

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลาดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นประเภทของการติดเชื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบของปอด โรคนี้เป็นโรคที่พบได้บ่อยในคนทั่วไปและคนทุกวัย มีโอกาสพบได้มากขึ้นในบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง พบได้ประมาณ 8-10% ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจและนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 12 ของโรคติดเชื้อ โดยเกิดได้จาก 2 สาเหตุหลัก คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อซึ่งพบได้เป็นส่วนใหญ่ และปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงและความรุนแรงของโรค ในลักษณะแตกต่างกันไป และบางครั้งอาจพบปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นด้วย (สุภัทตรา อินทร์คำน้อย, 2563)

จากรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 227,175 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 347.22 ต่อแสนประชากร พบอัตราตาย 0.28 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศ หญิง 1: 0.85 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงลำดับ คือ มากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 29.46) อายุ 55-64 ปี (ร้อยละ 10.65) ความชุกของภาวะการหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยปอดอักเสบ ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ร้อยละ 24.1 และอัตราการเสียชีวิต พบร้อยละ 4.82 (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ในปีงบประมาณ 2564-2566 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอยู่ในสปีดโรคสูงเป็นลำดับที่สาม ซึ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง มีสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบจำนวน 134,156 และ 150 ราย ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 18.65, 19.23, 25.33 ซึ่งเป็นโรคที่มีปริมาณและความเสี่ยงต่ออัตราตายสูงและมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดความเสี่ยงหรือเกิดน้อยที่สุด

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

ความหมายของโรค (อุ้นเรือน กลิ่นขจร, 2563)

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) คือ โรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วยถุงลมปอด และเนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย อาการที่สำคัญ คือ ไข้ ไอ เหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจลำบาก ฟังเสียงปอดอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำหรือมูก (rhonchi)

พยาธิสภาพ (อ่านเรียน กลิ่นขจร, 2563)

พยาธิสรีรวิทยาของปอดอักเสบแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะบวมคั่ง (stage of congestion or edema) เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ปอดจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง มีเลือดมาคั่งในบริเวณที่มีการอักเสบ หลอดเลือดขยายตัวมีเม็ดเลือดแดงไฟบริน และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาเกินปกติที่เรีย ระยะนี้กินเวลา 24-46 ชั่วโมง หลังจากเชื้อเข้าสู่ปอด
2. ระยะเนื้อปอดแข็ง (stage of consolidation) ระยะแรกจะพบว่าเม็ดเลือดแดงและไฟบรินอยู่ในถุงลมเป็นส่วนใหญ่ หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดขยายตัวมากขึ้นทำให้เนื้อปอดเป็นสีแดงจัดคล้ายตับสด (red hepatization) ในเวลาต่อมาจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเข้ามาแทนที่เม็ดเลือดแดง ในถุงลมมากขึ้น เพื่อกินเชื้อโรคระยะนี้ถ้าตัดเนื้อปอดมาดูจะเป็นสีเทาปนดำ (grey hepatization) เนื่องจากมีหนอง (exudate) ไฟบริน และเม็ดเลือดขาว หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมปอดก็จะหดตัวเล็กลง ระยะนี้กินเวลา 3-5 วัน
3. ระยะปอดฟื้นตัว (stage of resolution) เมื่อร่างกายสามารถต้านทานโรคไว้ได้เม็ดเลือดขาว สามารถทำลายแบคทีเรียที่อยู่ในถุงลมปอดได้หมด จะมีเอนไซม์ออกมาละลายไฟบรินเม็ดเลือดขาว และหนองจะถูกขับออกมาเป็นเสมหะ เนื้อปอดมักกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การอักเสบที่เยื่อหุ้มปอด จะหายไปหรือมีพังพืดชั้นแทน ระยะฟื้นตัวในเด็กและคนหนุ่มสาวเร็วมาก แต่ในคนสูงอายุจะช้า ระยะฟื้นตัวในเด็กประมาณ 5 วัน ผู้ใหญ่ 2 สัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน 6 สัปดาห์ ถ้าเกิน 6 สัปดาห์ต้องนึกถึงการมีโรคอื่นเป็นพื้นฐานอยู่เดิม เช่น มะเร็งปอด หรือหลอดลม เป็นต้น

สาเหตุ (อ่านเรียน กลิ่นขจร, 2563)

เกิดจากมีเชื้อโรคหรือสารเคมีเข้าไปทำให้มีการอักเสบของปอดที่สำคัญ ได้แก่

1. เชื้อแบคทีเรีย ซึ่งพบเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคนี้ที่พบบ่อยและรักษาได้ง่ายได้แก่ Pneumococcus ที่พบน้อยแต่ร้ายแรงได้แก่เชื้อ Staphylococcus Streptococcus Klebsiella
2. เชื้อไวรัสเช่น หัดไขหวัดใหญ่ อีสุกอีใส ฯลฯ
3. เชื้อไมโคพลาสมา ซึ่งทำให้เกิดปอดอักเสบชนิดที่เรียกว่า Atypical Pneumonia เพราะมักไม่มีอาการหอบ
4. เชื้อราพบได้ค่อนข้างน้อย แต่รุนแรง
5. เชื้อโปรโตซัว เช่น Pneumocystis carinii ที่พบในผู้ป่วยโรคเอดส์
6. สารเคมีที่พบบ่อยได้แก่น้ำมันก๊าด ซึ่งผู้ป่วยมักสูดเข้าไปในปอด

อาการและอาการแสดง (อ่านเรียน กลิ่นขจร, 2563)

อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใดด้วยอาการไข้สูง(อาจจับไข้ตลอดเวลา) หนาวสั่น(โดยเฉพาะในระยะที่เริ่มเป็น) และหายใจหอบ ในระยะแรกอาจมีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะต่อมาจะมีเสมหะข้นขึ้น ออกเป็นสีเหลือง สีเขียว สีสนิมเหล็กหรือมีเลือดปน ในเด็กโตและผู้ใหญ่อาจมีอาการเจ็บแปลบในหน้าอก เวลาหายใจเข้าหรือไอแรงๆบางครั้งอาจปวดร้าวไปที่หัวไหล่ สีข้างหรือท้อง

การวินิจฉัย (สุพรรณษา วรมาลี, 2563)

1. อาการแสดง คือ มีไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรค
2. การตรวจร่างกาย การใช้เครื่องตรวจฟังเสียงปอด จะพบว่ามีเสียงดังกรอบแกรบมีเสียง หายใจเบากว่าปกติ
3. การถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกาย ไม่ชัดเจน
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ซึ่งแพทย์จะเลือกตรวจตามความเหมาะสมตามความจำเป็น หรือตามดุลยพินิจของแพทย์

4.1. การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) เป็นการตรวจนับ เม็ดเลือดขาวในเลือด ซึ่งแพทย์มักทำในผู้ป่วยทุกราย แม้จะไม่สามารถใช้แยกสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่พบ neutrophil สูงมาก และมี toxic granules จะช่วยสนับสนุนว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย

4.2. การย้อมเสมหะ (sputum) เป็นวิธีที่มีความไวแต่ไม่จำเพาะต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาจเป็นเพียงแนวทางคร่าวๆ

4.3. การตรวจเสมหะเพาะเชื้อและการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ควรทำการเพาะเชื้อในรายที่อยู่โรงพยาบาลที่สามารถทำการเพาะเชื้อได้

4.4. การเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) ซึ่งแพทย์จะตรวจเฉพาะในรายที่เป็นรุนแรงเชื้อที่มักก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ เชื้อ *Streptococcus pneumoniae*

การรักษา (สุพรรณษา วรมาลี, 2563)

1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะและให้น้ำอย่างเพียงพอ
2. การให้ออกซิเจนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรได้รับการรักษาโดยการให้สูดดมออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะ Hypoxia ที่เกิดขึ้น โดยการให้ออกซิเจนทาง Nasal Catheter, Face Mask หรือ Oxygen Tent
3. ให้อาหารได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอโดยการรับประทานหรือให้ทางหลอดเลือด
4. อาหาร ในระยะแรก ควรเลือกให้อาหารอ่อนๆ เพราะผู้ป่วยมักมีอาการเบื่ออาหารมาก ในรายที่มีโรคแทรกหรือมีภาวะขาดอาหารร่วมด้วย อาจให้อาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูงควบคู่ไปกับการให้วิตามิน ทดแทน
5. ยาแก้ไอ ยาขับเสมหะจะช่วยทำให้ขับเสมหะได้สะดวก แต่ในรายที่มีอาการไอรุนแรงมาก หรือไอมากจนนอนไม่หลับอาจให้ยาระงับไอ Codeins Phosphaate ในขนาด 15-30 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง
6. ยาแก้ปวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมี Pleuritic Chest Pain เกิดขึ้นซึ่งอาจไปขัดขวาง การหายใจหรือไอ รายที่เจ็บไม่มากอาจใช้ยาระงับปวดเช่น แอสไพริน, Paracetamol ได้เป็นครั้งคราวในรายที่มีอาการเจ็บปวดรุนแรงมาก อาจใช้ Codiene Phosphate หรือ Morphine ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์
7. คอตติโคสเตียรอยด์ จะใช้เฉพาะในรายที่มี Septic Shock เกิดขึ้นเท่านั้น
8. การให้ยาปฏิชีวนะ ในรายที่มีการอักเสบติดเชื้อเนื่องจากแบคทีเรีย หรือเกิดการติดเชื้อซ้ำ ในระยะหลังยาปฏิชีวนะที่ใช้คือกลุ่มเพนนิซิลลิน อิริโทมัยซิน

การพยาบาล (อุ้นเรื่อน กลิ่นขจร, 2563)

1. ร่วมมือกับแพทย์ในการวินิจฉัยโรค เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาถูกต้องทันเวลาที่
2. ดูแลเก็บเสมหะส่งตรวจ และเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนเริ่มให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ของแพทย์
3. การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยปอดอักเสบ เนื่องจากการระบาย อากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดีพอ เพราะมีน้ำ (exudate) ในถุงลม ปอดแฟบ มีเสมหะในทางเดินหายใจ และอาจมีการหดตัวของหลอดลม การดูแลและบำบัดทางระบบทางเดินหายใจนี้จะต้องเหมาะสมกับแต่ละ บุคคล
4. ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต ผู้ป่วยที่ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียมักจะสูญเสีย น้ำและโซเดียมมากจากเหงื่อออกมาก และบางครั้งมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย นอกจากนั้นผู้ป่วยมักมีไข้ สูง หายใจเร็วและมีเสมหะเพิ่มขึ้น จึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ
5. อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ นอกจากจะได้น้ำแลยังได้แคลอรีทดแทนด้วยในผู้ป่วยที่เบื่อ อาหาร
6. ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้ป่วยเหนื่อยและต้องมีกิจกรรมทำให้ ผู้ป่วยต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น
7. ให้อาบน้ำและเช็ดตัวเมื่อมีไข้สูง
8. ดูแลความสะอาดปากฟันโดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีไข้ ขาดน้ำ และเสมหะเป็นหนอง หรือเจ็บคอ ปาก และฟันที่สะอาดจะช่วยเฝ้าระวังรับประทานอาหารได้มากขึ้น
9. ใ้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยท้องอืด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยปอดอักเสบ
10. การสังเกตและประเมินสภาพของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสังเกตข้อบ่งชี้ของภาวะการหายใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด ไข้สูง ซีดออก ปอดแฟบ ท้องอืด ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต การเปลี่ยนแปลงด้าน พฤติกรรมและจิตใจ
11. การป้องกันควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ เนื่องจากปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัส สามารถ ติดต่อได้ถ้าผู้ป่วยมีไข้ จึงต้องระมัดระวังการแพร่กระจายของเชื้อ

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure)

ความหมายของโรค (ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, 2561)

ภาวะที่ระบบหายใจไม่สามารถทำงานได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (metabolic demand) เนื่องจากระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพ ไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซหรือระบาย อากาศให้อยู่ในระดับ ปกติได้ ทำให้ออกซิเจนในเลือดแดงลดลง (Hypoxemia, PaO₂ < 60 mmHg หรือ < 8.0 kPa) หรือมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (Hypercapnia, PaCO₂ > 50 mmHg หรือ > 6.0 kPa และ pH < 7.3) หรือเกิดทั้งสองภาวะร่วมกัน

พยาธิสภาพ (ชาคริต หริมพานิช และคณะ, 2563)

เมื่อร่างกายมีภาวะหายใจล้มเหลวจะมีความดันออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Hypoxemia) หรือ PaO_2 ต่ำ ในระยะแรก และตามมาด้วยความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูง (Hypercapnia) หรือ PaCO_2 สูง ภาวะความดันออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Hypoxemia) จะมีผลต่อร่างกาย ดังนี้

1. กระตุ้นซิมพาเทติก ทำให้มีชีพจรเร็ว ความดันเลือดสูง เหงื่อออก กระสับกระส่ายอาจมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. กระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้มีอาการหายใจเร็วและลึก กล้ามเนื้อหายใจทำงานมากขึ้น ทำให้เหนื่อยง่าย
3. หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงปอดหดตัว ทำให้ความดันเลือดไปปอดสูงขึ้น อาจทำให้มีหัวใจข้างขวาล้มเหลวได้
4. หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจขยายตัว ทำให้มีอาการปวดศีรษะ
5. เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการชัก หายใจผิดปกติและหยุดหายใจ ภาวะความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูง (Hypercapnia) จะมีผลต่อร่างกาย ดังนี้

5.1. กระตุ้นซิมพาเทติก ทำให้มีชีพจรเร็ว ความดันเลือดสูง ในระยะแรก

5.2. กระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้มีอาการหายใจเร็วและลึก

5.3. หลอดเลือดแดงที่ปอดหดตัวจากภาวะกรดในเลือด

5.4. หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว ทำให้ความดันเลือดต่ำในระยะแรก ผิวหนังแดงอุ่น และมีหลอดเลือดในสมองขยายตัวทำให้มีอาการปวดศีรษะ

5.5. กตการทำงานของสมอง ทำให้มีอาการสับสน ซึม ง่วงนอน หมดสติ และกล้ามเนื้อกระตุก

6. กตการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจบีบตัวน้อยลง และหัวใจเต้นผิดจังหวะปกติ

สาเหตุ (ชาคริต หริมพานิช และคณะ, 2563)

เกิดจากหลอดลมตีตัน หอบหืด หลอดลมอักเสบรุนแรง เนื้อปอดถูกทำลาย เช่น ภาวะปอดอักเสบมาก ๆ มีน้ำหรือลิ่มในช่องเยื่อหุ้มปอดมาก ๆ กล้ามเนื้อการหายใจเสียหายที่ ศูนย์หายใจในเมดลลาเสียหายที่ เช่น มีเลือดออกในสมอง ได้รับพิษจากยา มีภาวะพร่องออกซิเจน

อาการและอาการแสดง (ชาคริต หริมพานิช และคณะ, 2563)

หายใจลำบาก เหนื่อยหอบเขียว (Cyanosis) หากมี CO_2 คั่งในเลือดมากผู้ป่วยจะมีอาการซึม หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกตามตัว และอาจหมดสติ

การวินิจฉัย (ชาคริต หริมพานิช และคณะ, 2563)

จากประวัติมีสาเหตุหรือมีองค์ประกอบที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวมีอาการของการคั่งของ CO_2 และภาวะขาด O_2 จะเจาะเลือดหาความดันก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas) พบว่ามี PaCO_2 สูง และ PaO_2 ต่ำ

การรักษา (ชาคริต หริมพานิช และคณะ, 2563)

รักษาตามสาเหตุ เช่น บรรเทาการตีบตันของหลอดเลือดโดยให้ยาขยายหลอดเลือดเจาะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดออกหากมีน้ำมาก รักษาปอดอักเสบโดยให้ยาปฏิชีวนะที่ไวต่อเชื้อ ให้ออกซิเจน ซึ่งปกติให้ในความเข้มข้นสูง ยกเว้นในรายที่มีการอุดตันของหลอดเลือดเรื้อรัง โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง จะให้ออกซิเจนประมาณ 25-35% เพื่อป้องกันการเกิด CO₂ narcosis ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

การพยาบาล (ชาคริต หริมพานิช และคณะ, 2563)

1. ดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจหรือเกิดการสำลัก
2. จัดเสมหะสำหรับผู้ป่วยที่มีการอุดตันของทางเดินหายใจที่ต้องให้ออกซิเจน
3. ดูแลเฝ้าระวังการเกิด CO₂ narcosis เช่น ซึมลง หายใจช้าลง บางรายอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยควบคุมระดับ CO₂ และ O₂
4. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1. สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 01.30 น. ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว 3 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น แรกรับงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเขาฉกรรจ์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/105 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 94 เปอร์เซ็นต์ เสี่ยงปอดผิดปกติ เสียงหายใจออกมีเสียงวี๊ดในปอดทั้งสองข้าง (Lung: wheezing both lung) และมีเสียงกรอบแกรบในปอดทั้งสองข้าง (Lung: crepitation both lung) การรักษาด้วยการให้หน้ากากออกซิเจนแบบมีถุง Mask with bag 10 ลิตร/นาที และให้ยาพ่น Berodoal 1 Nebules พ่น 3 ครั้ง ได้รับยา Dexamethasone 8 mg. เข้าทางหลอดเลือดดำทันที ตามการรักษาของแพทย์ หลังให้หน้ากากออกซิเจนแบบมีถุง Mask with bag 10 ลิตร/นาที และพ่นยา ผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาลงยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดพบ Perihilar infiltration ปอดด้านบนขวา แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก เบอร์ 7 ลีค 20 เซนติเมตร ส่งตรวจเลือด CBC BUN Cr Electrolyte, UA, swab ATK ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm ทางหลอดเลือดดำทันที แพทย์วินิจฉัย ปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Pneumonia with respiratory failure) พิจารณาส่งต่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

เวลา 04.05 น. แรกรับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร (Assisted controlled: AC) หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 154/105 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิตรเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 40 ซีซีต่อชั่วโมง ส่งตรวจเพาะเชื้อของเลือด (Hemoculture) 2 ชุด และเสมหะ Sputum culture ตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์รับผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล

เวลา 04.49 น. แรกรับหอบผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร (Assisted controlled: AC) หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/77 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ให้ยาพ่น Berodoal 1 Nebules ทุก 4 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย ได้รับยา Dexamethasone 4 mg. เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ตามการรักษาของแพทย์

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจผ่านเกณฑ์ตาม weaning protocol เริ่มฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเอง โดยให้ออกซิเจนชนิดต่อกับท่อหลอดลมคอ T-piece 10 ลิตร/นาที ผู้ป่วยหายใจได้ดีไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

4.1. สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา (ต่อ)

เวลา 12.00 น.สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ใส่ออกซิเจนทางจมูก Canular 3 LPM สามารถนอนพักบนเตียงได้ ได้รับยาพ่น Berodoal 1 Nebules ทุก 4 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย ได้รับยา Dexamethasone 4 mg.เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ตามการรักษาของแพทย์ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 157/96 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีทดลองหย่าออกซิเจนทางจมูก Canular 3 LPM และหายใจอากาศปกติ ตามลำดับ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/94 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ดี

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 ผลการส่งตรวจเพาะเชื้อของเลือด (Hemoculture) 2 ชุด 2 วัน ไม่พบเชื้อ และผลการส่งตรวจเพาะเชื้อของเสมหะ Sputum culture 3 วัน ไม่พบเชื้อ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมเมื่อกลับบ้าน เช่น เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ชีวิตประจำวันทั่วไป ตลอดจนอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์และนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 4 วัน

4.2. ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1. ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 04.49 น. ถึงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 4 วัน

5.2. ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

5.2.2. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยระยะวิกฤต ต้องใช้การพยาบาลที่ซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากต้องมีการปรับ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีโอกาสต่อเลื่อนหลุด เกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ มีลมรั่วในปอด และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ระหว่างการดูแลรักษาได้ หากพยาบาลไม่มีความรู้ ความชำนาญในการใช้งาน และการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ในช่วงระยะแรกอาจทำให้มีปัญหาในการสื่อสาร

9. ข้อเสนอแนะ

1. ทีมพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูวิชาการอย่างสม่ำเสมอ
2. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านสุขศึกษาจัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ เพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้ ความเข้าใจ ถึงสาเหตุและการป้องกัน ไม่ให้เกิดโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อไม่ให้เกิดเป็นซ้ำ

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวโสภิญญา เจริญสุข ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....โสภิญญา เจริญสุข.....

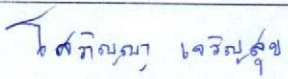
(นางสาวโสภิญญา เจริญสุข)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

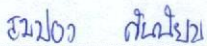
(วันที่)..... ๗ / ๓๑ / 2566.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวโสภิญญา เจริญสุข	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวสมปอง กันนิยม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

(วันที่) 12 / มี.ค. / 66

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 15 / สิงหาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 17 / ม.ค. 2567 /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)..... 

(นายสรพงษ์ กันปัน)

(ตำแหน่ง) ulyแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 24 / ม.ค. 2567 /

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิด TCAB

2.หลักการและเหตุผล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือการติดเชื้อที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งในร่างกาย แล้วทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรค ทำให้เกิดการอักเสบขึ้นในอวัยวะภายในของร่างกาย หากมีความรุนแรงมากขึ้นอาจพัฒนาไปสู่ภาวะช็อกและทำให้การทำงานของอวัยวะภายในร่างกายต่างๆ ล้มเหลว ซึ่งมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ (มาเรีย นิน่า จิตะสมบัติ, 2565)

จากรายงานกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 151,481, 68,727 และ 78,563 ราย ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 32.47, 33.71, 35.24 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อให้บริการลูกค้าเป้าหมายของการบริการที่เป็นเลิศ (service excellence) ภายใต้แผนงานด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ซึ่งหนึ่งในเป้าหมายของตัวชี้วัดสำคัญ คือ การลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2564-2566 จำนวน 103, 201 และ 258 ราย ตามลำดับซึ่งแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 14.56, 19.90 และ 21.70 ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่าปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจาก 1) เกิดจากการมีความล่าช้าในการเข้ารับบริการ ทำให้เกิดภาวะ Septic shock ร้อยละ 11.65, 27.36 และ 44.96 ตามลำดับ 2) ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย พบอัตราการได้รับสารน้ำ 1,500 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 22.33, 30.34 และ 45.34 ตามลำดับ 3) การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ ล่าช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ร้อยละ 11.65, 27.36 และ 45.73 ตามลำดับ 4) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีการใช้ standing order sepsis ร้อยละ 10.67, 5.97 และ 6.58 ตามลำดับ

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และความเป็นจริงในปัจจุบัน คือเวลาที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยข้างเตียงลดน้อยลง จึงเกิดความไม่ปลอดภัยขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่เครียด ทำงานไม่มีความสุข ลาออก เปลี่ยนงาน โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาวิเคราะห์ปัญหาเกิดจากกระบวนการ จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดข้างเตียง

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและติดตามใหม่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1) ด้านผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วทันเวลาและเหมาะสม 2) พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกตอง มีการเฝ้าระวังและสามารถประเมินซ้ำ เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้มีอาการทรุดลง จะส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาพยาบาลตามความปลอดภัยของผู้ป่วยพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องจนบรรลุเป้าหมาย ได้รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

เป้าหมายสูงสุดในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด คือ ลดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและลดอัตราการตายของผู้ป่วย ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ได้มีการดูแลภายใต้แผนงานด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) แต่ผลลัพธ์จากกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 14.56, 19.90 และ 21.70 ตามลำดับ

ปัญหาพบว่าการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า การประเมิน การวินิจฉัย รวมถึงการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติ อาจเกิดจากแนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจน และการขาดความร่วมมือในการปฏิบัติ ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะขจัดปัญหาที่กล่าวมานี้ให้หมดไปได้ คือการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มาใช้ในการวางระบบบริหารกิจกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาอย่างไม่สิ้นสุด ร่วมกับกระบวนการดูแลรักษาเดิมควรได้รับการปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อมุ่งเน้นการปรับปรุง คุณภาพให้ดีขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้เสนอผลงาน จึงสนใจจะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดข้างเตียง โดยใช้แนวคิดการปฏิรูปหรือการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (transforming care at bedside: TCAB) นำมาใช้ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยตรง เป็นการดูแลที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงที่เป็น TCAB ประกอบด้วย 5 เสาหลัก ดังนี้ 1) Safety and reliability คือ การปรับปรุงพัฒนาที่ทำให้การดูแลมีความปลอดภัย น่าเชื่อถือ มีประสิทธิผลและความเท่าเทียม 2) Patient centeredness คือ การปรับปรุงพัฒนาที่ทำให้มั่นใจว่าการดูแลเป็นเรื่องเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น เคารพความเป็นหนึ่งเดียวของบุคคลและครอบครัว เคารพค่านิยมของบุคคล ทางเลือก และมั่นใจการดูแลที่มีความต่อเนื่อง 3) Vitality and Teamwork คือ เน้นผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ส่งเสริมความเป็นวิชาชีพ บันไดอาชีพ และประสิทธิผล care teams ที่นำไปสู่ความเป็นเลิศอย่างต่อเนื่อง 4) Value-Added Care Processer คือ การปรับปรุงที่เพิ่มประสิทธิผล

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

ส่งเสริมความต่อเนื่องกระบวนการไหลของงาน และลดความสูญเปล่าและงานที่มีคุณค่าต่ำ

5) Transformational Leadership คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง คือคนที่ชี้ทาง และบอกองค์กร ว่าจะต้องไปทางไหน และต้องทำอะไรให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ยวดี เกตสัมพันธ, 2564)

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้

3. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กรกฎาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
2. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิด TCAB ดังนี้
 - 3.1. การวางแผนการพัฒนา
 - 3.1.1. ประชุมปรึกษาเจ้าหน้าที่ทุกคน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เพื่อหาแนวทางและข้อตกลงในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดข้างเตียง โดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
 - 3.2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวคิดTCAB

การดูแลผู้ป่วยแบบเดิม	การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดTCAB
1. มี Nurse station ให้พยาบาลทำ กิจกรรมรับคำสั่ง ทำเอกสารต่างๆ เขียนบันทึกทางการพยาบาล	1. ไม่มี Nurse station พยาบาล ทำกิจกรรมรับคำสั่ง ทำเอกสาร ต่างๆเขียนบันทึกทางการ พยาบาล ทำเตียงผู้ป่วย
2. มีรถสำหรับทำหัตถการเป็น ส่วนกลาง มี อุปกรณ์ต่างๆพร้อมใช้	2. มีรถสำหรับทำหัตถการประจำ เตียง แยกอุปกรณ์ของใช้ตามเตียง
3. เพิ่มประวัติผู้ป่วยอยู่ที่ Nurse station	3. เพิ่มประวัติผู้ป่วย เอกสาร ต่างๆของผู้ป่วยอยู่ที่เตียง

3.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวคิดTCAB (ต่อ)

การดูแลผู้ป่วยแบบเดิม	การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดTCAB
4.ลักษณะการทำงาน ให้การ พยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรงเป็น ครั้งๆ เสร็จกิจกรรมพยาบาลจะ มาทำงานต่อที่เคาน์เตอร์กลาง	4.ลักษณะการทำงาน ให้การ พยาบาลกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และทำกิจกรรมอื่นๆ ท้ายเตียง
5.มีญาติเฝ้าประจำเตียง	5.มีญาติเฝ้าประจำเตียง
6.การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 6.1. ประเมินผู้ป่วยแรกรับหน้าNurse station พยาบาล 6.2. การเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการในNurse station 6.3. นำอุปกรณ์ไปทำกิจกรรมการพยาบาลใช้เวลา ประมาณ10นาที 6.4. พยาบาลอยู่ใน Nurse station ทำให้ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไม่ทันท่วงที	6.การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 6.1. ประเมินผู้ป่วยแรกรับท้ายเตียง หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง สามารถช่วยเหลือได้ทันที 6.2. การเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการท้ายเตียง 6.3. นำอุปกรณ์ไปทำกิจกรรมการพยาบาลได้ทันที เพราะอุปกรณ์อยู่ท้ายเตียง 6.4. พยาบาลอยู่ท้ายเตียง ทำให้ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทันท่วงที

4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิด TCAB

5. นำไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาแนวทางให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง มีความรู้ ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิด TCAB

2. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลประเมินรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตลดลง

3. มีการนำแนวคิดTCAB ไปปรับใช้กับหอผู้ป่วยอื่นๆ

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 1 รูปแบบ

2. พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิด TCAB มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ต่อ)

3. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวคิด TCAB มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 80
4. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 26

(ลงชื่อ).....โสภิญญา เจริญสุข.....

(นางสาวโสภิญญา เจริญสุข)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....๗...../.....๗...../.....๒๕๖๖.....

ผู้ขอประเมิน