

รายงานการศึกษา ผีกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ นางสาวชนิษฐาพร ศรีบริบูรณ์

อายุ ๓๑ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม และผู้ป่วยติดเชื้ออุบัติใหม่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการต่าง ๆ ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤต และผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน โดยวิเคราะห์ปัญหาทาง การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวดเร็ว อย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๓ ชื่อเรื่อง อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “All About Surviving Sepsis Campaign Guidelines ๒๐๒๑ : What nurses should know ”

เพื่อ ศึกษา ผีกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวน ๑ คน เป็นเงิน ๒,๕๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ รูปแบบออนไลน์

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม ดูงาน ประชุม สัมมนา

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ปี ๒๐๒๑

๒.๑.๒ เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตปี ๒๐๒๑

๒.๑.๓ เพื่อสามารถนำความรู้ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตไปใช้ ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

๒.๒ เนื้อหา

เนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (severe sepsis) หรือ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) เป็นภาวะที่มีอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนสูง ซึ่งต้องการการคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลรักษาอย่างเป็นทีมสหสาขาในแนวทางเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

๒.๒.๑ ความถูกต้อง รวดเร็ว ในการวินิจฉัย เนื่องจากการเริ่มการรักษาที่ช้า หรือเริ่มให้การรักษาเมื่อเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ (multiple organ dysfunction) จะทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมาก โดยผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ที่มีการทำงานของระบบอวัยวะผิดปกติ ๑ ระบบ จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ ๒๐ หากมีความผิดปกติของระบบอวัยวะ

เพิ่มขึ้นเป็น...

เพิ่มขึ้นเป็น ๒,๓ หรือ ๔ ระบบ อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ ๔๐, ๖๐ และ ๘๐ ตามลำดับ

๒.๒.๒ ความรวดเร็วและเหมาะสมในการให้สารน้ำ โดยเฉพาะใน ๑-๒ ชั่วโมงแรกของการรักษา เนื่องจากการให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ หรือไม่มีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเสียชีวิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงขึ้น

๒.๒.๓ ความรวดเร็ว การครอบคลุมเชื้อ และความเหมาะสม ในการให้ยาต้านจุลชีพ

๒.๒.๔ ความเหมาะสม และทันเวลา ในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

แนวทางการรักษาโรคติดเชื้อในร่ากาย (Survival Sepsis Campaign ๒๐๑๒)

นิยามของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

๑. กลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย : SIRS (Systemic inflammatory response syndrome) คือ ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ ประกอบด้วยอุณหภูมิร่างกายมากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียสหรือน้อยกว่า ๓๖ องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า ๙๐ ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจมากกว่า ๒๐ ครั้งต่อนาทีหรือค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดมากกว่า ๓๒ มิลลิเมตรปรอท เซลล์เม็ดเลือดขาวมากกว่า ๑๒,๐๐๐ เซลล์ หรือน้อยกว่า ๔,๐๐๐ เซลล์

๒. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ มีอาการของกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายร่วมกับการติดเชื้อ

๓. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Severe sepsis) คือ มีการติดเชื้อร่วมกับภาวะอวัยวะในร่ากายทำงานล้มเหลว

๔. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) คือ มีการติดเชื้อร่วมกับภาวะอวัยวะในร่ากายทำงานล้มเหลว และภาวะความดันโลหิตต่ำ

เครื่องมือที่ใช้ประเมิน เพื่อจำแนกอาการรุนแรงของผู้ป่วย

๑. คะแนนจากการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย National Early Warning Score (NEWS) มากกว่าหรือเท่ากับ ๕

๒. คะแนนอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต Search Out Severity (SOS score) มากกว่าหรือเท่ากับ ๕

๓. คะแนนจากการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย Modified Early Warning Score (MEWS) มากกว่า ๔

๔. การประเมินการทำหน้าที่การทำงานของร่ากายที่มีความล้มเหลวในแต่ละระบบ Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒

การวินิจฉัย

๑. การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound)

๒. ผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความเข้มข้นของเลือด (CBC) การทำงานของตับ (LFT) น้ำตาลในเลือด(FBS) ค่าการแข็งตัวของเลือด (Coagulogram) ระดับแลคเตทในเลือด (lactate) เป็นต้น

๓. การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำซาบเนื้อเยื่อลดลง (tissue perfusion) ได้แก่

๓.๑ ค่าแลคเตทในเลือด (lactate) ถ้ามากกว่า ๒ แปลว่า ไม่ดี ถ้ามากกว่า ๔ แปลว่า วิกฤต จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน

๓.๒ ค่าการคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (capillary refill time) ควรจะน้อยกว่า ๓ วินาที โดยจะประเมินทุก ๓๐ นาที

แนวทางการปฏิบัติ

๑. ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต (hemodynamic) การให้สารน้ำ ๓๐ มิลลิลิตรต่อ ๑ กิโลกรัม ภายใน ๓ ชั่วโมงแรก

๒. เริ่มยากระตุ้นความดันโลหิตนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) เป็นตัวแรก ๐.๒๕-๐.๕ ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที หากค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต (MAP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ มิลลิเมตรปรอท พิจารณาเพิ่มวาโซเพรสซิน (vassopressin) เป็นตัวที่ ๒, โดบูตามีน (dobutamine) และ อิพิเนพริน (epinephrine) ตัวเดียวเป็นลำดับต่อไป การเริ่มให้ยากลุ่มวาโซเพรสซิน (vassopressin) อย่างรวดเร็วใน ๑ ชั่วโมงแรก เพื่อให้ค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต (MAP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ มิลลิเมตรปรอท นั้นช่วยลดปริมาณสารน้ำที่ใช้ในได้ถึง ๕๐๐ มิลลิลิตร

๓. พิจารณาให้ไฮโดรคอร์ติโซน (hydrocortisone) หลังจากให้นอร์อิพิเนพริน หรือ อิพิเนพริน มากกว่า ๐.๒๕ ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที มากกว่า ๔ ชั่วโมง แต่ต้องให้สารน้ำเพียงพอแล้ว แล้วค่าเฉลี่ยและความกว้างของความดันโลหิต (MAP) น้อยกว่า ๖๕ มิลลิเมตรปรอท ปริมาณไฮโดรคอร์ติโซนที่ใช้ ๒๐๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หรือให้ ๕๐ มิลลิกรัมทุก ๖ ชั่วโมง ก่อนให้ควรตรวจระดับคอติซอลในเลือดก่อนให้ไฮโดรคอร์ติโซน ถ้าระดับคอติซอลในเลือดมากกว่า ๓๕ ควรหยุดให้ยา ถ้าน้อยกว่า ๓๕ ให้ต่อเนื่องประมาณ ๗ วัน ทั้งนี้ต้องประเมินอาการผู้ป่วยร่วมด้วย

๔. การให้ยาปฏิชีวนะ ควรเริ่มให้ยาปฏิชีวนะภายใน ๑ ชั่วโมง สำหรับผู้ที่มีภาวะช็อก และรอการประเมินซ้ำ

๕. ติดตามดูแลเฉพาะเชื้อ เพื่อปรับยาปฏิชีวนะต่อไป

การประเมินการตอบสนองต่อสารน้ำ (Fluid responsiveness)

หมายถึง การตอบสนองต่อการให้สารน้ำ (โดยทั่วไปประเมิน ๕๐๐ มิลลิลิตร) และทำให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง (stroke volume) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ % นำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต (blood pressure), ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) และการกำซาบของเนื้อเยื่อ (tissue perfusion)

การติดเชื้อในกระแสโลหิตในผู้สูงอายุ

๑. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

๑.๑ การทำงานของภูมิคุ้มกันลดลง

๑.๒. ภาวะสมองเสื่อม

๑.๓. โรคไตเรื้อรัง

๑.๔. โรคถุงลมโป่งพอง

๑.๕. โรคหัวใจและหลอดเลือด

๑.๖. ความอ้วน

๑.๗. โรคเบาหวาน

๑.๘. โรคมะเร็ง

๑.๙. สุขภาพช่องปากไม่ดี

๑.๑๐. การแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น

๒. บทบาทสำคัญของพยาบาล

๒.๑ ให้ความสำคัญกับการซักถามประวัติการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ สับสน ซึม ความอยากอาหารลดลง อ่อนเพลีย

๒.๒ ใช้เครื่องมือในการประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิต เพื่อประเมินอย่างรวดเร็ว และ ถูกต้อง

๒.๓ ให้การดูแลให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ และทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการ กำหนดระบบการดูแล

๒.๔ ยึดถือปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การล้างมือ การสวมชุดป้องกัน

๒.๕ การประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล เพื่อลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อน และมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

โควิด ๑๙ รุนแรง และการติดเชื้อแบคทีเรีย

๑. สิ่งที่มีความเหมือนกัน

๑.๑ มีความผิดปกติของอวัยวะหลายอย่าง

๑.๒ มีภูมิคุ้มกันลดลง

๑.๔ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

๑.๔ ภาวะขาดออกซิเจน

๑.๕ ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

๒. สิ่งที่มีความแตกต่างกัน

๒.๑ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันและภาวะหลอดเลือดแดงอุดตันพบมากในการติดเชื้อ ไวรัสโควิด ๒๐๑๙

๒.๒ ภาวะติดเชื้อทำให้ระบบการแข็งตัวของเลือดและพังผืดเพิ่มขึ้น

๒.๓ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ รุนแรง ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ส่งเสริมให้เกิดลิ่มเลือดเฉพาะที่

๒.๔ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (SARS-CoV-๒ infection) ทำให้เกิดการติดเชื้อใน กระแสโลหิตได้ แต่การติดเชื้อในกระแสโลหิตไม่ทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

การควบคุมการติดเชื้อและการเลือกให้ยาฆ่าเชื้อ

๑. การวินิจฉัย จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ภาพถ่ายรังสีต่าง ๆ

๒. ระยะเวลาเริ่มการให้ยาฆ่าเชื้อ

๒.๑ เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับมีภาวะช็อก สามารถให้ยาฆ่าเชื้อภายใน ๑ ชั่วโมง หลังจากแพทย์วินิจฉัย

๒.๒ เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตแต่ไม่มีภาวะช็อก สามารถให้ยาฆ่าเชื้อภายใน ๓ ชั่วโมง หลังจากแพทย์วินิจฉัย

๓. การเลือกให้ยาด้านจุลชีพ

๓.๑ ต้องคำนึงถึงอาการทางคลินิกว่า ติดเชื้อระบบใด เช่น ปอดอักเสบ (Pneumonia), การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI)

๓.๒ โรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคติดเชื้อไวรัส เอชไอวี (HIV), โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE) เป็นต้น

๓.๓ ข้อมูลทางระบาดวิทยา เช่น ข้อมูลความไวต่อยาของโรงพยาบาล

๓.๔ ข้อมูลยา เช่น เกสซ์จลนศาสตร์/เกสซ์พลศาสตร์ ข้อมูลการแพ้ยา

๔. หยุดให้ยาฆ่าเชื้อเมื่อ ไม่มีข้อบ่งชี้ เช่น ผลเพาะเชื้อไม่พบการติดเชื้อร่วมกับอาการทางคลินิกดีขึ้น

การควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

การติดเชื้อในร่างกาย จะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ลดลง ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistant) ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ๑๔๐ - ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

แนวทางการให้อินซูลิน มี ๒ แบบ คือ ให้แบบเป็นครั้งๆตามระดับน้ำตาลในเลือด และการให้แบบต่อเนื่องหยุดทางหลอดเลือดดำ ติดตามระดับน้ำตาลทุก ๑ - ๒ ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ ปรับเป็นทุก ๔ ชั่วโมง หากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก อาจมีการฉีดอินซูลินเพิ่ม ต้องเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

โภชนาการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

กระบวนการดูแลโภชนาการ

๑. การประเมินและมีการประเมินซ้ำภาวะโภชนาการ ใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

๒. การวินิจฉัยภาวะโภชนาการ

๒.๑ ระบุปัญหา

๒.๒ ค้นหาสาเหตุ

๒.๓ อาการและอาการแสดง

๓. การรักษาภาวะโภชนาการ ปริมาณพลังงานสารอาหารสำหรับผู้ป่วยอาการหนัก ๒๐ - ๒๕ กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน โปรตีน ๑.๓ กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน สำหรับผู้ป่วยนอกที่อาการไม่หนัก ๒๕ - ๓๐ กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน โปรตีน ๑.๒ - ๑.๕ กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน

๔. การติดตามและประเมินผล

๔.๑ ประเมินอาหารที่เหลือในกระเพาะ

๔.๒ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

๔.๓ ติดตามน้ำหนักตัว

๔.๔ ติดตามผลตรวจเลือด

กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการให้สารอาหารทดแทนอย่างไม่เหมาะสมในคนที่มีภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง หรือมีการอดอาหารเป็นเวลานาน (Refeeding syndrome) ทำให้มีการเคลื่อนที่ของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์เข้าสู่เซลล์อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการบวมของการอวัยวะส่วนปลาย มีภาวะปอดบวม น้ำหรือน้ำเกินในระบบไหลเวียนเลือด จนเกิดผลกระทบต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ปอด ตับ ไต ประสาท กล้ามเนื้อ ระบบเลือด มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย จนเป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ลักษณะเด่น คือ ภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ แมกนีเซียมในเลือดต่ำ ภาวะขาดวิตามินบี ๑ รวมทั้งความไม่สมดุลของโซเดียมและน้ำในร่างกาย โดยเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ ได้แก่ ระดับโปแตสเซียมในเลือดน้อยกว่า ๒.๕ มิลลิโมลต่อลิตร ระดับฟอสเฟตน้อยกว่า ๐.๓๒ มิลลิโมลต่อลิตร และแมกนีเซียมน้อยกว่า ๐.๕ มิลลิโมลต่อลิตร พยาบาลต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างให้การพยาบาล...

การพยาบาลตลอดเวลา และต้องบันทึกโดยเฉพาะระดับความ รู้สึกตัว สัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจระดับน้ำตาล ฟอสเฟต โปแตสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียมในเลือด เพื่อสื่อสารกันระหว่างทีมผู้ดูแลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยต้องประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และปรับแผนการพยาบาลจนกว่าปัญหาของผู้ป่วยจะหมดหรือบรรเทาลง โดยเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยต้องไม่เกิดกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการให้สารอาหารทดแทนอย่างไม่เหมาะสมในคนที่มี ภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง หรือมีการอดอาหารเป็นเวลานาน (Refeeding syndrome) และหากผู้ป่วย ได้รับบำบัดทางโภชนาการอย่างเหมาะสม จะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารตามปกติได้ภายใน ๑๐ วัน การดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยหนัก

จุดมุ่งหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๑. ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด
๒. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตที่ปกติที่สุดในระหว่างการรักษา
๓. ทำให้ทุกฝ่ายรับรู้ว่าการเสียชีวิตเป็นกระบวนการปกติที่เกิดขึ้นกับทุกคน
๔. ไม่มุ่งหวังในการเร่งการเสียชีวิต หรือยืดเยื้อการมีชีวิต
๕. สื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ

หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๑. ชีวิตคือองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ผสมผสานการดูแลทุกด้าน
 ๒. เป้าหมายคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การไม่ทุกข์ทรมาน ควบคุมความเจ็บปวด
 ๓. เริ่มต้นทันทีควบคู่ไปกับการดูแลที่เน้นการรักษาความเจ็บปวด
 ๔. การตายดี เป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ ต้องไม่เร่งหรือยื้อเมื่อถึงเวลา
- สิ่งที่ควรปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต

๑. ควรมีการสื่อสารกับแพทย์และผู้ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน
๒. การตัดสินใจทุกอย่าง ต้องมุ่งเน้นที่ผลดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ
๓. ให้การดูแลทางจิตใจให้ผู้ป่วยมีความสบายใจและคลายกังวลมากที่สุด
๔. ให้การดูแลแบบประคับประคองตาม que ผู้ป่วยต้องการ
๕. มีการพูดคุยกันระหว่างญาติ เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ และกำหนดทิศทางการดูแล

ไปในทางเดียวกันจะช่วยการดูแลให้ราบรื่น

๖. ให้อาตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต และนำไปประยุกต์ใช้ต่อได้

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน นำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๒.๓.๓ อื่น ๆ ได้รับประสบการณ์การอบรม ในรูปแบบออนไลน์ เสริมทักษะในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการศึกษามากขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

เนื้อหาค่อนข้างมาก ผู้สอนพูดเร็วและมีการใช้ทับศัพท์ด้วยภาษาอังกฤษบ่อย ๆ การเรียนเป็นแบบออนไลน์ ใช้ระบบอินเทอร์เน็ตเป็นหลัก บางช่วงของการอบรมมีการกระตุกเล็กน้อย และได้ยินเสียงเบา เอกสารประกอบการบรรยาย เนื้อหาไม่ครบถ้วนทุกหัวข้อของเนื้อหา

๓.๒ การพัฒนา ศึกษาหาความรู้ และเพิ่มพูนทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิต สังเกตอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป จดบันทึก ทบทวน และพัฒนางานให้ก้าวหน้า ทันต่อโลก และเทคโนโลยี

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. การประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “All About Surviving Sepsis Campaign Guidelines ๒๐๒๑ : What nurses should know ” เป็นการอบรมที่ทำให้ได้รับความรู้ของการติดเชื้อในกระแสโลหิต แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ปี๒๐๒๑ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และญาติไม่เกิดความรู้สึกผิด หรือคับข้องใจ มีการบอกเล่าประสบการณ์ผ่านกรณีศึกษา ทำให้เข้าใจถึงสาเหตุ ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทรัพยากรในโรงพยาบาล และการให้การรักษา ดังนั้น ความรู้ที่ได้เรียนมานี้จึงควรนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ วางแผนการรักษาแบบครอบคลุม ในทุกสหสาขาวิชาชีพ

๒. นำความรู้ที่ได้เพื่อเป็นแนวทางการทำวิจัยต่อไป

(ลงชื่อ) (ผู้รายงาน)

(นางสาวชนิษฐาพร ศรีบริบูรณ์)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา