



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลอรัญประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓
ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์ และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๕
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลอรัญประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จำนวน ๒ ราย
ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นางรุ่งนภา คงมนต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
๒.	นางพัทธ์ธีรา เจนช่าง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลอรัญประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายราเชษฎ์ เจริญพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลรัฐประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางรุ่งนภา คงมนต์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลรัฐประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๓๓๖๖๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลรัฐประเทศ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๓๓๖๒๔	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	" การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน "				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	" การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน "				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	"แนบท้ายประกาศ"				
๒	นางพัทธธีรา เจนช่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลรัฐประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๔๖๙๖๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลรัฐประเทศ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด)	๓๓๖๑๗	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	" การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว "				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	" การพัฒนาการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วย "				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	"แนบท้ายประกาศ"				

๒

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 19 กันยายน 2564 – 21 ตุลาคม 2564 รวมระยะเวลา 33 วัน

3. ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะประคับประคอง 2 แนวคิด ดังนี้

3.2 .1. แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของมูลเลนและโทมัส (Mullen &

Thomas, 2009) ประกอบด้วย สมรรถนะ 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านการประเมินและวางแผนการดูแล (Assessment and care planning competence)
- 2) ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill competence)
- 3) ด้านการจัดการกับอาการ (Symptom management competence)
- 4) ด้านการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning competence)

3.2.2 แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) บุคคลเป็นระบบ การปรับตัว (Adaptive system) ซึ่งเป็นระบบเปิดที่มีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา การพยาบาลควรมุ่งเน้นการตอบสนองในทางบวกที่จะช่วยให้บุคคลมีพลังงานอิสระที่จะรับรู้และตอบสนองต่อ สิ่งแวดล้อมอื่นๆได้ ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า ผ่านกระบวนการปรับตัวและมีขอบเขตการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านร่างกาย (Physiologic function) การปรับตัวด้านความต้องการพื้นฐาน
- 2) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อและความรับรู้ต่อตนเอง
- 3) ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ (Role function) เป็นการแสดงพฤติกรรมที่บอกถึง ตำแหน่งบทบาทของบุคคลในสังคม 3 ลักษณะ คือ บทบาททางเพศและอายุ บทบาทในครอบครัว

4) ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (Interdependence) รวมทั้งสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่มี กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการเพื่อนำไปสู่วินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

3.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

3.4 กระบวนการให้คำปรึกษา เป็นเครื่องมือและวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา การรักษาสุขภาพและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา และกินยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การให้คำปรึกษายังเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนการให้บริการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: มะเร็งปอดเป็นโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การรักษามะเร็งปอดระยะลุกลามจนถึงระยะท้ายเป็นระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายมีวัตถุประสงค์เพื่อประคับประคองลดการลุกลามของโรค และบรรเทาความทุกข์ทรมาน ในการดูแลผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจ มีสัมพันธภาพที่ดี สามารถประเมิน ความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม จัดการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมด้วยความเมตตาและเอื้ออาทร

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดแบบประคับประคองร่วมกับปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาจนเสร็จสิ้นถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และนำผลการศึกษาไปใช้
รูปแบบการศึกษา: เป็นการวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษากับหลักวิชาการและนำผลการศึกษาไปใช้
ผลการศึกษา :

สรุป :

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจโดยมีการอุดกั้นของทางเดินลมหายใจอย่างถาวร เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือในเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลง การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เบาลง โดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ และอัตราการไหลของอากาศตอนหายใจออกจะช้าลง และลำบากกว่าหายใจเข้า ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วหากประเมินอาการไม่ถูกต้อง และ/หรือรักษาไม่ถูกต้อง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านจำนวน 1 ราย รับไว้ในความดูแลวันที่ 19 กันยายน 2564 จำหน่ายจากความดูแลวันที่ 21 ตุลาคม 2564 รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 33 วัน

เชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ได้มีการทบทวนการพยาบาลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ซึ่งผลที่ได้จากการทบทวนการดูแล ได้นำมาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอยู่ในชุมชนอีกจำนวน 3 ราย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

เชิงคุณภาพ (ต่อ)

ซึ่งจากผลการดูแลตามกระบวนการเดียวกันกับกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 ราย โดยพยาบาลต้องประเมินและวางแผนการดูแลเป็นระยะกับทีมสุขภาพ โดยใช้ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการจัดการอาการ และทักษะด้านการวางแผนล่วงหน้า เพื่อให้การสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่อง และครบองค์รวม ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาจนถึงระยะท้ายของโรค ทั้งนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ทีมสุขภาพต้องมีความรู้และความเข้าใจ มีสัมพันธภาพที่ดี สามารถประเมิน ความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม จัดการ ตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมด้วยความเมตตาและเอื้ออาทร พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยในการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและที่สำคัญคือ การเตรียมผู้ดูแลและครอบครัว ให้สามารถปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย อत्मโนทัศน์และการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ และผู้มาศึกษาปฏิบัติงาน
3. เป็นเอกสารทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และผู้ที่สนใจทั่วไปใช้เป็นข้อมูล ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

มะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับอาการ ผลกระทบจากการรักษาและความก้าวหน้าของโรคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดจึงมุ่งหวังเพื่อประคับประคองไม่ให้เกิดการดำเนินโรคลุกลามเร็วหรือเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา โดยใช้หลักสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละระยะตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และเสนอแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะลุกลามแบบประคับประคองนั้นควรเริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา ผู้ให้การดูแลต้องบูรณาการองค์ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมตามปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกมิติแต่ละระยะตามภาวะความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพจึงควรต้องมีการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

ประสานงานร่วมกันภายในทีมให้การดูแล เพื่อความสอดคล้องในการแก้ปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องเพราะถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งด้านความต่อเนื่องในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ข้อมูลและแหล่งประโยชน์อื่นที่ควรมีการกำหนด ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และติดตามประเมินผลลัพธ์ของการดูแลตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยการติดตามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ต้องศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำรา รายงานการวิจัย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา และออกแบบกระบวนการพยาบาล ให้เหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของกรณีศึกษา ใช้ความรู้ความสามารถในการนำความรู้ทั้งหมดมาเรียบเรียง เพื่อใช้ประกอบการศึกษา

8.2 ต้องนำผลที่ได้จากการศึกษาและความรู้ต่างๆที่รวบรวมได้จากการค้นคว้า มาเรียบเรียงเป็นรายงานการศึกษา การนำเสนอต้องจัดทำให้ผู้อ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำผลการศึกษาตลอดจนข้อเสนอแนะไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินการปรับตัวของผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 4 ด้าน ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การรักษา จนถึงสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้การช่วยเหลือ ลดความยุ่งยากของครอบครัว และเพื่อให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวปรับตัวได้ดี สามารถแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบท

3. เพิ่มบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา จนถึงสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้การช่วยเหลือโดยใช้หลักสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง

4. ประสานงานร่วมกันภายในทีมให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดแบบประคับประคอง ทั้งด้านความต่อเนื่องในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ข้อมูลและแหล่งประโยชน์ อื่นที่ควรมีการกำหนด ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และติดตามประเมินผลลัพธ์ของการดูแลตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล โดยการติดตามให้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้

5. บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความรู้ความชำนาญในการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอด ให้การรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ช่วยเหลือได้ทันท่วงทีลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

6. โรงพยาบาลเห็นความสำคัญการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างความรัก ความผูกพันในครอบครัวและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย

10. การเผยแพร่ผลงาน ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) รุ่งภา คงมนต์

(นางรุ่งนภา คงมนต์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 18 / กรกฎาคม / 2565

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ศิริกมลย์ ไทมงคลวิไลกุล
(ทพ.ศิริกมลย์ ไทมงคลวิไลกุล)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ปฏิบัติการ

วันที่ 19 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) สมพร ปิ่นทอง

(นางสมพร ปิ่นทอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

วันที่ 19 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 65

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) นายราเชษฎ์ เจริญพนม

(นายราเชษฎ์ เจริญพนม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

วันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 65

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) นายประภาส ผูกดวง

(นายประภาส ผูกดวง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

วันที่ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 65

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยทำให้ประชากรในยุคปัจจุบันมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มขั้น ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าในปัจจุบัน พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 12 ล้านคนหรือราว 18% ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มเป็น 20% ในปี พ.ศ.2564 ซึ่งเห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย รวมทั้งผลของโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุ จึงนำไปสู่ความถดถอยของร่างกาย เกิดภาวะฟุ้งฟิง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรืออาจมีอาการสมองเสื่อม ทำให้ต้องอาศัยพึ่งพาเป็นภาระแก่ผู้ดูแล เกิดภาวะทุพพลภาพในที่สุด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างไม่มีความสุข ผู้สูงอายุจึงควรให้ความสนใจดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนของโรค และควบคุมให้ภาวะของโรคเหล่านั้นมีอาการคงที่ ไม่กำเริบรุนแรงหรือเสื่อมถอยมากกว่าเดิม จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตรอยู่อย่างมีคุณค่าสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคม และมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต [1,2]

แม้ว่าการชราภาพเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพนั้น สามารถป้องกันหรือชะลอให้เกิดขึ้นช้าลงได้ด้วยทั้งมาตรการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ตลอดจนมาตรการด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้มีผู้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับผลของอัตราตายที่ลดลงอย่างต่อเนื่องจะมีผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุ ที่อยู่กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและพิการเพิ่มขึ้น (the expansion of morbidity (Gruenber, 1977)) ส่วนทฤษฎี ที่สองนั้น เชื่อว่าในทิศทางตรงกันข้ามคือ เชื่อว่าการเจ็บป่วยและความพิการในผู้สูงอายุนั้นสามารถป้องกันและชะลอได้ ดังนั้นอายุที่ยืนยาวมากขึ้นจะเป็นจำนวนปีที่มีสุขภาพดี (The Compression of morbidity (Fries, 1980, Fries, 1989)) ส่วนทฤษฎีที่สามนั้น เชื่อในเรื่องหลักของความสมดุล (The dynamic equilibrium (Manton1982)) ทั้งนี้ ข้อมูล จากการศึกษาต่างๆ พบว่าเป็นไปไม่ได้ทั้งสามทิศทาง คือ แยก ดิขึ้น และไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไปจากแนวคิดของทฤษฎีที่เชื่อว่าจำนวนปีที่ยืนยาวมากขึ้นนั้น สามารถทำให้เป็นปีที่มีสุขภาพดีปราศจาก ความพิการได้ และจะมีผลให้ภาวะเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุลดลงนั้น จำเป็นต้องมี มาตรการด้านการป้องกันโรคที่มีประสิทธิผลต่อการลดการเจ็บป่วยมากกว่าลดการตาย โดยการเจ็บป่วย ที่มีภาวะทุพพลภาพเรื้อรังนั้นมีความสัมพันธ์กับผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และมลภาวะ

แวดล้อมซึ่งสามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นทฤษฎีดังกล่าว จะเป็นจริงได้จำเป็นต้องทำให้ วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพถูกสุขลักษณะมากขึ้น [5,6]

เนื่องจากปัญหาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เกิดจากภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีภาวะ ทูพผลภาพพร้อมด้วย ภาวะดังกล่าวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพียงด้านเดียวโดยเฉพาะ ในกลุ่มอายุมากๆ เช่น เกินกว่า 70 ปี ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นชัดเจนว่ามุมมองสุขภาพ เชิงการแพทย์ (biomedicine mode) นั้น แคบเกินไป และต้องการมุมมองสุขภาพที่กว้างขึ้น ในการ อธิบายปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ มุมมองสุขภาพในปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับเรื่องการเสื่อมถอยของ อวัยวะน้อยลงโดยให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ของร่างกายต่อสิ่งแวดล้อมใน สังคมมากขึ้น ดังนั้นการ เป็นโรคและการเสื่อมถอยของร่างกายในผู้สูงอายุนั้น อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ภาวะดังกล่าว ไม่ได้เกิดจาก อายุเพียงลำพัง แต่เกิดจากสภาพแวดล้อม พฤติกรรม และการดำรงชีวิตที่ผ่านมาของบุคคลนั้น องค์การอนามัยโลกได้นิยามสุขภาพในมิติที่กว้างขึ้นว่า “ภาวะสมบูรณ์ทั้งด้านกาย สังคม และจิต” [7,8]

ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือ อย่างต่อเนื่องตามแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี (2560-2579) ของจังหวัดสระแก้ว ยุทธศาสตร์ด้านสร้างระบบ สุขภาพที่ทุกคนเป็นเจ้าของ กลยุทธ์คือการจัดบริการ ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 4 มิติ และการพัฒนา ศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ผสมผสานธรรมนุญสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากเหตุผลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องตระหนักถึงการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างองค์ความรู้ในผู้สูงอายุและ สร้างภาคี เครือข่ายในชุมชนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ อย่างถูกต้อง และได้รับการดูแลจากครอบครัว/ชุมชน/ภาคีเครือข่าย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สำนักงานสถิติแห่งชาติ คาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้ง ประเทศในส่วนของรัฐบาลไทย ตามที่ได้กำหนดให้สังคมสูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ และได้สานต่อ แผนปฏิบัติการ ด้านผู้สูงอายุ (พ.ศ.2545-2565) เตรียมพร้อมสังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ.2564 [4]

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่หน่วยบริการด้าน สุขภาพต้องมีแผนงาน หรือโครงการรองรับเพื่อดูแลกลุ่มวัยที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ และกลุ่มวัยสูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีปกติสุข และชุมชนมีระบบที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ [3]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนเมือง เขตอำเภออรัญประเทศ

1. ด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 1,324 คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 1,185 คนผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 24 คน ผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 9 คน อยู่เพียงลำพังจำนวน 3 คน และป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 987 คน

2. ด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุยังขาดความต่อเนื่อง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการแต่ไม่มีการประชุม ติดตามรายงานผลการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่มีการวางมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุแต่การดำเนินกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง มีผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่จะดูแลได้เฉพาะในรายที่มีปัญหาติดเตียง หากชุมชนไม่มีระบบในการดูแล เหตุดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุด้าน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และส่งผลทางอ้อมแก่ผู้ดูแลทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ส่งผลด้านสุขภาพจิต เป็นต้น

3. ด้านครอบครัวยังพบผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานมีการใช้คำพูดที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุ

4. ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังมีความไม่เข้าใจ มีความเชื่อที่ขัดแย้งต่อการดูแล สุขภาพในบางประเด็น ซึ่งในอนาคตอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้หากผู้สูงอายุขาดความเข้าใจ และไม่สามารถดูแลตนเองได้

แนวคิดการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ

1. การสร้างความตระหนักให้ผู้นำชุมชนเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ มีคณะกรรมการในการดูแล และประสานงาน เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายอยู่เพียงลำพัง บางรายไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวถึงแม้จะอยู่ร่วมกันก็ตาม ดังนั้นการมีผู้นำชุมชนร่วมปฏิบัติงานจะทำให้บุคคลในชุมชนเกิดการยอมรับมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสามารถวางมาตรการทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดตั้งกองทุนสำหรับผู้สูงอายุยามเจ็บป่วย เป็นต้น

2. การสร้างความตระหนักในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุนอกเหนือจาก ข้อ 1 ที่ผู้นำชุมชนร่วมขับเคลื่อนด้วยตนเอง และมาตรการทางสังคม ปฏิเสธไม่ได้ว่าเมืองไทยเป็นเมืองพุทธ ดังนั้นการส่งเสริม/จัดกิจกรรมให้บุตรหลานสำนึกในบุญคุณ และบาปบุญคุณโทษ ด้านการดูแลผู้มีพระคุณ จึงมีความจำเป็นด้านจิตวิทยา ปลูกจิตสำนึกในความดีตอบแทนบุญคุณ รวมถึงการชี้ให้เห็นถึงรายรับรายจ่าย ที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วย ผลดี ผลเสีย ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดกิจกรรมในลักษณะนี้อาจต้องใช้ผู้อำนวยการด้านการจัดกิจกรรมเป็นผู้ขับเคลื่อน

3. การฟื้นฟูองค์ความรู้ แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครประจำครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และมอบหมายการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการดูแล/ให้คำแนะนำ ที่ถูกต้องเหมาะสมตามสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ของผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละรายและส่งมอบรายละเอียดให้ผู้ดูแล

4. การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคีเครือข่าย เช่น เทศบาล,ชมรมผู้สูงอายุ,กลุ่มงานการศึกษานอกโรงเรียน,เยาวชน,ผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น เป็นต้น เพื่อส่งเสริมพลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ สอบถามความต้องการขั้นพื้นฐาน จัดสภาพแวดล้อม รวมถึงการให้คำแนะนำ และวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่จริง เพื่อดำเนินการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล และสามารถสร้างโมเดลผู้สูงอายุต้นแบบสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

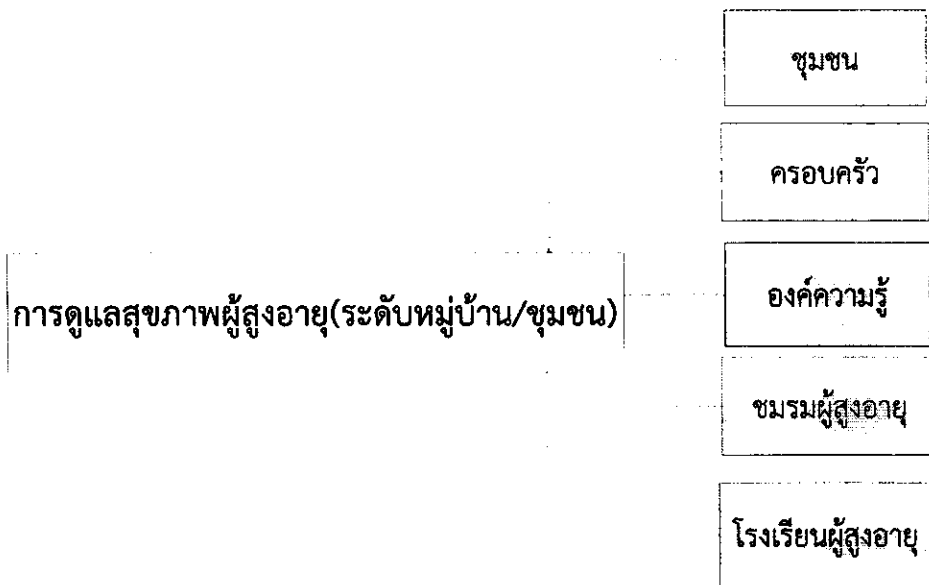
5. ดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน จัดหาสถานที่ และวิทยากร ในการส่งเสริมความรู้ให้ผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ที่กำลังก้าวสู่วัยสูงอายุ

6. การส่งเสริมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่องขับเคลื่อนโดยสมาชิกในชมรม ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทำร่วมกันทุกเดือนรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง การดูแลซึ่งกันและกัน สร้างมิตรภาพต่อกันเกิดเป็นครอบครัวอบอุ่นถึงแม้จะไม่ใช่นายเลือดเดียวกันก็ตาม

7. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุต่างตำบล เพื่อให้เห็นภาพการดำเนินการชมรมอื่นสำหรับเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมในชมรมตนเองให้ดีขึ้น รวมถึงนำข้อดีในชมรมไปเผยแพร่เกิดเป็นเครือข่ายที่ใหญ่ขึ้น

8. สร้างชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งให้สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานได้ ซึ่งผู้สูงอายุ และชุมชนอาจมีรายได้จากการศึกษาดูงาน ทำให้มีกำลังใจในการสร้างกิจกรรมที่ดีต่อไป

9. เน้นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็ง เพราะการมีจิตใจที่เข้มแข็งย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพกายเสมอ รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ไม่รบกวนเวลาผู้สูงอายุ โดยใช้วิถีชีวิตเดิม และเพิ่มกิจกรรมสาธารณสุขเข้าไป เช่น การจัดกิจกรรมทุกวันพระ การจัดกิจกรรมในเวทีการประชุมประจำเดือน เป็นต้น



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ข้อเสนอในการพัฒนา

1. ด้านชุมชน ให้ผู้นำชุมชนเป็นประธาน และคณะทำงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นในชุมชน เช่น เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การวางมาตรการสามารถทำได้โดยง่ายเนื่องจากผู้นำ

ชุมชนเป็นฝ่ายปกครอง ประชาชนในชุมชนให้ความเชื่อถือ และมีบทบาทหน้าที่ ที่เอื้อต่อการสั่งการให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมมือกันปฏิบัติงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. ด้านครอบครัว จัดกิจกรรมการอบรมปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้คนในครอบครัว โดยใช้วิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญ

3. องค์กรความรู้ ส่งเสริม และพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ โดยการจัดอบรมประชาสัมพันธ์ ใช้สื่อออนไลน์ เพื่อถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

4. ชมรมผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมที่มีส่วนร่วม เช่น การร้องเพลง การรำวง เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำกิจกรรมที่ดีของชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ หรือชุมชนอื่นมาเป็นแนวทางในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในชุมชน และเผยแพร่แนวทางชมรมเพื่อการพัฒนาชมรมอื่น สร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ระหว่างชมรมผู้สูงอายุ สร้างให้เกิดทักษะการนำเสนอผลงาน

5. โรงเรียนผู้สูงอายุ ใช้เป็นศูนย์กลางในการจัดการเรียนการสอนที่เป็นรูปแบบชัดเจนในชุมชนตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนทุกคนได้เข้าถึงกระบวนการการเรียนรู้ ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถนำไปดูแลสุขภาพตนเองได้

ทั้งนี้การดำเนินงานต้องมีความต่อเนื่อง จึงจะเกิดเป็นระบบการดูแลที่ดี มีผู้รับผิดชอบ/ประสานงานชัดเจนสามารถให้คำปรึกษาและแนะแนวทางได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุเขตเมือง อำเภออรัญประเทศ
2. ผู้นำชุมชน
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะเวลาดำเนินการ

กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ.2565

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวระดับหมู่บ้าน/ชุมชน
2. เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม
3. ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน/ชุมชน
2. ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้ากินข้าวอร่อย ร้อยละ 80
3. Healthy aging เพิ่มขึ้นมากกว่าปี 2563 ร้อยละ80
4. ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้รับการดูแลจากชุมชนร้อยละ 100

ลงชื่อ.....รุ่งนภา คงมนต์..... ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ

(นางรุ่งนภา คงมนต์)

18 กรกฎาคม 2565

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการปฏิบัติงานทั้งหน่วยงานหอผู้ป่วยในและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทั้งระบบร่างกายและจิตใจ ซึ่งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้ค่อนข้างสูง และถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่พบได้บ่อย และอยู่ในอันดับ 1 ใน 5 ของโรคที่สำคัญในหอผู้ป่วย โดยการประเมินภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย การตัดสินใจอย่างเร่งด่วนในการให้การพยาบาล การรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยให้การพยาบาลครอบคลุมและต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังอันตราย และภาวะแทรกซ้อน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติ สอน แนะนำให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ซึ่งจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จึงสามารถประเมินอาการ การแปลผลอ่าน EKG ให้การพยาบาล และสามารถรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที อบรมวิชาการและหาความรู้ทางวิชาการใหม่ๆ อยู่เสมอ ผ่านการอบรมระยะสั้นการพยาบาลวิกฤต หลักสูตร 1 เดือน และนำมาสู่การติดตามนิเทศงานและให้ความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงาน และร่วมทบทวน การรักษาพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่ได้เหมาะสม

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี มาด้วย 30 นาทีก่อนมา แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เหงื่อออก ใจสั่น มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 โดย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยนอนราบไม่ได้ นอนตะแคงแล้วเหนื่อยลดลง ปัสสาวะออกน้อยลง ขาดยามา 4 วัน แรกรับที่ ER รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ,ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 32 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 157/78 มิลลิเมตรปรอท, ความอิ่มตัวของออกซิเจน 78 % ดูแลให้ออกซิเจนและประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบมี cephalization both lung, cardiomegaly with pulmonary edema ฟังปอดได้เสียง Fine crepitation both lung, ชาวมทั้ง 2 ข้าง ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST depress

lead I, II, aVF, V5-V6 ผล Troponin T ได้ 24-226 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยได้ยา Antiplatelet t คือ clopidogrel, ASA ,ยา anticoagulant คือ Enoxaparin และได้ยาขับปัสสาวะ คือ Furosemide รับประทานไว้ที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชาย เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที และใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออก 20 ml. จึงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา ติดตามจำนวนปัสสาวะ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น สังเกตอาการเจ็บหน้าอก เฝ้ารอภาวะเลือดออกผิดปกติ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ระวังการฉีดยาและเจาะเลือด ดูแลให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า – ออก เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

หลังได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย 1 วัน ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ ปัสสาวะออกดีขึ้น เหนื่อยลดลง ฟังเสียง Crepitation ลดลง ผลภาพเอกซเรย์ปอดดีขึ้น แพทย์ประเมินว่าสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 96 % อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/ นาที ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด Enoxaparin, ASA, Clopidogrel, Furosemide ตามแผนการรักษา

หลังได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย 3 วัน ผู้ป่วยไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที และให้ออกซิเจน cannula 3 LPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 96-97 % ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ปัสสาวะออกดี ขาทั้ง 2 ข้างยุบวม ไม่มีอาการข้างเคียงจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 หลังได้ยาละลายลิ่มเลือดครบ 5 วัน แพทย์จำหน่ายทุเลากลับบ้านได้ ให้ไปส่งตัวผู้ป่วยไปพบอายุรแพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อพิจารณาการส่งตรวจสวนหัวใจหรือการฉีดสี ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมความดันโลหิต การปรับกิจกรรมการออกกำลังกาย การพักผ่อน การบรรเทาความเครียด การรับประทานยา การใช้ยามีได้ลื่นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก การดูแลการขับถ่ายไม่ให้ท้องผูก และการสังเกตอาการผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ รวมระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษา โดยพิจารณาเลือกกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว เพราะเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและอาการของรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูง ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการบริการที่สำคัญ

2. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวจากตำราเอกสาร วารสาร วิชาการอินเทอร์เน็ต เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาเฉพาะราย นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย

3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการดูแลรักษาของแพทย์ตรวจร่างกายและประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมครอบครัวและวางแผนการพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะนอนรับการรักษา

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

6. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน

7. สรุปประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด

8. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ

9. ทำการเผยแพร่ผลงานโดยนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว “เรื่อง ประชุมวิชาการการพัฒนาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย 44 ปี ”

10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดทำรูปเล่มเผยแพร่ในหน่วยงาน และภายในโรงพยาบาล อรัญประเทศ

เป้าหมายของงาน

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วย 1 ราย คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 รวมระยะเวลาในการดูแล 6 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง และเหมาะสม สามารถประเมินผู้ป่วยตั้งแต่

แรกรับที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม พบว่าผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมาก ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหัน ทีมผู้ดูแลสามารถประเมินวินิจฉัยโรคถูกต้อง ทำให้สามารถวางแผนการรักษาพยาบาลได้ทันเวลา ในระยะวิกฤตที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ติดตามประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจไม่พบมีภาวะติดเชื้อ ได้รับการรักษา ให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ดูแลฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ รักษาตัวภายในหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรมเป็นเวลา 6 วัน สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ และไม่กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

6.2 หน่วยงานมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

6.3 ใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนจำหน่ายและผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

พบความยุ่งยากเนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ระยะเวลาการอุดตันที่นานขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเฉียบพลันระยะที่ 4 ขาดยามา 2 วัน ปัสสาวะออกน้อยลง ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ขณะเคลื่อนย้ายมายังหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น จึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการรักษาไว้ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หลังได้รับการรักษา 1 วัน ผู้ป่วยปัสสาวะดีขึ้น เหนื่อยลดลง ผลภาพเอกซเรย์ปอดดีขึ้น แพทย์ประเมินว่าสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าจากการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการคาดการณ์ การประเมินและการเฝ้าระวังอาการ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค และไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษายากขึ้นในการขับปัสสาวะออก และการได้ยาขับปัสสาวะมีผลทำให้การทำงานของไตลดลง และด้านตัวผู้ป่วยที่ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การควบคุมโรคร่วม รวมถึงการรับรู้สภาวะของโรค การขาดยา ไม่ทราบอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงทำให้ผู้ป่วยมาด้วยอาการที่รุนแรง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาจะพบว่าผู้ป่วยจากการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูง ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการคาดการณ์ การเฝ้า ประเมินอาการ ผู้ป่วยสามารถมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงหรือเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหันได้ ตลอดเวลาขณะเคลื่อนย้ายเนื่องจาก ดังนั้นการประเมินและการตัดสินใจในการรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที ผู้ป่วย จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และไม่สามารถย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักได้เนื่องจากเตียงเต็ม ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมิน คัดกรองและวินิจฉัยปัญหาาร่วมกับทีมได้ ซึ่งพยาบาลในทีมยังมีทักษะและประสบการณ์ที่ต่างกัน ด้านตัวผู้ป่วยที่ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การควบคุมโรคร่วม รวมถึงการรับรู้สถานะของโรค การขาดยา ไม่ทราบอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงทำให้ผู้ป่วยมาด้วยอาการที่รุนแรง ดังนั้นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เรียนรู้วิธีการจัดการควบคุมการเกิดโรคซ้ำและการจัดการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยขณะที่อยู่บ้าน ดังนั้นควรส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองควรเริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 บุคลากรทางการพยาบาล ควรมีการทบทวนความรู้เรื่องโรค พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการประเมิน การคาดการณ์ความเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการให้การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน โดยการศึกษาหาความรู้ด้วยศึกษาจากตำรา การศึกษาอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง การทบทวนเมื่อมีอุบัติการณ์

9.2 การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูง ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวให้ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหลังจำหน่าย ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดภาวะแทรกซ้อนและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติ

9.3 บูรณาการการรสร้างเสริมสุขภาพและการคัดกรองร่วมกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เนื่องจากมีเป้าหมายในการทำงานคล้ายคลึงกัน เนื่องจากเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคซึ่งกันและกัน

9.4 การจัดตั้งคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว (Heart Failure clinic) โดยกำหนดเกณฑ์และแนวทางที่ชัดเจน รวมถึงการสื่อสารแนวทางสู่ผู้ป่วยปฏิบัติ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหลังจำหน่าย ลดการกลับมารักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อนและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติ

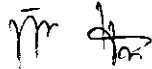
9.5 การพัฒนาระบบการนิเทศการพยาบาลรายโรคในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูง ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง มีการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงเสริมพลังและการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ

10. การเผยแพร่ผลงาน

โครงการประชุมวิชาการการพัฒนาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย 44 ปี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว”

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางพัทธธีรา เจนช่าง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 19 / 11 / 2565

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางสมพร ปั่นกอง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 19 / 11 / 64

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

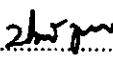
(ลงชื่อ) 

(นายราชาชญ์ เจริญพนม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

(วันที่) 20 / 11 / 65

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(นายประภาส ผูกดวง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 21 / 11 / 65

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วย
2. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายเฉียบพลันเนื่องจากการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลกรายงานพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี โดยเฉลี่ยทุก 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน และประเทศไทยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ยังมีอัตราที่สูงอยู่โดยปี 2562, 2563 และ 2564 เท่ากับ 46.68, 45.18 และ 41.14 ต่อ ประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ทำให้เกิดความบกพร่อง (impairment) ในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วนเช่น ระบบสั่งการ การพูด การกลืน การรับความรู้สึก ความผิดปกติทางอารมณ์ การเคลื่อนไหวซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิด ความสูญเสียหรือไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ เช่น การเดิน การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดมีความด้อยโอกาสทางสังคม

จากสถิติโรงพยาบาลรัฐประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ในปี2562 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 65 ราย, ปี.2563 จำนวน 77 ราย และปี 2564 จำนวน 79 ราย และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง การมาพบแพทย์และมาทำกายภาพบำบัดเป็นเรื่องที่ลำบากสำหรับผู้ป่วยที่สูงวัย ญาติไม่สามารถพามาได้บ่อยๆ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ และบางครั้งครอบครัวมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางผู้ป่วยจึงอาจขาดโอกาสในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เนื่องจากการฟื้นตัวมักเกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนแรก หลังจาก 6 เดือนไปแล้ว หลังจากนั้นการฟื้นตัวจะลดลง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงควรได้รับการฟื้นฟูสภาพให้เร็วที่สุดเมื่อมีอาการคงที่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการฟื้นตัวของระบบประสาทมากที่สุดและรวดเร็วที่สุด ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันและ เคลื่อนไหวได้เต็มศักยภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระพึ่งพิง ส่งผลต่อการใช้ชีวิตในสังคมและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจเรื่องการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูสภาพในมิประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการรักษาวิธีการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การป้องกันความพิการเพิ่มขึ้นและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค การทำกายภาพบำบัด เช่น การทำ mobilization ข้อต่อต่างๆ การเคลื่อนย้ายตัวจากรถ wheel chair ไปเตียงนอน หรือขึ้นรถยนต์ การจัดทำเวลานั่งหรือนอน การฝึกเดิน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจได้มากขึ้น โดยมีทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟูในหอผู้ป่วย

ในการดูแลฟื้นฟูสภาพ และสื่อการสอน แผ่นพับ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคหลอดเลือดสมอง(cerebrovascular disease) องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความว่า เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมองเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงาน ผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือเสียชีวิต สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงมี 3 กลุ่มได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และปัจจัยเสี่ยงที่อาจปรับเปลี่ยนได้เช่น การสูบบุหรี่ โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม(วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, 2558)

อาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีรอยโรคของระบบหลอดเลือดทางด้านหน้า คือ อาการอ่อนแรงครึ่งซีก การรับรู้ความรู้สึกบกพร่องครึ่งซีก

การรักษา ประกอบด้วย

1. การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลันจากการประเมินความเร่งด่วนของการรักษาและให้การรักษาภาวะฉุกเฉินต่างๆ ประเมินความสูญเสียในการทำหน้าที่ของสมอง การวินิจฉัยแยกโรคตำแหน่ง และประเภทของโรคหลอดเลือดสมองให้การรักษาเบื้องต้นเช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเลือดแข็งตัว และยาต้านเกล็ดเลือด ผู้ป่วยบางรายอาจต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออก หรือเอาหลอดเลือดที่ผิดปกติออก

2. การดูแลรักษาต่อเนื่อง ด้วยการให้ยาป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆเช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเลือดแข็งตัว และยาต้านเกล็ดเลือดตามความเหมาะสม

3. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเช่น การฝึกเปลี่ยนอิริยาบถและเคลื่อนที่ การทำกิจวัตรประจำวัน การฝึกกลืน การฝึกความสามารถในการสื่อสาร

4. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่ช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถดูแลและจัดการกับชีวิตของตนเองได้แม้ว่าจะมีความพิการ เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตนเองได้โดยเร็วที่สุดและต้องเป็นการร่วมปฏิบัติกับผู้ป่วย

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หลักการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้หลักการของเวชศาสตร์ฟื้นฟู ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันแบบสหสาขา (interdisciplinary team) 2) การบำบัดรักษาแบบองค์รวม (holistic approach) 3) การรักษาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง(client-centered approach) 4) การดูแลต่อเนื่องระยะยาว (long-term care) การฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้นๆมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

แนวทางที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพมีดังต่อไปนี้ (กมลทิพย์หาญผดุงกิจ, 2550) 1) การป้องกันการเป็นซ้ำโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 2) การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน 3) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่ดี 4) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของแขนขาข้างที่อ่อนแรง 5) การป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูญเสียความสามารถที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง 6) การใช้กายอุปกรณ์เพื่อช่วยให้ความสามารถดีขึ้น 7) การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้อื้ออำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ 8) การปรับระดับประคองสภาพจิตใจ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. การฟื้นฟูระยะแรกเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเร็วที่สุดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะฟื้นเฉียบพลัน โดยมีการตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพทั้งระยะสั้นเพื่อแก้ไขปัญหาได้ปัญหาหนึ่ง

3. การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อติดตามความก้าวหน้าและประเมินว่าผู้ป่วยยังคงระดับความสามารถที่เคยฝึกฝนได้หรือไม่ และสามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวได้ดีเพียงใด

การฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย การฟื้นฟูด้านต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับการฟื้นฟูไม่ครบทุกด้านขึ้นกับความบกพร่องและความทุพพลภาพของแต่ละราย เนื่องจากไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลความบกพร่องทุกระบบ เช่น นักการฝึกพูด นักกิจกรรมบำบัด และกายอุปกรณ์บางชนิด หากผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์ที่จะไปฟื้นฟูสมรรถนะเพิ่มขึ้น จะมีการแนะนำและประสานศูนย์สำหรับการฟื้นฟูโดยเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาองค์ความรู้ทางวิชาการ เอกสารงานวิจัย เกี่ยวกับการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2. ประชุมร่วมกับทีมงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

3. ฝึกเพิ่มพูนสมรรถนะการดูแลฟื้นฟูให้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟูเป็นผู้ฝึกสอนและที่ปรึกษา

4. ประชุมปรึกษาร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสหวิชาชีพ

5. จัดทำสื่อการสอน แผ่นพับ การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

6. ดูแลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการทำกายภาพบำบัดทุกราย และหากผู้ป่วยมีค่า Barthel index < 15 คะแนนจัดให้ดูแลฟื้นฟูสภาพ อย่างน้อย 5 วัน และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านประสานส่งต่อให้ชุมชน

7. ส่งพยาบาลอบรมฟื้นฟูสภาพ หลักสูตร 3-5 วัน หรือ 1 เดือน ตามนโยบายโรงพยาบาล

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 พยาบาลในหอผู้ป่วย มีทักษะ ความรู้ ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

4.2 สร้างมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการ เกิดการแก้ไข ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน โดยความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

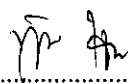
4.3 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพโรคหลอดเลือดสมองช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลัง 72 ชั่วโมง ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 100

5.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Barthel index < 15 คะแนน ได้รับการฟื้นฟูสภาพในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 5 วัน \geq ร้อยละ 80

5.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนภายใน 28 วัน

(ลงชื่อ)..... 

(นางพัทธธีรา เจนช่าง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... 19 / 11 / 2565

ผู้ขอประเมิน