



ประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประภทวิซการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

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

จังหวัดสระแก้ว ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้นไป (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวภัทรกร มลิวัลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายเชาวเนตร ยัมประเสริฐ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
แนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว ลงวันที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวภัทรกร มลิวัลย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๙๙๓๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๙๙๓๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน "การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะติดเตียงและมีแผลกดทับ" ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะติดเตียงและมีแผลกดทับ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2564 ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2564
รวมระยะเวลาในการดูแล 1 เดือน 23 วัน รวมติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่นำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่หายขาดต้องรักษาอย่างต่อเนื่องจึงมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยเมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จะไม่มารักษา ไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน ในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้นับเกือบ 8 ล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนี้ ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) จากข้อมูลของกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ปีพ.ศ. 2560-2564 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจำนวนอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีพ.ศ. 2560-2564 มีแนวโน้มสูงขึ้นเท่ากับ 13.07, 13.13, 14.21, 14.22 และ 14.48 ตามลำดับ ปีพ.ศ. 2560-2564 ในเขตสุขภาพที่ 6 พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 10.31, 10.94, 11.79, 11.84 และ 12.59 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 1.84, 1.69, 1.74, 1.80 และ 1.55 ตามลำดับ (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากฐานข้อมูล HDC ปีพ.ศ. 2560-2564 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งดูแลผู้ป่วยเขตอำเภอเมืองสระแก้ว พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 10.61, 11.44, 12.39, 13.13 และ 13.95 สูงขึ้นตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 2.21, 1.92, 1.78, 2.14 และ 1.81 ตามลำดับ การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน งานการพยาบาลที่บ้าน และชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปีพ.ศ. 2560-2564 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเตียงและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับจำนวน 2, 5, 11, 9 และ 12 ตามลำดับ จึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดความเสี่ยงหรือเกิดน้อยที่สุด

ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความหมายของโรค

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่ความดันช่วงบน หรือ ความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันช่วงล่าง หรือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ความดันช่วงบนของคนคนหนึ่งอาจมีค่าที่ต่างกันออกไป ตามท่าเคลื่อนไหวของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และปริมาณของการออกกำลังกาย โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2562)

พยาธิสภาพ

ระบบไหลเวียนโลหิต มีความต้านทานการไหลของเลือดในร่างกายสูงขึ้น ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น ในขณะที่ปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทียังปกติ เมื่ออายุมากขึ้นปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีจะลดลง และ แรงต้านส่วนปลายทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งเป็นลักษณะตรงตามแบบของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (กองการแพทย์ทางเลือก, 2564)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด กลไกของแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เกิดจากการตีบแคบลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและหลอดเลือดแดงจิ๋ว (arteriole) การบีบของเส้นเลือดเพิ่มขึ้นมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ความดันชีพจร (pulse pressure; ผลต่างความดันช่วงหัวใจบีบและคลาย) มักเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง หมายความว่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวสูงขึ้นอย่างผิดปกติแต่ความดันช่วงหัวใจคลายตัวอาจปกติหรือต่ำ เรียกภาวะนี้ว่า ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูง (isolated systolic hypertension) ความดันชีพจรที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวอธิบายจากความแข็งของหลอดเลือดแดง (arterial stiffness) ที่มักสัมพันธ์กับความชราและอาจแย่งได้จากภาวะความดันโลหิตสูง (กองการแพทย์ทางเลือก, 2564)

สาเหตุ

1. ความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ (primary hypertension) หรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ปัจจัยด้านความดันเลือดเพิ่มขึ้นตามอายุ และความเสี่ยงของการเป็นความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ ได้แก่ ความเครียด การบริโภคคาเฟอีน การขาดวิตามินดีในคนอ้วน และกลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome) เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง (กองการแพทย์ทางเลือก, 2564)

2. ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่สามารถระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดได้ เช่น โรคไตหรือโรคต่อมไร้ท่อ ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงบางอย่างที่บ่งบอกว่าเป็นความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ เช่น สงสัยกลุ่มอาการคุชชิง (Cushing's syndrome) หากมีอาการอ้วนเฉพาะลำตัวแต่แขนขาลีบ (truncal obesity) หน้าบวมกลม (moon facies) ไขมันสะสมเป็นหนอกที่หลังและคอ (buffalo hump) และริ้วลายสีม่วงที่ท้อง (purple striae) พิโอโครโมไซโตมา (pheochromocytoma) อาจเป็นสาเหตุของช่วงความดันโลหิตสูงเฉียบพลันร่วมกับปวดศีรษะ ใจสั่น ตูซิดและมีเหงื่อออกมาก (กองการแพทย์ทางเลือก, 2564)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการใดๆ ส่วนใหญ่มักตรวจพบจากการตรวจคัดกรองโรค หรือเมื่อมาพบแพทย์ด้วยปัญหาอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง เช่น ตรวจโรคทั่วไป ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนหนึ่งมักบอกว่ามีอาการปวดศีรษะโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอยในช่วงเช้า เวียนศีรษะ รู้สึกหุนหัน มีเสียงหึ่งๆ ในหู หน้ามืดหรือเป็นลม อย่างไรก็ตามอาการดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับความวิตกกังวลมากกว่าจากความดันเลือดสูงเอง (กองการแพทย์ทางเลือก, 2564)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเบื้องต้น ใช้อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาล ในครั้งแรกที่มาพบแพทย์เป็นหลัก เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (กองการแพทย์ทางเลือก, 2564)

ระดับ 1 High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตเกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรก มีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

หากตรวจพบว่า มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรก มีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท หากตรวจพบว่า มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรก มีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรก มีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

การรักษา

การรักษามีดังนี้ (พิมพ์ใจ อันทานนท์, 2563)

1. การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ด้วยการลดการบริโภคเกลือรักษาน้ำหนัก ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ ห้ามสูบบุหรี่ พยายามจัดการความเครียด

2. ให้ยาลดความดันโลหิตในผู้มีโรคความดันโลหิตสูง ควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมี SBP ตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือ DBP ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน

3. การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme inhibitor หรือ ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Angiotensin Receptor Blockers ไม่แนะนำเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตทั้งสองกลุ่มร่วมกัน เพื่อชะลอการเสื่อมของไต

4. การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมถึงภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง(atherosclerosis) ยากลุ่ม statins และ aspirin จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลการศึกษาในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า การได้รับ statin สามารถลด cardiovascular events ลงได้ ยา Aspirin สามารถป้องกันการเกิด myocardial infarction ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อเลือดออก สำหรับยากลุ่ม NSAIDs ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการตั้งของเกลือและน้ำ ด้านฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีดังนี้ (นวพร วุฒิธรรม, 2562)

1. แนะนำผู้ป่วยไม่ดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ให้พักก่อนวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยก่อนและขณะวัดความดันโลหิต

2. ดูแลวัดความดันโลหิต โดยวางแขนซ้ายหรือขวาให้บริเวณที่จะพัน arm cuff อยู่ระดับเดียวกับหัวใจและ ไม่เกร็งแขนหรือกำมือในขณะที่วัดความดันโลหิต วัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครึ่งละ 1 นาที จากแขนเดียวกันในท่าเดิม และติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. ติดตามการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา แนะนำการพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่ควรหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนยาด้วยตัวเอง

4. ติดตามการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค แนะนำการควบคุมอาหารรสเค็ม ควบคุมอาหารไขมันหรือให้พลังงานสูง เช่น น้ำปลา ของหมักดอง อาหารทะเล เป็นต้น

5. แนะนำการสังเกตอาการที่ผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า หรือแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล กลืนลำบาก เดินเซ ทรงตัวลำบาก เป็นต้น และอาการที่ผิดปกติของโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น เจ็บหน้าอก หนักกลางอกเหมือนมีของหนักทับ เหงื่อแตก โสโครก เจ็บร้าว ฝ่าไปที่กราม ขากรรไกร ร้าวไปที่ไหล่ซ้าย ควรรีบไปโรงพยาบาลทันที หรือโทร 1669

ผู้ป่วยภาวะติดเตียง (Bedridden patients)

ความหมายของโรค

ผู้ป่วยภาวะติดเตียง (Bedridden patients) หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง จนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ขยับตัวได้บ้าง แต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในบางเรื่องได้อย่างเต็มที่ เกิดจากการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคต่างๆและมีโรคร่วม การนอนติดเตียงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น การเกิดแผลกดทับติดเชื้อ การขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (วันทนา กอแก้ว, 2565)

การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง

การพยาบาลผู้ป่วยติดเตียง ดังนี้ (วันทนา กอแก้ว, 2565)

1. แนะนำผู้ดูแลควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุกๆ 2 ชั่วโมง เปลี่ยนท่าในการนอน เช่น นอนหงาย นอนตะแคง และใช้ที่นอนลมร่วมด้วย
2. ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ควรจัดทำปรับหัวเตียงผู้ป่วยให้สูงมากกว่า 45 องศา หรืออาจจะใช้หมอนช่วยดันหลังให้ทรงตัว เพื่อป้องกันการสำลัก เกิดปอดอักเสบติดเชื้อ และควรให้ผู้ป่วยนั่งในท่าเดิมเพื่อให้อาหารย่อยก่อนสัก 1-2 ชั่วโมง แล้วจึงปรับศีรษะนอนลงได้
3. แนะนำการทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ผู้ป่วยทุก 2-3 ชั่วโมง เป็นต้น
4. กรณีผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะ แนะนำการทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเข้าและเย็น ติดตามเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 2 สัปดาห์ แนะนำผู้ดูแลสังเกตปัสสาวะที่ผิดปกติ เช่น ปัสสาวะมีสีขุ่นข้น สีเหมือนน้ำล้างเนื้อหรือปัสสาวะไม่ออก ควรรีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านทันที
5. แนะนำการจัดห้องนอนให้เหมาะกับการใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางแพทย์ นอกจากนี้ยังสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินได้
6. แนะนำการดูแลช่องปากและฟัน ควรแปรงฟันด้วยแปรงขนอ่อน หรือใช้ผ้าก๊อชทำความสะอาด
7. ดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยแต่ละรายมีภาวะของโรคแตกต่างกัน แต่สิ่งที่คล้ายกันคือ ความเบื่อหน่ายและความทุกข์ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลสามารถหากิจกรรมมาทำร่วมกันผู้ป่วย เพื่อผ่อนคลาย ลดความเศร้า

แผลกดทับ (Pressure injury)

ความหมายของโรค

แผลกดทับ (Pressure injury) หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออันเกิดจากแรงกดทับที่ผิวหนังเป็นเวลานาน โดยแผลกดทับมักเกิดขึ้นบริเวณผิวหนังที่หุ้มกระดูก เช่น ส้นเท้า ข้อเท้า สะโพก หรือกระดูกก้นกบ แผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (วาสนา กลิ่นชื่น และ นพเก้า ชนะภัย, 2561)

พยาธิสภาพ

ระบบไหลเวียนเลือดไม่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกายซึ่งได้รับแรงกดเป็นเวลานาน ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณดังกล่าวไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อของอวัยวะดังกล่าวจะถูกทำลายและเริ่มตาย ส่งผลให้ผิวหนังไม่ได้รับเซลล์เม็ดเลือดขาวสำหรับต้านทานเชื้อโรค ทำให้เกิดการติดเชื้อที่แผลกดทับได้ (กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สาเหตุของแผลกดทับ

สาเหตุของแผลกดทับมีดังนี้ (กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1. แรงกด หากส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายถูกกดทับเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงไม่เพียงพอ เนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ จึงถูกทำลาย
2. การเสียดสี ผิวหนังที่เสียดสีกับเสื้อผ้าหรือผ้าปูที่นอนจะเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่ผิวอ่อน
ขึ้น
3. แรงเฉือน ชั้นผิวหนังถูกรังกันไว้ มักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยนอนไหลตัวลงมาในขณะที่เตียงปรับระดับสูง ส่งผลให้ผิวหนังบริเวณก้นกบเกิดการดึงรั้ง

อาการของแผลกดทับ

ผิวหนังมีอาการบวม มีหนองออกมา กดเจ็บ อาการของแผลกดทับจะรุนแรงขึ้นตามระยะต่าง ๆ ดังนี้ (วาสนา กลิ่นชื่น และ นพเก้า ชนะภัย, 2561)

ระยะที่ 1 ผิวหนังไม่เปิดออก มีลักษณะอุ่น นุ่มหรือแข็ง ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บและระคายเคือง อาจเกิดรอยแดง

ระยะที่ 2 เป็นแผลเปิดหรือมีแผลตุ่มน้ำพอง เนื่องจากหนังกำพร้าบางส่วนและหนังแท้ถูกทำลาย ส่งผลให้ผิวหนังหลุดลอก ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บที่แผลมากขึ้น

ระยะที่ 3 แผลจะมีลักษณะเป็นโพรงลึก ซึ่งอาจเห็นไขมันที่แผล เนื่องจากผิวหนังทั้งหมดหลุดออกไป รวมทั้งเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไปชั้นผิวหนังถูกทำลาย

ระยะที่ 4 ผิวหนังทั้งหมดถูกทำลายอย่างรุนแรง รวมทั้งเนื้อเยื่อที่อยู่ล้อมรอบเริ่มตายหรือเนื้อเยื่อตาย เฉพาะส่วน (Tissue Necrosis) กล้ามเนื้อและกระดูกที่อยู่ลึกลงไปอาจถูกทำลายด้วย

แผลกดทับที่ไม่ทราบความลึกและไม่สามารถระบุระดับตามการแบ่งระดับ 4 ระดับข้างต้น สามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 unstageable มีการสูญเสีย ผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งพื้นผิวแผลทั้งหมดถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง

ลักษณะที่ 2 deep tissue injury เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่ฉีกขาดหรือฉีกขาดแล้วสีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้มหรือสีเลือดนกปนน้ำตาล ผิวหนังอาจมีลักษณะเป็นตุ่มน้ำปนเลือด

การวินิจฉัยแผลกดทับ

แพทย์จะประเมินการเคลื่อนไหวร่างกาย ประวัติการเกิดแผลกดทับ ปัญหาเกี่ยวกับการกลืนปัสสาวะ และอุจจาระ และระบบไหลเวียนโลหิต ประเมินผิวหนังหรือเนื้อเยื่อ หากเกิดรอยแดง ผิวหนังหลุดลอก พบแผลมีลักษณะเป็นโพรงลึก หรือถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งบริเวณผิวหนัง หรือปุ่มกระดูก สามารถวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้ (รุจาภา เจียมธโนปจัย และ สุวิมล แสนเวียงจันทร์, 2561)

การรักษาแผลกดทับ

การรักษาแผลกดทับมี ดังนี้ (วาสนา กลิ่นชื่น และ นพเก้า ชนะภัย, 2561)

1. การทำแผล (Wound care) หรือการทำความสะอาดแผล (Wound dressing) ใช้ normal saline ล้างทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) และทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ แผล สำหรับแผล กดทับที่มีเนื้อตาย ควรใช้น้ำยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีแผลเป็นโพรงควรใส่สิ่งแต่งแผลเข้าไปในโพรงโดยไม่อัดแน่นเกินไป เพื่อไม่ให้เกิดแรงกดต่อเนื้อเยื่อเกิดใหม่ และช่วยดูดซับสิ่งคัดหลั่ง เพื่อป้องกันการเกิดหนอง
2. การกำจัดเนื้อตายออกจากแผล (wound debridement) Sharp debridement โดยใช้มีด หรือ กรรไกรตัดเนื้อตายออก

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมีดังนี้ (วาสนา กลิ่นชื่น และ นพเก้า ชนะภัย, 2561)

1. คัดกรองภาวะความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)
2. ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL)
3. การประเมินแผลกดทับ โดยอธิบายระดับความรุนแรง ลักษณะแผลกดทับ และระบุตำแหน่งของแผล
4. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับและระยะเวลาการกดทับ โดยการจัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ กรณีที่ช่วยเหลือไม่ได้ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด เช่น ที่นอนลม
5. การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทาน และแรงเฉือน โดยเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วยการยกตัวแทนการดึงลากผู้ป่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ผ้ายกตัว Pat slide เป็นต้น
6. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเปื่อยขึ้นของผิวหนัง ทำความผิวหนังด้วยความนุ่มนวล ซับผิวหนังให้แห้งภายหลังซับถ่ายทุกครั้ง
7. แนะนำญาติให้ดูผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกว่ามีรอยแดงรอยถลอก ตุ่มน้ำหรือไม่ ทุกวันหลังอาบน้ำ เช้า - เย็น
8. ดูแลทำความสะอาดแผล (wound cleaning) ล้างทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสอนผู้ดูแลทำแผลอย่างถูกต้อง
9. การประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH tool) มีคะแนนสูงสุด 17 คะแนน หมายถึง แผลไม่ดีถ้าแผลที่ดีขึ้นคะแนน PUSH จะลดลงเรื่อยๆ จนคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วด้วยอาการมีไข้ ปวดศีรษะมาก ซึมลง ความดันโลหิตสูง ความอึดตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 94 % on O2caular 3 LPM ได้รับการรักษาด้วยยา ได้เริ่มรักษาตั้งแต่วันที่ 14-18 พฤษภาคม 2564 รวมระยะเวลาพักรักษาตัว 4 วัน และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อส่งต่อให้งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม Thai COC จึงรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2564 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง นอนติดเตียง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ครั้งที่ 1 156/102 มิลลิเมตรปรอท ครั้งที่ 2 155/100 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 97 % ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) เท่ากับ 4 คะแนน มีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ใส่คาสายสวนปัสสาวะ มีแผลกดทับบริเวณเหนือก้นกบระดับ 3 Braden's score = 9 คะแนน บุตรชายเป็นผู้ดูแลและหารายได้หลักของครอบครัว จะกลับมาดูแลผู้ป่วยช่วงกลางวัน และเย็น จากการประเมินผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยดยาเอง และขาดการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง พบค่าความดันโลหิตมีระดับสูง จึงได้วางแผนและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 4 ครั้ง เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤษภาคม 2564 ครั้งที่ 2 วันที่ 14 มิถุนายน 2564 ครั้งที่ 3 วันที่ 28 มิถุนายน 2564 และครั้งที่ 4 วันที่ 12 กรกฎาคม 2564 พบปัญหาจากการเยี่ยมบ้าน คือ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองจากความดันโลหิตสูง และมีภาวะอ้วนลงพุง ผู้ป่วยบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน มีโอกาสเกิดแผลกดทับติดเชื้อ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและนอนติดเตียงเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ เนื่องจากใส่คาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง หลังให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 เดือน 23 วัน พบว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้มากขึ้น เริ่มพลิกตะแคงตัวได้อย่างคล่องแคล่ว ต้องมีคน 2-3 คน ช่วยพยุงลุกนั่ง ประเมิน ADL เท่ากับ 5 คะแนน ผู้ป่วยช่วยทำ active exercise ได้ถูกต้อง ญาติทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง กำล้างกล้ามเนื้อขาขวาดีขึ้น ไม่มีข้อติด แผลกดทับบริเวณเหนือก้นกบดีขึ้นเป็นระดับ 2 Braden's score = 18 คะแนน ไม่พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ค่าความดันปกติ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นและคลายวิตกกังวลลง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรรีบไปพบแพทย์ทันที สรุปรวมการเยี่ยมทั้งหมด 4 ครั้ง และวางแผนติดตามเยี่ยมต่อไปทุก 2 สัปดาห์

การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง คือ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน กล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง รวมถึงการติดตามการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง การให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่ให้บริการในชุมชน
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ และประสบการณ์
5. ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผู้รักษา และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เสนอหัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลชุมชน เพื่อจัดทำแผนการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีภาวะติดเตียงและมีแผลกดทับ
6. ลงพื้นที่ในชุมชนประเมินผู้ป่วยโดยการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ปัญหา เพื่อจัดทำแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมในการติดตามเยี่ยมบ้าน
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิจัย และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะติดเตียงและมีแผลกดทับปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะติดเตียงและมีแผลกดทับ จำนวน 1 ราย รับผิดชอบดูแลตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2564 ถึง วันที่ 12 กรกฎาคม 2564 รวมระยะเวลาดูแล 1 เดือน 23 วัน รวมติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะติดเตียงและมีแผลกดทับ อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นระบบและมีขั้นตอนตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะติดเตียงและมีแผลกดทับ
2. เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้สนใจกรณีศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการได้รับบริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ นอนติดเตียง มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง มีโรคประจำตัว เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องให้การพยาบาล และการตัดสินใจดำเนินการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ นอนติดเตียง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลพร้อมความรู้ ขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การทำแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน ควรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) และการอบรมฟื้นฟูหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) อย่างต่อเนื่อง
2. จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนวางแผนจำหน่าย
3. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเป็นประจำและต่อเนื่อง
4. มีระบบประสานงานระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลผ่านช่องทางเบอร์โทรศัพท์ ทางแอปพลิเคชันไลน์ และการเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เมื่อพบภาวะฉุกเฉิน

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียว

1. นางสาวภัทรกร มลิวัลย์ สัดส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นางสาวภัทรกร มลิวัลย์)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

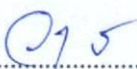
(วันที่) 26 / สิงหาคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวภัทรกร มลิวัลย์	


ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นางวรรณิ บุญศิริ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
 (วันที่) 9 / กุมภาพันธ์ / 2567
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายวิทยา หอมนูน)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)
 (วันที่) 9 / กุมภาพันธ์ / 2567
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
 (วันที่) ๑๒ / มี.ค. / ๖๗
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 
 (นายธราพงษ์ กีบโก)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
 (วันที่) 29 มี.ค. 2567

**แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

1.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว

2.หลักการและเหตุผล

โรค NCDs หรือ non-communicable diseases คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อโรค และไม่สามารถแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้ ส่วนใหญ่แล้วโรคในกลุ่มนี้จะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการทีละนิดโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว ซึ่งหากไม่ได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำก็มักจะไม่มีทราบและไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลา จนโรคค่อยๆ ทวีความรุนแรงขึ้น และกลายเป็นอาการเรื้อรังในที่สุดจนถึงภาวะอันตรายและส่งผลกระทบต่อชีวิตอย่างมาก เช่น เกิดภาวะติดเตียงภายหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก มีอาการเหนื่อยหอบเรื้อรังหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น ประกอบกับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการนำเทคโนโลยีเข้ามาในวิถีชีวิตมากขึ้น ทำให้เข้าถึงปัจจัยเสี่ยงโรค NCD เป็นสิ่งง่ายส่งผลให้กลุ่มโรค NCD เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ฐิติวุฒิ หุ, 2565)

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 14 ล้านคน คนไทย 1 ใน 4 คนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5 ล้านคน และมีเพียง 1 ใน 5 คนเท่านั้นที่สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2565) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ.2562-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 13.9 ในปีพ.ศ.2562 เป็นร้อยละ 16.4 ในปีพ.ศ.2565 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 18.0 และโรคเบาหวานเพิ่มจากร้อยละ 6.6 เป็นร้อยละ 7.8 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 18.2 และเป็นการเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีพ.ศ.2562-2565 มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 0.47 ปีพ.ศ.2562 เป็นร้อยละ 0.56 ปีพ.ศ.2565 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 19.1 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.53 ในปีพ.ศ.2562 เป็นร้อยละ 0.72 ในปีพ.ศ.2565 คิดเป็นอัตราเพิ่ม ร้อยละ 26.3 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ มีผู้สูงอายุกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ประมาณร้อยละ 3 หรือ 4 แสนคน จากผู้สูงอายุที่มีอยู่ประมาณ 13 ล้านคน เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุพึ่งพิงระยะยาว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

จังหวัดสระแก้วในปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 8,617 ราย, 7,974 ราย และ 7,443 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 3,147 ราย, 3,493 ราย และ 4,021 ราย ตามลำดับ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเป็นส่วนใหญ่ มีผู้สูงอายุติดเตียงในปี พ.ศ. 2564 – 2566 จำนวน 166 ราย, 160 ราย และ 196 ราย ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center จังหวัดสระแก้ว, 2566) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้วในปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่ต้องดูแลที่บ้าน จำนวน 48 ราย, 37 ราย และ 53 ราย ตามลำดับ (Thai Care Cloud, 2566)

งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปีพ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่ต้องดูแลที่บ้าน จำนวน 104 ราย, 102 ราย และ 112 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พยาบาลวางแผนลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในช่วง

ป่วยของทุกวัน บางครั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอาจเกิดความล่าช้า เนื่องจากพยาบาลชุมชนมีจำนวนจำกัด บางครั้งพยาบาลมีภาระหน้างานความรับผิดชอบที่เร่งด่วน จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่ต้องดูแลที่บ้านมีจำนวนเพิ่มขึ้น รวมถึงระยะทางในการลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมีระยะทางไกลหรือไกลต่างกัน ทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านได้ทันในวันนั้น จึงเกิดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ล่าช้า ในปีพ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่ต้องดูแลที่บ้านได้รับการติดตามเยี่ยมที่ล่าช้าจำนวน 13 ราย, 23 ราย และ 26 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการติดตามเยี่ยมที่ล่าช้าส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำนวน 21 ราย, 24 ราย และ 26 ราย ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ การเกิดแผลกดทับติดเชื้อมากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 4 ราย, 7 ราย, และ 9 ราย ตามลำดับ แต่ยังไม่พบว่ามีผู้เสียชีวิตที่เกิดจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Thai Care Cloud, 2566) จากการทบทวนข้อมูลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าปัญหาเกิดจากการเยี่ยมผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องหรือไม่ทันเวลา พยาบาลติดตามประเมินทักษะของผู้ดูแลไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้านเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมากทั้งจากภาวะของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยที่เรื้อรังอาจทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพที่มีการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูง จัดเป็นภาระที่หนักและซับซ้อนในการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระที่ยาวนานในการดูแล จึงต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเอง อาจเกิดความคลุ้มเครือในบทบาท และความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้นได้ บางรายต้องให้ญาติหรือภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ดูแลจึงมีหน้าที่ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แต่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนยังไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นแบบกะทันหันหลังการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนไม่ได้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่นๆ เช่น มีงานประจำทำอยู่ และผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนมีครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแล ผู้ดูแลอาจจะต้องลางานมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ในส่วนของโรงพยาบาลนั้นต้องรับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอาจทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยหรือการทำหัตถการมากขึ้น และมีโอกาสเกิดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการบริการทั้งภายในโรงพยาบาลและในชุมชนได้ (พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนางานบริการพยาบาลของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ได้กำหนดแผนปฏิบัติการด้านบริการพยาบาลระดับประเทศ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2565 - 2569 ที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มวัย กองการพยาบาลจึงได้จัดทำ แนวทางจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ขึ้น จัดอยู่ในส่วนที่ 2 ของตัวชี้วัดยุทธศาสตร์บริการพยาบาลระดับประเทศ (Agenda KPI) ตัวชี้วัดที่ 2.2 ร้อยละความสำเร็จของสถานบริการสุขภาพมีการจัดบริการทางไกลในผู้สูงอายุที่บ้านด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักของสถานพยาบาลในมิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เพื่อให้บริการปรึกษา แนะนำ ติดตามเยี่ยมบ้าน และแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัย โดยนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (การพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้รวบรวมข้อมูลและพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่ต้องดูแลที่บ้านเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา วิเคราะห์ปัญหาพบว่าเกิดจากกระบวนการให้บริการ จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว โดยมีการติดตามการดูแลต่อเนื่องให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลและพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับบริการที่รวดเร็ว เหมาะสม ทันเวลา ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดการกลับไปรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ลดการเดินทางของผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล การมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว รวมถึงเป็นการลดความแออัดภายในโรงพยาบาล ลดเวลาการรอคอยการตรวจรักษา และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลร่วมกับ ผู้ดูแลสามารถใช้โทรศัพท์มือถือรับบริการอยู่ที่บ้านกับพยาบาลผู้ดูแล พยาบาลผู้ดูแลสามารถให้การดูแลติดตามผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ต้องใช้เวลานานในการเดินทางไปบ้านของผู้ป่วยแต่ละคน สามารถดูแลผู้ป่วยแต่ละวันได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวความคิดข้อเสนอ

การเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น การรักษาโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความซับซ้อนของโรคมมากขึ้น จนนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพที่ร่างกายมีความเปราะบางจากสภาพปกติอย่างถาวรด้วยอาการของโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความพิการหลงเหลือ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ตามปกติ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งหากผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรังทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องนอนติดเตียง ตามด้วยความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากเป็นผู้ป่วยเคยทำงานมีรายได้ประจำ ก็จะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของครอบครัวอีกด้วย ทำให้ขาดรายได้ ครอบครัวมีภาระเพิ่มมากขึ้นในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ที่มีการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูง จัดเป็นภาวะที่หนักและซับซ้อนในการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว การดูแลที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงเพราะต้องเชื่อมต่อระหว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพ ผลลัพธ์ตามมาที่จะเกิดกับผู้ป่วย คือการควบคุมสภาวะการเจ็บป่วยของโรคได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ ลดโอกาสเกิดการเสียชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (พวงเพ็ญ ฝือกสวัสดิ์ และ คณะ, 2559)

งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ในปี.ศ. 2564 – 2566 มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่ต้องดูแลที่บ้าน จำนวน 104 ราย, 102 รายและ 112 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้มีการดำเนินการตามมาตรฐานที่กำหนด และพบว่าปัญหาเกิดจากการติดตามเยี่ยมที่ล่าช้าจำนวน 13 ราย, 23 ราย และ 26 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการติดตามเยี่ยมที่ล่าช้าส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำนวน 21 ราย, 24 ราย และ 26 ราย ตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ การเกิดแผลกดทับติดเชือกกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 4 ราย, 7 ราย, และ 9 ราย ตามลำดับ ยังไม่พบว่ามีผู้เสียชีวิตที่เกิดจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Thai Care Cloud, 2566)

จากปัญหาดังกล่าวพบว่าการดำเนินงานขาดความต่อเนื่องของกระบวนการการดูแลผู้ป่วย กระบวนการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วย กระบวนการติดตามและการประเมินทักษะของผู้ดูแล กระบวนการดูแลที่มีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายที่มีความล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง รวมถึงการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่ชัดเจน และขาดความร่วมมือของผู้ปฏิบัติที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การสื่อสารตอบโต้การดูแลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลชุมชนกับผู้ป่วยและญาติไม่มีความสะดวกรวดเร็วไม่ทันเวลาในการลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพราะผู้ป่วยต้องรอพยาบาลลงเยี่ยมที่บ้านจึงเกิดความล่าช้าและขาดต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันมีช่องทางการติดต่อสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือที่สามารถพูดคุยตอบโต้กัน เห็นหน้ากัน ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา การพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องและถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน รวมถึงการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อมุ่งปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น ได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบขั้นตอน เป็นการกระทำที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของชีวิตดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล” (Orem, 1995) มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน และเป็นการพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีสิ้นสุด

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานซึ่งปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว เป็นการจัดบริการการพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล และแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ซึ่งเป็นแนวทางที่ผู้เสนอจัดทำขึ้นเพื่อให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพด้วยความร่วมมือของพยาบาลชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว ที่มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดร่วมกัน รวมถึงการเฝ้าระวังการเกิดความเสียหายหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆในผู้ป่วย ติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดและติดตามประเมินผล จะช่วยทำให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลจำเป็นต้องมีโทรศัพท์ที่สามารถเล่นแอปพลิเคชันไลน์ได้ พยาบาลผู้ดูแลตั้งกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ ผู้ป่วยติดเตียงทุกคนเข้ากลุ่มด้วยความสมัครใจได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติ ดำเนินการเพิ่มเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์และเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อเป็นการติดตามอาการตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามทุก 1 เดือนๆ

ละ 1 ครั้ง บางราย 2 ครั้ง/เดือน หรือ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง การติดตามจะเป็นในเวลาราชการโดยการวิดีโอคอลกับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล หรือหากผู้ดูแลผู้ป่วยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามในไลน์ได้ตลอดเวลา เนื้อหาการติดตามอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน สภาพสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข การให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย การบริหารออกกำลังกายให้ผู้ป่วย การประเมิน ADL การประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เบอร์โทรติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน เบอร์โทร 1669 เมื่อต้องมาโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลการให้บริการการพยาบาลลงใน Home chart file electronic และจัดทำ QR code ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายให้ไว้ที่บ้านเพื่อเป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว นำรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว ไปใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้านทุกราย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้านได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทันเวลา และเหมาะสม
4. เพื่อให้ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย มีช่องทางการขอรับคำปรึกษา คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่สะดวกรวดเร็ว
5. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – สิงหาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน เขตอำเภอเมืองสระแก้ว
2. พยาบาลวิชาชีพในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว ดังนี้
 - 3.1 ประชุมทีมคณะทำงานศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อนำเสนอแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว
 - 3.2 ประชุมทีมคณะทำงานคุณภาพการพยาบาลในชุมชน เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองสระแก้ว เพื่อชี้แจงแนวทางการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้วให้รับรู้ เข้าใจ และทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ด้วยกันเอง ประเมินทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในชุมชนทุกคน
 - 3.3 จัดทำ QR code ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อเป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

3.4 อธิบายให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล ทราบวัตถุประสงค์การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) และดูแลให้ผู้ป่วย และญาติเซ็นใบยินยอมเข้ารับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing)

3.5 สนับสนุนและสอนการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ปอดหวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาล ชุดอุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น

3.6 แนะนำผู้ดูแลเรื่องการปฏิบัติตัวการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน การวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ วัดไข้ วัดออกซิเจนปลายนิ้ว และวัดความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การทำแผลต่างๆ เพื่อส่งให้เจ้าหน้าที่ประเมินอาการอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง

3.7 เพิ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์และเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

3.8 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เดือนๆ ละ 1 ครั้ง บางราย 2 ครั้ง/เดือน หรือ อาทิตย์ละ 1 ครั้งตามสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ติดตามในเวลาราชการ โดยการวิดีโอคอลกับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เพื่อติดตามอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน สภาพสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข การให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย การบริหารออกกำลังกายให้ผู้ป่วย การประเมิน ADL การประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาการผิดปกติที่ต้องรับมาโรงพยาบาล ให้เบอร์โทรติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน เบอร์โทร 1669 เมื่อต้องมาโรงพยาบาล หรือหากผู้ดูแลผู้ป่วยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามในไลน์ได้ตลอดเวลา

3.9 บันทึกข้อมูลการให้บริการการพยาบาลลงใน Home chart file electronic

4. นำรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว ไปใช้กับเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิอำเภอเมืองสระแก้ว

5. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว

6. รวบรวมข้อมูลความครอบคลุมการติดตามดูแลต่อเนื่อง การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว

7. วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว มีความรู้และมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน

2. ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing)

3. พยาบาลวิชาชีพในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing)

4. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครื่องช่วยบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างรวดเร็วขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถควบคุมภาวะรุนแรงของโรคได้ดีขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครื่องช่วยบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว จำนวน 1 รูปแบบ
2. พยาบาลวิชาชีพในชุมชน เครื่องช่วยบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน ด้วยระบบบริการการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เครื่องช่วยบริการสุขภาพอำเภอเมืองสระแก้ว ผลการทดสอบความรู้ (Post test) มากกว่าร้อยละ 80
3. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้าน มีความครอบคลุมการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 80
4. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้านเกิดภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่าร้อยละ 5
5. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดเตียงที่บ้านกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 5

(ลงชื่อ )

(นางสาวภัทรกร มลิวัลย์)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 26 / สิงหาคม / 2567

ผู้ขอประเมิน