



ประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจส่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดนครศรีธรรมราชได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางवासนา ทิพย์รักษ์	นักกายภาพบำบัด ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๒.	นางสาวศิริมา คงศรีทอง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
๓.	นางสาวชฎาวรรณ วรรณเกื้อ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นางเรืองอุไร บุญช่วยชูพันธุ์)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง ผลการคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางวาสนา ทิพย์รักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	๒๔๔๓๒๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๔๓๒๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน "การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "คู่มือการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"
๒	นางสาวศิริมา คงศรีทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๖๕๙๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๖๕๙๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้วิธีการส่องกล้อง (Ureterorenoscopic lithotripsy หรือ URSL) ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "อุปกรณ์สวนถ่าย kalimate" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"
๓	นางสาวภาววรรณ วรรณเกื้อ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๖๕๙๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๖๕๙๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กันยายน ๒๕๖๔ – ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับรากประสาทเพิ่มมากขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความเสื่อมตามอายุ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด ชาและทรมาน อาจทำให้เกิดความทุพพลภาพและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันรวมถึงประสิทธิภาพในการทำงานได้ บางครั้งอาการสามารถหายได้เองจากการพักผ่อน รับประทานยาแก้ปวด การทำกายภาพบำบัดหรือการรักษาโดยแพทย์ทางเลือกต่างๆ แต่ในบางกรณีนั้นอาจจำเป็นต้องอาศัยการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Laminectomy) เพื่อรักษาการกดทับรากประสาท อันเป็นสาเหตุของการปวดหลังร้าวลงขา ซึ่งทางโรงพยาบาลสิชลได้ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมาจำนวน ๑๐๓ ราย โดยในปี ๒๕๖๑ มีจำนวน ๓๐ ราย ปี ๒๕๖๒ มีจำนวน ๓๓ ราย ปี ๒๕๖๓ มีจำนวน ๔๐ ราย ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังไปแล้ว สิ่งสำคัญต่อมาคือการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ถูกต้องและถูกวิธี จะทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้ไว สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างรวดเร็ว

ในปัจจุบันทางโรงพยาบาลสิชลได้มี Clinical pathway เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยทีมสหวิชาชีพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและสามารถให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติเร็วขึ้น ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนและหลังการผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วย

ข้าพเจ้าจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้เรื่องเพิ่มเติม เพื่อจะนำความรู้ที่ได้ มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยก็จะมีความรู้เรื่องการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องขณะฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงการพักฟื้นในโรงพยาบาลและช่วยให้นักกายภาพบำบัดมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นถึงวิธีการรักษาในรูปแบบต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวในระยะยาวภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาครอบคลุมมากขึ้น โดยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติมากที่สุด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังจะมีการฟื้นฟูมากขึ้นน้อยแค่ไหนนั้น ขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญและความชำนาญของแพทย์ผู้ผ่าตัดและความสามารถของทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ ในการที่จะดูแลให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือมากขึ้นในโปรแกรมการรักษาต่างๆ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะนั้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกเรื่องที่ทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่ทำการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
๒. ศึกษาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รวมถึงแนวทางการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
๓. รวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ การซักประวัติผู้ป่วย
๔. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารและตำราวิชาการต่างๆ
๕. เรียบเรียงและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการวางแผนการดูแลฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
๖. จัดทำคู่มือการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง
๗. จัดพิมพ์รูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

การที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ ทำให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๕. ผลสำเร็จของงาน

จัดทำคู่มือการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง จำนวน ๑ เล่ม เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังและใช้ในการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาเดินและใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดหลังการผ่าตัด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและปฏิบัติตนหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตนในระยะยาวภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
๒. นักกายภาพบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๓. เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและการปฏิบัติตาม Clinical map ที่กำหนดไว้ รวมถึงมีมาตรฐานและแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่มีภาวะปวดจะเคลื่อนย้ายตัวบนเตียงลำบาก ทำให้การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดทำได้ล่าช้า ซึ่งมักจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ถึงแม้ว่านักกายภาพบำบัดจะมีการแนะนำไปแล้วก็ตาม ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ
๒. หน่วยงานกายภาพบำบัดยังไม่มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งแผนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยของนักกายภาพบำบัดแต่ละคนไม่เหมือนกัน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการส่งต่อข้อมูล ประสานงานระหว่างแพทย์และพยาบาลในการส่งปริญญานักกายภาพบำบัด ทำการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดตั้งแต่ก่อนและหลังการผ่าตัดวันแรก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

๒. ควรมีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๓. จัดทำคู่มือการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสม เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงกับปกติโดยเร็วที่สุด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางวาสนา ทิพย์รักษ์ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวาสนา ทิพย์รักษ์	วาสนา ทิพย์รักษ์

ลงชื่อ

วาสนา ทิพย์รักษ์

(นางวาสนา ทิพย์รักษ์)

ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

วันที่ ๒๗ / พ.ค. / ๒๕๖๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสาวลลธิริมา สุทธิรุน)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

วันที่ ๒๓ / พ.ค. / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ

(นายสมพงศ์ ทองใส)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่
รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

วันที่ ๓๑ / พ.ค. / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ลงชื่อ

(นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลลิต

วันที่...../...../.....

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง คู่มือการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับรากประสาทเพิ่มมากขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความเสื่อมตามอายุ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด ชาและทรมาน อาจทำให้เกิดความทุพพลภาพและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันรวมถึงประสิทธิภาพในการทำงานได้ บางครั้งอาการสามารถหายได้เองจากการพักผ่อน รับประทานยาแก้ปวด การทำกายภาพบำบัดหรือการรักษาโดยแพทย์ทางเลือกต่างๆ แต่ในบางกรณีนั้นอาจจำเป็นต้องอาศัยการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Laminectomy) เพื่อรักษาการกดทับรากประสาท อันเป็นสาเหตุของการปวดหลังร้าวลงขา ซึ่งทางโรงพยาบาลสิชลได้ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมาจำนวน ๑๐๓ ราย โดยในปี ๒๕๖๑ มีจำนวน ๓๐ ราย ปี ๒๕๖๒ มีจำนวน ๓๓ ราย ปี ๒๕๖๓ มีจำนวน ๔๐ ราย ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังไปแล้ว สิ่งสำคัญต่อมาคือการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ถูกต้องและถูกวิธี จะทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้ไว สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างรวดเร็ว

ในปัจจุบันทางโรงพยาบาลสิชลได้มี Clinical pathway เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยทีมสหวิชาชีพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและสามารถให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติเร็วขึ้น ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนและหลังการผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วย

ข้าพเจ้าจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้เรื่องเพิ่มเติม เพื่อนำความรู้ที่ได้ มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยก็จะมีความรู้เรื่องการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องขณะฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงการพักฟื้นในโรงพยาบาลและช่วยให้นักกายภาพบำบัดมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นถึงวิธีการรักษาในรูปแบบต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวในระยะยาวภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาครอบคลุมมากขึ้น โดยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติมากที่สุด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

หลักการสำคัญในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง คือการให้การฟื้นฟูให้เร็วที่สุดหลังการผ่าตัด และต่อเนื่องทั้งด้านการแพทย์และการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด โดยการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่ได้แก่ การฝึกหายใจที่มีประสิทธิภาพ การฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อขา การสอนใส่อุปกรณ์พยุงหลัง การจัดทำทางการขึ้น-ลงจากเตียงหลังการผ่าตัด การฝึกเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน รวมถึงการให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถกลับไปฝึกปฏิบัติตัวที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะใช้ระยะเวลาฟื้นตัวหลัง

การผ่าตัดแตกต่างกัน บางรายที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเพียงระดับเดียวจะฟื้นฟูสภาพได้เร็ว แต่ในรายที่มีการผ่าตัดหลายระดับหรือเสริมโลหะตามกระดูกสันหลัง อาจจะต้องใช้ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพร่างกายนานขึ้น ส่งผลให้การฟื้นตัวหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างอ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถยืนและเดินได้ตามระยะเวลาที่ควรจะเป็น ซึ่งจากการศึกษาของปานัน หวนโรตง ฝ่ายการพยาบาล สำนักการแพทย์ พบว่าการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยการฝึกลุกนั่ง ลุกยืน เดินจากเตียงด้วยอุปกรณ์ช่วยพยุงเดินชนิดสี่ขาได้คล่องและอาการปวด ชาขาดีขึ้นเป็นลำดับ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจุบันพบว่ายังมีผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ถึงแม้ว่านักร่างกายภาพบำบัดจะได้มีการแนะนำไปแล้วก็ตาม ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โดยทำงานกายภาพบำบัดยังไม่มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งแผนการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยของนักร่างกายภาพบำบัดแต่ละคนไม่เหมือนกัน จึงมีแนวคิดในการจัดทำคู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด รวมถึงการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดที่ถูกต้องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างอ่อนแรง และให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เร็ว ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. นักร่างกายภาพบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางของการรักษา ฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Laminectomy)

๒. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาครอบคลุมมากขึ้นมีอาการที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีการเคลื่อนไหวใกล้เคียงปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓. สามารถนำความรู้ด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังไปเผยแพร่แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่นๆ ผู้สนใจและประชาชนทั่วไปได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับประสาทสามารถฟื้นฟูและปฏิบัติตนหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้นและรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตนในระยะยาวภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๒. นักร่างกายภาพบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๓. เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและการปฏิบัติตาม Clinical pathway ที่กำหนดไว้ รวมถึงมีมาตรฐานและแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย

ลงชื่อ **อาสนา ทิพย์รักษ์**

(นางวาสนา ทิพย์รักษ์)

ตำแหน่ง นักร่างกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

วันที่ ๒๓ / ๓ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้วิธีการส่องกล้อง
(Ureterorenoscopic lithotripsy หรือ URSL)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มีนาคม 2564 – 11 เมษายน 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 1.กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบทางเดินปัสสาวะ
 2. กลไกการเกิดโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 3.อาการและภาวะแทรกซ้อนโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 4.การวินิจฉัยโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 5.การรักษาโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะโดยการส่องกล้อง
 - 6.การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง
 - 7.การป้องกันโรคนิ่วโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 8.ทฤษฎีกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Functional Health Pattern)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบมากทั่วโลก และอุบัติการณ์โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะสูงมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณร้อยละ 10-16 รองลงมาคือภาคเหนือ ส่วนภาคกลางและภาคใต้พบอุบัติการณ์ค่อนข้างน้อย ซึ่งโรคนิ่วพบได้บ่อยในคนทุกเพศทุกวัย แต่จะพบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และพบได้บ่อยในช่วงอายุ 30-40 ปีนิ่วในท่อไตพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 28 เมื่อเทียบกับตำแหน่งอื่นของระบบทางเดินปัสสาวะ จากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลสิชลพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารโรคนิ่วในท่อไตด้วยการผ่าตัดแบบส่องกล้องจำนวน 29 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสิชล, 2562-2563) การมีนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การทำงานของไตเสื่อมลง และอาจร้ายแรงจนถึงเกิดภาวะไตวายเรื้อรังและโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้ถึงแก่ความตายได้ นอกจากนี้โรคนิ่วไตมีอุบัติการณ์การเป็นนิ่วซ้ำสูงมาก ทำให้ทั้งผู้ป่วยและภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำสูงมาก ดังนั้นโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะจึงจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรไทยเป็นอย่างมาก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขั้นตอนดำเนินงาน

1. เลือกหัวข้อที่น่าสนใจ มีประโยชน์และมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในพิเศษ
2. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในพิเศษ 1 ราย
3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต
4. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ งานวิจัยและสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อนำมาวางแผนการให้การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งทางกาย จิต สังคมและเศรษฐกิจ
7. จัดทำเอกสารประกอบการคัดเลือกที่จะเข้ารับการประเมินผลงานส่งที่งานการเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และรอประกาศรายชื่อ

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด เช่น ท่อไตฉีกขาด ท่อไตเกิดรูทะลุ ท่อไตตีบตัน
 2. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดได้ มีความสุขสบาย อาการปวดทุเลาลง
 3. เพื่อให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามความเหมาะสม
 4. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติผู้ป่วย และครอบครัวลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา
5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

หลังจากได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องโดยผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลพร้อมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยได้พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในพิเศษเป็นเวลา 3 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ พยาบาลให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านเรื่องการดื่มน้ำและการทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับป้องกันการเกิดนิ่วในท่อไตซ้ำ ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ผู้ป่วยได้มาตรวจติดตามอาการตามแพทย์นัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีอาการปัสสาวะกะปริดกะปรอย ไม่มีปัสสาวะปนเลือด ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรในการพยาบาลในการให้การพยาบาล และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดนิ้วในท่อไตโดยวิธีการส่องกล้อง
2. เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดนิ้วในท่อไต โดยวิธีการส่องกล้องเพื่อป้องกันการเกิดนิ้วในท่อไตซ้ำ
3. ใช้เป็นคู่มือเผยแพร่ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่นๆ นักศึกษาและผู้สนใจทั่วไป
4. เป็นแนวทางพัฒนางานบริการพยาบาลโดยเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องเพียงพอเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การตัดสินใจในการแก้ปัญหา การนำหลักความรู้ทางวิชาการมาประยุกต์กับกรณีศึกษา และการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดนิ้วในท่อไตของกรณีศึกษา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีอาชีพทำสวนใช้เวลาในการเข้าสวนแต่ละครั้งประมาณ 4-5 ชม.บ่อยครั้งที่ปวดปัสสาวะแต่มักจะกลั้นปัสสาวะอยู่เป็นประจำทำให้ต้องเข้ารับการรักษาด้วยเรื่องของการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะอยู่บ่อยครั้งซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคนิ้วในท่อไตได้ พยาบาลจึงได้ให้ความรู้และคำแนะนำในการป้องกันการเกิดนิ้วซ้ำ

9. ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่และพยาบาลที่เกี่ยวข้องต้องมีความสามารถในการประเมินและสังเกตอาการผิดปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้
2. ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต้องทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในตนเองให้เข้าใจสภาพของโรคที่เป็นอยู่ตลอดจนมีพฤติกรรมดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ให้กำลังใจและยินดีให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและญาติต้องการความช่วยเหลือในเรื่องสุขภาพและคำแนะนำต่างๆด้วยความเต็มใจ

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางสาวศิริมา คงศรีทอง สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ศิริมา คงศรีทอง*

(นางสาวศิริมา คงศรีทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *10 / มิ.ย.* / *2565*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวศิริมา คงศรีทอง	<i>ศิริมา คงศรีทอง</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *นพ. ธีร*

(นางกาญจนาเมธยาภิรมย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *10 / มิ.ย.* / *2565*

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) *ธีร*

(นางบุญยืน ศรีสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) *10 / มิ.ย.* / *2565*

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) *ธีร*

(นายอารักษ์ วงศ์ชาติ)

(วันที่) *ธีร* / *วิมล*

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกันก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง

อุปกรณ์สวนถ่าย kalimate

2. หลักการและเหตุผล

ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) เป็นความผิดปกติทางเกลือแร่ที่สำคัญ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเป็นอันตรายถึงกับเสียชีวิตได้ จากการเก็บข้อมูลภายในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 2-3 ย้อนหลัง 6 เดือน มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) รวมทั้งสิ้น 27 ราย เป็นผู้ที่มีความรู้สึกตัวลดลง 16 ราย ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง กลืนลำบาก แต่รู้สึกตัวดี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมสูงทั้งหมดและสามารถแก้ปัญหาด้วยการใส่ Nasogastric tube feed แต่มักพบปัญหาว่าตกตะกอนเหมือนเม็ดทรายส่งผลให้การ feed ค่อนข้างยาก บางครั้งอุดตัน ทำให้ต้องเปลี่ยนสาย Nasogastric tube ใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดจากการใส่ใหม่อีกครั้ง แพทย์จึงมีแผนการรักษาให้สวนถ่ายทางทวารหนัก พบปัญหาว่าไม่มีอุปกรณ์ในการสวนถ่าย Kalimate และคงค้างยาให้อยู่ในลำไส้ได้นานที่สุด จึงคิดค้นนวัตกรรมนี้ขึ้นมา

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการศึกษาพบว่าในการเพิ่มการขับโพแทสเซียมออกในทางเดินอาหารได้แก่ยากลุ่ม Potassium binding agent มีสองตัวที่ใช้บ่อยๆคือ Sodium polystyrene sulfonate (Kayexalate) กับ Calcium polystyrene sulfonate (Kalimate) ซึ่งออกฤทธิ์คล้ายกัน ซึ่งคุณสมบัติหลักคือยาเหล่านี้จะไม่ดูดซึมในทางเดินอาหาร จึงอยู่ใน lumen คอยจับ ion ต่างๆ เมื่อกินเข้าไปแล้วยาเดินทางมาถึงกระเพาะอาหาร ยาจะสลัด Cation ที่จับกับมันออกไป (Na^+ หรือ Ca^{2+} ขึ้นกับชนิดยา) ทำให้ประจุลบบนโมเลกุลยามากขึ้น ส่งผลให้ยาจับกับ H^+ ซึ่งมีมากใน gastric juice เมื่อยาเดินทางมาถึง Colon ยาจะสลัด H^+ ออกมา เพราะบริเวณนี้จะมี activity ของ H-K exchanger จำนวนมาก ทำให้ H^+ ถูกดูดซึมเข้า colonic epithelium แลกกับขับ K^+ ออกมา ซึ่ง K^+ จะจับกับโมเลกุลของยาแล้วขับออกในที่สุด ในกรณีที่สวนเข้าทาง anus จะเกิดกลไกคล้ายๆเดิมคือ ยาจะสลัด Cation ออก แล้วทดแทนด้วย K^+ ที่หลังออกมา จับกับตัวยาลงแล้วออกไปกับอุจจาระ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงาน พบว่าได้มีการนำเอา unison enema มาประยุกต์ใช้ โดยการเทน้ำยาสวนอุจจาระออกแล้วนำ Kalimate ผสมกับน้ำหรือ lactulose ตามแผนการรักษาใส่ขวด unison enema แล้วนำไปสวนผู้ป่วย จากการศึกษพบว่า Unison enema ประกอบด้วย

Sodium chloride 15% w/v ใช้สำหรับบรรเทาอาการท้องผูก ใช้สวนทวารให้ถ่ายอุจจาระ ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มปริมาณของน้ำในลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือทวารหนัก ทำให้ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายขยายตัวออก เกิดแรงดันภายในลำไส้ส่วนนั้น เกิดอาการมวนท้องจากลำไส้บีบตัวและขับอุจจาระออกมาในที่สุด โดยยา Unison enema เป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็วมากในการช่วยให้ถ่ายอุจจาระ จึงไม่ควรผสม Kalimate กับ Unison enema ร่วมกัน หรือหากจะใช้ทดแทนอุปกรณ์สวน kalimate ก็จะต้องนำมาล้างทำความสะอาดก่อนนำไปใช้ แต่ก็ยังคงพบปัญหาว่ามียาไหลออกทางทวารหนักทันทีหลังจากการสวนเข้าไปเพราะผู้ป่วยไม่สามารถขมิบกั้นเก็บยาไว้ได้จะทำให้ตัวยา Kalimate ถูกขับออกมาด้วยและอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลงได้จึงได้คิดประดิษฐ์นวัตกรรมนี้ขึ้นมา

แนวความคิด

1. เก็บรวบรวมข้อมูลและจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง
2. ทบทวนปัญหาจากการให้ยาทาง Nasogastric tube ของหอผู้ป่วยในพิเศษชั้น 2-3
3. ทบทวนปัญหาการสวนยาเก็บทาง rectal ของหอผู้ป่วยในพิเศษชั้น 2-3
4. เตรียมอุปกรณ์ในการทำแนวคิดเพื่อพัฒนางาน โดยเน้นการใช้อุปกรณ์ที่ราคาประหยัดหาได้ง่ายจากในหน่วยงาน สะดวกต่อการนำมาใช้และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง
5. ส่งแนวคิดเพื่อพัฒนางานให้พี่เลี้ยงและผู้มีประสบการณ์ความรู้ตรวจสอบ รับฟังข้อเสนอแนะปรับปรุงพัฒนางานให้รูปแบบแนวคิดเพื่อพัฒนางานสามารถใช้ประโยชน์ในหน่วยงานได้จริง
6. พัฒนาอุปกรณ์สวนถ่ายยา kalimate รวมถึงพยาธิสภาพของลำไส้แนะนำและสาธิตวิธีการสวนยาทางทวารหนักแบบใหม่
7. ประเมินผลลัพธ์หลังการสวนยาเก็บทาง rectal

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ควรเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนเตรียมการผสมยา หลังจากผสมยาแล้วจะต้องทำการสวนทันทีเพื่อป้องกันการตกตะกอนของยา
2. ในการสวนยา Kalimate ทางทวารหนัก แบ่งดูดยาที่ผสมน้ำหรือ lactulose แล้วเป็น 2 ครั้ง เพื่อป้องกันการตกตะกอนระหว่างสวนยาเข้าทางทวารหนัก
3. ขณะสวนยา kalimate จะต้องจับบริเวณปลายสาย suction ที่คาอยู่กับรูทวารหนัก เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของสาย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับยาสวน kalimate ครบและมีประสิทธิภาพ ระดับโพแทสเซียมในเลือดลดลง
2. ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในแนวคิดเพื่อพัฒนางานและสามารถสวนถ่ายยา kalimate ได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว
3. ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาบุคลากร
4. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการได้รับยาสวน kalimate แล้วมีการไหลออกหรือมียาสวนค้างในอุปกรณ์สวน น้อยกว่าร้อยละ 10 ในหน่วยงาน
2. อัตราความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่อแนวคิดเพื่อพัฒนางานมากกว่า ร้อยละ 80
3. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการหลังคิดค้นแนวคิดเพื่อพัฒนางานมากกว่า ร้อยละ 80

(ลงชื่อ) สกม กงศรีทอง

(นางสาวศิริมา คงศรีทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 10 / มิ.ย. / 2565

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
 2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2564 – 11 เมษายน พ.ศ.2565
 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

นิยาม (Definition)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่ป้องกันได้และรักษาได้ โดยมีลักษณะเป็น progressive not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่นและแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ควันบุหรี่ ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย (multicomponent disease) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรืออาการกำเริบเฉียบพลัน จะมีผลต่อความรุนแรงของโรค

โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีนิยามจากอาการทางคลินิก กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

โรคถุงลมโป่งพอง คือ โรคที่มีพยาธิสภาพการทำลายของถุงลม และ respiratory bronchiole โดยมีการขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยาก

พยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology)

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของปอด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วย ดังนี้

1. การสร้าง mucus มากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานผิดปกติของ cilia ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรังมีเสมหะ ซึ่งอาจเป็นอาการนำของโรคก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ
2. การตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสีย elastic recoil ของเนื้อปอด ทำให้เกิด airflow limitation และ air trapping
3. การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอด และหลอดเลือด จะมีผล ต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซทำให้เกิดภาวะ hypoxemia และ hypercapnia ตามมา ซึ่งอาจทำให้เกิด pulmonary hypertension และ cor pulmonale ในที่สุด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของ inflammatory mediators ในระบบไหลเวียนโลหิต จะมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ภายนอกปอดด้วย ทำให้เกิดโรคร่วมของ COPD ขึ้นในหลายระบบ เช่น muscle wasting, ischemic heart disease, heart failure, type 2 diabetes, metabolic syndrome, osteoporosis, anemia และ depression

ปัจจัยเสี่ยง

แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม
2. ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่

- ควันบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคนี้ พบว่ามากกว่าร้อยละ 75.4 ของผู้ป่วย COPD เกิดจากบุหรี่

- มลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงานและที่สาธารณะ ที่สำคัญคือ การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และ สำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ (diesel exhaust)

การวินิจฉัยโรค

อาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับอาการผลการตรวจร่างกาย ภาพรังสีทรวงอก และยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจ spirometry

อาการ

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเมื่อพยาธิสภาพลุกลามไปมากแล้ว อาการที่พบ ได้แก่ หอบเหนื่อยซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไอเรื้อรังหรือมีเสมหะโดยเฉพาะในช่วงเช้า อาการอื่นที่พบได้ คือ แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีด ในกรณีที่มีอาการอื่นๆ เช่น ไอออกเลือด หรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยอื่นเสมอ ที่สำคัญ คือ วัณโรค มะเร็งปอด และหลอดลมพอง (bronchiectasis)

อาการแสดง

การตรวจร่างกายในระยะแรกอาจไม่พบความผิดปกติ เมื่อการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้นอาจตรวจพบลักษณะของ airflow limitation และ air trapping du prolonged expiratory phase, increased chest AP diameter, hyperresonance on percussion, diffuse wheeze/rhonchi, las accessory muscles use เป็นต้น ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง และ/หรือหัวใจด้านขวาล้มเหลว (cor pulmonale) ไม่ควรตรวจพบภาวะนิ้วป้อม หากพบควรนึกถึงภาวะอื่น เช่น มะเร็งปอด, หลอดลมพอง (bronchiectasis) เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การตรวจทางรังสีวิทยา

ภาพรังสีทรวงอกมีความไวน้อยสำหรับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่น ส่วนในผู้ป่วย emphysema อาจพบลักษณะ pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวา และ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และ peripheral vascular marking ลดลง

การตรวจสมรรถภาพปอด

Spirometry มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรค และจัดระดับความรุนแรง โดยการตรวจ spirometry นี้จะต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stable) และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย 1 เดือน การตรวจนี้สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่วัยที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ จะพบลักษณะของ airflow limitation โดยค่า FEV_1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 และแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ โดยใช้ค่า FEV_1 หลังให้ยาขยายหลอดลม (ตารางที่ 1) การตรวจสมรรถภาพปอดอื่นๆ อาจมีประโยชน์แต่ไม่มีความจำเป็นในการวินิจฉัย เช่น พบค่า residual volume (RV), total lung capacity (TLC), และ RV/TLC เพิ่มขึ้น ส่วนค่า diffusing capacity ของ carbon monoxide (DL_{CO}) อาจลดลง

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามค่า FEV_1 หลังให้ยาขยายหลอดลม

ผู้ป่วยทุกรายต้องมีค่า FEV_1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70	
รุนแรงน้อย (GOLD 1)	ค่า $FEV_1 \geq 80\%$ ของค่ามาตรฐาน
รุนแรงปานกลาง (GOLD 2)	ค่า FEV_1 50-79% ของค่ามาตรฐาน
รุนแรงมาก (GOLD 3)	ค่า FEV_1 30-49% ของค่ามาตรฐาน
รุนแรงมากที่สุด (GOLD 4)	ค่า $FEV_1 < 30\%$ ของค่ามาตรฐาน

การรักษา

แนวทางการรักษา ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 การประเมินผู้ป่วยเพื่อการรักษา

ขั้นที่ 2 แนวทางการรักษาด้วยยาแบบขั้นบันได (stepwise approach to COPD treatment)

ขั้นที่ 3 การรักษาอื่นๆ

ขั้นที่ 1 การประเมินผู้ป่วยเพื่อการรักษา

หลังให้การวินิจฉัยด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ควรทำการประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดกลุ่มในการรักษา โดยใช้หลายปัจจัยร่วมกัน (multimodality) ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย การวัด modified medical research Council dyspnea scale (mMRC) การเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

(acute exacerbation) และผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV_1) เป็นปัจจัยในการประเมิน โดยถือเอาความรุนแรงสูงสุดจากปัจจัยเหล่านี้เป็นหลักในการจัดกลุ่มโดยพิจารณาตามความเหมาะสม มีการแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 ระดับ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อาการน้อย (mild) ประกอบด้วย

• อาการ : มีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายหนัก มีอาการของโรคเพียงเล็กน้อย ไม่เคยมีอาการหอบกำเริบ และอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน

• mtMRC : 0 - 1

• การกำเริบเฉียบพลัน : ไม่มี

• ผลการตรวจสมรรถภาพปอด : FEV_1 ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 อาการปานกลาง (moderate) ประกอบด้วย

• อาการ : มีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายปานกลาง มีการติดเชื้ทางระบบการหายใจบ่อยครั้ง และอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือมีผลเล็กน้อย

• mMRC : 1 - 2

• การกำเริบเฉียบพลัน : มีแต่ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ายาปฏิชีวนะหรือสเตียรอยด์

• ผลการตรวจสมรรถภาพปอด : FEV_1 ร้อยละ 50 ถึง 79

กลุ่มที่ 3 อาการรุนแรง (severe) ประกอบด้วย

• อาการ : มีอาการเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เหนื่อยแม้จะเดินบนทางราบ มีอาการไอและเสมหะบ่อยครั้ง และอาการเหนื่อยมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน

• mMRC : 2 - 3

• การกำเริบเฉียบพลัน : มีอาการกำเริบที่ต้องเข้ายาปฏิชีวนะและ/หรือสเตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

• ผลการตรวจสมรรถภาพปอด : FEV_1 ร้อยละ 30 ถึง 49

กลุ่มที่ 4 อาการรุนแรงมาก (very severe) ประกอบด้วย

• อาการ : มีอาการเหนื่อยตลอดเวลาแม้ในขณะที่พัก มีอาการไอเรื้อรังปริมาณเสมหะมาก อาการเหนื่อย มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก

• mMRC : 3 - 4

• การกำเริบเฉียบพลัน : มีอาการกำเริบที่ต้องเข้ายาปฏิชีวนะและ/หรือสเตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

• ผลการตรวจสมรรถภาพปอด : FEV_1 น้อยกว่าร้อยละ 30

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขั้นที่ 2 แนวทางการรักษาด้วยยาแบบขั้นบันได (Stepwise approach to COPD treatment)

หลังจากประเมินข้างต้น เริ่มการรักษาให้ยาโดยพิจารณาตามความรุนแรงของโรคแบบขั้นบันได (Stepwise approach) ดังแผนภูมิที่ 1 โดยเริ่มต้นจากการให้ยาหนึ่งขนาน จากนั้นพิจารณาเพิ่มยาให้ผู้ป่วย หากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หลังประเมินวิธีการและความสม่ำเสมอของการใช้อุปกรณ์สูดหรือพ่นยาอย่างแล้ว โดยพิจารณาการรักษา ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อาการน้อย (mild)

- เริ่มการรักษาด้วยยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นไม่ว่าจะเป็นกลุ่ม beta, agonist (SABA) หรือกลุ่ม anticholinergic (SAMA) หรือยาแบบผสมทั้ง 2 กลุ่ม (SABA+SAMA) เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย

- อาจพิจารณาเลือกให้ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน theophylline ชนิดออกฤทธิ์นานในขนาดต่ำ (sustained-release theophylline) เป็นยาเดี่ยวหรือให้ร่วมกับยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น

กลุ่มที่ 2, 3, 4 อาการปานกลาง (moderate) อาการรุนแรง (severe) และอาการรุนแรงมาก (very severe) เพื่อลดอาการของผู้ป่วยและป้องกันการกำเริบของโรค แนะนำให้เพิ่มยา ดังต่อไปนี้

- ยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม anticholinergic (LAMA) และ/หรือกลุ่ม beta, agonist (LABA)

ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อย (มีการกำเริบมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อปี หรือต้องเข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี) แนะนำให้เพิ่มยา ดังต่อไปนี้

- ยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม beta, agonist ผสมสเตียรอยด์ (LABANICS) และ/หรือกลุ่ม anticholinergic (LAMA)

- พิจารณาเพิ่มยากลุ่ม phosphodiesterase-4 (PDE-4) inhibitor (roflumilast) ในผู้ป่วยกลุ่มหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และมีค่า FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 50

- พิจารณาเพิ่มยา azithromycin ในระยะยาว หรือยา mucolytics ที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ เช่น N-acetylcysteine, carbocysteine ในผู้ป่วยที่มีเสมหะมาก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

Exacerbation prevention (>2 exacerbation or >1 hospitalization) in the previous 12 months
ICS/LABA and/or LAMA
Consider rotavirus in chronic bronchitis
Maintenance Rx: long acting muscarinic antagonist (LAMA) and/or long acting beta₂-agonist (LABA)

Consider low dose sustained-release theophylline

Short acting inhaled reliever medication: salbutamol (SABA), ipratropium bromide (SAMA) or SABA+SAMA

Pharmacological intervention	Check device usage technique and adherence at each visit			
Exacerbation	No AE	AE no corticosteroid/antibiotics	AE requiring corticosteroid and/or antibiotics, hospitalization	AE requiring corticosteroid and/or antibiotics, hospitalization
Symptoms	Breathlessness on severe exertion, Few symptoms, No effect on daily activities	Breathlessness on moderate exertion, Recurrent chest infection, Little or no effect on daily activities	Increasing dyspnea, Dyspnea on minimal exertion, Breathlessness walking on level ground, Increasing limitation of daily activities, Cough and sputum production	Dyspnea at rest, Severe limitation of daily activities, Chronic cough, regular sputum production
mMRC	0-1	1-2	2-3	3-4
Lung function	FEV ₁ > 80%	FEV ₁ 50 - 79%	FEV ₁ 30 - 49%	FEV ₁ < 30%
Severity	Mild	Moderate	Severe	Very severe
Non-pharmacological intervention	Risk reduction: check smoking status, support smoking cessation, recommend annual influenza vaccine and pneumococcal vaccine Encourage physical activity Pulmonary rehabilitation program Consider long term oxygen therapy, surgery, palliative care			

แผนภูมิที่ 1 การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบขั้นบันได

การรักษาด้วยยา (ตารางที่ 2)

การใช้ยามีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกำเริบเฉียบพลัน รวมถึงชะลอการดำเนินโรค อย่างไรก็ตามยังไม่มียาชนิดใดที่มีหลักฐาน ชัดเจนว่าสามารถชะลออัตราการเสื่อมของสมรรถภาพปอดได้ หลักการในการเลือกใช้ตัวยากับผู้ป่วย ควรพิจารณาถึงปัจจัยต่อไปนี้

1. ความรุนแรงของอาการและภาวะ airflow limitation
2. ความถี่และความรุนแรงของการเกิดการกำเริบของโรค
3. โรคที่พบร่วม
4. ราคาและการเข้าถึงยาของผู้ป่วย
5. ความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์ยาพ่นสูด
6. การตอบสนองของผู้ป่วย และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

นอกจากนี้ควรมีการประเมินและปรับยาให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยประเมินทั้งคุณประโยชน์ที่ได้และผลข้างเคียงของยา ยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย ยาขยายหลอดลมยาต้านการอักเสบ เช่น สเตียรอยด์ ยาบรรเทาอาการ เช่น ยาแก้ไอ ยาขับเสมหะ ยาปฏิชีวนะ และ อื่นๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ยาขยายหลอดลม

ยาขยายหลอดลมมีประโยชน์เพื่อบรรเทาอาการ เพิ่ม exercise capacity และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่พบการตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมตามเกณฑ์การตรวจสมรรถภาพ ปอดก็ตาม ยาขยายหลอดลมแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก คือ beta, agonist, anticholinergics และ xanthine derivatives หรือแบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ เป็นชนิดออกฤทธิ์สั้น และออกฤทธิ์ยาว

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มยา	ชื่อสามัญ	รูปแบบ	Unit dose*	การบริหารยา
Beta₂-agonist				
SABA				
ชนิดสูด	Salbutamol	MDI	100 mcg	1-2 puffs หรือ 1 UDV
		DPI	200 mcg	ทุก 4-6 ชม
		Sol	2.5 mg/UDV	เมื่อมีอาการ
LABA				
ชนิดสูด	Salmeterol	DPI	50 mcg	1 dose ทุก 12 ชม
	Formoterol	DPI	4.5, 6 mcg	1 dose ทุก 12 ชม
	Indacaterol	DPI	150, 300 mcg	1 dose ทุก 24 ชม
ชนิดกิน	Procaterol	เม็ด	25, 50 mcg	1 เม็ด ทุก 12-24 ชม
	Bambuterol	เม็ด	10 mg	1 เม็ด ทุก 24 ชม
Anticholinergic				
SAMA				
ชนิดสูด	Ipratropium	MDI	20, 40 mcg	1-2 doses ทุก 6-8 ชม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ต่อ)

กลุ่มยา	ชื่อสามัญ	รูปแบบ	Unit dose*	การบริหารยา
Anticholinergic				
LAMA				
ชนิดสูด	Acclidinium	DPI	400 mcg	1 dose ทุก 12 ชม.
	Tiotropium	DPI	18 mcg	1 dose ทุก 24 ชม.
	Tiotropium	SMI	25 mcg	2 puffs ทุก 24 ชม.
	Glycopyrronium	DPI	50 mcg	2 doses ทุก 24 ชม.
	Umeclidinium	DPI	62.5 mcg	ทุก 24 ชม.
Combination bronchodilators				
SABA/SAMA	Fenoterol/ Ipratropium	MDI	50/20 mcg	1-2 puff หรือ 1 UDV
		Sol	1.25/0.5 mg/UDV	ทุก 6 ชม. เมื่อมีอาการ
	Saibutamol/ Ipratropium	Sol	2.5/0.5mg/UDV	1 UDV ทุก 6-8 ชม. เมื่อมีอาการ
LABA/LAMA	Formoterol/ Acclidinium	DPI	12/340 mcg	1 dose ทุก 12 ชม.
	Indacaterol/ Glycopyrronium	DPI	110/50 mcg	1 dose ทุก 24 ชม.
	Vilanterol/ Umeclidinium	DPI	25/62.5 mcg	1 dose ทุก 24 ชม.
	Olodaterol/ Tiotropium	SMI	2.5/2.5 mcg	2 puffs ทุก 24 ชม.

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ต่อ)

กลุ่มยา	ชื่อสามัญ	รูปแบบ	Unit dose*	การบริหารยา
ยาอื่น ๆ				
Methylxanthine	Theophylline (SR)	เม็ด	200 mg	1 เม็ด ทุก 24 ชม.
	Doxofylline	เม็ด	400 mg	0.5-1 เม็ด ทุก 12 ชม.
PDE-4 inhibitor	Roflumilast	เม็ด	500 mcg	1 เม็ด ทุก 24 ชม.
LABA/ICS	Formoterol/Budesonide	DPI	4.5/80, 4.5/160, 9/320	1-2 doses ทุก 12 ชม.
		MDI	4.5/160	1-2 doses ทุก 12 ชม.
	Salmeterol/Fluticasone	DPI	50/100, 50/250, 50/500	1 dose ทุก 12 ชม.
		MDI	25/50, 25/125, 25/250	1-2 puffs ทุก 12 ชม.
	Formoterol/Beclomethasone	MDI	6/100	1-2 dose ทุก 12 ชม.
	Formoterol/Mometasone	MDI	5/100, 5/200	1-2 puffs ทุก 12 ชม.
	Vilanterol/Fluticasone	DPI	25/100	1 dose ทุก 24 ชม.
LABA/LAMA/ ICS	Formoterol/Glycopyrronium/ Beclomethasone Vilanterol/Umeclidinium/Fluticasone	MDI DPI		กำลังอยู่ในระหว่างการรับรองการใช้ยา ในต่างประเทศ

*Unit dose คือ ขนาดของยาต่อการกด 1 ครั้ง หรือขนาดยาต่อการบรรจุ 1 dose เช่น เม็ด หรือ nebulizer

ตัวย่อ SABA = short-acting beta, agonist, SAMA = short-acting anticholinergic, LABA = long-acting beta, agonist, LAMA = long-acting anticholinergic, PDE-4 inhibitor = phosphodiesterase-4 inhibitor, ICS = inhaled corticosteroids, SR = sustained release, MDI = metered dose inhaler, DPI = dry powder inhaler, SMI = soft mist inhaler, Sol = Solution, UDV = unit dose vial

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ยาในกลุ่ม beta-agonist มีฤทธิ์ขยายหลอดลม โดยยาในกลุ่ม short acting beta, -agonist (SABA) มีผลลดอาการเหนื่อยและเพิ่มค่า FEV₁ แต่ออกฤทธิ์สั้น ประมาณ 4-6 ชั่วโมง ส่วนยาในกลุ่ม long acting beta-agonist (LABA) มีข้อมูลว่าสามารถเพิ่ม FEV₁ ลดอาการเหนื่อย ลดการกำเริบ และลดการนอนโรงพยาบาล ได้ แต่ผลในด้านการลดอัตราการตาย หรือชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพปอดยังไม่ชัดเจน ยาในกลุ่ม LABA แนะนำให้ใช้วันละ 1-2 ครั้ง ตามระยะเวลาที่ออกฤทธิ์เพื่อควบคุมอาการ

ยาในกลุ่ม antimuscarinic ประกอบด้วยยาชนิดออกฤทธิ์สั้น หรือ short acting antimuscarinic (SAMA) และออกฤทธิ์ยาว หรือ long acting antimuscarinic (LAMA) โดยยาในกลุ่ม SAMA ได้ผลในการบรรเทาอาการไม่ต่างกับ SABA มากนัก ส่วนยาในกลุ่ม LAMA พบว่าได้ประโยชน์ในการบรรเทาอาการ ลดการกำเริบ และลดการนอนโรงพยาบาล แต่ผลในด้านการชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพปอดไม่ชัดเจน

ควรใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น เพื่อบรรเทาอาการ เนื่องจาก สามารถลดอาการเหนื่อยได้ดี แต่ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาควบคุมอาการระยะยาว แนะนำให้ใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวในการควบคุมโรคมากกว่ายาชนิดออกฤทธิ์สั้น เนื่องจากสามารถเพิ่มสมรรถภาพปอดได้ดีกว่า รวมถึงลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วย

การบริหารยาขยายหลอดลม แนะนำให้ใช้วิธีพ่นสูด โดยอาจจะสูดผ่านอุปกรณ์ metered dose inhaler (MDI) (โดยใช้หรือไม่ใช้ spacer ร่วมด้วย), dry powder inhaler (DPI), soft mist inhaler (SMI) เป็นต้น ไม่แนะนำให้ใช้ยาขยายหลอดลมชนิดกินหรือฉีดในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากมีผลข้างเคียงมากกว่า ยกเว้นในกรณีไม่มียาชนิดพ่นสูดใช้ นอกจากนี้ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าการใช้ยาพ่นสูดผ่าน nebulizer ขณะที่ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการกำเริบได้ประโยชน์มากกว่าการใช้ยาโดยวิธีพ่นสูดแบบอื่น จึงควรพิจารณาใช้ nebulizer เฉพาะในรายที่ไม่สามารถใช้ยาโดยวิธีพ่นสูดชนิดอื่นๆ อย่างมี ประสิทธิภาพเท่านั้น

การใช้ยาขยายหลอดลมสองชนิดที่มีกลไกและระยะเวลาการออกฤทธิ์ต่างกัน อาจช่วยเสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกันในด้านการขยายหลอดลมและลดผลข้างเคียง ที่จะเกิดจากการเพิ่มขนาดยาขยายหลอดลม เช่น การใช้ยาในกลุ่ม beta, agonist ร่วมกับยาในกลุ่ม anticholinergic ได้ผลดีในการเพิ่มค่า FEV₁ มากกว่าการเพิ่มขนาดยาแต่ละชนิด นอกจากนี้การใช้ยาในกลุ่ม LABA ร่วมกับ LAMA ยังมีผลช่วยบรรเทาอาการ ทำให้สภาวะสุขภาพดีขึ้น และลดอัตราการกำเริบของโรคได้ดีกว่าการใช้ยา long acting bronchodilator เดี่ยว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ยากลุ่ม beta, -agonist มีผลข้างเคียงที่สำคัญ เช่น หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ มือสั่น เป็นต้น

ยากลุ่ม anticholinergic มีผลข้างเคียงที่สำคัญ เช่น ปากแห้ง urinary retention รสขมหรือ metallic taste ในปาก ถ้าใช้รูป nebulizer อาจกระตุ้นให้เกิด acute glaucoma ยาสเตียรอยด์

ยาพ่นสูดสเตียรอยด์ (inhaled corticosteroids, ICS)

มีผลการศึกษาพบว่าการใช้ ICS ทำให้อาการดีขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิต รวมถึงลดการเกิดการกำเริบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีค่า $FEV_1 < 60\%$ predicted อย่างไรก็ตามมีหลักฐานว่าการใช้ยาสูด ICS โดยเฉพาะ เมื่อใช้ในขนาดสูง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบเมื่อใช้ในระยะเวลาอาจทำให้มวลกระดูกลดลง เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลของขนาดยาที่เหมาะสม และ ต้องระวังผลข้างเคียงของยาสเตียรอยด์ จึงไม่แนะนำให้ยา ICS เป็นยาเดี่ยวใน การรักษาโดยไม่มียาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมด้วย

การหยุดยา ICS อย่างฉับพลัน อาจมีผลทำให้อาการแย่ลง หรือเกิดการกำเริบได้ แต่ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงของการกำเริบต่ำ หากต้องการหยุดยา ICS แนะนำให้ค่อยๆ ลดขนาดยาลงช้าๆ ร่วมกับการให้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวอย่างเต็มที่ ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ เชื้อราในปาก เสียงแหบ skin bruising ปอดอักเสบ

ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (oral corticosteroids)

มีประโยชน์เฉพาะในการรักษาการกำเริบเฉียบพลันเท่านั้น ไม่ควรใช้ ในการรักษาระยะยาว เนื่องจากมีผลข้างเคียงมาก เช่น steroid myopathy, Osteoporosis เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ น้ำตาลในเลือดสูง

Combination Inhaled corticosteroids/ bronchodilator

พบว่าการใช้ยาผสมระหว่าง ICS กับ LABA (ICS/LABA) มีประสิทธิภาพ เหนือกว่ายา LABA หรือยา ICS ชนิดพ่นสูดเพียงชนิดเดียว โดยสามารถทำให้ health status และสมรรถภาพปอดดีขึ้น และลดการเกิดการกำเริบโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรุนแรงปานกลางขึ้นไป ($FEV_1 < 80\%$ predicted)

Methylxanthines

เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการขยายหลอดลม แต่ประสิทธิภาพในการขยายหลอดลม ไม่ดีเมื่อเทียบกับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวชนิดอื่น การศึกษาประสิทธิภาพของยากลุ่มนี้ มีเฉพาะรูปแบบ Sustained-release เท่านั้น พบว่าการ ใช้ยา theophylline ในขนาดต่ำ (เช่น sustained-release theophylline ขนาด 200 มก.ต่อวัน) อาจช่วยทำให้หลอดลมตอบสนอง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ต่อ ICS ได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม methylxanthines เป็นยารักษาเดี่ยว เพื่อหวังฤทธิ์ขยายหลอดลมเป็นหลัก เนื่องจากมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้ง่ายโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ อาจใช้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกับยาขยายหลอดลมอื่นเพื่อเสริมฤทธิ์ขยาย

ข้อควรระวังที่สำคัญคือ drug interaction เมื่อใช้ร่วมกับยาอื่นที่ metabolize ผ่าน cytochrome P450 เช่น ยาในกลุ่ม macrolide, quinolone และ warfarin เป็นต้น และใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้ง่ายกว่า ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน heartburn

Phosphodiesterase-4 inhibitor (PDE-4 inhibitor)

เป็นยาที่ไม่มีฤทธิ์ขยายหลอดลมโดยตรง แต่อาจใช้ร่วมกับยาขยายหลอดลม ที่ออกฤทธิ์ยาว เพื่อลดอัตราการกำเริบ ได้ประโยชน์เฉพาะในผู้ป่วยกลุ่ม chronic bronchitis ที่มี FEV₁ <50% และมีประวัติการกำเริบอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี ผลข้างเคียงที่สำคัญได้แก่ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องเสีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด และห้ามใช้ ร่วมกับยา theophylline เพราะทำให้มีผลข้างเคียงเพิ่มขึ้น

Mucolytic & Antioxidant

เช่น ambroxol, carbocysteine, N-acetylcysteine, erdosteine อาจใช้เพื่อบรรเทาอาการเสมหะเหนียวเป็นช่วงสั้น การใช้ยาละลายเสมหะเพื่อการรักษาระยะยาว ยังไม่มีประโยชน์ที่ชัดเจน แต่มีหลักฐานการใช้ ยา N-acetylcysteine ในขนาดสูง (1.200 มก.ต่อวัน) เป็น anti-oxidant ซึ่งอาจ ลดอัตราการกำเริบ ในผู้ป่วย GOLD stage 2** สามารถใช้เป็นยาเสริมร่วมกับการรักษาอื่นเพื่อลดการกำเริบในผู้ป่วยที่มีการกำเริบบ่อย

ยาปฏิชีวนะ

บทบาทหลักของยาปฏิชีวนะคือ ใช้รักษาอาการติดเชื้อในช่วงที่มีการกำเริบ ของโรค ส่วนการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดอัตราการกำเริบของโรคนั้น ผลการศึกษา ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ยาที่มีการศึกษาว่าอาจช่วยลดอัตราการกำเริบได้ เช่น erythromycin, azithromycin, moxifloxacin เป็นต้น การใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อวัตถุประสงค์นี้จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวังและคำนึงถึงผลแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น ผลข้างเคียงของยา การเพิ่มจำนวนเชื้อดื้อยา เป็นต้น

ยาอื่นๆ

ยาแก้ไอ ใช้เพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น ไม่แนะนำให้ใช้เป็นประจำ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขั้นที่ 3 การรักษาอื่น

ควรต้องให้คำแนะนำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยทุกรายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกำเริบและวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยเสมอ การรักษาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา ได้แก่

- ให้ผู้ป่วยรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (influenza vaccine) ปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง และแนะนำประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ (pneumococcal vaccine)

- ตรวจสอบเรื่องการสูบบุหรี่ แนะนำวิธีและให้การสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่
- เริ่มโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการ
- ในผู้ป่วยกลุ่มอาการรุนแรง (severe) ขึ้นไป แนะนำให้

- พิจารณาให้ผู้ป่วยใช้ออกซิเจนอย่างน้อยวันละ 15 ชั่วโมง (long term oxygen therapy)

- แนะนำทางเลือกในการรักษาโดยการผ่าตัด (lung volume reductionsurgery - LVRS)

ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

- แจ้งการพยากรณ์โรค ค่อยถึงวาระสุดท้ายในชีวิตกับผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนชีวิตในอนาคต

อนาคต

วัคซีน

1. Inactivated influenza vaccine

แนะนำให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ทุกปี ปีละ 1 ครั้ง ให้ได้ตลอดทั้งปี แต่ระยะเวลาที่เหมาะสมคือเดือนมีนาคม- เมษายน

2. Pneumococcal vaccine

อาจพิจารณาฉีดในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี หรือผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปีที่มีค่าของ FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 40 ของค่าอ้างอิง

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation)

มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้ มีองค์ประกอบหลายอย่าง คือ การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เทคนิคการขับเสมหะให้ถูกวิธี การใช้ยา การประเมินและฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ สภาพอารมณ์และจิตใจ ภาวะโภชนาการ และการฝึกการออกกำลังกาย อันจะนำไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสม การฝึกออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การพยาบาล

การพยาบาลแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การพยาบาลด้านร่างกายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจอุดกั้น และมีการหดเกร็งของหลอดลม ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะพร่องออกซิเจนทำให้ผู้ป่วยหอบเหนื่อย ไม่สุขสบาย พยาบาลหรือผู้ดูแลต้องประเมินภาวะพร่องของออกซิเจนและการดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลดังนี้ จัดทำให้หายใจได้สะดวก เช่น จัดให้นอนท่าศีรษะสูง (High Fowler's position) หรือนั่งกับโต๊ะคร่อมเตียง ช่วยให้ได้รับออกซิเจนในอัตราการใช้ 1-3 ลิตร ต่อนาที ช่วยให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและให้การดูแลเพื่อป้องกันปัญหา ทูพออกซิกเนชัน เนื่องจากร่างกายต้องการพลังงานจำนวนมาก เพื่อใช้ในการหายใจให้มีประสิทธิภาพ ถ้าผู้ป่วยขาดสารอาหารโอกาสเสียชีวิตก็จะสูงขึ้น และแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มก๊าซ เช่น กะหล่ำปลี ถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น เพราะอาจทำให้เกิดอาการท้องอืด และนำมาซึ่งอาการหายใจลำบากได้

2. การพยาบาลด้านจิตใจผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีภาวะเครียดจากอาการเหนื่อยง่าย พักผ่อนได้ไม่เพียงพอเมื่อร่างกายขาดออกซิเจนจะทำให้เกิดอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด อึดอัด ท้อแท้ หดหู่ กังวลเนื่องจากต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วย กระตุ้นให้ครอบครัวได้ร่วมรับรู้และให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะอยู่กับความเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นและปรับตนเอง ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ให้ร่วมพูดคุยกับครอบครัว ฝึกสมาธิ อ่านหนังสือหรือกิจกรรมที่ชอบ เป็นต้น

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี สถานภาพ สมรส

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

อาชีพ ทำสวน ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4

วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 เวลา 15.11 น.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

2. ประวัติความเจ็บป่วย (Health History)

2.1 โรคประจำตัว

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

ต่อมลูกหมากโต (BPH)

2.2 การเจ็บป่วยในอดีต (History of the past illness)

เส้นเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น ปี พ.ศ.2555 รักษาด้วยการรับประทานยา และทำบอลลูนที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสิชล ปี พ.ศ.2558

2.3 อาการสำคัญ (Chief complaint)

หายใจเหนื่อยหอบ ไอ ไม่มีเสมหะ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีไข้ 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

2.4 ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน (History of present illness)

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไม่มีไข้ ไอ ไม่มีเสมหะ ไม่มีน้ำมูก ปัสสาวะปกติ ไม่มีชาบวม พบมาจากบ้านอาการไม่ทุเลา ฟังเสียงปอด expiratory wheezing BL แพทย์วินิจฉัยระบุว่า ปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

แรกรับหอผู้ป่วยพิเศษรวมชาย ชั้น 3 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องทำตามคำสั่งได้ หายใจเหนื่อยหอบ มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจเล็กน้อย ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 98 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผลปกติ เอกซเรย์ทรวงอกผลปกติ แพทย์ให้การรักษาโดยให้พ่นยาขยายหลอดลม Beradual 1 NB ทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง หลังจากนั้นพ่น Beradual 1 NB ห่างกันทุก 4 ชั่วโมงและฉีดยา Dexamethasone 8 mg ทางหลอดเลือดดำทันที หลังจากนั้นฉีด Dexamethasone 4 mg ต่อห่างกันทุก 6 ชั่วโมง แพทย์ให้รับประทานยาโรคประจำตัวเดิม ระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาลอาการเหนื่อยหอบดีขึ้น แพทย์ตรวจเย็บอาการจึงเปลี่ยนจาก Dexamethasone ฉีด เป็นยา Prednisolone รับประทาน ผู้ป่วยมีอาการคันทั่วตัว ไม่มีผื่น แพทย์ตรวจดูอาการให้ฉีดยา Chlorpheniramine 1 Amp ทางหลอดเลือดดำทันที และเพิ่มยาทาแก้คัน (Urea cream apply lesion) ยารับประทาน Atarax 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

จากการตรวจเย็บอาการพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ วิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับการพ่นยาอย่างถูกวิธี มีประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยโรคเดิมซ้ำๆ หลังจากให้การพยาบาล รวมรับไว้ในความดูแล 4 วัน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด มีการประเมินติดตามเรื่องการพ่นยาอย่างถูกวิธี การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การปฏิบัติตัวที่บ้าน จนอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พยาบาลได้ให้คำแนะนำ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

หากเริ่มมีอาการเหนื่อยหอบเพียงเล็กน้อยให้รีบมาพบแพทย์ ก่อนอาการกำเริบรุนแรง ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น จากปัญหาทั้งหมดผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว และได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ส่งผลให้ปลอดภัยจากโรคไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความรู้เรื่องปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนการปฏิบัติตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสมและแพทย์ได้อนุญาตให้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 รวมระยะเวลาในนอนโรงพยาบาล 4 วัน และนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการภายหลังจำหน่าย 2 เดือน คือ วันที่ 29 เมษายน พ.ศ.2564 คลินิกหอบหืด พร้อมเจาะเลือดก่อนพบแพทย์

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาข้อมูลสถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 2-3 ตั้งแต่ปี 2561-2563 มาวิเคราะห์ และทบทวนการดูแลที่ผ่านมา
2. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ
3. ศึกษาและรวบรวมเกี่ยวกับข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ศึกษาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา
5. นำข้อมูลและปัญหาต่างๆ มาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการ โดยเน้นการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้
7. นำข้อมูลมารวบรวมเป็นเอกสารวิชาการ แล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อการตรวจสอบ ทบทวนความถูกต้อง และความเหมาะสมของผลงาน
8. เผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโรคและแผนการรักษา ปฏิบัติตัวได้เหมาะสม
2. ลดความรุนแรงของโรคและภาวะอันตรายจากโรคแทรกซ้อนได้
3. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและร่วมมือในการรักษาพยาบาล
4. ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ สามารถพ่นยาได้ถูกวิธี เข้าใจการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ลดการกลับมาอนช้ำในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

5. ให้ประโยชน์แก่ผู้จัดทำและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสนใจ ต้องการศึกษารื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

1. อัตราการตายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง
2. ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อันตรายถึงแก่ชีวิต เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นต้น
3. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง
4. ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น
2. ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองขณะกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจต่อการดูแลตนเองของที่มีสุขภาพ 100 เปอร์เซ็นต์

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เป็นการเพิ่มศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง หลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคการพินยาที่ถูกต้อง ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถพินยา ได้ถูกวิธีและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเนื่องจากระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลลดลง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานเมื่อมีอาการกำเริบของโรคจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ ภาวะเครียด และวิตกกังวลมากทำให้ บางครั้งผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยได้ง่าย สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเสียงดัง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยได้ยืมไปใช้ หลังจากออกโรงพยาบาล เช่น ถังออกซิเจน ในรายที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ การจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุ มีอายุมาก ผู้ป่วยสูงอายุบางครั้งพ่นยาไม่ถูกวิธี ขณะมีอาการเหนื่อยหอบ ทำให้ได้รับปริมาณยาไม่ครบขนาด กระบอกพ่นยามีขนาดเล็กจับไม่สะดวก ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่คนเดียวไม่มีใครคอยดูแลและช่วยเหลือเมื่อมีอาการเหนื่อยและนำส่งโรงพยาบาล ทำให้ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลเป็นประจำด้วยอาการเดิม ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ห่อหุ้มไม่ยอมมีชีวิตอยู่ จึงต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองและให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานควรมีการจัดระบบการบริหารอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ถังออกซิเจน สามารถให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินยืมไปใช้ก่อนในระหว่างที่อยู่บ้าน
2. พยาบาลควรมีความรู้และทักษะ สามารถให้คำแนะนำวิธีการพ่นยาสุดขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง
3. โรงพยาบาลควรมีคลินิกเล็กนุหรี และส่งผู้ป่วยเข้าคลินิกทุกราย
4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับการรักษาที่มกายภาพบำบัด เพื่อได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดทุกราย
5. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงได้อีก จึงควรเน้นย้ำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง สารภูมิแพ้ต่างๆ อยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทดี การปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานยาครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำอุ่น การรับประทานยาและการปฏิบัติตัว การพ่นยาอย่างถูกวิธี การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางสาวชฎาวรรณ วรรณเกื้อ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ชฎาวรรณ วรรณเกื้อ

(นางสาวชฎาวรรณ วรรณเกื้อ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 24 / มิ.ย. / 2565

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชฎาวรรณ วรรณเกื้อ	<u>ชฎาวรรณ วรรณเกื้อ</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... กาญจนา เมธยาภิรมย์

(นางกาญจนาเมธยาภิรมย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 24 / มิ.ย. / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... บุญยืน ศรีสว่าง

(นางบุญยืน ศรีสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 27 / มิ.ย. / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)..... อารักษ์ วงศ์วรชาติ

(นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลิซล

(วันที่) / /

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

1. เรื่อง คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

2. หลักการและเหตุผล

หัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้ออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ ร่างกายจะมีขบวนการปรับตัวด้วยระบบประสาทอัตโนมัติร่วมกับระบบ Rennin angiotensin เพื่อปรับและชดเชยให้ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจต่อนาทีเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แต่ในระยะยาว จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและระบบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลต่อความทนในการทำกิจกรรมลดลง รวมทั้งภาวะเหนื่อยล้า บวม และหอบเหนื่อย ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอาการที่พบได้บ่อย อาจเกิดจากโรคของผู้ป่วยเองหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจตีบ และมีโอกาสที่การดำเนินโรคจะเลวลง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ง่ายขึ้น ดังนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งผู้จัดทำเห็นว่าหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี เกิดความทนต่อการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และคงไว้ซึ่งสภาวะของโรคไม่ให้เลวลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พยาบาลควรมีการส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ครอบครัว ญาติ และบุคคลในชุมชนจะมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เผชิญปัญหาและอุปสรรคทั้งหลาย เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลและจัดการกับความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยได้เองเป็นส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นเพียงผู้ที่คอยให้การสนับสนุน ชี้แนะเท่านั้น

ดังนั้นเพื่อความสะดวกในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงได้จัดทำ “คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว” เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัว และสามารถสังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์และการดูแลที่ต่อเนื่องได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

อีกทั้งเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การให้ความรู้ สุขศึกษา แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และยังสามารถสแกน QR Code เพื่อการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข บทวิเคราะห์

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำเป็นต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จากการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหา ทั้ง 4 ด้าน แต่สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่าย ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกายที่พบว่า ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการเจ็บป่วยทางกายและต้องมารับการรักษา หรือมาตรวจตามนัดบ่อยๆ ปัญหาด้านจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกังวล และท้อแท้ต่อการต่อสู้กับความเจ็บป่วย และด้านสังคมซึ่งเป็นผลจากสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัย และเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นการพยาบาลทางร่างกายเพื่อลดภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างรวดเร็ว และเพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว ถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว หลังจากนั้นจึงค้นหาสาเหตุและปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะหัวใจล้มเหลว และพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดจัดทำคู่มือ “คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว” เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล และใช้เป็นแหล่งศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง พยาธิสภาพ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแก่ผู้ป่วยได้

แนวความคิด

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง เป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเอง การดูแลตนเองถือเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุก และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อกลับไปบ้าน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดึงศักยภาพในการดูแลตนเองออกมา โดยในเบื้องต้นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกทั้งควรส่งเสริมความรู้ให้แก่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

การจัดทำคู่มือถือถือว่าเป็นสิ่งพิมพ์ชนิดหนึ่งที่นิยมนำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูล ความรู้เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ หรือรูปภาพเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ สามารถได้รับประโยชน์จากคู่มือนี้เมื่อต้องการศึกษาเพิ่มเติม หากมีข้อมูลที่ทันสมัยสามารถนำมาเพิ่มเติมในคู่มือได้อย่างต่อเนื่อง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้คู่มือ “คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว” เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้
3. มีการขยายผลการใช้คู่มือ “คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว” ไปสู่หอผู้ป่วยอื่นเพื่อการดูแลตามมาตรฐานในทิศทางเดียวกัน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้คู่มือ “คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว” มากกว่าร้อยละ 80
2. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการใช้คู่มือ “คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว” มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....*ชฎารรณ*.....*วรรณเกื้อ*.....

(นางสาวชฎารรณ วรรณเกื้อ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....*24*...../*สิ.ย.*...../*2565*.....

ผู้ขอประเมิน