



ประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดสระแก้ว ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๑.	นางสาวอัมพรรณ์ จิตพิมาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก


รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายเชาวเนตร ยิ้มประเสริฐ)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
แนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวอัมพวรรณ จิตพิมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๕๑๘๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๕๑๘๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลภาวะแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic foot ulcer)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2565 ถึงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 รวมระยะเวลาทั้งหมด 6 เดือน รวมจำนวนการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงนัดติดตาม 4 ครั้ง

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวาน แผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic foot ulcer)

ความหมายของโรค

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม เป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน และ/ หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินลดลงหรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลินทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นของทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์จำนวนผู้เป็นเบาหวานของสมาพันธ์เบาหวานโลกพบว่าการคาดการณ์ว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 415 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2015 เป็น 642 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2040 (Ogurtsova et al., 2017) สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยคาดการณ์ว่า ความชุกของโรคเบาหวานในปีพ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย ภายหลังจากปีพ.ศ. 2558 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต (diabetic nephropathy) ภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy) และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (diabetic neuropathy) ซึ่งการที่มีภาวะประสาทส่วนปลายเสื่อม จะส่งผลทำให้เกิดเท้าผิดปกติทำให้เกิดภาวะเท้าเบาหวานขึ้น (ณัฐพงศ์ โฆษณานันท์, 2556)

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามเท้าเบาหวาน (diabetic foot) ว่า เป็นกลุ่มอาการของเท้าที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม และ/หรือ เส้นเลือดส่วนปลายตีบตัน ก่อให้เกิดบาดแผล ติดเชื้อ และนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่การทำงานของเท้า หรือการตัดขาได้ (WHO, 2015) จากการศึกษาพบว่าปัญหาของเท้าเบาหวานเป็นปัญหาหลักที่ทำให้ผู้เป็นเบาหวานต้องนอนโรงพยาบาล และพบว่าประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้เป็นเบาหวานต้องนอนโรงพยาบาลเพราะปัญหาเรื่องเท้าเบาหวานอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงชีวิต ร้อยละ 15 ของผู้เป็นเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้า แผลจะลุกลามจนเกิดการติดเชื้อไปถึงกระดูก (Osteomyelitis) และร้อยละ 15 ของผู้เป็นเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้าจะถูกตัดขา (Amputation) อัตราการถูกตัดขาในผู้เป็นเบาหวานมีตั้งแต่ 2.1-13.7 รายต่อปี ซึ่งสูงกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 10 เท่า ร้อยละ 80 ของผู้ถูกตัดขาเคยมีแผลมาก่อน ระดับที่ถูกตัดบ่ยคือนิ้วเท้า ระดับใต้เข่า ระดับเหนือเข่า และกลางฝ่าเท้าตามลำดับ ภายหลังจากการตัดขาพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 จะถูกตัดขาอีกข้างหนึ่งภายใน 2-3 ปี และ 2 ใน 3 จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าที่พบบ่อย ได้แก่ เคยมีแผลหรือเคยถูกตัดขามาก่อน เป็นเบาหวานมานาน ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ปลายประสาทเสื่อม เส้นเลือดส่วนปลายตีบตัน เป็นต้น (ชยพล ศิรินิยมชัย, 2561)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพ

การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดจากการเสื่อมของเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy) ซึ่งเกิดจากการที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นเวลานาน ทำให้ความสามารถในการเป็นเนื้อเยื่อเหนียวนำสัญญาณไฟฟ้า (conductive tissue) เสียไป การส่งสัญญาณประสาท (nerve impulse) ไปยังเซลล์ประสาท (neuron) ถัดไปทำงานช้าลง นำไปสู่การเกิดภาวะปลายประสาทเสื่อมได้ในที่สุด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลที่เท้า การเสื่อมของเส้นประสาทจะเกิดทั้งเส้นประสาทรับความรู้สึก เส้นประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ และเส้นประสาทอัตโนมัติ ส่งผลทำให้เท้าผิดรูป การกระจายของน้ำหนักที่ฝ่าเท้าผิดปกติ เกิดแรงกดซ้ำ ๆ ในตำแหน่งที่มีการรับน้ำหนักตลอดเวลา ทำให้เกิดมีหนังหนา (callus) ขึ้น ร่วมกับภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน (peripheral vascular disease) จากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้มีน้ำตาลมาเกาะที่เม็ดเลือดแดง การปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปยังเนื้อเยื่อลดลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจน ผนังหลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ หนาตัว และอุดตันเลือดไปเลี้ยงที่เท้าลดลง และเนื้อเยื่อขาดเลือด นอกจากนี้ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงตลอดเวลา ชัดขวางกระบวนการหายของแผล ทำให้ไม่มีการเจริญของเยื่อผิวหนัง (epithelialization) มาปกคลุมปิดแผลที่เท้าภายในระยะเวลาที่แผลควรจะหาย กลายเป็นแผลเรื้อรัง หรืออาจเกิดการติดเชื้อที่แผลได้ จึงมีโอกาสถูกตัดเท้าเพิ่มสูงขึ้น (สารัช สุนทร โยธิน และภิญญ์ฐ บูรณะทรัพย์ขจร, 2556)

กลไกการเกิดแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน

ปัญหาเท้าเบาหวาน เป็นปัญหาแทรกซ้อนที่มักจะถูกละเลย หากผู้เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างสม่ำเสมอ จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญ 2 ประการ คือ การเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายทำให้การรับความรู้สึกที่เท้าลดลงเกิดอาการชา ส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานมีผิวเท้าบาง เท้าชาไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้ตี้อ่อนแรง และโครงสร้างของเท้าเปลี่ยนแปลง เกิดเท้าผิดรูป ทำให้การลงน้ำหนักผิดปกติไป เกิดการเสียดสีกับพื้นหรือรองเท้าจนเกิดแผล และการหลังเหยื่อที่เท้าลดลงทำให้ผิวแห้งแตกส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดแผลเรื้อรังที่เท้าได้ง่าย อีกประการหนึ่งคือปัญหาหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน ถ้ามีแผลที่เท้า เลือดจะมาเลี้ยงบริเวณเท้าลดลงทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่เป็นแผลอาจกลายเป็นเนื้อตาย แผลที่เกิดขึ้นมักจะเรื้อรัง รักษายาก อีกทั้งผู้เป็นเบาหวานมักจะมีภูมิต้านทานไม่ดี แผลจึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย หากการติดเชื้อรุนแรง ผู้เป็นเบาหวานอาจต้องถูกตัดส่วนของเท้าหรือขาเพื่อรักษาชีวิต (ละอองดาว คำชาตา, เนาวรัตน์ เสนาไชย และสุขมาพร พิงผาสกุล, 2565)

ชนิดของแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน

แผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานแบ่งได้เป็น 3 ชนิดหลัก ได้แก่ แผลปลายประสาทเสื่อม (Neuropathic ulcer) แผลขาดเลือด (Ischemic ulcer) และแผลติดเชื้อ (Infective ulcer) โดยที่ผู้เป็นเบาหวานอาจมีแผลชนิดใดชนิดหนึ่งหรือทั้งสองหรือสามชนิดรวมกันได้ ความรุนแรงของแผลที่เท้าสามารถประเมินได้โดยใช้ระบบ Depth-Ischemia Classification ปัญหาการติดเชื้อของแผลที่เท้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย อีกทั้งผู้เป็นเบาหวานมีการติดเชื้อราที่บริเวณซอกนิ้วเท้าหรือที่เล็บได้ง่าย ทำให้เป็นทางเข้าของเชื้อโรค จนเกิดการอักเสบเป็นแผลรุนแรงและเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ชนิดของแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน (ต่อ)

1. แผลปลายประสาทเสื่อม (Neuropathic ulcer) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมจากเบาหวาน การเสื่อมของเส้นประสาทรับรู้ความรู้สึก ส่วนใหญ่ทำให้เท้าชาเกิดแผลโดยไม่รู้ตัวเกิดแผลโดยไม่รู้ตัวและละเลยการดูแล การเสื่อมของเส้นประสาทสั่งการ ทำให้กล้ามเนื้อเท้าอ่อนแรง สูญเสียสมดุล เป็นผลให้เท้าผิดรูปและมีการกระจายการรับน้ำหนักที่เท้าผิดปกติลักษณะการผิดรูปที่พบบ่อย คือ นิ้วเท้าจิกงอ (Claw toes) และเท้าชาร์โคท (Charcot's foot) การเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้การหลั่งเหงื่อลดลง เป็นผลให้ผิวหนังที่เท้าแห้งและเกิดการแตกเป็นแผลง่าย แผลเส้นประสาทเสื่อมมักพบบ่อยในบริเวณที่เป็นจุดรับน้ำหนัก เช่น ส้นเท้า หัวกระดูกฝ่าเท้า ปลายนิ้วเท้า และหลังนิ้วเท้าของ Claw toes แผลชนิดนี้มักมีลักษณะค่อนข้างกลม ขอบแผลมีหนังด้านนูนแข็ง (Callus) และก้นแผลมีสีแดงจากเนื้อเยื่อ (Granulation) การตรวจร่างกายบริเวณเท้าจะพบว่าผิวหนังแห้ง กว้างเนื้อลีบ แต่ยังอุ่นและแดงดี และยังสามารถคลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงบริเวณหลังเท้า (Dorsalis pedis artery) และบริเวณใต้ตาตุ่มด้านหลัง (Posterior tibial artery) ได้ชัดเจน

2. แผลขาดเลือด (Ischemic ulcer) เป็นแผลที่เกิดจากการมีหลอดเลือดแดงของขาตีบตัน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงส่วนปลายขนาดเล็ก การขาดเลือดมักเกิดที่บริเวณน่อง ข้อเท้า เท้า และนิ้วเท้า ผู้เป็นเบาหวานที่มีหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบอาจเกิดแผลขาดเลือดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของขาหรือเท้า แม้จะได้รับการบาดเจ็บและมีแผลเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยก็ตาม แผลที่เกิดขึ้นนี้จะหายยาก เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ ลักษณะของแผลขาดเลือดในระยะแรกมักจะเกิดบริเวณนิ้วเท้า ต่อมามีการลุกลามขึ้นมาถึงเท้า ขอบแผลเรียบ ก้นแผลซีด ไม่มีเลือดออก และอาจมีการตายของนิ้วเท้าข้างเคียงด้วย การตรวจร่างกายบริเวณเท้าจะพบว่าผิวหนังแห้ง เย็น และซีด ขนร่วง กว้างเนื้อลีบ และคลำชีพจร Dorsalis pedis artery และ Posterior tibial artery เบาลงหรือคลำไม่ได้ การตรวจประเมินสภาพหลอดเลือดแดงส่วนปลายของขาเป็นการตรวจที่สำคัญมาก เพื่อการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรง วิธีการตรวจที่นิยม ได้แก่ การตรวจ Doppler ultrasonography และการถ่ายภาพรังสีของหลอดเลือดแดง (Arteriography)

3. แผลติดเชื้อ (Infective ulcer) เกิดจากการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรืออาจเกิดจากแผลชนิดใดชนิดหนึ่งที่กล่าวมาข้างต้นแล้วมีการอักเสบเกิดขึ้น การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในระยะแรกจะพบเฉพาะบริเวณผิวหนังและชั้นไขมันที่อยู่ข้างใต้ในส่วนที่มีบาดแผลเกิดเป็นหนองเรียกว่า (Superficial abscess) และอาจมีการอักเสบลุกลามไปถึงทางเดินน้ำเหลืองทำให้มีการบวมแดงโดยรอบบาดแผลอวัยวะข้างเคียง และทางเดินน้ำเหลือง (Cellulitis) ถ้าการอักเสบลุกลามไปถึงชั้นพังผืด (Fasciitis) อย่างรวดเร็วเป็นผลทำให้พังผืดดังกล่าวถูกทำลาย (Necrotizing fasciitis) และหนองที่อยู่ลึกกว่าชั้นพังผืดจะแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อแต่ละมัด โพรงหนองที่อยู่ในกล้ามเนื้อแต่ละมัดเรียกว่า Deep abscess ตามลำดับ นอกจากนี้อาจมีการอักเสบลุกลามที่กระดูกอย่างเรื้อรังเรียกว่า Chronic osteomyelitis ผู้เป็นเบาหวานที่มีหลอดเลือดแดงที่ขาตีบตันถ้ามีแผลติดเชื้อที่เท้าเกิดขึ้น การติดเชื้อจะลุกลามอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดขา หรือสูญเสียชีวิตได้ (อริสรา สุขวัจณี, 2558)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การรักษาแผลเบาหวานที่เท้า

การรักษาแผลผู้ป่วยเบาหวานที่เท้า แพทย์วินิจฉัยโดยพิจารณาจาก ความรุนแรง ขอบเขต ขนาดความลึก การรับความรู้สึก การไหลเวียนของเลือด และการติดเชื้อ ดังนี้

1.การรักษาแผลโดยไม่ต้องผ่าตัด แผลมีขอบเขตการติดเชื้อ น้อยกว่า 2 เซนติเมตร และติดเชื้อเฉพาะบริเวณผิวหนังชั้นตื้น (subcutaneous tissue) ให้การรักษาโดยใช้ยาปฏิชีวนะ นัดตรวจซ้ำทุก 3-7 วัน ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผล (Normal saline solution) กำจัดเนื้อตาย โดยใช้วัสดุปิดแผล เช่น ไฮโดรเจล (hydrogel), ไฮโดรคอลลอยด์ (hydrocolloid) เป็นต้น และการเลือกวัสดุปิดแผลที่มีความเหมาะสมกับลักษณะของแผล การใช้ยาใส่แผลที่มีส่วนผสมของ silver เพื่อช่วยกระตุ้นการหายของแผลการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตรลดแรงกดทับบริเวณแผล เช่น การใส่เฝือก หรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

2.การรักษาโดยการผ่าตัด แผลมีการอักเสบเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร สามารถคลำชีพจรได้ ให้ทำผ่าตัดตกแต่งแผลเพื่อเอาเนื้อตายออก (debridement) หรือระบายหนองตามความเหมาะสม ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ 7-10 วัน หรือให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานจนครบ 2 สัปดาห์ หากแผลมีการอักเสบ ติดเชื้อในกระแสโลหิต ผิวหนังมีเนื้อตาย มีลักษณะขาดเลือด ให้ส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาตัดขา เท้าและนิ้วเท้า (อัจฉรา สุวรรณาคินทร์, 2559)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การจัดกิจกรรมสำหรับส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ควรใช้หลายวิธีผสมผสานกันตามความเหมาะสมในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบวิธีการช่วยเหลือ 10 วิธี ประกอบด้วย

1.การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อใช้ในการคิดและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

2.สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย

2.1 สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ พยาบาลควรจัดบริการให้ลักษณะที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยเคารพในสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วย

2.2 สิ่งแวดล้อมในด้านสื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวาน ได้ ได้แก่แผ่นพับเอกสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นต้น

3.เป็นที่ปรึกษาและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรให้ความสนใจและ ติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะที่เริ่มปฏิบัติเพื่อช่วยเป็นที่ปรึกษาให้แรงสนับสนุนหรือช่วยปรับแก้กิจกรรมการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

4.ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหารการออกกำลังกายการดูแลเท้าและการใช้ยา ผู้ป่วยต้องใช้ทั้งพลังกายและพลังใจที่จะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง

5.สร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดเป็นการสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย พยาบาลแสดงความจริงใจห่วงใยและยินดีให้ความช่วยเหลือ

6.ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมายให้ได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ต่อ)

7.ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวานเป็นเรื่องเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

8.สอนทักษะในการดูแลตนเองเรื่องโรคเบาหวานได้แก่

8.1ทักษะการสังเกตและการประเมินอาการน้ำตาลในเลือดต่ำและอาการน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้แก้ไขอาการได้อย่างถูกต้อง

8.2ทักษะทางการแพทย์ได้แก่ การฉีดอินซูลินการทำผลการตรวจปัสสาวะ

9.เป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเพื่อถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาไปสู่แพทย์

10.ช่วยผู้ป่วยสร้างแรงจูงใจเนื่องจากพยาบาลจะทราบแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยการรับรู้ความเชื่อและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นประเด็นใช้เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง(วิลาวัลย์ จึงประเสริฐ,2556)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้า

1. การประเมินแผลเบาหวานที่เท้า ประเมินด้านความรุนแรง จากขนาดและความลึกของแผล ภาวะติดเชื้อ เช่น ผิวหนังบริเวณแผลมีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีหนอง แผลมีกลิ่น การเกิดภาวะกระดูกอักเสบ (osteomyelitis) ประเมินความพิการของเท้า เช่น นิ้วเท้างอ จิกพื้นเพื่อหาวิธีแก้ไขความพิการหรือหาอุปกรณ์เสริม ช่วยทำให้แผลหายเร็วขึ้นและไม่เกิดแผลใหม่

2. การส่งเสริมการหายของแผล ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผล ภาวะโภชนาการที่ดี การล้างทำความสะอาด การเล็อกวัสดุปิดแผล การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มออกซิเจนให้แผล อาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ก่อนวันนัดเช่น แผลบวมแดง มีหนอง เป็นต้น ด้านจิตใจ แนะนำการทำกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล เมื่อร่างกายวิตกกังวลหลุดเลือดหดตัว การไหลเวียนลดลง เซลล์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนลดลง

3. การป้องกันการการกลับเป็นซ้ำ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการดูแลเท้า ได้แก่ การตรวจดูความสะอาดเท้า บริเวณขอก้นนิ้ว ฝ่าเท้า การสวมรองเท้าที่เหมาะสม บริหารเท้าเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงเท้า (อัจฉรา สุวรรณาคินทร์, 2559)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลภาวะแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic foot ulcer)

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 64 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนา พุทธ การศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ ข้าราชการบำนาญ รายได้ 45,000-55,000 บาท/ปี สถานภาพสมรส: คู่
ที่อยู่ปัจจุบัน ตำบลท่าเกษม จังหวัดสระแก้ว

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล	10	พฤษภาคม	2565	
วันที่รับไว้ในความดูแลแรก	9	มิถุนายน	2565	เวลา 09.00-10.00 น.
วันที่นัดติดตามอาการครั้งที่ 1	11	กรกฎาคม	2565	เวลา 10.00-11.00 น.
วันที่นัดติดตามอาการครั้งที่ 2	5	กันยายน	2565	เวลา 10.30-11.45 น.
วันที่นัดติดตามอาการครั้งที่ 3	28	พฤศจิกายน	2565	เวลา 10.30-11.30 น.

รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแล 6 เดือน

รวมวันที่รับไว้ในความดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงนัดติดตามอาการ 4 ครั้ง

แหล่งที่มาของข้อมูล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และประวัติเวชระเบียนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

นัดติดตามที่แผนกศัลยกรรม งานผู้ป่วยนอก (หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) F/U Infected wound lt foot, s/p DB ปวดแผลที่ฝ่าเท้าซ้าย 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

นัดติดตามอาการแผลที่เท้าซ้าย F/U Infected wound lt foot, s/p DB ปวดแผลที่ฝ่าเท้าซ้าย แผลไม่บวมแดง ไม่มีใช้ U/D DM HT DLP มีนัดตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 146 – 201 mg/dl ช่วงมารับยาต่อเนื่องที่คลินิกอายุรกรรม งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว นัดติดตามอาการทุก 1-3 เดือน

ยาตามแผนการรักษา

HUMULIN 70/30	ฉีดวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า 14 ยูนิต และ ก่อนอาหารเย็น 6 ยูนิต
Simvastatin 20 mg	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
Spirolactone 25 mg	รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
Furosemide 40 mg	รับประทานครั้งละ 1/2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
Clindamycin 30 mg	รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน และ เย็น
Lamivudine 150 mg	รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

16 ปีก่อนวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

3 ปีก่อนมีประวัติไม่มาตามนัด Loss F/U บอกว่าเอาอาการมารับประทานเพราะบอกว่ายาเหมือนกัน

1 เดือนก่อนเป็นแผลที่เท้าซ้ายด้วยเหยียบเศษไม้ เป็นแผลฉีกขาดบริเวณฝ่าเท้าซ้าย แผลกว้าง 2 x 6 เซนติเมตร ทำแผลเองที่บ้าน ซื้อยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง อาการไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล ตรวจรักษานอนโรงพยาบาลด้วยเรื่องแผลติดเชื้อที่เท้าซ้าย (Infected wound lt foot)

ประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปสาระ (ต่อ)

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสูงโปร่ง น้ำหนัก 76 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI = 26.30

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส, ชีพจร 118 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้เวลาสถานที่และบุคคลถูกต้อง การรับรู้ความรู้สึกที่แขนขาปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้ การรับรู้สติ รู้สึกตัวดี ตาม-ตอบยังตอบซ้ำเหมือนต้องนึกนาน สับสนในคำตอบ

ผิวหนัง : ผิวสีแทนผิวหนังแห้ง ไม่มีรอยแตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีบวม: เล็บมือไม่เล็กน้อย ไม่ซีดไม่มีนิ้ว

ศีรษะและใบหน้า : ผมสองสีดำมีสีขาวปนเล็กน้อย ไม่มีรังแคหนังศีรษะไม่แห้งคล้ำดูปกติ

: ศีรษะอยู่กึ่งกลางลำตัวไม่เอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง มีความสมมาตรทั้งสองข้าง

ตอม่น้ำเหลืองที่ท้ายทอย หน้าหู หลังหู โคนขากรรไกรล่าง ไตกระดูก ขากรรไกรล่าง ไตคาง ไม่มีอาการอักเสบคล้ำไม่พบก้อนกดไม่เจ็บ

: ตา สวมแว่นตา ลานสายตาศปกติ การมองเห็นประเมินไม่ได้ การกลอกตาปกติ

: ใบหู จมูก ลักษณะภายนอกปกติ มีความสมมาตรทั้ง 2 ข้าง ภายในโพรงจมูกไม่อักเสบไม่มีน้ำมูก

: ปาก พูดได้ชัดเจน ไม่มีปากเปี้ยวริมฝีปากไม่ซีด ไม่แห้ง ฟันและเหงือกปกติ ไม่มีแผลในช่องปาก ทางเดินหายใจปกติ

: คอ คอไม่สั้น ไม่มีบวมโต ตอม่น้ำเหลืองไม่โต กัมเมยได้ไม่มีปัญหาคอติด เคลื่อนไหวได้ปกติ

ระบบทางเดินหายใจ : ทรวงอกและปอด รูปร่างทรวงอกปกติ การขยายของทรวงอกขณะหายใจเข้าและออกเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง เสียงหายใจปกติ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเสียงผิดปกติ เช่น rhonchi, wheezing หรือ crepitation

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : หัวใจ เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง หัวใจเต้นเร็ว สม่าเสมอ 112 ครั้งต่อนาที ไม่พบเสียงผิดปกติ

ระบบช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้อง รูปร่างท้องแบนเรียบ หน้าท้องอ่อนนุ่ม ไม่เกร็งแข็ง คล้ำไม่พบก้อนบริเวณท้อง ไม่มี tenderness, rebound tenderness, guarding หรือ rigidity เคาะเสียงโปร่งปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : การขับถ่าย ปัสสาวะปกติ ท้องไม่ผูก ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน

ระบบผิวหนังและเล็บมือ : ผิวหนัง ผิวสีขาเหลือง มีรอยย่น ไม่มีบาดแผล ไม่มีบวม ไม่มีจุด จ้ำเลือด เล็บมือเล็บเท้าปกติ ไม่มีสีเขียวคล้ำ หรือนิ้วปูด

ระบบต่อมไร้ท่อ : ต่อมธัยรอยด์ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคระบบต่อมไร้ท่อ ไม่มีอาการคอบวมโต ตาไม่โปน ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : กระดูกสันหลัง โครงร่างกระดูกสันหลังปกติ ไม่คด ไม่โค้ง ไม่แอ่น แขนขา กระดูกแขนขาได้สัดส่วน ยาวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ข้อต่าง ๆ เคลื่อนไหวได้ดี เดินได้ปกติ

ตรวจเท้าทั่วทั้งเท้า : ตรวจดูหลังเท้า ฝ่าเท้า สันเท้า และซอกนิ้วเท้า พบมีแผลที่เท้าซ้ายบริเวณนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง และนิ้วก้อย มีสันเท้าแตก สันเท้าแห้ง เท้าทั้ง 2 ข้าง

ตรวจผิวหนังทั่วทั้งเท้า : สีผิว ไม่ซีดคล้ำ gangrene) อุณหภูมิขุ่นปกติ ไม่พบผิวหนังแข็งหรือตาปลา (callus) มีการอักเสบติดเชื้อที่เท้าด้านซ้ายเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร ถึง 6 เซนติเมตร มีหนอง มีผ้าสีขาว กลิ่นเหม็น แต่ไม่พบเชื้อราที่เท้าทั้ง 2 ข้าง

ตรวจเล็บเท้า : ไม่มีเล็บขบ เล็บงุ้มพอดี

ตรวจลักษณะการผิดรูปเท้า (deformity) : พบ Bunion และ hallux valgus นิ้วหัวแม่เท้าทั้ง 2 ข้าง ซ้ายและขวา เท้าเอียงผิดรูป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (ต่อ)

ตรวจประเมินระบบประสาทส่วนปลายที่เท้า: Motor Intrinsic muscle ผู้ป่วยชอบบ่นว่า “รองเท้าชอบหลุด”

ตรวจการไหลเวียนเลือดที่ขา: รับความรู้สึกเจ็บป่วย หรือความรู้สึกร้อนเย็นได้ปกติ

ประเมินความเหมาะสมของรองเท้าผู้ป่วยที่สวม:สวมรองเท้าแตะ ไม่สมส่วนกับเท้า

การตรวจด้วย Monofilament test: ตรวจการรับรู้การสัมผัสเท้าข้างขวาปกติทั้ง 4 จุด เท้าข้างซ้ายผิดปกติ 4 จุด นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนางและนิ้วก้อย

การประเมินสภาพด้านสังคม

สภาพจิตใจ : เป็นคนอารมณ์เย็นใจดี รับรู้สิ่งต่าง ๆ ปกติ

อัตมโนทัศน์ : มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีค่า ภรรยา บุตรชาย บุตรสาวและเพื่อนบ้านให้ความรักความนับถือ เพื่อน ๆ ในวัยเกษียณไปแล้วยังชวนเวียนมาเยี่ยมเยียนไปมาหาสู่กันอยู่

ความทรงจำ : ตามวัย 64 ปี มีความจำในอดีตดีสามารถเล่าเรื่องราวต่างๆบอกเล่าแต่ต้องเสียเวลาทบทวนนาน บอกประวัติความเจ็บป่วยได้ถูกต้องตรงกับประวัติที่เคยได้รับการรักษา

การรับรู้ : สามารถระบุเวลาสถานที่บุคคลได้ตามจริงไม่มีประสาทหลอนหรือหูแว่ว ต้องช่วยทวนซ้ำบ้าง

กระบวนการคิด : มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผลไม่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ ร่าเริงปกติ ไม่ซึมเศร้า

การดูแลตนเอง : อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานตามใจตนเอง ไม่ได้ควบคุม การออกกำลังกาย ไม่เคยออกกำลังกาย สุรา ดื่มนานๆครั้ง หรือตามเทศกาล งานบวช งาน แต่ง หรืองานในหมู่บ้าน การสูบบุหรี่ เคยสูบวันละตอนสมัยรับราชการ วันละ 1 – 2 ซอง สูบมานาน 15 ปี แต่เลิกมา 10 ปีการดูแลตนเองใน เรื่องกิจวัตรประจำวันของตนเองทำได้อย่างถูกต้อง

แบบแผนการเผชิญปัญหา : ใช้การแก้ไขอย่างมีเหตุผลโดยเมื่อทราบว่าตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย สามารถยอมรับความเจ็บป่วยได้ และ ยอมรับสภาพความเป็นจริงและไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกได้ เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติหากมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือผิดปกติจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(วันที่ 10 พฤษภาคม 2565)

ตาราง 1 ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC)

รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	13,470 cell/ml.	4,500-10,000 cell/ml.	สูงกว่าปกติ
Neutrophil	69.9%	40-70%	ปกติ
Lymphocyte	22.3%	20-50%	ปกติ
Hemoglobin	10.7 g./dl.	13-18 g/dl.	ต่ำกว่าปกติ
Hematocrit	30%	40-45%	ต่ำกว่าปกติ
Platelet	247,000 cell/ml.	150,000-400,000 cell/ml.	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

วันที่ตรวจ	รายการ สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
10 พฤษภาคม 2565	FBS	201 mg/dl	74-106 mg/dl	สูงกว่าปกติ
10 พฤษภาคม 2565	DTX	360 mg/dl	126-200 mg/dl	สูงกว่าปกติ
11 พฤษภาคม 2565	DTX	244 mg/dl	126-200 mg/dl	สูงกว่าปกติ
11 พฤษภาคม 2565	DTX	253 mg/dl	126-200 mg/dl	สูงกว่าปกติ
13 พฤษภาคม 2565	DTX	346 mg/dl	126-200 mg/dl	สูงกว่าปกติ
14 พฤษภาคม 2565	DTX	239 mg/dl	126-200 mg/dl	สูงกว่าปกติ
15 พฤษภาคม 2565	DTX	145 mg/dl	126-200 mg/dl	ปกติ
16 พฤษภาคม 2565	DTX	162 mg/dl	126-200 mg/dl	ปกติ
17 พฤษภาคม 2565	DTX	123 mg/dl	126-200 mg/dl	ปกติ
18 พฤษภาคม 2565	DTX	134 mg/dl	126-200 mg/dl	ปกติ
19 พฤษภาคม 2565	DTX	134 mg/dl	126-200 mg/dl	ปกติ
20 พฤษภาคม 2565	DTX	126 mg/dl	126-200 mg/dl	ปกติ

การวินิจฉัยของแพทย์ : แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic foot ulcer) วันที่ 10 พฤษภาคม 2565

การทำผ่าตัด : ตัดแต่งแผล, การผ่าตัดนำเนื้อตายและสิ่งแปลกปลอมออก

(Debridement Diabetic Ulcer Left Foot) วันที่ 17 พฤษภาคม 2565

การได้รับยาระงับความรู้สึก : ให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน Local หรือ topical anesthesia (LA)

วันที่ 17 พฤษภาคม 2565

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่แรกรับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล วันที่ 9 มิถุนายน 2565 (เวลา 09.00-10.00 น.)

แรกรับที่งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมาตามนัดแผนกศัลยกรรม งานผู้ป่วย กลุ่มการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก รู้สึกตัวดี เดินมาที่ห้องหัตถการ แผนกผู้ป่วยนอกด้วยตนเอง ตรวจวัดสัญญาณชีพ พบว่า อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 142/76 มิลลิเมตรปรอท ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(DTX) 194 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จัดทำนอนหงายราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล บาดแผลได้สะอาดกบนเตียง ประเมินสภาพ ลักษณะ และความรุนแรงของแผล พบว่า บาดแผลเป็นแผลเปิด ขนาด 2 x 6 เซนติเมตร ลึกประมาณ 2 เซนติเมตร ขอบแผลแดง ไม่ซีด ไม่มีอาการปวดแผล สีมิวบริเวณเท้า ไม่แดง ไม่คล้ำ ใช้มือคลำพบว่าอุณหภูมิรอบแผลใกล้เคียงกับผิวหนังปกติ และคลำชีพจรพบว่า ชีพจรบริเวณ Dorsalis Pedis และ Posterior Tibial Pulse ปกติ ความแรง 2+ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีแผลเบาหวานที่เท้าซ้าย จึงให้การพยาบาลโดยการทำความสะอาดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และชุดหิ้งนารอบ ๆ ออก และใส่ Hydrocolloid gel เพื่อให้ความชุ่มชื้นกับแผล ปิดด้วย Melolin ใส่ Donut เพื่อลดแรงกดต่อแผล อธิบายความก้าวหน้าเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยว่า แผลยังอยู่ในระยะอักเสบยังต้องดูแลรักษาต่อเนื่องต่อไป ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลบาดแผล พบว่า ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีแผลเบาหวานที่เท้า จึงให้คำแนะนำดังนี้คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยการฉีด HUMULIN-70/30 SC ก่อนอาหารเช้า 14 ยูนิต และก่อนอาหารเย็น 6 ยูนิต ตรงเวลา และสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารประเภทข้าว แป้ง และน้ำตาล ในปริมาณที่พอเหมาะสำหรับร่างกาย และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการนั่งยืดเหยียดหรือบริหารร่างกาย การควบคุมระดับความดันโลหิต แนะนำให้รับประทานยา Furosemide (40 mg.) 1 tab PO bid p.c. และ Spironolactone (25 mg.) PO bid p.c. ร่วมกับการลดอาหารที่มีโซเดียมสูง และอาหารไขมันสูง นอกจากนี้ยังต้องควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยรับประทานยา Simvastatin (20 mg.) t tab PO hs. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผลดังนี้คือ อาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ขาว ธัญพืช และอาหารที่มีธาตุเหล็กและสังกะสีที่ช่วยกระตุ้นการสมานแผลได้ดี ช่วยสังเคราะห์โปรตีนและคอลลาเจน และผลิตเซลล์ผิวใหม่ ได้แก่ ปลา ไข่ อาหารทะเล ผักใบเขียว และถั่วเหลือง เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย พบว่า มีความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแล เรื่องโรคเบาหวานมากขึ้น โดยนัดติดตามอาการและทำแผลครั้งต่อไปวันที่ 11 กรกฎาคม 2565

นัดติดตามอาการครั้งที่ 1 วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 (เวลา 10.00-11.00 น.)

นัดพบผู้ป่วยและญาติที่ห้องหัตถการทำแผล แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ติดตามประเมินผลมีแผลที่เท้าข้างซ้ายเดิม ตรวจวัดสัญญาณชีพ พบว่า อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 159/86 มิลลิเมตรปรอท จัดทำนอนหงายราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลบาดแผลได้สะอาดกบนเตียง ประเมินสภาพ ลักษณะ และความรุนแรงของแผล พบว่า บาดแผลเป็นแผลเปิด ขนาด 2 x 6 เซนติเมตร ลึกประมาณ 2 เซนติเมตร ขอบแผลแดง ไม่ซีด ไม่มีอาการปวดแผล สีมิวบริเวณเท้า ไม่แดง ไม่คล้ำ ใช้มือคลำพบว่าอุณหภูมิรอบแผลใกล้เคียงกับผิวหนังปกติ และคลำชีพจรพบว่า ชีพจรบริเวณ Dorsalis Pedis และ Posterior Tibial Pulse ปกติ ความแรง 2+ ให้การพยาบาลโดยการทำความสะอาดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และชุดหิ้งนารอบ ๆ ออก และใส่ Hydrocolloid gel เพื่อให้ความชุ่มชื้นกับแผล ปิดด้วย Melolin ใส่ Donut เพื่อลดแรงกดต่อแผล ทบทวนปัจจัยส่งเสริมการหายของแผล ตรวจพบ Hemoglobin = 10.7 g./dl. และ Hematocrit = 30 % ข้อวินิจฉัยการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีโอกาสแผลหายช้าเนื่องจากมีภาวะซีด ทั้งนี้เนื่องจากเลือดไม่สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงบริเวณบาดแผลได้อย่างเพียงพอ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

นัดติดตามอาการครั้งที่ 1 วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 (เวลา 10.00-11.00 น.) (ต่อ)

เพื่อช่วยให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้ดี ควรรับประทานเลือด ตับ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ซึ่งมีธาตุเหล็กสูง ควรกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดโดยการรับประทาน พริก กระเทียม และขมิ้นด้วย นอกจากนี้ควรออกกำลังกายในท่านั่งเพื่อให้หัวใจสูบฉีดโลหิตได้ดี สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงบริเวณบาดแผลได้มากขึ้น เมื่อให้คำแนะนำเสร็จเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย พบว่า มีความเข้าใจเรื่องการป้องกันและแก้ไขภาวะช้ำได้มากขึ้น นัดตรวจและทำแผลครั้งต่อไปวันที่ 5 กันยายน 2565 การดูแล รวม 1 ชั่วโมง

นัดติดตามอาการครั้งที่ 2 วันที่ 5 กันยายน 2565 (เวลา 10.30-11.45 น.)

ผู้ป่วยมาล้างแผลตามนัด รู้สึกตัวดี เดินมาที่ห้องหัตถการแผนกผู้ป่วยนอกด้วยตนเอง ตรวจวัดสัญญาณชีพ พบว่า อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 160/85 มิลลิเมตรปรอท จัดทำนอนหงายราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลบาดแผลได้สะดวกบนเตียง ประเมินสภาพ ลักษณะ และความรุนแรงของแผล พบว่า บาดแผลเป็นแผลเปิด ขนาด 2 x 6 เซนติเมตร ลึกประมาณ 2 เซนติเมตร ขอบแผลแดง ไม่ช้ำ ไม่มีอาการปวดแผล สีผิวบริเวณเท้า ไม่แดง ไม่คล้ำ ใช้มือคลำพบว่าอุณหภูมิรอบแผลใกล้เคียงกับผิวหนังปกติ และคลำชีพจรพบว่า ชีพจรบริเวณ Dorsalis Pedis และ Posterior Tibial Pulse ปกติ ความแรง 2+ ให้การพยาบาลโดยการทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และชุดหุ้มหามือ ฯลฯ ออก และใส่ Hydrocolloid gel เพื่อให้ความชุ่มชื้นกับแผล ปิดด้วย Melolin ใส่ Donut เพื่อลดแรงกดต่อ พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับสภาพเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เส้นเลือดและเส้นประสาทบริเวณเท้ามีความเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดเสียหายที่การไหลเวียนของเลือดจึงลดลง ขณะเดียวกันระบบประสาทบริเวณเท้าที่ทำหน้าที่รับความรู้สึก ควบคุมการเคลื่อนไหวของเท้า และระบบต่อมเหงื่อและต่อมไขมันเสื่อมลง จึงทำให้การหายของแผลช้าลง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรส่งเสริมการหายของแผลโดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด เช่น บริหารโดยขยับนิ้วเท้าอย่างน้อยวันละ 3 รอบ รอบละ 10 ครั้ง ขยับข้อเท้าขึ้นลง และหมุนข้อเท้าเข้าออก การยกและกางแขนขาออก วันละประมาณ 20 นาที การเดินเร็ว การบริหารร่างกาย เป็นต้น การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรออกนานประมาณ 30 นาที นอกจากนี้ควรหากิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลเนื่องจากทำให้ Adrenaline หลังมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว และเป็นอุปสรรคต่อการหายของแผล วิธีการคลายความวิตกกังวลสามารถประยุกต์ใช้แนวทางการเจริญสติ ทำสมาธิบำบัด หรือดูหนังฟังเพลงที่ตนเองสนใจ เมื่อให้คำแนะนำเสร็จเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย พบว่า มีความเข้าใจเรื่องการจัดการความวิตกกังวลได้มากขึ้น นัดตรวจและทำแผลครั้งต่อไปวันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 ดูแล รวม 1 ชั่วโมง 15 นาที

นัดติดตามอาการครั้งที่ 3 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 (เวลา 10.30 - 11.30 น.)

ผู้ป่วยมาล้างแผลตามนัด รู้สึกตัวดี เดินมาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตรวจวัดสัญญาณชีพ พบว่า อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 130/82 มิลลิเมตรปรอท จัดทำนอนหงายราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลบาดแผลได้สะดวกบนเตียง ประเมินสภาพ ลักษณะ และความรุนแรงของแผล พบว่า บาดแผลเป็นแผลเปิด ขนาด 1 x 3 เซนติเมตร ลึกประมาณ 1 เซนติเมตร ขอบแผลไม่แดง ไม่ช้ำ ไม่มีอาการปวดแผล สีผิวบริเวณเท้า ไม่แดง ไม่คล้ำ ใช้มือคลำพบว่าอุณหภูมิรอบแผลใกล้เคียงกับผิวหนังปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

และคำชี้แจงพบว่า ชีพจรบริเวณ Dorsalis Pedis และ Posterior Tibial Pulse ปกติ ความแรง 2+ ให้การพยาบาล โดยการทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และชุดหนังหามรอบ ๆ ออก และใส่ Hydrocolloid gel เพื่อให้ความชุ่มชื้นกับแผล ปิดด้วย Melolin ใส่ Donut เพื่อลดแรงกดต่อแผล ประเมินความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อเป็นแผลเบาหวานที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจระดับดี แต่ได้สรุปแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยเมื่อต้องไปดูแลตนเองที่บ้าน ตามหลัก D-METHOD ดังนี้ D - ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้มากกว่าโรคอื่น ๆ จากความเสื่อมของระบบประสาทและเส้นเลือด ดังนั้นควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการบริหารยาให้ครบและถูกต้องตามแผนการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคโดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด M - ผู้ป่วยต้องบริหารยาสำหรับโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ให้ครบมือ ครบเม็ด และตรงเวลา ส่วนยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Clindamicin ให้ทานให้ครบตามแผนการรักษา และถ้ามีอาการปวดควรรับประทานยา Paracetamol ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดในร่างกาย จะทำให้หลอดเลือดหดตัว แผลจะหายช้าลง E - ดูแลที่ฟักอาศัยให้สะอาด ไม่ชื้นแฉะ และจัดสภาพแวดล้อมให้โล่ง ไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ T - ควรไปล้างแผลวันละครั้งที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้านทุกวัน ให้ข้อมูลบุคลากรที่ดูแลบาดแผล เพื่อให้สามารถดูแลบาดแผลได้เหมือนที่ทำในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว H - นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง เมื่อเครียดจัดการกับความเครียดโดยการสวดมนต์ ทำสมาธิ ฯลฯ ตามถนัด การบริหารเท้าเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตไปที่แผลให้หายเร็วขึ้น และตรวจเท้าและดูแลเท้าให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าซ้ำ O - มาตรวจตามนัดทั้งนัดติดตามบาดแผลและนัดคลินิกโรคเรื้อรัง และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอาการ ทิว ใจสั่น เหงื่อออก ตาลาย หน้ามืด อาจเป็นลมหมดสติ เมื่อมีน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือไข้ ปวด บวม แดง ร้อน หรือเกิดแผลบริเวณผิวหนังทั่วร่างกาย และ D - เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ได้แก่ อาหารที่มีพลังงานต่ำ อาหารที่มีโปรตีนสูง อาหารที่มีไขมันและเกลือโซเดียมต่ำ รวมถึงดื่มน้ำให้เพียงพอ 2-3 ลิตรต่อวัน เมื่อให้คำแนะนำเสร็จเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลลดลงทุกครั้งที่ติดตามคงเหลือ ระดับน้ำตาลปลายนิ้วอยู่ช่วง 130-150 mg/dl ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นและแผลที่เท้ามีขนาดเล็กลง แผลแดง สะอาดไม่มีฝ้าขาว ไม่มีกลิ่น ไม่มีเลือดซึม โดยใส่ใจดูแลเท้า ตรวจเท้าทุกวัน แผลดีขึ้น ไม่มีเลือดซึมแผล ผ้าปิดแผลไม่ดำ ไม่เปื้อนดิน ไม่เปื่อยขึ้น การรับประทานยาต่อเนื่องถูกขนาด ถูกเวลา เก็บรักษายาฉีดและฉีดยาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยใส่รองเท้าที่เหมาะสมและใส่รองเท้าตลอดเวลาเมื่ออยู่ในบ้านและออกนอกบ้าน การออกกำลังกายผู้ป่วยยังทำได้ 20- 30 นาที/ครั้งต่อวัน เสริมแรงผู้ป่วยและภรรยา ต้องช่วยกระตุ้น ให้กำลังใจเพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องอย่างยั่งยืน

รวมดูแล 1 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีแผลติดเชื้อที่เท้าซ้ายเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และสูญเสียความรู้สึกที่เท้า
2. ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีแผลเบาหวานที่เท้า
3. ผู้ป่วยมีโอกาสแผลหายช้าเนื่องจากมีภาวะซีด
4. ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลระดับปานกลาง
6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

เกณฑ์ปกติได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 64 ปี รับไว้รักษาในการดูแลเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2565 มาโรงพยาบาลด้วย 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล เดินบริเวณบ้านโดยไม่ได้สวมรองเท้า เทียบเศษไม้ เป็นแผลฉีกขาดบริเวณฝ่าเท้าซ้าย กว้าง 2 x 6 เซนติเมตร ทำแผลเองที่บ้าน 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวด บวมแดง บริเวณบาดแผลที่ฝ่าเท้าซ้าย ซ้ำยาแก้ปวด และยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง อาการไม่ทุเลา ส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรม รักษาโดยการผ่าตัดตกแต่งแผลเพื่อเอาเนื้อตายออก ให้ Clindamycin (300 mg.) 1 tab PO p.c. และนัดมาล้างแผลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว วันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยมารับบริการ ติดตามอาการที่แผนกศัลยกรรมและล้างแผลที่งานผู้ป่วยนอกดูแลตั้งแต่แรก รับวันที่ 9 มิถุนายน 2565 - 28 พฤศจิกายน 2565 นัดติดตาม 3 ครั้ง

แรกพบพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเรื่องอาหาร พร่องความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีแผลเบาหวานที่เท้า ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่สม่ำเสมอ อยู่ระหว่าง 145/72 -160/85 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดอยู่แล้วจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดขนาดใหญ่ได้ง่าย โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองอธิบายวิธีปฏิบัติตนเพื่อลดความกังวล แนะนำเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาหารที่มีพลังงานต่ำ อาหารที่มีโปรตีนสูง อาหารที่มีไขมันและเกลือโซเดียมต่ำ รวมถึงดื่มน้ำให้เพียงพอ 2-3 ลิตรต่อวัน ทั้งสร้างความมั่นใจในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อให้คำแนะนำเสร็จเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วย พบว่า มีความเข้าใจเรื่องการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้นซึ่งพยาบาลห้องหัตถการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้วจึงตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ตามเกณฑ์ แผลติดเชื้อที่เท้า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การดูแลเท้าและเข้ารับการรักษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังจากการดูแลแรกรับและนัดติดตามอาการ ผู้ป่วย 3 ครั้ง แรกรับ วันที่ 9 มิถุนายน 2565 ,นัดติดตามอาการครั้งที่ 1 วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 ,นัดติดตามอาการครั้งที่ 2 วันที่ 12 กันยายน 2565 ,นัดติดตามอาการครั้งที่ 3 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลลดลงทุกครั้งที่ติดตามคงเหลือ ระดับน้ำตาลปลายนิ้วอยู่ช่วง 130-150 mg/dl ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นและแผลที่เท้ามีขนาดเล็กลง แผลแดง สะอาดไม่มีฝ้าขาว ไม่มีกลิ่น ไม่มีเลือดซึมโดยใส่ใจดูแลเท้า ตรวจสอบเท้าทุกวัน แผลดีขึ้น ไม่มีเลือดซึมแผล ผ้าปิดแผลไม่ดำ ไม่เปื้อนดิน ไม่เปื่อยขึ้น การรับประทานยาต่อเนื่องถูกขนาด ถูกเวลา เก็บรักษายาฉีดและฉีดยาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยใส่รองเท้าที่เหมาะสมและใส่รองเท้าตลอดเวลาเมื่ออยู่ในบ้านและออกนอกบ้าน การออกกำลังกายผู้ป่วยยังทำได้ 20- 30 นาที/ครั้งต่อวัน เสริมแรงผู้ป่วยและภรรยาต้องช่วยกระตุ้น ให้กำลังใจเพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)**4.1 สรุปสาระ (ต่อ)****สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)**

สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพจากการนัดติดตามอาการทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยและญาติไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น รวมนัดกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จะตรวจทำให้เหมาะสมกับเท้าของผู้ป่วย ไม่ปวดแผลแล้วแต่จะมีช่วงที่เปิดผ้าก๊อสล้างแผลอยู่บ้าง ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขแล้ว ดังนั้นพยาบาล จึงเพียงดูแลคอยช่วยเหลือแบบประคับประคอง ให้กำลังใจเสริมแรงให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และแนะนำการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแก่ญาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงยุติการนัดติดตาม รวมระยะเวลาตั้งแต่แรกรับและนัดติดตามอาการจำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาจำนวน 1 ราย โดยเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลเบาหวานที่เท้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
2. รวบรวมประวัติข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยาและแพ้อื่น ๆ รวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิต วิเคราะห์ปัญหาวางแผนป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงการรักษาพยาบาล
3. ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลหาปัญหาเพื่อนำมากำหนดหัวข้อแยกปัญหา การแก้ไขปัญหา และการให้การรักษายาบาล
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารวารสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขอคำปรึกษาแนะนำจาก พยาบาลหรือผู้ป่วยนอก และศิษย์แพทย์เจ้าของไข้
5. สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล
6. รวบรวมข้อมูลเรียบเรียงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของเนื้อหาและดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3. เป้าหมายของงาน

1. เพื่อดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลเนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมได้

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic foot ulcer) จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในการดูแลตั้งแต่แรกรับ วันที่ 9 มิถุนายน 2565 - 28 พฤศจิกายน 256 รวมระยะเวลา 6 เดือน นัดติดตามอาการจำนวน 3 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ทำให้ผู้ป่วยลดการติดเชื้อ แผลมีขนาดเล็กลง ไม่พบบาดแผลใหม่ที่เท้า ดูแลเท้าได้ถูกต้อง ใส่รองเท้าได้เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ SBP < 140 มิลลิเมตรปรอท และ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอทระดับน้ำตาลลดลง เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว 130-150 mg/dl ญาติและผู้ป่วยดูแลเรื่องอาหารได้เหมาะสม

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เป็นแนวทางในการศึกษาต่อยอดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และมีภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลเบาหวานที่เท้า ประวัติการรักษาด้วยยาอินซูลิน ยาต้านความดันโลหิตสูง และยาลดไขมันในเลือด ประวัติในอดีตเคยเป็นแผลที่เท้าและถูกตัดนิ้วเท้า เมื่อประเมินลักษณะเท้าพบว่า เท้าผิดปกติทำให้การลงน้ำหนักเท้าไม่สม่ำเสมอ จนเกิดแรงกดเฉพาะที่ได้ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าพบว่า พร่องความรู้ในการดูแลตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า แพทย์วินิจฉัย Diabetic Foot Ulcer Lt. รักษาโดยการผ่าตัดตกแต่งแผลเบาหวานที่เท้าจากพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาทบริเวณเท้า ได้แก่ ระบบประสาทรับความรู้สึก ระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว และระบบประสาทอัตโนมัติ สูญเสียหน้าที่นั้นคือทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียเท้าที่เกิดจากการลุกลามและการติดเชื้อบริเวณแผล ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนอยู่ที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการให้ผู้ป่วยบริหารยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอตรงเวลา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังต้องดูแลรักษาบาดแผลให้สะอาด โดยรับบริการล้างแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ การใช้อุปกรณ์ช่วยในการกดทับบาดแผล และต้องให้ความรู้และฝึกทักษะในการส่งเสริมการหายของแผล โดยการบริหารเท้า และการเลือกรับประทานอาหารที่ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ซึ่งพยาบาลต้องวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน ตามหลัก D-METHOD ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองทั้งขณะที่เป็นแผลเบาหวานที่เท้าและป้องกันการเกิดซ้ำได้

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 16 ปี การจะเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปฏิบัติตนเองตามคำแนะนำต้องใช้พลังช่วยเสริมแรงอย่างมาก

2. ผู้ป่วยสูงวัยมีความผิดปกติเรื่องของการรับรู้ทางระบบประสาท ต้องมีการทวนซ้ำในความรู้ คำแนะนำหลายรอบอยู่

9. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยต้องตระหนักและเรียนรู้เรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลโดยพยาบาลจัดตัวอย่างอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และมีเอกสารแนะนำเรื่องอาหารให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

2. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลเนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมได้

10. การเผยแพร่ผลงาน

1. ห้องสมุดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

2. ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวอัมพวรรณ จิตพิมาย ผู้เสนอ มีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 


(นางสาวอัมพวรรณ จิตพิมาย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 29 ส.ค. / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาวอัมพวรรณ จิตพิมาย	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... สังกรนต์ คุรสอน
 (นางสงกรานต์ คุรสอน)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้างานผู้ป่วย
 (วันที่) 31 / สิงหาคม / 2566
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... สม
 (นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
 (วันที่) 10 / พฤษภาคม / 2566
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... A
 (นายสมคิด ยืนประโคน)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
 (วันที่) 27 / พฤษภาคม / 2566
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
 น.ส.จ.

(ลงชื่อ)..... ชวกร
 (นายประภาส ผูกดวง)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
 (วันที่) 28 / เมษายน / 2566

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

1.เรื่อง นวัตกรรมสติกเกอร์สีจัดกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการ

2.หลักการและเหตุผล

ในประเทศไทยมีการแนะนำระบบการคัดแยกผู้ป่วย “MOPH” ED. Triage จัดทำโดยกรมการแพทย์ถือเป็นกระบวนการคัดกรองของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) โดยเป็นการคัดแยก 5 ระดับที่ใช้สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินผ่านการประเมินลักษณะและทรัพยากรที่มี ได้แก่คัดแยกระดับ 1, คัดแยกระดับ 2, คัดแยกระดับ 3, คัดแยกระดับ 4 และคัดแยกระดับ 5 ลักษณะคือเมื่อผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลจะมีการประเมินอาการ ถ้าผู้ป่วยมีภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ชัก การหยุดหายใจ หรือต้องได้รับการนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ จะถือเป็นผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทีและจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ 1 หากไม่มีอาการเหล่านั้น จะมีการประเมินอาการต่อไป หากผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยง ชิม ปวดหรือมีความเสี่ยงหากต้องรอจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ 2 หากไม่ใช่ จะมีการประเมินถึงแนวโน้มในความต้องการทำกิจกรรมทางการแพทย์ เช่น ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การถ่ายภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ หัตถการ หรือต้องได้รับสารน้ำผ่านหลอดเลือดดำ หากผู้ป่วยต้องได้รับกิจกรรมเหล่านั้นมากกว่า 1 อย่าง จะมีการประเมินสัญญาณชีพ หากสัญญาณชีพผิดปกติจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ 2 หากปกติจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ 3 ถ้าผู้ป่วยต้องการกิจกรรม 1 อย่าง จะจัดเป็นการคัดแยกระดับ 4 และหากไม่ต้องการเลยจะจัดเป็นการคัดแยกระดับ 5 (MOPH ED. Triage รัฐพงษ์ บุรีรัมย์, 2565) กุญแจสำคัญของความสำเร็จในการเปลี่ยนแนวทาง คือ การทำความเข้าใจแนวทางใหม่กับทีมหลัก (Team leader) โดยที่ทักษะความเป็นผู้นำการสื่อสาร การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ล้วนมีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลง แนวทางใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงแนวทางใหม่จะสำเร็จได้ต้องใช้การติดตามอย่างสม่ำเสมอ ไม่สามารถสำเร็จได้ในครั้งเดียว โดยทำทีละขั้น ซึ่งอาจใช้เวลาเป็น เดือนเพื่อวางแผน การกำหนดวันในการเปลี่ยนแปลง แนวทางใหม่ยังมี ความสำคัญ เพื่อให้ได้ความร่วมมือจากทุกฝ่าย (MOPH ED. TRIAGE รัฐพงษ์ บุรีรัมย์, 2561) เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ในแนวทางการนำระบบการคัดแยกไป ใช้ในหน่วยบริการต่าง ๆ และสามารถดำเนินการได้นั้น จึงแบ่งองค์ประกอบที่ควร เข้าใจ ออกเป็น 2 องค์ประกอบ 1.ทางคลินิกที่จะใช้ เป็น ความรู้ในการตัดสินใจ ในการคัดแยกคนไข้ โดยบุคลากรที่มีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละหน่วยบริการหรือแม้กระทั่งมีความหลากหลายแตกต่างในหน่วยบริการเดียวกัน ในบุคลากรแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจกับผู้ป่วยรับบริการว่าจะได้รับการประเมิน และจัดลำดับความรุนแรงของอาการทางคลินิกได้ไม่แตกต่างกัน ไม่ว่า ผู้ป่วยนั้นจะมารับบริการในเวลาใดก็ตาม 2. การจัดการรูปแบบบริการในการที่จะผลักดันให้ขั้นตอนการ คัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงนี้ นำมาถูกใช้เป็นขั้นตอนแรกของ การมาเข้ารับบริการในหน่วยบริการอย่างแน่นอน โดยมีเป้าหมายหลัก ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการ ซึ่ง ต้องเป็นที่ยอมรับว่า รูปแบบการให้บริการในช่วงเวลา เช้า ของหน่วยบริการ (MOPH ED. Triage กรมการแพทย์, 2561) เพื่อช่วยให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกนำมาใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ ทันเวลา และสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความไม่พอใจ ลดปัญหาจากการร้องเรียน ที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน (เยาวชนลักษณ์ มุขหวัทนา, จุไรพร กนกวิจิตร, และลักขณา ไทยเครือ, 2564).การคัดแยกผู้ป่วยทุติยภูมิ (ในโรงพยาบาล) ในการคัดแยกผู้ป่วยขั้นสูง การคัดแยกผู้ป่วยทุติยภูมิ (secondary triage) อาจถูกดำเนินการโดยพยาบาล บุคลากรทาง

การแพทย์ที่มีทักษะ การบาดเจ็บที่ทำให้บุคคลพิการ แม้ว่าจะไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตก็ตาม อาจได้รับการยกระดับความสำคัญตามศักยภาพที่มีอยู่ ในช่วงเวลาสงบสุข

งานห้องหัตถการผู้ป่วยนอก (OPD TREATMENT ROOM) ณ บริเวณห้องหมายเลข 26 ชั้น 1 อาคารผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เปิดให้บริการเวลา 8.00-16.00 น. ทุกวันในวันเวลาราชการ ให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การให้บริการห้องหัตถการ คือ 1. ฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า บาดทะยัก 2. ให้ยาฆ่าเชื้อตามนัด ฉีดยา 3. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามคำสั่งแพทย์ 4. บริการทำหัตถการทั่วไป เช่น เปลี่ยนสายให้อาหาร เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายให้อาหาร 5. ช่วยทำหัตถการต่างๆโดยแพทย์ เช่น เจาะท้อง เจาะหลัง เจาะกระดูก 6. พันยา 7. ทำแผล ตัดไหม 8. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 9. ช่วยแพทย์ทำหัตถการ เช่น เปิดแผล เย็บแผล ผ่าฝี 10. เปิดเส้นให้สารน้ำตามคำสั่งแพทย์ 11. บริการวัคซีน 12. ให้ยา Stat. 13. เจาะเลือด/เก็บส่งตรวจ เป็นต้น

บริการงานห้องหัตถการให้การพยาบาลตามผู้รับบริการยื่นใบสื่อสารก่อนหลัง ตามที่ยื่นนัดก่อนไปหลังทำไปเรื่อยๆ (ใครมาก่อนได้ก่อน มาทีหลังได้ทีหลัง) ไม่มีการจัดลำดับความเร่งด่วน ตะกร้าวางใบสื่อสารชั้นกัน พยาบาลจะหยิบใบสื่อสารจากด้านล่างขึ้นข้างบนโดยไม่ได้คัดแยก ลำดับผู้ป่วยเร่งด่วน ก่อนหลัง บางครั้งญาติมาบอกอาการและขอความช่วยเหลือด่วน หอบเหนื่อย ตัวเขียว ถึงทราบว่ามีผู้เร่งด่วนรอทำหัตถการ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วน ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่ป้องกันได้น้อยลง หรือทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น (นวลทิพย์ ธีระเดชากุลและคณะ, 2563) ผลการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเร่งด่วน จำนวน 41 ราย โดยใช้ระยะเวลา 4 เดือน พบว่า เมื่อเปรียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า โดยอัตราผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างรักษาและอัตราผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหรือโรคเดิมภายใน 48 ชั่วโมงหลังจำหน่ายลดลงมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ร้อยละ 92.68 ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่มากกว่าแบบเดิมในทุกด้าน ทั้งในด้านความพร้อมในการให้บริการ ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความชัดเจนของขั้นตอนการทำงาน ความรวดเร็วในการทำงานและความง่ายต่อการไปใช้ ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 89.7 และผลลัพธ์ด้านกระบวนการพยาบาล พบว่าผู้ปฏิบัติมีความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ร้อยละ 98.5 สอดคล้องกับการศึกษาของนันทยา รัตนสกุล และกฤตยา แดงสุวรรณ, 2559 เพ็ญศรี ดำรงจิตติ, รสสุคนธ์ ศรีสนิท, พรเพ็ญ ดวงดี, 2557 อ่างโน (นวลทิพย์ ธีระเดชากุลและคณะ, 2563) อัญชลี ถิ่นเมืองทอง, และคณะ, 2557 ที่พบว่า การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของสถานที่สมรรถนะของบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือ ทำให้ผู้ป่วยมีอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่ป้องกันได้น้อยลง และทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบโดยโมเดลนี้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพการบริการ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิตหรือผลลัพธ์ (Product or Output) ซึ่งวิจัยครั้งนี้เลือกใช้องค์ประกอบของกระบวนการโดยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 4 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นการสร้างและพัฒนารูปแบบ ขั้นการนำรูปแบบการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ และขั้นสรุปและประเมินผลการดำเนินงานส่วนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” และการพัฒนาบทบาทหลักของพยาบาล 3 บทบาท คือ การมอบหมายงานการพยาบาล การนิเทศทางการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาลมาใช้ในการ

พัฒนารูปแบบการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Von Bertalanffy L, 2015) หนึ่งในนั้นคือการใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล มีการนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เริ่มจากการประเมินความเสี่ยงก่อนให้บริการ ระบุลำดับความสำคัญด้านความจำเป็นในการทำหัตถการ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรง ปัญหาการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยและเพื่อลดภาวะเสี่ยง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างรอทำกิจกรรมการรักษาต่าง ๆ หัตถการบริการแบบใหม่โดยการประเมินความเสี่ยงก่อนให้บริการ ระบุลำดับความสำคัญด้านความจำเป็นในการรักษาพยาบาล ดิติดิสทริกเตอร์ที่ใบสื่อสารจัดกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการที่ใบสื่อสารแยกผู้ป่วยให้การพยาบาล พยาบาลวิชาชีพทำหัตถการตามสีแยกระดับความเร่งด่วน

งานห้องหัตถการงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จากการค้นหาสาเหตุการเกิดการทรุดลงขณะรอทำหัตถการต่าง ๆ นั้น พบว่าผู้ป่วยยังไม่ได้จัดลำดับความสำคัญของความเร่งด่วน

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรมสติกเกอร์จัดกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการกิจกรรมห้องหัตถการประเมินความเสี่ยงก่อนให้บริการ ระบุลำดับความสำคัญด้านความจำเป็นในการรักษาพยาบาล ดิติดิสทริกเตอร์จัดกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการที่ใบสื่อสารแยกผู้ป่วยให้การพยาบาลทำหัตถการตามสีป้ายต่าง ๆ สติกเกอร์ป้ายสีแดง จัดกลุ่มผู้ป่วยประเภทเร่งด่วนมาก ต้องได้รับการพยาบาลทันที สติกเกอร์ป้ายสีเหลือง จัดกลุ่มผู้ป่วยประเภทเร่งด่วนปานกลาง ต้องได้รับการตรวจรักษาโดยเร็ว (ภายใน 1 ชม.) สติกเกอร์ป้ายสีเขียว จัดกลุ่มผู้ป่วยประเภทไม่เร่งด่วนช่วยเหลือตัวเองสามารถรอรับการรักษาได้ (ภายใน 2-3 ชม.) เพื่อช่วยให้มีความปลอดภัย รวดเร็ว ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดอาการทรุดลงขณะรอทำหัตถการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันทีตามแผนการรักษา สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินอาการ และจัดระดับความสำคัญของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมการรักษาในงานผู้ป่วยนอก
2. เพื่อวางแผนการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรง และปัญหาการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย
3. เพื่อลดภาวะอาการเสี่ยง อาทิ เช่น เขียว หอบเหนื่อย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างรอทำกิจกรรมการรักษาต่าง ๆ
4. เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติ สำหรับการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแต่ละชนิดของหัตถการนั้น ๆ
5. เพื่อให้ผู้ป่วยทุกระดับได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน พฤษภาคม 2566 – สิงหาคม 2566

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยทุกคนที่มีใบนัดทำหัตถการต่าง ๆ และ ส่งให้มารับบริการที่ห้องหัตถการผู้ป่วยนอก
2. ผู้ป่วยที่มีใบสื่อสารทุกจุดบริการส่งให้มารับบริการที่ห้องหัตถการผู้ป่วยนอก
3. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกคน ในห้องหัตถการ งานผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรีกษาหัวหน้างานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำนวัตกรรมสติ๊กเกอร์สีจัดกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการ
4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำนวัตกรรมสติ๊กเกอร์สีจัดกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการและทดลองใช้ในหน่วยงาน
5. นำไปใช้ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกห้องหัตถการ
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ และจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมการรักษาในงานผู้ป่วยนอกด้วยนวัตกรรมสติ๊กเกอร์สีจัดกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการ
2. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรง และปัญหาการเจ็บป่วยอย่างเร่งด่วน อย่างถูกต้องและปลอดภัย
3. ลดภาวะเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างรอทำกิจกรรมการรักษาต่าง ๆ
4. เป็นแนวทางการปฏิบัติ สำหรับการแยกกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการ
5. ผู้ป่วยทุกระดับได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ และจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมการรักษาในงานผู้ป่วยนอกด้วยนวัตกรรมสติกเกอร์สีจัดกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการ ร้อยละ 100
2. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรง และปัญหาการเจ็บป่วยอย่างเร่งด่วน อย่างถูกต้องและปลอดภัย ร้อยละ 100
3. ลดอาการเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างรอทำกิจกรรมการรักษาต่าง ๆ ร้อยละ 100
4. เป็นแนวทางการปฏิบัติ สำหรับการแยกกลุ่มผู้ป่วยห้องหัตถการ มากกว่าร้อยละ 90
5. อุบัติการณ์การเกิดภาวะทรุดลงขณะรอทำหัตถการทุกราย เท่ากับ 0 ครั้ง

(ลงชื่อ)

(นางสาวอัมพวรรณ จิตพิมาย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๙ / ๗ / ๒๕๖๐

ผู้ขอประเมิน