

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีโรคร่วม ✓
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 6 ธันวาคม 2565 ถึง 13 ธันวาคม 2565 รวมระยะเวลาดูแล 7 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

โรคหืดจัดเป็นโรคความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจชนิดเรื้อรัง สามารถทำให้เกิดอันตรายขั้นรุนแรงถึงชีวิตแก่ผู้ป่วยได้ หากได้รับการดูแลหรือรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เกิดได้กับประชากรทุกช่วงอายุ และทุกเชื้อชาติ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World health organization : WHO) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดถึงกว่า 262 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณ 461,000 คน (องค์การอนามัยโลก, 2564) ล่าสุดในปี 2563 ประเทศไทยพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากอาการของโรคหืด 4,182 รายต่อปี คิดเป็นวันละ 11-12 ราย หรืออัตรา 3.93 ต่อประชากร 1 แสนคน โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการไม่ได้พ่นยาควบคุมการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการกำเริบก็จะพ่นยาไม่ทันหรือไม่ถูกวิธีและยังคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2568 โรคหอบหืดจะกลายเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลก ซึ่งจะมีผู้ป่วยโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน (อารี ศาสตราวาทา, 2564)

จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่าผู้ป่วยที่มารักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยและเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2564-2566 เท่ากับ 68, 83 และ 119 ราย (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ตามลำดับ โดยเฉลี่ยหอบผู้ป่วยพิเศษ 5 มีผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวมารับการรักษาเฉลี่ยปีละ 3 ราย ในกรณีนี้พบผู้ป่วยเป็นโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมกับติดเชื้อโควิด 19 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤต โดยแพทย์พิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอต่อเครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยให้การหายใจของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในภาวะเช่นนี้พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการประเมินอาการ วินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤตอย่างปลอดภัย ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและมีโรคร่วม เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้จัดทำจึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดความเสี่ยงหรือเกิดน้อยที่สุด

โรคหืด (Asthma)

ความหมายของโรค

โรคหอบหืด เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้เยื่อและผนังหลอดลมตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากภายใน และจากสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ ส่งผลให้หายใจไม่สะดวกและมีเสียงหวีด เหนื่อยหอบ ไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก โดยเฉพาะตอนกลางคืนและช่วงเช้ามืด โดยหอบหืดสามารถเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย และทำให้เสียชีวิตได้หากอาการรุนแรง หอบหืดไม่ใช่โรคติดต่อแต่สามารถถ่ายทอดผ่านทางพันธุกรรมได้ (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2561)

พยาธิสภาพ

หลอดลมของผู้ป่วยมักไวต่อสารกระตุ้น (bronchial hyperresponsiveness) เมื่อสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้จะเกิดการอักเสบในหลอดลม สารก่อภูมิแพ้เหล่านี้จะกระตุ้น T และ B lymphocyte ให้ผลิตสาร interleukin-3 และ 4 เพื่อกลับไปกระตุ้นให้ B lymphocyte ผลิต IgE มาตอบสนองต่อตัวกระตุ้น หลังจากนั้น IgE จะไปกระตุ้น mast cell, macrophages, eosinophils, neutrophils และ lymphocytes ที่ผนังหลอดลมให้หลั่งสารอักเสบออกมาที่ผนังหลอดลมจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลม โดยพบมี epithelial cell ของผนังหลอดลมลอกหลุด มีการสร้างสารเมือกมากขึ้นในหลอดลม ส่วน basement membrane ของผนังหลอดลมมีการหนาตัวขึ้น และเซลล์กล้ามเนื้อหลอดลมเพิ่มจำนวนมากขึ้น พบทั่วทั้งหลอดลมขนาดเล็กและใหญ่

Airway remodeling พบในภาวะหอบหืดเรื้อรัง (chronic asthma) เนื่องจากมีการอักเสบของหลอดลมเรื้อรัง จะพบผนังหลอดลมหนาขึ้น, subepithelial fibrosis, ต่อมสร้างเมือกเพิ่มจำนวนมากขึ้น, เพิ่มจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อหลอดลม, myofibroblast hyperplasia, epithelial hypertrophy, damaged epithelial cell, basement membrane thickening สำหรับการมี airway remodeling นั้นจะทำให้โรคหอบหืดบางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษา และบางรายมีการทำงานของปอดแย่ง ถ้ารักษาได้ไม่ดีพอจะเกิดการอักเสบเรื้อรังและทำให้เกิด airway remodeling ตามมามากขึ้น จนในที่สุดกลายเป็นภาวะหลอดลมตีบถาวร (chronic irreversible airway limitation) และทำให้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้น (รพีพร โรจน์แสงเรือง, 2557)

สาเหตุ

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. สาเหตุจากภายนอก (Extrinsic factor) เกิดจากการแพ้สารต่างๆ มักเริ่มเป็นตั้งแต่วัยเด็ก และครอบครัวมักมีประวัติการแพ้ต่างๆ หรือมีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหืด ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีประวัติการแพ้ โดยแสดงอาการด้านอื่นมาก่อน เช่น ผื่น ลมพิษ เป็นต้น ทดสอบหาความไวของผิวหนัง ในผู้ป่วยโรคหอบหืดพบว่าร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยโรคหืดมีสาเหตุมาจากการแพ้สารต่างๆ สิ่งทีกระตุ้นทำให้เกิดการแพ้มีหลายชนิด และเข้าสู่ร่างกายได้หลายวิธี ได้แก่

1.1 โดยการสูดดมหรือการหายใจเข้าไป ได้แก่ ฝุ่นละอองในบ้าน ละอองดอกไม้ หญ้าบางชนิด ยาบางชนิด ขนสัตว์ แบง ความเย็น ความชื้น เป็นต้น

1.2 โดยการรับประทาน ได้แก่ อาหารบางประเภท เช่น นม เนื้อวัว ถั่วต่างๆ อาหารทะเลบางชนิด ซึ่งทำให้เกิดการแพ้ได้

2. สาเหตุจากภายใน (Intrinsic factor) มักปรากฏอาการเมื่ออายุมากแล้ว ผู้ป่วยส่วนมากมีประวัติการติดเชื้อบ่อยๆ หรือเรื้อรัง เช่น เป็นหวัด หรือหลอดลมอักเสบ โพรงอากาศรอบจมูกอักเสบ เป็นต้น ผู้ป่วยประเภทนี้ การทดสอบทางผิวหนังส่วนใหญ่ไม่แสดงปฏิกิริยาแพ้สารต่างๆ ในบางครั้งอาจเรียกอาการหอบหืดนี้ว่า โรคหืดชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งรักษาไม่หาย

ภาวะต่างๆบางอย่างสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด ได้แก่ สภาพจิตใจ อารมณ์ที่รู้สึกวิตกกังวล เครียด สภาพดินฟ้าอากาศ ได้แก่ ความเย็น ความชื้นสูง เป็นต้น (จันทร์จิรา จุลกาญจน์, 2559)

การรักษา

1. ยาที่ใช้ควบคุมโรคหืด (Controllers) ต้องใช้เป็นประจำเพื่อการรักษาอาการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ยาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดคือยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (Inhaled Corticosteroid) และยังมียา กลุ่มอื่น ๆ ที่สามารถใช้ได้ เช่น ยาด้านลิวโคไทรอิน (Leukotriene Modifier Antagonist)

2. ยาที่ใช้บรรเทาอาการโรคหืด (Relievers) ใช้เพื่อบรรเทาอาการหอบ จะใช้ยากลุ่มนี้เฉพาะเมื่อมีอาการ ได้แก่ ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดเบต้า 2 (Beta2-agonists) มีผลให้กล้ามเนื้อเรียบในหลอดลมคลายตัว หากผู้ป่วยมีการใช้ยาพ่นชนิดบรรเทาอาการบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ จะเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีอาการเรื้อรังและการควบคุมอาการอาจไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร (มันทนา สันดุขฎี และ ณีฐกานต์ มยุระสาคร, 2566)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหืด

1. การพยาบาลเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ดูแลให้ออกซิเจน ประเมินและสังเกตอาการหอบเหนื่อย หายใจเร็วตื่น อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นเร็ว ผิวหนังซีดเหลืองแตก มือเท้าเย็น บันทึกสัญญาณชีพ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว จัดทำอนศิริชะสูง เพื่อให้หายใจได้สะดวกขึ้น

2. มีโอกาสเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากหอบหืด ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา จัดทำอนศิริชะสูง ดูแลเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง สังเกตอัตราและลักษณะการหายใจ ซีพจร สีของเล็บและผิวหนัง เพื่อประเมินอาการและการแสดงของการขาดออกซิเจน ถ้าผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ดูแลช่วยเหลือทำกิจกรรมจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สอนวิธีการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันปอดแฟบ ถ้ามีไข้เช็ดตัวลดไข้ ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ อย่างถูกวิธี ติดตามและประเมินผลการตรวจ Complete blood count

4. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล หรือทำหัตถการ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เปิดโอกาสญาติซักถาม ระบายความรู้สึก ดูแลสนับสนุนและให้กำลังใจ (จันทร์จิรา จุลกาญจน์, 2559)

ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)

ความหมายของโรค

ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หมายถึง ภาวะที่ระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซหรือระบายอากาศให้อยู่ในระดับปกติ ทำให้ออกซิเจนในเลือดแดงลดลง หรือมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดหรือเกิดทั้งสองภาวะร่วมกัน อาจเกิดแบบเฉียบพลัน (Acute) ในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวันหรือเกิดแบบเรื้อรัง (Chronic) ในระยะเวลาเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือนหรือเป็นปีหรือเกิดแบบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว แบบเรื้อรังอยู่ก่อน (Acute on chronic) (ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ และ ยุพิน พูลกำลัง, 2561)

พยาธิสภาพ

ภาวะหายใจล้มเหลว เกิดจากความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซจนทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดหรือมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด พยาธิสภาพของภาวะหายใจล้มเหลว ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ ดังนี้

1. Hypoxemic respiratory failure เป็นกลไกของการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ได้แก่
 1. ออกซิเจนในบรรยากาศต่ำ (low inspired oxygen concentration) เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่สูงมากๆ
 2. ภาวะหายใจลดลง (hypoventilation) ทำให้นำออกซิเจนเข้าสู่ปอดลดลง
 3. การซึมผ่านของเนื้อปอดผิดปกติ (diffusion impairment) ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของเนื้อเยื่อปอด
 4. การไหลเวียนเลือดลัดไป โดยไม่ผ่านถุงลม (intrapulmonary shunt) ทำให้เลือดไม่ได้รับออกซิเจน
 5. การกระจายอากาศผ่านถุงลมไปที่หลอดเลือดแดงที่ไหลผ่านปอดไม่ได้ หรือผิดสัดส่วน Ventilation/perfusion (V/Q) mismatch โดยปกติการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดขึ้นกับความสมดุลระหว่าง Ventilation และ perfusion ที่เรียกว่า V/Q ratio จะเท่ากับ 1 แต่ในภาวะผิดปกติจะมี V/Q ratio เช่นในผู้ป่วยปอดแฟบ ปอดอักเสบ ถุงลมปอดโป่งพอง และภาวะการหายใจถูกกดอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไปที่ปอดและการกระจายของอากาศที่ถุงลมผิดปกติสัดส่วนไป
2. Hypercapnic respiratory failure เป็นกลไกของการเกิดภาวะคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ได้แก่
 1. มีการลดลงของ alveolar ventilation ซึ่งสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง การบาดเจ็บที่สมอง ไขสันหลัง ทรวงอก ภาวะที่กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจล้ม (respiratory muscle fatigue)

2. มีการเพิ่มของ dead space เช่น ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน (upper airway obstruction) โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น (พรรณิภา บุญเทียร, 2559)

สาเหตุ

1. Oxygenation failure สาเหตุเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างอากาศและเลือดที่ไหลเวียนเข้าสู่ปอด เพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซ โดยอาจเกิดจากมีอากาศไหลเวียนเข้าสู่ถุงลมเพียงพอ (เรียกว่าเกิด V/Q mismatch) หรือเกิดจากไม่มีอากาศไหลเวียนเข้าสู่ถุงลม แต่มีเลือดไหลมาที่ถุงลม ซึ่งทำให้เลือดไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ เกิดขึ้น (เรียกว่าเกิด Shunt) ในทั้ง 2 กรณี ผลที่ตามมาคือทำให้มีระดับก๊าซออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าปกติ โรค และภาวะที่ทำให้เกิด V/Q mismatch และ Shunt เกิดขึ้น ดังนี้

- โรคปอดบวมจากการติดเชื้อ
- โรคหืด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง
- โรคปอดอักเสบเรื้อรังที่มีพังผืดเกิดขึ้นในปอด (Pulmonary fibrosis)
- การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (Pulmonary embolism)
- ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis/อากาศไม่สามารถเข้าไปในถุงลมได้ เนื้อเยื่อปอด/ถุงลม จึงแฟบลง)

เกิดได้จากหลายโรค เช่น โรคหอบหืดเรื้อรัง หรืออุบัติเหตุสำคัญที่ส่งผลไปอุดกั้นหลอดลม หรือมี ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น

- ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema/มีน้ำซึมจากหลอดเลือดเข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด)
- ปอดแตก (Pneumothorax) เนื้อเยื่อปอดแตก ส่งผลให้มีอากาศเข้าไปอยู่ในช่องอก

2. Ventilatory failure สาเหตุเกิดจากการหายใจเข้าลดลง อาจเป็นจำนวนครั้งของการหายใจเข้าที่ ลดลง หรือการหายใจเข้าตื้นกว่าปกติ โดยส่วนใหญ่จะเกิดจากโรคของระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ ควบคุมการหายใจเข้าออกของปอด ดังนี้

- อุบัติเหตุบริเวณไขสันหลัง ส่วนลำคอ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต
- โรคของกล้ามเนื้อ เช่น โรคโปลิโอ โรคกล้ามเนื้อเจริญเจริญผิดปกติ (Muscular dystrophy) โรค กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิด Myasthenia gravis (โรคเอ็มจี/MG) เป็นต้น

- การได้รับสารพิษ หรือยาบางชนิดเกินขนาด เช่น ได้รับยามอร์ฟีนเกินขนาด หรือได้ยานอนหลับเกิน ขนาด เป็นต้น

- ช่องของทรวงอกมีขนาดลดลง ทำให้ปอดขยายตัว เวลาหายใจเข้าลดลง เช่น เป็นโรคกระดูกสันหลัง ส่วนอกคดผิดรูปรุนแรง หรือโรคอ้วนมากๆ เป็นต้น (พรรณิภา บุญเทียร, 2559)

การรักษา

การดูแลรักษาภาวะหายใจล้มเหลวประกอบด้วย การแก้ไขโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุการดูแลทาง เติ้นอากาศ การปรับระดับประคองระบบทางเดินหายใจการแก้ไขภาวะ hypoxemia และ hypercapnia การใช้ เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1. การแก้ไขโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเป็นสิ่งจำเป็น การรักษาสาเหตุ ของภาวะหายใจล้มเหลวที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่งลงจนเสียชีวิตได้

2. การดูแลทางเดินอากาศต้องทำให้ทางเดินหายใจของผู้ป่วยเปิดโล่งไม่มีการอุดกั้น เพื่อให้มีออกซิเจนผ่านเข้าออกทางเดินหายใจของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

3. การแก้ไขภาวะ hypoxemia และ hypercapnia จุดมุ่งหมายของการรักษา คือการทำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายอย่างเพียงพอ โดยทั่วไประดับที่เหมาะสมคือ PaO_2 เท่ากับ 60 mmHg O_2 saturation จาก pulse oximetry เท่ากับ 94-98% ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน และรักษาระดับ O_2 saturation เท่ากับ 88-92% ในผู้ป่วยที่มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ระยะเบื้องต้นควรให้การรักษาด้วยออกซิเจนและอุปกรณ์ต่างๆ ตามความเหมาะสม หากไม่สามารถแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนหรือภาวะคั่งได้ พิจารณาช่วยหายใจโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเลือกชนิดของการช่วยหายใจตามพยาธิสภาพของโรค ในกรณีของภาวะพร่องออกซิเจนที่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งตอบสนองดีต่อการให้ออกซิเจน แต่ถ้ามีอาการเลวลงคือ PaCO_2 เพิ่มขึ้น และ pH ลดลงหลังได้รับออกซิเจน ควรได้รับการช่วยหายใจโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ

4. การใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำหน้าที่แทนกล้ามเนื้อหายใจในการสนับสนุนการทำงานของระบบหายใจ ช่วยเพิ่ม PaO_2 และลด PaCO_2 ช่วยแก้กล้ามเนื้อที่ล้าในการหายใจได้พัก โดยมีข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

4.1 มีการระบายอากาศไม่เพียงพอจนเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Inadequate ventilation to maintain pH)

4.2 มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Inadequate oxygenation)

4.3 กล้ามเนื้อช่วยหายใจทำงานหนักเกิน (Excessive breathing workload)

4.4 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)

4.5 ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (Circulatory shock)

การเลือกชนิดของเครื่องช่วยหายใจขึ้นกับภาวะของผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ในการใช้งาน ทั้งชนิด Noninvasive Mechanical Ventilator และ Invasive Mechanical Ventilator

5. การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ภาวะปอดแตกจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิตลดลง เลือดออกในทางเดินอาหาร และการติดเชื้อในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยควรตระหนักถึงการป้องกัน และให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ และ ยุพิน พูลกำลัง, 2561)

การพยาบาล

ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะพร่องออกซิเจนหรือมีภาวะหายใจล้มเหลว ที่ร่างกายไม่สามารถระบายอากาศ หรือแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอ ด้วยการให้ออกซิเจน สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การให้ออกซิเจนชนิดไม่รุกราน ได้แก่ O_2 cannula, O_2 mask with bag หรือ High Flow Nasal cannula (HFNC) การใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่รุกราน ชนิดใช้หน้ากากช่วยการหายใจ (Noninvasive Positive Pressure Ventilation: NPPV) บทบาทหลักของพยาบาล คือ การติดตามเฝ้าระวังการเกิดความล้มเหลวของระบบหายใจ เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า ทำให้อัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาในการ

รักษาตัวเพิ่มขึ้น โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ ตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนผ่านทางผิวหนัง (O_2 Saturation: O_2 Sat)อย่างต่อเนื่อง ติดตามและแปลผล (Arterial Blood Gas: ABG) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะและช่วยดูดเสมหะในกรณีไอไม่มีประสิทธิภาพ ดูแลสุขอนามัยในช่องปาก สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง บันทึกสี กลิ่น ลักษณะของเสมหะ บันทึกสัญญาณชีพ HR, RR, O_2 Sat ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย ปีกจมูกบาน ภาวะหายใจลำบากใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ O_2 Sat < 94% หรือผล ABG มีความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ เตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและเตรียมเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงเหตุผลที่ต้องใช้ออกซิเจน การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา

2. การช่วยหายใจชนิดครูล้ำ โดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยติดตามลักษณะการหายใจและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่มีเสียงเสมหะ จัดสายเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม ป้องกันการดึงรั้ง จัดท่าผู้ป่วยให้อนศีรษะสูง กระตุ้นให้ออไอ เปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัว เคาะปอด เพื่อให้เสมหะระบายออกได้ดีขึ้น ดูแลสุขอนามัยในช่องปาก วัด cuff pressure ให้อยู่ระหว่าง 20- 30 cmH_2O เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้อาบน้ำตลอดลม ยาลดเสมหะหรือยานอนหลับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันไม่ให้อาการหายใจไม่สัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การติดเชื้อ ภาวะปอดแฟบ ภาวะการตายของกล้ามเนื้อหลอดลม การเกิดรูทะลุระหว่างหลอดลม และภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยการลงมือก่อนและหลังการให้การพยาบาล สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกสี กลิ่น ลักษณะของเสมหะ รวมทั้งวัดและบันทึกสัญญาณชีพ Tidal Volume, Minute Volume, Airway Pressure ทุก 2 ชั่วโมง พิจารณาปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการทำสรีรบำบัดทรงอก และวางแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ Hb > 7 g/dL, HR < 120-140 BPM, MAP > 65 mmHg, O_2 Sat > 94%, FiO_2 < 0.4 PEEP < 8 cmH_2O , RR < 35 BPM ระดับความรู้สึกตัว GCS > 8 เพื่อให้การหย่าเครื่องประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและลดความวิตกกังวล (ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ และยุพิน พูลกำลัง, 2561)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19

1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และให้การดูแลในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ประเมินภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxia) ภาวะ Respiratory distress และดูแลให้ออกซิเจนทาง nasal cannula หรือ high flow nasal cannula หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจตามสภาพของผู้ป่วย ประเมินติดตามอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และ cyanosis รวมถึงประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับออกซิเจน

2. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การดูแลเสมหะ การใช้ bacterial filter ระวังการหลุดของข้อต่อต่าง ๆ

3. ดูแลการระบายอากาศชนิด prone ventilation อย่างน้อย 12 ชั่วโมง โดยจัดท่านอนผู้ป่วยคว่ำ (prone position) ทั้งนี้ต้องระวังการเลื่อนหลุดของท่อต่าง ๆ

4. ระวังภาวะปอดอักเสบที่เกิดขึ้นภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia : VAP) โดยจัดท่านอนศีรษะสูง 30 ถึง 45 องศา การประเมินติดตามให้ cuff pressure ของ endotracheal tube 25-30 เซนติเมตรน้ำ และดูแลเสมหะ น้ำลายในปาก

5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยสอนการหายใจแบบ deep breathing การไออย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ

6. ดูแลการได้รับยาลดไข้ การเช็ดตัวลดไข้ กรณีผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำ

7. ดูแลการได้รับยาด้านไวรัสและสังเกตผลข้างเคียงของยา และประเมินติดตามการทำงานของไตและตับ

8. ประเมินสัญญาณชีพ และค่าอิมิตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ประเมิน intake output และประเมินอาการทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนล้า ไอ เจ็บแน่นหน้าอก

9. ดูแลการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ติดตามภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ดูแลความสะอาดของช่องปาก

10. ดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีกิจกรรม การขับถ่าย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

11. ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และมีการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

12. ใช้หลักการดูแล standard และ airborne precautions (จินดาร์ตัน ชัยอาจ, 2564)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการได้รับยาฉีดอินซูลิน ให้การพยาบาลดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ให้การพยาบาล ดังนี้

1. สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง หดสติ

2. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หากพบอาการผิดปกติให้รีบแจ้งพยาบาลทันที

3. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด

4. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย

5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

6. ดูแลให้อินซูลินตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชาตามปลายมือปลายเท้า
7. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อชดเชยสารน้ำที่เสียไป
8. เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การรับประทานยาและการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซ้ำ (ธิดาพรรณ สารทิม, 2565)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปมีดังนี้

1. แนะนำ ส่งเสริม และดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือถ้ามีความดันโลหิตสูงก็มีความรู้เพียงพอที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสม
2. ตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงหรือโรคหัวใจ
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชน ในทุกกลุ่มวัย โดยการสร้างสุขนิสัยหรือมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ได้แก่
 1. การควบคุมอาหารเค็ม อาหารไขมัน และอาหารที่ให้พลังงานสูง คือ
 - แนะนำให้ผู้ป่วยลดหรืองดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ไข่เค็ม ของหมักดองอาหารรสเค็มต่าง ๆ ซึ่งมักจะมีส่วนผสมของโซเดียม หลีกเลี่ยงการใช้สารอาหารและยาที่มีโซเดียมสูง
 - ควบคุมอาหารไขมัน โดยใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น แต่ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์มเพราะให้พลังงานสูง ไม่ควรใช้น้ำมันจากสัตว์ เพราะเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวซึ่งจะทำให้หลอดเลือดอุดตัน
 - ควบคุมอาหารที่มีพลังงานสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำจากกะทิ หอยนางรม ไข่แดง อาหารที่มันมาก เช่น ข้าวขาหมู หนังเป็ด หนังไก่ หนังหมู มันกุ้ง มันปู
 2. การออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอให้เหมาะสม กับสภาพหัวใจ หลอดเลือด สภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อม เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ หรือแม้แต่การทำงานบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ต้องระวังไม่ออกกำลังกายอย่างหักโหมหรือมากเกินไป และหลีกเลี่ยงการแข่งขัน เพราะทำให้เกิดความเครียด
 3. หลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูดด้วย เพราะนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัวซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
 4. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะเพิ่มความดันโลหิตสูงและหัวใจวายได้
 5. หลีกเลี่ยงภาวะเครียด ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ควรทำจิตใจให้แจ่มใส หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกาย เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ การพักผ่อนให้เพียงพอ โดยเฉพาะการนอนหลับให้สนิท ถ้ามีปัญหาหรือมีความเครียดสูงอาจต้องปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

6. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา ให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด การรักษาอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมภาวะโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหรือซ้ำที่สุด ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของยาโดยสังเขป ถ้ามีอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยาให้ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ ไม่ควรหยุดยาเอง ควรไปตรวจตามนัดทุกครั้ง และนำยาที่มีทั้งหมดไปด้วยเพราะผู้ป่วยจะได้ยาตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ไม่ซื้อยามารับประทานเอง

7. แนะนำการวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (care giver) เพื่อประเมินผลการรักษาและพยาธิสภาพของผู้ป่วยการวัดความดันโลหิตที่บ้านจะได้ค่าที่เที่ยงตรงมากขึ้นเนื่องจากอยู่ในภาวะผ่อนคลายมากกว่า

8. อธิบายให้ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจโรคและการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย (วนิดา แสงวงผล, 2556)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี โรคประจำตัวเป็นหอบหืด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มาด้วยหายใจหอบเหนื่อย ตรวจ Covid-19 ATK positive ให้มารักษาตัวโรงพยาบาลใกล้บ้าน ขณะรักษาที่โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นพ่นยาไม่ทุเลาอัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 90 % มีลักษณะการหายใจเร็วตื้นและหายใจมีเสียงหวีด แพทย์พิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอช่วยหายใจทางปาก เบอร์ 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยว่าโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและติดเชื้อโควิด-19 ส่งต่อผู้ป่วยมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว หอผู้ป่วยพิเศษ 5 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและติดเชื้อโควิด-19

แแรกรับที่งานหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ห้อง AIR (Airborne Infection Isolation Room) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าอ่อนเพลีย ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) เบอร์ 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ ใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดัน Mode Pressure Control Mechanical Ventilator (P-CMV) หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบ infiltration ให้ยาต้านไวรัสโควิด-19 Remdisivir 200 mg ทางหลอดเลือดดำทันที (วันที่1) หลังจากนั้นให้ยา Remdisivir 100 mg ทางหลอดเลือดดำทันที (วันที่2-5) ฟังปอดมีเสียงผิดปกติ Wheezing both lung ดูแลพ่นยาขยายหลอดลมต่อเนื่องทุก 6 ชั่วโมง และให้ยา Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ได้รับอาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน

หลังได้รับการพยาบาลดูแลขณะใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลา 3 วัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฝึกหัดเครื่องช่วยหายใจ Pressure Support Ventilation สามารถหายใจเองได้ดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย สามารถถอดท่อช่วยหายใจทางปากได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอไม่เหนื่อย ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะออกเองได้ รับประทานอาหารอ่อนทางปากได้ และสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้โดยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันที่ 13 ธันวาคม 2565 แพทย์ตรวจประเมินผู้ป่วยและอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ หายใจสม่ำเสมอ มีอาการไอเล็กน้อย สามารถขับเสมหะได้เอง วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ รวมระยะเวลาดูแลเป็นเวลา 7 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง
11. เผยแพร่ผลงานโดยนำเสนอที่ประชุมวิชาการ (oral presentation) โรงพยาบาลรัฐประเทศ

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีโรคร่วม ให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีโรคร่วม จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในการดูแลตั้งแต่วันที่ 7 ธันวาคม 2565 เวลา 08.00 น. ถึงวันที่ 13 ธันวาคม 2565 เวลา 14.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 7 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีโรคร่วม
2. ผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและมีโรคร่วม ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่เกิดความพิการ.

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และมีโรคร่วมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดความพิการ และเสียชีวิต
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหัดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ติดเชื้อโควิด-19 เบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีอาการวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จำเป็นต้องรับไว้ในหอผู้ป่วยแยกโรค Cohort ward ห้อง AIIR และต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีโอกาสท่อเลื่อนหลุด เกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ มีลมรั่วในปอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆระหว่างการดูแลรักษาได้ หากพยาบาลไม่มีความรู้ ความชำนาญในการใช้งานเครื่องช่วยหายใจ และการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. กรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัด โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีอาการหอบเหนื่อย ซึ่งญาติพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน แต่ไม่ได้รับไว้ในความดูแล ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางกลับมารักษาตามสิทธิ์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหัดกำเริบต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ต้องส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งต้องใช้เวลาในการเดินทาง อาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้

2. พยาบาลผู้ปฏิบัติยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้และดูแลเครื่องมือแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับพยาบาล ครบ 100 เปอร์เซ็นต์

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีพยาบาลที่ผ่านการเรียนเฉพาะทางสาขาผู้ป่วยวิกฤต สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดที่ซับซ้อน
2. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย
3. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัดกำเริบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และมีโรคร่วม รวมถึงการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดต่างๆ ที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

10. การเผยแพร่ผลงาน

ดำเนินการเผยแพร่โดย สัมครเข้าร่วมนำเสนอแบบบรรยาย (oral presentation) ในการประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดสระแก้ว จัดโดยโรงพยาบาลอรัญประเทศ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 - 24 พฤศจิกายน 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางขวัญเรือน อุตพรหม ผู้เสนอมีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 


(นางขวัญเรือน อุตพรหม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

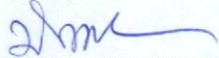
(วันที่) ๒๓ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางขวัญเรือน อุตพรหม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ).....

(นางสาวประคองแก้ว นวลสาลี)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

(วันที่) ๒๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นายธราพงษ์ กัปโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) ๙ ก.พ. 2567

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

.....

1. เรื่อง พัฒนาความพร้อมรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจและอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ
2. หลักการและเหตุผล

โรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นโรคติดต่อที่เกิดขึ้นในมนุษย์ ซึ่งมีความหมายรวมถึงโรคติดต่อชนิดใหม่ที่เพิ่งค้นพบการระบาดในมนุษย์ เชื้อโรคที่กลายพันธุ์ โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติซ้ำซึ่งก็คือโรคติดต่อจากเชื้อโรคที่เคยแพร่ระบาดในอดีต และสงบไปหลายปีแล้วกลับมาระบาดขึ้นใหม่ เนื่องจากโลกยุคโลกาภิวัตน์ในปัจจุบันมีปัจจัยมากมายที่ส่งเสริมให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และพฤติกรรม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การรบกวนธรรมชาติ และระบบนิเวศ การเดินทางที่สะดวกทำให้โรคแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นมากมายในช่วงที่ผ่านมา เช่น โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก โรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกา โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง เป็นต้นจะเห็นได้ว่าโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มักมีสัตว์เป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญเช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส มีอูฐเป็นสัตว์นำโรค โรคไข้หวัดนก มีสัตว์ปีก ได้แก่ เป็ด ไก่ เป็นสัตว์นำโรคที่สำคัญ

การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)เกิดขึ้นครั้งแรกในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 และมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและลุกลามไปทั่วโลก เกิดจากเชื้อ SAR COV-2 ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Betacoronavirus เป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขทุกระดับทั่วโลก จากลักษณะการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลที่รองรับผู้ป่วยควรมีห้องหรือหอผู้ป่วยแยกโรคสำหรับป้องกันการติดเชื้อที่แพร่กระจายทางอากาศในลักษณะละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol) ซึ่งก็คือ Airborne infection isolation room (AIIR) ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของผู้ป่วย COVID – 19 ที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 3.40 ซึ่งอันตรายเสียชีวิตได้ ได้แก่ ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome; ARDS) สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่เกิดภาวะ ARDS สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยแนะนำการใส่ท่อช่วยหายใจเร็วขึ้น (early intubation) ภายหลังได้รับการรักษาใน 1-2 ชั่วโมงแล้วอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น จากข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ยืนยันทั่วโลกจำนวนทั้งสิ้น 215,844,454 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิต 4,493,899 ราย และรักษาหายแล้ว 191,260,240 ราย สำหรับในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ยืนยันจำนวนทั้งสิ้น 1,139,571 ราย รักษาหายแล้ว 943,784 ราย และเสียชีวิต 10,587 ราย ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีผู้ป่วยโรคโควิด-19 รับไว้รักษาในรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี2564-2566 จำนวนทั้งสิ้น 11,232 ราย หอผู้ป่วยพิเศษ 5 บริบทเดิมรับดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางด้านอายุรกรรมห้องพิเศษเดี่ยว จำนวน 13 ห้อง แต่ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วได้ปรับให้หอผู้ป่วย

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

เป็นหอผู้ป่วยแยกโรคตั้งแต่ปี 2562 โดยรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 วัณโรค รวมถึงโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B และช่วยรับผู้ป่วยโรคระบาดแผนกกุมารเวชกรรม ซึ่งหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอในการรับผู้ป่วย มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีภาวะวิกฤต

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อโควิด-19 ในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ต้องมีการทบทวนและพัฒนาในส่วนต่างๆ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการในภาวะวิกฤต ระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอพิเศษ 5 การปรับจำนวนเตียงเพิ่มหรือลด 1-2 เตียงใน 1 ห้อง โดยคำนึงถึงการป้องกันการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยในห้องเดียวกัน การเตรียมพื้นที่ให้เหมาะสมกับการรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อในระยะยาว การพัฒนาความรู้บุคลากรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต COVID – 19 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ การจัดอัตรากำลังที่ยืดหยุ่นพร้อมปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่อาจจบเร็วหรือยาวนานและพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยปกติเมื่อสถานการณ์การระบาดกลายเป็นโรคประจำถิ่น การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) วัสดุสิ้นเปลือง เวชภัณฑ์ทางการแพทย์และยาต่างๆ รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วได้ปรับหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ให้หอผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยแยกโรคตั้งแต่ปี 2562 ซึ่งบริบทเดิมรับดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางด้านอายุรกรรมห้องพิเศษเดี่ยว จำนวน 13 ห้อง แต่ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 วัณโรค รวมถึงโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B และช่วยรับผู้ป่วยโรคระบาดแผนกกุมารเวชกรรม ซึ่งหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วยช่วงที่มีการระบาดของโรค จากข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วหอผู้ป่วยพิเศษ 5 รับผู้ป่วยโรคโควิด 19 และผู้ป่วยโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่ต้องแยกโรค ในปี พ.ศ. 2564, 2565, 2566 จำนวน 720, 1029, 414 คน ตามลำดับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำตามแนวทางมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ตามที่กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่รูปแบบเดิมที่ใช้อยู่ ก็ยังพบปัญหาในการดำเนินงานกระบวนการทำงานในการดูแลรักษาพยาบาล กล่าวคือ จำนวนผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา มีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งความไม่เพียงพอของจำนวนเตียงของผู้รับบริการ ห้อง AIIR (Airborne infection isolation room) มีจำนวนจำกัด 4 ห้อง ทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ชุด PPE เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถสำรองไว้ในหอผู้ป่วยไว้เกินจำเป็น ความวิตกกังวลของ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

เจ้าหน้าที่ต่อการให้การดูแลรักษาพยาบาล และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แนวทางในการดูแลผู้ป่วย COVID - 19 ที่อยู่ในระยะวิกฤตและมีโรคร่วม และความซับซ้อนของผู้ป่วยวิกฤต COVID - 19 เพิ่มมากขึ้น และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีจำนวนจำกัดส่งผลให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง การพัฒนาความพร้อมรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่งผลโดยตรงต่อระบบให้บริการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ดี

เพื่อให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ปฏิบัติงานอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จึงพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมรองรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับใช้ในสถานการณ์วิกฤต เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภารกิจของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 โดยนำแนวคิดและทฤษฎีความพร้อมขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลง (A Theory of organization readiness for change) Bryan J weiner ผู้เขียนทฤษฎีความพร้อมขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลงให้คำนิยามว่า การเปลี่ยนแปลงเพื่อความพร้อมขององค์กร หมายถึง ความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงสมาชิกภายในองค์กร โดยเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อร่วมกัน ที่จะสามารถปฏิบัติร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงองค์กรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นการเปลี่ยนแปลงเพื่อความพร้อมขององค์กรจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในองค์กรและวิธีการที่สมาชิกจะปฏิบัติร่วมกัน ปัจจัยองค์ประกอบด้านความพร้อมภายในองค์กร ได้แก่

1) วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง ความเชื่อหรือค่านิยมหรือสมมติฐานที่มีร่วมกันในองค์กร ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของผู้คนในสังคมหรือในองค์กร เป็นสิ่งที่มีร่วมกันระหว่างสมาชิกของกลุ่มสังคม ซึ่งเราสามารถเรียนรู้สร้างขึ้นและถ่ายทอดไปยังคนอื่น ๆ ได้ โดยมีทั้งส่วนที่เป็นวัตถุและสัญลักษณ์

2) นโยบายและขั้นตอน หมายถึง ทิศทางในการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดไว้โดยตระหนักถึงความสำคัญใน การปฏิบัติงาน

3) การบริหารงานที่ผ่านมาในอดีต หมายถึง ที่ผ่านมามีการบริหารจัดการอย่างไร ควรต้องมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมอย่างไรเพื่อให้เหมาะสมในยุคปัจจุบัน

4) ทรัพยากรองค์กร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ เป็นต้น

5) โครงสร้างองค์กร หมายถึง การจัดสรรทรัพยากร การแบ่งหน้าที่ในแต่ละฝ่ายเพื่อให้สอดคล้องต่อเนื่องอย่างเป็นระบบในองค์กรเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำที่มีการแพร่ระบาดในระยะยาว
- 2) เพื่อให้หอผู้ป่วยพิเศษ 5 สามารถรองรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำได้มากที่สุดตามศักยภาพที่มีและเป็นระบบ
- 3) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และผู้รับบริการอื่นๆ

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
2. บุคลากรในหอผู้ป่วยพิเศษ 5
3. บุคลากรและเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำแนวทางพัฒนาความพร้อมรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจและอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ
4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำแนวทางพัฒนาความพร้อมรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจและอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำหน่วยงาน
5. นำไปใช้ในหน่วยงาน
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวทางพัฒนาความพร้อมรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจและอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำให้ดีขึ้น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรคระบบทางเดินหายใจและอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่มีประสิทธิภาพ
2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 สามารถปฏิบัติตามแนวทางเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจและอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ ได้อย่างถูกต้องและมีแบบแผน
3. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และผู้รับบริการอื่นๆปลอดภัย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรคระบบทางเดินหายใจและอุบัติใหม่
อุบัติซ้ำ
2. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรคระบบ
ทางเดินหายใจและอุบัติใหม่อุบัติซ้ำระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0
3. อุบัติการณ์การติดเชื้อโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำจากการทำงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยพิเศษ 5
เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) จ.ค.พ.

(นางขวัญเรือน อุดพรหม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน