ้น เยื่อหุ้มปอดอักเสบ ทำให้ผู้ป่วยมีไข้ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อวัณโรคปอดซึ่งเป็นแบคทีเรียจะทำให้ต่อมรับรสเปลี่ยนไป ความอยากรับประทานอาหารจึงลดลง รู้สึกเบื่ออาหาร ซึ่งภาวะเบื่ออาหารมีผลต่อการทำงานของตับและกล้ามเนื้อต่างๆ เนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารประเภทโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตที่เก็บสะสมในตับและกล้ามเนื้อ การเผาผลาญพลังงานที่มากขึ้นมีผลทำให้เกิดภาวะ Hypermetabolism แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จึงทำให้มีการสลายและนำพลังงานจากกล้ามเนื้อมาใช้ ส่งผลให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆลีดลง ผู้ป่วยจึงมีรูปร่างผอม น้ำหนักลด (ประทุม สร้อยวงค์, 2560)

อาการและอาการแสดง

เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อวัณโรคส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการโดยทันที เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันจะทำหน้าที่ป้องกันการงู๋โจมตีของเชื้อในร่างกาย จึงทำให้เชื้อมักค่อย ๆ พัฒนาไปอย่างช้า ๆ อาจต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์ ๆ ไปจนถึงหลายปีกว่าอาการของโรควัณโรคจะเริ่มแสดงอาการออกมาให้เห็น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคจะมีอาการ ดังนี้

- 1.) ไอเกิน 2 สัปดาห์ ไอมีเสมหะปนเลือด
- 2.) มีไข้ต่ำ ๆ เหงื่อออกกลางคืน
- 3.) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
- 4.) เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ (ประทุม ศรีอวยวงศ์, 2560)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยวัณโรคปอด ใช้องค์ประกอบด้านต่าง ๆ ดังนี้ (นิธิพัฒน์ เจียรกุล, 2556)

1. จากประวัติและการตรวจร่างกายจะพบว่าผู้ป่วยมักจะมีอาการไอเรื้อรังนานเกิน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย ไข้ต่ำ ๆ การขยายตัวของปอดบริเวณนั้นลดลง เมื่อฟังด้วย stethoscope อาจได้ยินเสียง rales ขณะหายใจเข้าบริเวณรอยโรค
2. การตรวจทางรังสี แม้ภาพถ่ายที่ได้ไม่มีความจำเพาะ แต่มักมีความผิดปกติที่สามารถพบได้
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การย้อมเชื้อวัณโรคจากเสมหะ การตรวจ Polymerase Chain Reaction (PCR) การตรวจ Tuberculin Skin Test และการตรวจ Nucleic Acid Amplification Test (NAAT)

การรักษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะต้องมีอาการดีขึ้นภายใน 2-4 สัปดาห์ ภาพรังสีทรวงอกจะดีขึ้นภายในเดือนที่ 2 เสมหะจะปลอดเชื้อในเดือนที่ 2-3 และเมื่อได้ยาครบจะหายจากโรค 99-100 เปอร์เซ็นต์ เมื่อหยุดยาแล้วอาจพบการกลับมาเป็นใหม่อีกไม่เกิน 1-2 เปอร์เซ็นต์ การรักษาวัณโรคปอดมีหลักสำคัญ คือ ใช้ยาหลายชนิดร่วมกันและให้ยาอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด ซึ่งยารักษาวัณโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1.) ยาวัณโรคแนวที่ 1 (First line drugs: FLD) 2.) ยาวัณโรคแนวที่ 2 (Second line drugs: SLD) (เปี่ยมลาภ แสงสาขันธ์ และคณะ, 2561)

สูตรยารักษาวัณโรคปอดมาตรฐาน มีดังนี้

1. สูตรที่ 1 สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับการรักษา หรือรักษาไม่เกิน 1 เดือน (2 HRZE / 4 HR) คือ ใช้ยา Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide และ Ethambutol ในระยะ 2 เดือนแรก ส่วน 4 เดือนหลังใช้ยา Isoniazid กับ Rifampicin จนครบ 6 เดือน
2. สูตรที่ 2 สำหรับผู้ป่วยรักษาซ้ำด้วยยาวัณโรค First-Line (2 HRZES 5 / 1 HRZE / 5 HRE) คือ ใช้ยา Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol และ Streptomycin 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ในระยะ 2 เดือนแรก ส่วนเดือนที่ 3 หยุดยา Streptomycin และให้ยา 4 ขนาน ได้แก่ Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide และ Ethambutol หลังจากนั้นอีก 5 เดือนต่อมาเป็นการรักษาระยะต่อเนื่อง ด้วยยา 3 ขนาน ได้แก่ Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol

การพยาบาล

ผู้ป่วยวัณโรคหากได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและถูกต้อง จะส่งผลที่ดีต่อตัวผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตแบบปกติได้และลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่สำคัญ มีดังนี้ (วันดี โตสุขศรี และคณะ, 2561)

1. การพยาบาลทั่วไป

1.1 อธิบายชื่อยา ลักษณะ ขนาดและจำนวนยา อาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรค แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพียง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่จะไม่สามารถแพร่เชื้อได้อีก และการรักษาวัณโรคต้องใช้เวลารักษาอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องวิธีแพร่เชื้อวัณโรคปอด แนะนำให้ปิดปาก จมุกเวลาไอ หรือจามโดยใช้กระดาษทิชชูให้ทิ้งในถุงขยะติดเชื้อ มัดปากถุงให้แน่นแล้วส่งทำลายเชื้อที่โรงพยาบาล

1.3 แนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ Directly Observed Therapy (DOT)

1.5 แนะนำเรื่องการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ งดสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เพราะอาจมีฤทธิ์ต่อการออกฤทธิ์ของยา และการดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้เกิดการอักเสบของตับได้มากขึ้น เนื่องจากยาวัณโรคมีผลทำให้ตับอักเสบ

1.6 แนะนำเรื่องการพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และหาวิธีผ่อนคลายความเครียดโดยหาทำกิจกรรมที่สนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ นั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้

1.7 ดูแลความสะอาดร่างกาย ล้างมือบ่อยๆ เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

1.8 แนะนำให้ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมาตรวจเพื่อคัดกรองโรค หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดผู้อื่น

2. การพยาบาลตามอาการ

2.1 ประเมินสภาพผู้ป่วย ในรายที่มีอาการหอบเหนื่อยควรให้ผู้ปวยนอนพักบนเตียงในท่าศีรษะสูง 45 องศา และดูแลให้ผู้ปวยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

2.2 ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ ต้องดูแลให้ได้รับสารน้ำให้เพียงพอและประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนกว่าผู้ป่วยจะพ้นระยะวิกฤติ

2.3. ประเมินสัญญาณชีพ หากผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ต้องดูแลเช็ดตัวลดไข้ หากอุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา

2.4 หากผู้ป่วยมีอาการไอ ดูแลให้ยาแก้ไอตามแผนการรักษาและแนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำอุ่นเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่าย รวมทั้งสอนวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพให้ผู้ปวยปฏิบัติตาม

2.5 หากผู้ป่วยมีภาวะช็อค ต้องหาสาเหตุของภาวะช็อคและดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือด

2.6 ดูแลให้ผู้ปวยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารอ่อน ย่อยง่าย โปรตีนสูง

2.7 หลังจากผู้ป่วยได้รับยารักษาวัณโรค ต้องสังเกตภาวะตับอักเสบโดยประเมินจากสีผิว การรับประทานอาหาร และติดตามค่าการทำงานของตับอย่างสม่ำเสมอ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ปัจจุบันวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกให้ประเทศไทยติด 1 ใน 14 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงสุดทั้งจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่พบร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคคือยาหลายขนาน โดยประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นกว่าแสนรายต่อปีและตายกว่าหมื่นรายต่อปี ที่สำคัญยังก่อให้เกิดเป็นวัณโรคคือยาหลายขนานที่มีผลกระทบต่อประเทศไทยในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจ การเงิน หากเป็นผู้ป่วยชนิดเชื้อดื้อยารัฐบาลจะมีค่าใช้จ่ายสองแสนบาทต่อคน แต่ถ้าหากเป็นผู้ป่วยคือยารชนิดรุนแรงต้องใช้งบประมาณเพื่อซื้อยาถึงหนึ่งล้านสองแสนบาทต่อคนเลยทีเดียว (มยุรา กุสุมภ์ และคณะ, 2561) โรงพยาบาลตากสินพบผู้ป่วยวัณโรคปอดเข้ารับการรักษาในปี 2561 จำนวน 220 ราย ปี 2562 จำนวน 172 ราย ปี 2563 จำนวน 214 ราย (เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลตากสิน, 2561-2563)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เรื่องวัณโรคปอด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสู่ผู้อื่น และลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคปอด จากตำรา เอกสารทางวิชาการต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ครอบคลุมทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วย

2. เลือกกรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เมื่ออาหาร 1 สัปดาห์ก่อนมาไม่ไข้ อ่อนเพลียมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยมาก ผล CXR พบ RUL infiltration with cavity พบ sputum AFB 3+ ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดและมีภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำ จึงรับไว้ที่ห้องแยกหอผู้ป่วยพิเศษ 15 วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2562

3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนในการพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การพยาบาลได้ทันที่

5. ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ วางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมให้คำแนะนำ และให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

6. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย นำข้อมูลมาสรุป จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้อง นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการ ดังนี้

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปี รูปร่างผอม สีผิวดำแดง HN 11244/60 AN1033/62 เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลตากสินวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2562 เวลา 9.06 นาฬิกา ประวัติ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม 2 สัปดาห์ก่อนมาไอมีเสมหะสีขาวขุ่น อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร 1 สัปดาห์ก่อนมา มีไข้ อ่อนเพลียมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยมาก ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 72/51 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วได้ 97% (Room air) ส่งต่อไปที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเวลา 9.20 นาฬิกา แกร็บ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วได้ 98% ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml iv 500 ml ในเวลา 30 นาที หลังสารน้ำหมดประเมินสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 97/64 มิลลิเมตรปรอท และให้ 0.9%NSS 1000 ml iv 500 ml ใน 30 นาที ต่อจนครบ 1000 ml หลังได้สารน้ำครบ 1000 ml ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/57 มิลลิเมตรปรอท จากนั้นให้ 0.9%NSS 1000 ml iv 120 cc/hr ส่งตรวจ CXR พบ RUL infiltration with cavity ผล sputum AFB 3+ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดและมีความดันโลหิตต่ำ

วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2562 เวลา 12.45 นาฬิกา ประเมินสภาพผู้ป่วย รูปร่างผอมน้ำหนัก 45 กิโลกรัม รู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง อ่อนเพลียมาก ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 77/62 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วได้ 97% เริ่มให้สารน้ำชนิด 0.9% NSS 1,000 ml free flow 500 ml เข้าหลอดเลือดดำในเวลา 30 นาที สารน้ำหมดเวลา 13.15 นาฬิกา ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 81/62 มิลลิเมตรปรอท แผนการรักษาให้ 0.9% NSS 1,000 ml free flow 500 ml เข้าหลอดเลือดดำในเวลา 30 นาที ประเมินสัญญาณชีพเวลา 13.45 นาฬิกา พบความดันโลหิต 77/62 มิลลิเมตรปรอท ให้ 0.9% NSS 1,000 ml free flow 500 ml เข้าหลอดเลือดดำจนครบ 1500 ml ประเมินสัญญาณชีพเวลา 14.15 นาฬิกา ค่าความดันโลหิต 82/61 มิลลิเมตรปรอท ต่อจากนั้นให้ 5% DNSS 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 cc/hr ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Na ค่า 124.8 mmol/l ผลตรวจ Sputum AFB 3+ ผล CXR พบ RUL infiltration with cavity แผนการรักษาดูแลให้ยารักษาวัณโรคเป็น INH (100) 2 เม็ด วันละครั้ง ก่อนนอน Rifampicin (450) 1 เม็ด ก่อนนอน Pyrazinamide (500) 2 เม็ดวันละครั้ง ก่อนนอน Besix (100) 1 เม็ดวันละครั้ง ก่อนนอน Ethambutal (400) 2 เม็ด วันละครั้ง ก่อนนอน

วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2562 เวลา 8.00 นาฬิกา ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง มีอาการอ่อนเพลียมาก เวียนศีรษะ หน้ามืดบางครั้งเวลาทำกิจกรรม ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ใจสั่น รับประทานอาหารได้ 8-9 คำ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/62 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วได้ 97% ผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyte Na 127.1 mmol/l, K 3.84 mmol/l, Cl 103 mmol/l, HCO₃ 19 mmol/l คูแลให้
 สารน้ำ 5%D/NSS 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 cc/hr ค่า TIBC 84 ug/dl, Serum Iron 11 ug/dl,
 Ferritin 673.66 ng/ml แผนการรักษาเพิ่มยา Folic 1 เม็ดหลังอาหารเช้าและ FeSO₄ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

วันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2562 เวลา 6.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง ยังมีอาการอ่อนเพลีย
 เวียนศีรษะ และหน้ามืดบางครั้งเวลาทำกิจกรรม ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ
 อุณหภูมิของร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที
 ความดันโลหิต 93/66 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 10 คำ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้รับสารน้ำ
 5% D/NSS 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 cc/hr

วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2562 เวลา 8.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง ยังอ่อนเพลียเล็กน้อย ไอมี
 เสมหะสีขาวขุ่น ผู้ป่วยได้รับยาละลายเสมหะ Flumucil (100) 1 ซอง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ไม่มีอาการหายใจ
 หอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที หายใจ
 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วได้ 96 % มีอาการท้องผูก
 ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วัน คูแลให้ยาระบาย Lactulose 30 ml หลังได้ยาผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ ผลการตรวจทาง
 ห้องปฏิบัติการ ค่า Electrolyte Na 129.8 mmol/l ได้รับสารน้ำ 5% D/NSS 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการ
 ไหล 40 cc/hr ค่า K 3.01 mmol/l ให้ E.kcl 30 ml ทางปากทุก 4 ชั่วโมง 2 dose Cl 103 mmol/l, HCO₃ 19 mmol/l, BUN
 5 mg/dl, Cr 0.52 mg/dl ผลการเพาะเชื้อจากเลือด No growth after 3 days

วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2562 เวลา 9.00 นาฬิกา รู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย
 มีความอยากรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น คูแลให้สารน้ำ 5%D/NSS 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล
 40 cc/hr ผู้ป่วยไอมีเสมหะเล็กน้อย ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.2
 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 111/80 มิลลิเมตรปรอท
 ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน ปลายนิ้วได้ 96% ผลการเพาะเชื้อจากเลือด No growth after 3 days แผนการรักษาให้
 Cef-3 เป็นเวลา 7 วันจากนั้นให้หยุด

วันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2562 เวลา 10.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง อ่อนเพลียเล็กน้อย ไอไม่
 มีเสมหะ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของ
 หัวใจ 108 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 91/59 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน
 ปลายนิ้วได้ 97% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte พบ Na ต่ำ 129.3 mmol/l ให้สารน้ำเป็น 5%D/NSS
 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 40 cc/hr พบค่า K ต่ำ 3.34 mmol/l คูแลให้ E.kcl 30 ml ทางปากทุก 4 hr
 1 dose เก็บ sputum AFB ส่งตรวจซ้ำครั้งที่ 1 ผล Negative

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เวลา 7.00 นาฬิกา ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง สีหน้าสดชื่น อิ่มแยม
 ไอไม่มีเสมหะ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของ
 หัวใจ 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 107/72 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจน
 ปลายนิ้วได้ 98% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte พบ Na ต่ำ 130.4 mmol/l ให้สารน้ำ 5%D/NSS 1000 ml

ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 cc/hr ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยกว่าครึ่งถ้วย จึงเปลี่ยนเป็นอาหารปั่นผสม ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้หมด

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เวลา 10.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง อ่อนเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ไอไม่มีเสมหะ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/89 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วได้ 95% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Mg ต่ำ 1.6 mg/dl ให้ 50% MgSO₄ 8 ml +5% DW 100 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 25 cc/hr 1 วัน เก็บ Sputum AFB ตรวจซ้ำครั้งที่ 2 ผล positive

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เวลา 10.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง ไอไม่มีเสมหะ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วได้ 97% ผู้ป่วยรับประทานอาหารปั่นผสมได้หมดดื่งและรับประทานอาหารอ่อนได้ 10 คำต่อมื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Mg 2.1 mg/dl, FT3 2.32 pg/ml, FT4 1.08 ng/dl, TSH 6.070 uIU/ml แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ และส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติตัวได้เมื่อกลับบ้าน ในระหว่างที่รักษาพยาบาลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีภาวะ Hypovolemic shock จากการขาดสารน้ำและสารอาหารเป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ hypovolemic shock

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด ซีด ปลายมือและปลายเท้าเขียว ริมฝีปากแห้ง ผิวแห้ง ให้สารน้ำชนิด 0.9% NSS 1,000 ml free flow เข้าหลอดเลือดดำจนครบ 1500 ml จากนั้นให้เป็น 5% DNSS 1,000 ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 cc/hr วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนสัญญาณชีพคงที่ จากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆ จัดทำให้ผู้ป่วนอนศีรษะไม่หนุนหมอน ปลายเท้าสูงเล็กน้อย 30 องศา เพื่อให้เลือดไหลเข้าสู่หัวใจและสมองได้ดีขึ้น บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง จนผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ hypovolemic shock

การประเมินผล: ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2562)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคปอดและมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย เนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

วัตถุประสงค์: ลดการติดเชื้อในผู้ป่วยและไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น

กิจกรรมการพยาบาล : จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรค ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านวัณโรคตามแผนการรักษา โดยให้ INH (100) 2 เม็ดวันละครั้ง ก่อนนอน Rifampicin (450) 1 เม็ด ก่อนนอน Pyrazinamide (500) 2 เม็ด

วันละครั้ง ก่อนนอน Besix (100) 1 เม็ด วันละครั้ง ก่อนนอน Ethambutal (400) 2 เม็ด วันละครั้ง ก่อนนอน แนะนำให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัย แยกของใช้ ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อลดการกระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น

การประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 8 (วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยมีโอกาสดูดอากาศไม่พึงประสงค์จากการได้รับยารักษาวัณโรค

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยารักษาวัณโรคและได้รับยารักษาวัณโรคครบตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยารักษาวัณโรค อธิบายชื่อ ลักษณะ ขนาด และจำนวนยา อาการและอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์จากยาแต่ละชนิดให้ผู้ป่วยทราบอย่างละเอียด ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันเพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ติดตามค่าการทำงานของตับเพื่อประเมินการเกิดตับอักเสบจากการได้รับยารักษาวัณโรค กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อย ๆ เพื่อช่วยขับยาออกทางปัสสาวะ

การประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วนต้องให้ผู้ป่วยติดตามอาการต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยมีภาวะทุโภชนาการระดับปานกลางจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

วัตถุประสงค์ : ระดับความรุนแรงของภาวะทุโภชนาการลดลง

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินสภาพผู้ป่วย สังเกตความชุ่มชื้นของผิวหนัง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประเมินภาวะทุโภชนาการของผู้ป่วยโดยใช้ Nutrition Triage (NT) ประสานนักโภชนาการเพื่อร่วมกันคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับยาบำรุงเลือด Folic 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และ FeSO₄ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ติดตามน้ำหนักตัวสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Albumin, Electrolyte อย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วนต้องให้ผู้ป่วยติดตามอาการต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและแนวทางการรักษา

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล : พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยรับทราบ รวมทั้งให้ความมั่นใจว่าวัณโรคปอดสามารถรักษาหายได้หากผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีกำลังใจในการรักษา

การประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 6 (วันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2562)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรมเนื่องจากภาวะของโรคอยู่ในระยะ Active

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยง่ายและสามารถทำกิจกรรมได้

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ และฝึกให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการฝึกเป่าลูกโป่ง เพื่อเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาของผู้ป่วย โดยการประเมิน motor power ป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มที่อาจเกิดขึ้น โดยยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังการพยาบาล และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

การประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2562)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูกเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินอาการอึดอัดแน่นท้องและการถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย ตรวจร่างกายโดยการกคดูท้องและฟัง Bowel sound กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อย ๆ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใย ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบาย Lactulose 30 ml ตามแผนการรักษาและสวน Unison enema เมื่อผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน

การประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2562)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 : ผู้ป่วยมี โอกาสเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารจากการได้รับยา

Prednisolone

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล : ให้คำแนะนำในการรับประทานยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดระหว่างรับประทานยา ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำตามมาก ๆ ดูแลให้ยาเคลือบกระเพาะ omeprazole 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า เพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

การประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 8 (วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 : ผู้ป่วยมีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำจากการรับประทานยาได้น้อย

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีระดับแมกนีเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินอาการผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นว่ามีแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ดูแลให้ได้รับยา 50 % MgSO₄ 8 ml + 5% DW 100 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 25 cc/hr 1 วัน และแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่แมกนีเซียมสูง เช่น ผักใบเขียว เนื้อสัตว์ อาหารทะเล นม ก๋วยเตี๋ยว ส้ม องุ่น เพื่อให้ระดับแมกนีเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 9 (วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562)

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาล ศึกษา ติดตาม และประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 17 วัน ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ เยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด 9 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 พบปัญหาทางการพยาบาล 9 ข้อ ปัญหาทั้งหมดได้รับการดูแลและแก้ไข ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อตามสิทธิ์ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด
- 2. ได้เพิ่มความรู้ทางวิชาการ ทักษะ แนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด นำความรู้มาเผยแพร่แก่บุคลากรในหน่วยงานหรือผู้ที่สนใจ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย เนื่องจากนอนโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก รู้สึกกลัว ไม่อยากนอนรักษาที่โรงพยาบาล ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคปอด
- 2. ผู้ป่วยมีสิทธิ์การรักษาที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ญาติผู้ป่วยจึงมารับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ อาจทำให้มีปัญหาเรื่องการรักษาต่อเนื่อง

10. ข้อเสนอแนะ

- 1. ควรส่งเสริมให้มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยให้ทีมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค การส่งเสริมโภชนาการให้เพียงพอ
- 2. ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และในกรณีที่กลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ควรมีการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลปลายทางที่ผู้ป่วยไปรักษา เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ... ชัชชิตา ลุงษ์สว่าง.....
 (นางสาวชัชชิตา ฤกษ์สว่าง)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 ๑๑ มิ.ย. ๒๕๖๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ... ศิริพร ปิติมานะอารี.....
 (นางสาวศิริพร ปิติมานะอารี)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน
 ๑๑ มิ.ย. ๒๕๖๕

ลงชื่อ... [Signature].....
 (นายจร อินทรนุหรั่น)
 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน
 ๑๑ มิ.ย. ๒๕๖๕

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561-30 กันยายน 2564 คือ นางสิรินาด เวทยะเวทิน ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

เอกสารอ้างอิง

- นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (2556). *ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- ประทุม ศรีอวงค์. (2560). *การพยาบาลอายุรศาสตร์*. เชียงใหม่: บริษัทสิ่งพิมพ์และบรรณภัณฑ์ สมาร์ท
โค้ทติ้งแอนเซอร์วิส จำกัด.
- เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ และคณะ. (2561). *แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในไทย*.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มยุรา กุสุมภ์ และคณะ. (2561). *แนวทางการควบคุมวัณโรคในไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษร
กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- วันดี โดสุขศรี และคณะ. (2561). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลตากสิน. (2561-2563). *สถิติผู้ป่วย พ.ศ. 2561-2563*. ฝ่ายวิชาการ
โรงพยาบาลตากสิน.
- ศรีประพา เนตรนิยม และคณะ. (2559). *แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค*.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวชลธิชา ฤกษ์สว่าง

เพื่อประกอบการประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาลทั่วไป (ตำแหน่งเลขที่ รพต. 744)

สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์

เรื่อง แผ่นรองป้องกันแผลกดทับ

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าในช่วงปี พ.ศ.2544 - พ.ศ.2643 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ กล่าวคือ โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละประเทศอาจก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ เช่น ความเจริญเติบโตและมั่นคงทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางด้านการแพทย์ โภชนาการอาหาร ทั้งนี้ได้มีการแบ่งสังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) (วิสาขา แซ่ฮุ่ยและระวีวรรณ วรรณวิไชย, 2560) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักตามมาด้วยโรคเรื้อรังทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะบริเวณเนื้อเยื่อปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ก้นกบ สะโพก มีปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับง่ายขึ้นทั้งด้านกายภาพ และชีวภาพ ปัจจัยที่เกิดทางกายภาพ เช่น แรงกดและระยะเวลาที่เนื้อเยื่อถูกกด มีแรงเฉือน แรงเสียดทานจากการพลิกตัวหรือเลื่อนตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก และการรับรู้ความรู้สึกตอบสนองไม่ดี ส่วนปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การมีอายุที่มากขึ้น มีความไวและความทนทานของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน มีสรีรวิทยาและมีระบบการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อแตกต่างกัน ระบบไหลเวียน ความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อแตกต่างกัน นอกจากนี้การมีผิวหนังที่เปื่อยขึ้นตลอดเวลาไม่สามารถกั้นปัสสาวะอุจจาระได้ มีภาวะโภชนาการไม่ดี มีโปรตีนในเลือดต่ำหรือมีโรคเบาหวานร่วมด้วยส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น การที่เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อไม่ดีทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและเกิดเป็นแผลกดทับระดับต่างๆ (รจจาภา เจริมธ โนจชัยและสุวิมล แสนเวียงจันทร์, 2561)

อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของโรงพยาบาลตากสิน พ.ศ. 2561 พบร้อยละ 4.76 พ.ศ. 2562 ร้อยละ 5.91 พ.ศ. 2563 ร้อยละ 4.88 หอผู้ป่วยพิเศษ 15 รับผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จึงตามมาด้วยปัญหาเรื่องแผลกดทับ อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วยพิเศษ 15 พ.ศ. 2561 พบร้อยละ 1.76 พ.ศ. 2562 ร้อยละ 2.12 พ.ศ. 2563 ร้อยละ 2.61 (คณะกรรมการป้องกันแผลกดทับ โรงพยาบาลตากสิน, 2561- 2563) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี หอผู้ป่วยพิเศษ 15 ได้มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้ตามมาตรฐานการดูแล โดยการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยนอนที่นอนลม หามอนนั่มรองปุ่มกระดูก แต่ก็ยังพบปัญหาเรื่องแผลกดทับ ดังนั้นหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ญาติวิตกกังวล

จากแนวคิดดังกล่าวได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานพยาบาล โดยนำมาคิดค้นแผ่นรองป้องกันแผลกดทับ ซึ่งนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เป็นการลดอัตราการเกิดแผลกดทับและพัฒนางานพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วยพิเศษ 15

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวไม่เกิดแผลกดทับในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

แผลกดทับ (Pressure sore) หมายถึง แผลที่เกิดจากการตายของเนื้อเยื่อเฉพาะที่ เนื่องจากการได้รับแรงกดทับหรือการเสียดสีบนวัตถุ เช่น ที่นอน เก้าอี้ เครื่องสำอางร่างกาย เสื้ออก อุปกรณ์ผูกยึด ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงจนเนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงและเกิดแผลขึ้นในเวลาต่อมา การแบ่งระดับของแผลกดทับใช้เกณฑ์ของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007) ได้แบ่งระดับของแผลกดทับเป็น 4 ระดับ และเพิ่มการแบ่งระดับใหม่ซึ่งเป็นลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุระดับได้ชัดเจน 2 ระดับ ได้แก่ ระดับที่คาดว่าจะมีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Suspected deep tissue injury) และระดับที่ไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าอยู่ในระดับใด (Unstageable) โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลักษณะแผลที่สามารถระบุระดับของแผลได้มี 4 ระดับ ได้แก่ (จุฬาภรณ ภิรมย์และสุวิมล แสนเวียงจันทร์, 2561)

ระดับที่ 1 หมายถึง ลักษณะรอยแดงบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับจะไม่จางหายไปภายใน 30 นาที เกิดจากการมีการทำลายชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้แต่ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาด ผิวหนังอุ่นหรือเย็นกว่าผิวหนังบริเวณอื่น ในคนที่มีผิวสีอ่อนสังเกตเห็นผิวหนังมีรอยแดงเมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป การเปลี่ยนแปลงของสีผิวหนังบางรายอาจมีสีผิวที่เข้มขึ้น อุ่น บวม แฉง หรือหยาบ

ระดับที่ 2 หมายถึง ลักษณะผิวหนังมีรอยถลอก มีตุ่มพองใส แผลจะเป็นแอ่งตื้นหรือผิวถลอก อาจมีสิ่งคัดหลั่ง (Exudates) ปริมาณ ไม่มาก ผิวหนังอุ่น และมีอาการปวด แต่ยังไม่มีการเนื้อตาย เกิดจากการทำลายชั้นหนังกำพร้ามากขึ้นจนเกิดรอยถลอกและลุกลามถึงชั้นหนังแท้

ระดับที่ 3 หมายถึง ลักษณะผิวหนังชั้นนอกถูกทำลายทั้งหมด และมีภาวะเนื้อตายตั้งแต่หนังกำพร้า ลึกลง ไปถึงชั้นเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนังแต่ยังไม่ถึงชั้นพังพืด และแผลเริ่มมีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล แผลเริ่มมีกลิ่น มีเนื้อตาย มีสิ่งคัดหลั่ง

ระดับที่ 4 หมายถึง มีการทำลายผิวหนังทั้งหมด (Full thickness skin loss) และมีการทำลายขยายกว้างขึ้น มีเนื้อตายหรือทำลายถึงชั้นกล้ามเนื้อกระดูกหรือเอ็นและเยื่อหุ้มข้อต่อ เกิดเป็นภาวะกระดูกติดเชื้อ สังเกตพบเนื้อตายปริมาณมาก มีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล แผลมีกลิ่นเหม็น ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง มีปานกลางถึงมาก

ลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุระดับได้ชัดเจน 2 ระดับ ได้แก่

1. ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Suspected deep tissue injury) ผิวหนังในตำแหน่งที่ถูกกดมีสีม่วงคล้ำ มีสีเปลี่ยนจากผิวหนังปกติ หรือมีสีซีดจากการที่มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงส่วนนั้นลดลง ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อด้านใน อาจมีอาการนำมาก่อน เช่น กดเจ็บ เนื้อแข็ง ด้านหรือนิ่ม เปื่อยยุ่ย ร้อนหรือมีสีที่ต่างจากผิวหนังบริเวณข้างเคียง ซึ่งเป็นการยากที่จะตรวจพบความผิดปกติได้จากการดูที่สีผิวอย่างเดียว อาจจะรวมไปถึงตุ่มพองที่อยู่บนรอยคล้ำของผิวหนังบริเวณที่ถูกกด บางครั้งแผลอาจพัฒนามาจากรอยสะเก็ดของผิวหนังที่หลุดลอก

2. ระดับที่ไม่สามารถจะจำแนกได้ชัดเจน (Unstageable) เป็นระยะที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อทั้งหมดและบาดแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย หรือรอยสะเก็ดที่ทำให้ยากแก่การเห็นเนื้อเยื่อที่แท้จริงจนกว่าจะมีการเอาส่วนของเนื้อตายนั้นๆ ออกจากปากแผล จนสามารถมองเห็นความลึกและระยะของแผลที่แท้จริง

การประเมินความเสี่ยงใช้แบบประเมินของบราเดน (Braden Scale) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะมีความไวต่อการทำนายความเสี่ยงมากกว่าแบบประเมินอื่น แบบประเมินนี้มีตัวแปรรวม 6 ตัวแปร ได้แก่

1. ประเมินความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้เกิดความไม่สบาย
2. ประเมินระดับความเปียกชื้นของผิว
3. ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม
4. ประเมินความสามารถในการควบคุมและเปลี่ยนแปลงท่าทางของร่างกาย
5. ประเมินการได้รับอาหารเกี่ยวกับปริมาณที่ได้รับ เน้นปริมาณ โปรตีนและการได้รับอาหารเสริม
6. ประเมินแรงเสียดสีจากการดึงลากและแรงเฉือนจากการเลื่อนไหล

แต่ละตัวแปรมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 3 หรือ 4 ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-23 ค่าคะแนนที่เริ่มบอกว่าเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคือ 16 และยิ่งได้คะแนนน้อยจะยิ่งเสี่ยงมาก

การป้องกันแผลกดทับเป็นการลดแรงกดหรือการกระจายแรงกด รวมถึงการลดระยะเวลาของการเกิดแรงกดที่เกิดกับผิวหนัง (พรทิพย์ สาริโส และคณะ, 2559) ซึ่งการป้องกันแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับและลดการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย มีดังนี้ (ผกามาศ พิธรากร, 2564)

1. การประเมินลักษณะผิวหนัง ซึ่งลักษณะเฉพาะของผิวหนังที่ต้องคำนึงถึงการเกิดแผลกดทับได้แก่ การมีรอยแดงที่ไม่หาย แม้ว่าจะลดแรงกดไปแล้ว การเกิดตุ่มพอง ตุ่มน้ำใส ผิวหนังซีด อุ่นร้อน บวม ลักษณะแข็งเป็นไต ต้องมีการประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับและบริเวณที่ใกล้เคียงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่านอน และหากพบรอยแดงปรากฏอยู่แม้ว่าไม่มีแรงกดทับบริเวณนั้นแล้ว ซึ่งปกติรอยแดงควรหายไปภายใน 30 นาที

2. การป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสีและแรงเฉือน การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่าทาง (repositioning) ที่ถูกต้องตามมาตรฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องนั้นต้องมีการจัดทำทางผู้ป่วย เช่น ท่านอนต้องจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่าสองข้างและตามู่มทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับ

การยกข้อพับเข้าไม่เกิน 45 องศา และส้นเท้าลอย ส่วนการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคงกึ่งหงาย โดยให้เอียง 30 องศา กับแนวระนาบ ซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปมกระดูกโคนขา

3. การใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดชนิดมีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่ไม่มีมีการเคลื่อนที่ของลม สามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้ ทำให้ปริมาณแรงกดที่หลอดเลือดฝอยลดลง ส่งผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ได้รับเลือด ไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ จึงสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ แต่ชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลมนั้น นอกจากจะช่วยกระจายแรงกดแล้ว ยังสามารถลดระยะเวลาของแรงกดที่กระทำต่อหลอดเลือดฝอยได้ด้วย ดังนั้นการใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดทั้ง 2 ชนิด เป็นเพียงส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพบว่าการใช้เตียงนอนลมหรือเตียงนอนที่อัดอากาศแบบไฮบริด อาจลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับได้เมื่อเทียบกับเตียงนอนของโรงพยาบาลมาตรฐาน หากผู้ป่วยมีระยะเวลาการในนอนโรงพยาบาลมากขึ้น โอกาสการเกิดแผลกดทับก็จะเพิ่มขึ้น

4. การดูแลภาวะโภชนาการ บาดแผลเป็นสาเหตุสำคัญที่อาจนำไปสู่ความพิการหรือการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมการหายของแผล เนื่องจากสารอาหารที่สมดุล ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น

5. การดูแลสภาพผิวหนัง ค่าความเป็นกรดด่าง เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมการเกิดแผลกดทับ และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความชื้น โดยพบว่าผิวหนังที่เกิดความชื้นจากการสัมผัสสอูจจาระและปัสสาวะจะทำให้ความเป็นกรดด่างบริเวณผิวหนังรอบทวารหนักเพิ่มขึ้น

6. การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การดูแลแผลกดทับนั้นจะเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อนและรายละเอียดมากในเรื่องของการจัดแบ่งระดับของการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลแผลมีความเข้าใจและสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้จะมีผลต่อการหายของแผลที่ดี และทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย

จากแนวคิดดังกล่าวได้นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานพยาบาล โดยนำมาคิดค้นแผ่นรองป้องกันแผลกดทับ เพื่อให้มีการลดแรงกระจายและแรงกดบริเวณพื้นผิวสัมผัสระหว่างผิวหนังของผู้ป่วยกับพื้นที่ผิวที่รองรับน้ำหนัก โดยเฉพาะบริเวณปมกระดูกได้แก่ สะโพก ก้นกบ สะบัก หลัง ตาคุ่ม และส้นเท้า เพราะเป็นบริเวณที่รับแรงกดมาก การกระจายของแรงกดมีน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและพัฒนางานพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ประชุมปรึกษาในหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และระดมความคิดเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา
3. จัดซื้ออุปกรณ์ ได้แก่ ผ้า แผ่นกันกระแทก
4. จัดทำนวัตกรรมแผ่นรองป้องกันแผลกดทับ โดยการนำผ้ามาตัดให้ได้ขนาด 40 x 60 เซนติเมตร จากนั้นเย็บตามความยาว 2 ข้างและตรงกลาง เพื่อแบ่งเป็น 2 ช่อง ส่วนด้านกว้างทำเป็นที่ผูกทั้ง 2 ด้าน นำแผ่น

กันกระแทกมาตัดให้ได้ขนาด 10 x 50 เซนติเมตร 2 ชั้น นำมาสูบลม จากนั้นใส่เข้าไปในผ้าที่ตัดเย็บแล้วผูกผ้า ด้านกว้าง 2 ข้างให้เรียบร้อย

5. นำนวัตกรรมมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่หอผู้ป่วยพิเศษ 15 โดยใช้ แผ่นรองป้องกันแผลกดทับบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูก เช่น ก้นกบ หลัง ข้อต่อต่างๆ

6. ประเมินผลจากการนำแผ่นรองป้องกันแผลกดทับไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไข

7. จัดทำแผ่นรองป้องกันแผลกดทับเพื่อนำไปใช้ในหน่วยงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่เกิดแผลกดทับและส่งเสริมการหายของแผลกดทับเดิม
2. ได้นวัตกรรมใหม่ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
3. บุคลากรในหน่วยงานเกิดความภาคภูมิใจ เกิดแรงบันดาลใจในการทำงาน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ต่อยอดผลงานอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแผ่นรองป้องกันแผลกดทับภายในปี 2565
2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยพิเศษ 15 ไม่เกิดแผลกดทับ

(ลงชื่อ).....ชลธิชา ฤกษ์สว่าง.....

(นางสาวชลธิชา ฤกษ์สว่าง)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการป้องกันแผลกดทับ โรงพยาบาลตากสิน. (2561- 2563). สถิติผู้ป่วย พ.ศ.2561-2563.

ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลตากสิน. (เอกสารคัดสำเนา)

ประเมษฐ์ ปุริมายะตา, นิสากร วิบูลชัย, ธิตาพร วงษาไส, และวันเพ็ญ วรามิตร. (2560). การวิจัยและพัฒนา
นวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการ
ดัดถ่วงน้ำหนักที่ขา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560.

ศกามาศ พิษรากร. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล. หัว
หินวารสาร. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564.

พรทิพย์ สารี โส, ปิยะภร ไพรสนธิ์, และอ โฉมทัย เฉลิมศรี. ประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดแผลกดทับของที่นอน
ชนิด ไม่มีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลม: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารสภาการ
พยาบาล. ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2559.

รุจภา เตียมชโนชัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์. (2561). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกด
ทับ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 67 ฉบับที่ 4 ตุลาคม 2561 – ธันวาคม 2561.

วิสาขา แซ่ฮ้อย และระวีวรรณ วรรณวิไชย. (2560). การเคลื่อนไหวบำบัด: กิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุ. วารสาร
ศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กันยายน 2559 - กุมภาพันธ์ 2560.

เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลตากสิน. (2561-2563). สถิติผู้ป่วย พ.ศ.2561-2563. ฝ่ายวิชาการ
โรงพยาบาลตากสิน.

