



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางปาริชาติ ศรีหนู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล
๒.	นางอังคณา จันคามิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล
๓.	นางลัดดาวัลย์ บุณวรรศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม งานคลินิกอาชีวเวชกรรม กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

/รายละเอียดแนบท้าย...

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไข
ที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง
หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

๑ -

(นายภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ประเพณีวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเพณีวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑.	นางปาริชาติ ศรีหนู	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๕๑๐๓๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)	๑๕๑๐๓๙	เลื่อน ระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน		“การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS : กรณีศึกษา ๒ ราย”				
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน		“พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจโรงพยาบาลมหาสารคาม”				
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน		“แนบท้ายประกาศ”				

(นายภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยหัวใจ ตามแนวคิดทาง
การพยาบาล FANCAS : กรณีศึกษา 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2566 – 30 มิถุนายน 2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ศึกษา

กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบของระบบหัวใจ

หัวใจเป็นอวัยวะที่มีหน้าที่สำคัญคือการสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นอวัยวะที่ตั้งอยู่ในทรวงอกด้านซ้ายระหว่างปอดซ้ายและปอดขวาคอนมาทางด้านซ้าย น้ำหนักของหัวใจประมาณ 200 ถึง 425 กรัม มีถุงหุ้มหัวใจ (pericardium) หัวใจแบ่งออกเป็น 4 ห้อง ประกอบด้วย 1) ห้องขวาบน (right atrium) รับเลือดจากหลอดเลือดดำใหญ่ 2 เส้นคือ superior vena cava และ inferior vena cava 2) ห้องขวาล่าง (right ventricle) รับเลือดดำจากหัวใจห้องบนขวาผ่านลิ้นหัวใจชื่อ tricuspid valve แล้วส่งไปยังปอดโดยผ่านลิ้นหัวใจ pulmonary valve เข้าสู่หลอดเลือดใหญ่ที่เข้าสู่ปอด pulmonary artery 3) ห้องซ้ายบน (left atrium) รับเลือดแดงที่พอกแล้วจากปอดซ้ายขวา 4) ห้องซ้ายล่าง (left ventricle) รับเลือดแดงจากห้องงซ้ายบนผ่านทางลิ้นหัวใจ mitral valve และบีบตัวส่งเลือดแดงออกเลี้ยงร่างกาย (ปัญฑิตา เพ็ญพิมล, 2562) หัวใจยังประกอบไปด้วยลิ้นหัวใจ ซึ่งมีทั้งหมด 4 ลิ้น ได้แก่ 1) tricuspid valve: กันระหว่างหัวใจห้องบนขวากับห้องล่างขวา 2) pulmonary valve: กันระหว่างหัวใจห้องล่างขวากับหลอดเลือดปอด pulmonary artery 3) mitral valve: กันระหว่างหัวใจห้องบนซ้ายและห้องล่างซ้าย 4) aortic valve: กันระหว่างหัวใจห้องล่างซ้าย กับท่อเลือดแดงใหญ่ aorta (พนัส เฉลิมแสนยากร, 2565)

สรีรวิทยาของหัวใจ หัวใจและหลอดเลือดมีหน้าที่สำคัญคือ นำสารชีวิต ออกซิเจน อาหาร และฮอร์โมนไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย นำเลือดไปยังปอดเพื่อขับคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากขบวนการเผาผลาญออกจากร่างกายและนำออกซิเจน กลับเข้าร่างกาย และนำของเสียต่าง ๆ ที่เกิดจากขบวนการเผาผลาญตลอดจนยาหลายชนิดไปยังอวัยวะที่เหมาะสมเพื่อกำจัด ออกจากร่างกาย

การทำงานของหัวใจ (cardiac function) การทำงานของหัวใจสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจ (chronotropic function) ซึ่งเป็นหน้าที่ของ SA node และอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการนำสัญญาณภายในหัวใจ 2) การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง (inotropic function) ซึ่งเป็นหน้าที่และการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง และการทำงานของลิ้นหัวใจ (ปัญฑิตา เพ็ญพิมล, 2562)

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึงภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดอาการ ภาวะที่สำคัญ คืออาการหายใจเหนื่อย หอบนอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย บวมตามแขนขา ฟังปอดได้ยินเสียง rales ความดันโลหิตผิดปกติ (ภาวิไล พัทธกษัตริย์, 2562)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute heart failure หรือ AHF) หมายถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่แสดงอาการอย่างรวดเร็ว อาจเป็นการแสดงอาการครั้งแรก (de novo heart failure) หรืออาการทรุดหนักลง

(decompensation) ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเดิม ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติได้หลายระบบ ไม่จำกัดเพียงระบบหัวใจและหลอดเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)

สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้แก่ ความผิดปกติแต่กำเนิด ความผิดปกติของ ลิ้นหัวใจ ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ ความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต และหลอดเลือดปอดอุดตันเฉียบพลัน (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2557) ส่วนปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การควบคุมปริมาณเกลือในอาหารได้ไม่ดี มีภาวะน้ำเกิน ภาวะหลอดเลือดปอดอุดตัน โรคติดเชื้อ ภาวะโลหิตจาง การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs, corticosteroids, ยาออกฤทธิ์ลดการบีบตัวของหัวใจ, ยาออกฤทธิ์เป็นพิษต่อหัวใจ, ยาเบาหวานกลุ่ม thiazolidinediones, ยา dronedarone และสารออกฤทธิ์เป็นพิษต่อหัวใจ เช่น แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน เป็นต้น (ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2562)

อาการและอาการแสดงภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่พบได้บ่อยคืออาการเหนื่อย/หายใจลำบาก (dyspnea) เหนื่อยขณะทำกิจกรรม (dyspnea on exertion) เหนื่อยหายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ (orthopnea) อาการหายใจไม่สะดวกขณะนอนหลับและต้องตื่นขึ้นเนื่องจากอาการหายใจไม่สะดวก (paroxysmal nocturnal dyspnea, PND) มีน้ำที่คั่งในถุงลมของปอด/ปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) ฟังเสียงหัวใจผิดปกติอาจตรวจพบเสียง S3 หรือ S4 gallop หรือ cardiac murmur ฟังเสียงปอดผิดปกติ (lung crepitation) จากมีเลือดคั่งในปอด (pulmonary congestion) และอาจพบความดันโลหิตผิดปกติร่วมด้วย

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน สามารถวินิจฉัยได้จากโรคที่เป็นสาเหตุ ปัจจัยส่งเสริม/ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อาการและอาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันคือการรักษาอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ และจำกัดปัจจัยส่งเสริมให้หมดไป โดยพิจารณาการรักษาจากสาเหตุของหัวใจล้มเหลว ระยะของโรค (staging of heart failure) และความรุนแรงของ อาการตามเกณฑ์ของ new york heart association functional class ชนิดของความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ โรคอื่น ๆ ที่พบร่วม และปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคกำเริบ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป้าหมายที่สำคัญ คือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บป่วยได้โดยลดการทำงานของหัวใจ ลดการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญของร่างกาย (พิกุล บุญช่วง, 2559) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

1. การช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจในการบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ลดการคั่งของน้ำในร่างกาย ซึ่งมีกระบวนการพยาบาลดังนี้

1.1 ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจ เนื่องจากหัวใจที่เต้นเร็วทำให้ความต้องการออกซิเจนของหัวใจเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการที่มีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำแสดงว่ามีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง และมีภาวะความดันโลหิตสูงแสดงว่าอาจเกิดการคั่งของเลือดในปอดเพิ่มขึ้น

FANCAS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีทั้งหมด 6 ด้าน ที่พยาบาลสามารถนำไปประเมินวางแผน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ประกอบด้วย

1) ด้านความสมดุลน้ำ 2) ด้านการหายใจ 3) ด้านภาวะโภชนาการ 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร 5) ด้านการทำกิจกรรม 6) ด้านการกระตุ้น (สุจิตรา ลีมีอานวยลาภ, 2556)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงและเฉียบพลันซึ่งอาจเกิดขึ้นครั้งแรกหรืออาการทรุดลงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเดิม เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือระบบอื่น ๆ พบได้ในทุกเพศ ทุกวัย แต่สาเหตุของการเกิดจะแตกต่างกันไป จากการรายงานความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกพบประมาณ 26 ล้านคน โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2573 (Rice H, 2018) และพบอุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเพิ่มขึ้นตามอายุ (Nieminen MS, 2006) ประเทศไทย พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมากถึง 5 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10 ล้านคน ในอีก 10 ปีข้างหน้าจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยยังไม่มีรายงานที่แน่ชัด จากการศึกษาของ THAI-ADHERE Registry พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 5.5% และพบอัตราการเสียชีวิต 10% ต่อปี และ 50% ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)

หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม สถิติการให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 220 ราย กลับมารักษาซ้ำ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 เสียชีวิต 34 ราย คิดเป็น ร้อยละ 15.45 และเป็นโรค 1 ใน 5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษ และเสียชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมีอาการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็ว เฉียบพลัน และเกิดได้จากหลายสาเหตุ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วเหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การวางแผนให้การดูแล การเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงในระยะวิกฤตถือเป็นสิ่งสำคัญ ด้านปฏิบัติการพยาบาลจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ประกอบไปด้วย

1) แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร 3) แบบแผนการขับถ่าย 4) แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย 5) แบบแผนการนอนหลับ 6) แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ 7) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 9) แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์ 10) แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด 11) แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ (พรสิริ พันธศรี, 2564) ซึ่งข้อมูลที่ได้จะต้องมาจากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ดังนั้น ผู้ป่วยและญาติจะต้องสามารถให้ข้อมูลอาการเจ็บป่วยได้ จึงไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเนื่องจากผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะช็อก รู้สึกตัวซึม สับสน หรือมีอาการหอบเหนื่อย ใส่ท่อช่วยหายใจ

ทำให้มีปัญหาในการสื่อสาร รวมทั้งการใช้แบบประเมินดังกล่าวต้องใช้เวลาในการสอบถาม ชักประวัติ ในขณะที่ผู้ป่วยวิกฤตมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การประเมินภาวะสุขภาพตามแนวทางปฏิบัติเดิมจึงมีความล่าช้า ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS มาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยผู้ป่วยหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสมรรถนะ 2) ด้านการหายใจ 3) ด้านภาวะโภชนาการ 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร 5) ด้านการทำกิจกรรม 6) ด้านการกระตุ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินอาการผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว และเหมาะสม สามารถกักจับปัญหาหรือทำนายปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ และนำมาวางแผนการพยาบาล เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันเวลา สามารถลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยใช้แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS มาเป็นแนวทางในการประเมินปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยผู้ป่วยหัวใจ 2 ราย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

4.2 วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS กรณีศึกษา 2 ราย และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยผู้ป่วยหัวใจ ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.3 เป้าหมาย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้รับการประเมินปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความรวดเร็ว เหมาะสม ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.4 ขั้นตอนหลักการดำเนินการ ศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยผู้ป่วยหัวใจ 2 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลศึกษาเปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS และนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อน การศึกษาเป็นการศึกษาเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ในการประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

4.5 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยวัย 42 ปี มาโรงพยาบาลด้วยเหนื่อย หอบ หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ NYHA FC IV, EKG show SVT rate 160 bpm ได้ adenosine 6 mg, 12 mg iv, syncardioversion 100 j x 1 ครั้ง HR 145 – 150 ครั้ง/นาที ได้ amiodarone 150 mg iv drip in 30 นาที amiodarone 600 mg iv drip in 24 ชั่วโมง CXR cardiomegaly ฟังปอดมีเสียง crepitation both lung, CXR cephalization on O₂ high flow nasal cannula flow 40 LPM FiO₂ 0.4 O₂sat 100%, echo LVEF 10% ได้ dobutamine 200 mg

5. A: activity	ผู้ป่วยรายที่ 1: ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง
	ผู้ป่วยรายที่ 2: ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลงร่วมกับประสิทธิภาพการระบายอากาศลดลง
6. S: stimulation	ผู้ป่วยรายที่ 1: ขาดความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์
	ผู้ป่วยรายที่ 2: ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

จากตารางที่ 3 หลักสำคัญในการดูแลและจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเบื้องต้นคือการประเมินปัจจัยในด้านปริมาณสารน้ำในร่างกายมีมากหรือน้อยและการไหลเวียนโลหิตเพียงพอต่อการใช้งานของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายหรือไม่ และการพองการหายใจให้ผู้ป่วยมีออกซิเจนเพียงพอ ดังนั้น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาลแผนกนี้ จึงเป็นการดูแลจัดการภาวะคุกคามชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มี/เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงร่วมกับกลไกแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากมีภาวะปอดบวมน้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มี/เสี่ยงต่อภาวะ Cardiogenic shock เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะน้ำเกินจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 วิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและการส่งตัวไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ได้รับการดูแลด้วยความรวดเร็ว เหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และ Cardiogenic shock แต่ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่อง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ, rapid AF, atrial tachycardia ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้กับผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ LVEF 10% จึงได้ส่งตัวไปรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเพื่อพองระบบไหลเวียนและแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยมีโรคความดันในปอดสูงเรื้อรัง (pulmonary

hypertension) เดิม ร่วมกับหัวใจห้องล่างขวาโต (right ventricular dilatation) ทำให้การบีบตัวได้ไม่ดี และมีไข้ ปอดติดเชื้อ จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความปลอดภัย สามารถวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาลชุมชน ในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยกลับบ้านด้วยความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ที่มีรูปแบบชัดเจน ผู้ป่วยได้รับการดูแล รวดเร็วเหมาะสม ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 สามารถส่งต่อด้วยความปลอดภัย ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 สามารถจำหน่ายกลับได้อย่างปลอดภัย มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

6.1 ด้านนโยบายพัฒนาระบบการให้บริการทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุม เพิ่มคุณภาพการให้บริการในผู้ป่วยวิกฤตให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ สามารถนำแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS มาใช้ประเมินปัญหาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม

6.3 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกปัญหาในระยะวิกฤต ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ผลกระทบ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันถือเป็นภาวะวิกฤต การดูแลหากเกิดความล่าช้าอาจทำให้ผู้ป่วยประสบกับภาวะคุกคามหรืออันตรายถึงชีวิต ดังนั้นการนำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความรวดเร็วเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาที่ 1 ความยุ่งยากในผู้ป่วยรายนี้พบว่าความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง แผนการรักษา และกลัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน ผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงาน ร่วมกับผู้ป่วยมีภาวะช็อก มีการแสดงทั้งต่อต้านและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีการซักถามอาการแผนการรักษาบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับส่งผลต่อการการนอนหลับพักผ่อนและทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้า ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น

กรณีศึกษาที่ 2 ความยุ่งยากในผู้ป่วยรายนี้คือมีภาวะหายใจล้มเหลว เหนื่อยหอบ ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับได้รับยากระตุ้นอาการหอบเหนื่อยทำให้ผู้ป่วยหลับจึงมีความยุ่งยากในการประเมิน หลังเอาท่อช่วยหายใจออกผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาเมื่อต้องกลับไปพักผ่อนที่บ้านด้วยการ

ให้ออกซิเจนอยู่ที่บ้านวันละ 15 ชั่วโมง ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง มีการซักถามเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง

ดังนั้น เพื่อลดอาการเหนื่อยล้ารบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุดในผู้ป่วยรายที่ 1 และผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีภาวะหอบเหนื่อยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับยาระงับอาการหอบเหนื่อยทำให้มีอุปสรรคในการสื่อสาร การประเมินกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ทั้ง 6 ด้าน จึงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความครอบคลุมในระยะวิกฤต ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ด้วยความปลอดภัย ผู้ป่วยรายที่ 2 อาการทุเลาสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้ ทักษะ ในการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS เนื่องจากประสบการณ์เดิมการปฏิบัติด้านการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน แต่จากการวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมามีพบว่าเกิดความสับสนไม่ทันต่อภาวะฉุกเฉินหรืออาการทรุดลง ของผู้ป่วยในระยะวิกฤต

9. ข้อเสนอแนะ

แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS สามารถนำมาใช้ประเมินปัญหาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม แต่พยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคามยังขาดความรู้ ทักษะ ในการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS พยาบาลวิชาชีพจึงควรได้รับการสอนความรู้ และพัฒนาทักษะในการใช้แนวคิดทางการพยาบาล FANCAS อยู่เสมอ และจากการศึกษาในผู้ป่วย 2 รายนี้พบว่าสามารถนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ และยังชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตหรืออาการทรุดลงเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตหรือภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นจึงควรนำแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS มาพัฒนาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกปัญหา มีความรวดเร็วเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะวิกฤต

10. การเผยแพร่ผลงาน

19.1 เผยแพร่ผลงานวิชาการทาง Website Academic Research and Innovation:

<https://www.srth.go.th/home/research.php> (VOL.1 NO.1 February-December 2024)

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS : กรณีศึกษา 2 ราย

19.2 นำเสนอผลงานวิชาการประเภท Oral presentation เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS : กรณีศึกษา 2 ราย ในการประชุมวิชาการและมหกรรมประกวดผลงานวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปี 2567 ภายใต้หัวข้อ Digital Health and Healthcare Management Innovation ระหว่างวันที่ 8-9 กรกฎาคม 2567

11. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางปาริชาติ ศรีหนู ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางปาริชาติ ศรีหนู สักส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ปาริชาติ ศรีหนู.....

(นางปาริชาติ ศรีหนู)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๙ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
1. นางปาริชาติ ศรีหนู	ปาริชาติ ศรีหนู

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางวไลพร ปักกระกา)

หัวหน้าพยาบาล

(ตำแหน่ง)

(วันที่) 19 / สิงหาคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

0 -

(ลงชื่อ).....

(นายภาคภูมิ มโนสิธิศักดิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

(ตำแหน่ง)

(วันที่) 20 / สิงหาคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง: พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน หอบหืดผู้ป่วยหัวใจ
โรงพยาบาลมหาสารคาม

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute heart failure) เป็นกลุ่มอาการป่วยและเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว (G Michael Felker, 2004) ปัจจุบันพบมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากถึง 170 ล้านคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มถึง 200 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า (รังสฤษฏ์ กาญจนวงษ์, 2558) ส่วนภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน พบความชุกพบร้อยละ 2 – 3 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุถึงร้อยละ 20 – 30 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ.2019 พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมากกว่าร้อยละ 85 สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมีจำนวนมากถึง 5 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า และพบว่าอัตราการเสียชีวิตหลังการวินิจฉัยมากกว่าร้อยละ 30 ในปีแรก ร้อยละ 40 ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตพบว่าอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี (ปิยภัทร ชุมทรัพย์, 2562)

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีหอผู้ป่วยหัวใจจำนวน 10 เตียง ร่วมกับโรงพยาบาลมีนโยบายพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (service plan) แต่ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2564 – ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยหัวใจ จำนวน 220 ราย มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันภายใน 28 วัน จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 และมีการเสียชีวิตจำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.45 ตามลำดับ และเป็นโรค 1 ใน 5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษ และเสียชีวิตในหอผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม

จากการทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในพ.ศ. 2566 จำนวน 46 ฉบับ เป็นชายร้อยละ 56.52 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้งชนิด AD-CHF และ de novo AHF พบว่าเป็นผู้ป่วย de novo AHF ร้อยละ 54.34 ช่วงอายุระหว่าง 70 – 80 ปี อาการแสดงและอาการแสดงเมื่อแรกวินิจฉัย พบว่าร้อยละ 93.47 มีอาการนำด้วยหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ความรุนแรงของผู้ป่วยแบ่งตาม NYHA classification ระดับ III และ IV เป็นร้อยละ 73.91 และ 26.09 ตามลำดับ ขณะที่การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลัน และปอดอักเสบ มีการเสียชีวิตร้อยละ 10.86 สาเหตุการเสียชีวิตมาจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในร่างกาย ร้อยละ 60 ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 3-4 วัน

ระยะเวลานอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหัวใจเฉลี่ย 6 วัน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7 วัน ตามลำดับ และจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล ประจําหอผู้ป่วย และเภสัชกร พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเฉียบพลัน ยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินอาการ การติดตามอาการยังไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่อง การบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล รูปแบบการดูแลยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการประเมิน และติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผ่านพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต จึงได้พัฒนารูปแบบการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการตั้งแต่แรกเริ่ม เฝ้ารวังติดตามอาการอาการแสดงขณะให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถดักจับปัญหา อาการเปลี่ยนแปลง หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งในการเฝ้าระวังความเสี่ยง ดักจับปัญหา ค้นหาความผิดปกติ หรือสัญญาณที่เปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ตั้งแต่การประเมินแรกเริ่ม การวางแผนให้การดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการจัดการแก้ไขหรือให้การรักษาที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรง และการเสียชีวิตได้

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม จากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันดังกล่าว พบว่ายังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจน จากการทบทวนบันทึกทางการพยาบาล สังเกต สัมภาษณ์ และการทบทวนความเสี่ยงในหอผู้ป่วย พบว่ามีประเด็นสำคัญที่ต้องการพัฒนาและนำไปสู่การพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ 1) กิจกรรมการพยาบาลเป็นการปฏิบัติตามปกติ หรือพยาบาลรุ่นน้องปฏิบัติตามพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 2) กิจกรรมการพยาบาลเป็นการปฏิบัติภายใต้แผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น 3) การปฏิบัติการพยาบาลด้านการประเมิน ตรวจร่างกาย การซักประวัติผู้ป่วยแรกเริ่มยังไม่ครอบคลุม 4) การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในระยะเฉียบพลันยังไม่ครอบคลุม มีการปฏิบัติการพยาบาลตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 5) การปฏิบัติกิจกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Early warning sign) ยังปฏิบัติน้อยไม่ครบถ้วน และ 6) การปฏิบัติการในบทบาทอิสระของพยาบาลยังมีน้อย เช่น การประเมินอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก การจัดการกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุขสบายลดการใช้พลังงาน เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยหัวใจนานขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามมา

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลถือเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความปลอดภัยที่ผู้รับบริการจะได้รับจากผู้ให้บริการ และจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายในการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน (Nansuprawat, 2012) นอกจากนี้การพัฒนาระบบการพยาบาลยังมีประโยชน์ส่งผลให้ทีมพยาบาลมีแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ช่วยลดอัตราตาย ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และส่งเสริมให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Juntawises, Sathirapanya, Voragul, Wattanasit, Yeesakul & Sasatranuruk, 2009) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยเฉพาะโรคจึงเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาและความเสี่ยงต่าง ๆ และนำไปสู่การกำหนดแผนและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนมากขึ้น จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานีของกัญญา สุชนันท์, ซาเลียฮา สา และชนัยกานต์ แก้วอุทัย (2565) ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการพยาบาลระยะเฉียบพลันก่อนจำหน่าย และต่อเนื่องหลังจำหน่าย ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเท่ากับ 0 จากการศึกษาของวรณูญา เกษไชย (2563) ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีระดับของอาการหายใจลำบากลดลง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมควบคุมน้ำ และโซเดียมในร่างกาย มีความสามารถในการทำกิจกรรม และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับเพิ่มสูงขึ้น และมีการการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง และ Dina Gamal Hussein Saad Hassan, (2024) ได้ศึกษาผลของแนวทางการพยาบาลทางคลินิกต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในศูนย์โรคหัวใจและการกลับมารักษาซ้ำเป็นการศึกษากึ่งทดลองเพื่อประเมินผลของแนวทางการพยาบาลทางคลินิกต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและการกลับมารักษาซ้ำผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลทางคลินิกมีผลลัพธ์เชิงบวกต่ออาการ อาการแสดง ระดับความวิตกกังวล ความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทำให้ลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาและส่งผลให้อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤต อาการและอาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบากนอนราบไม่ได้ และยังเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวการจัดทำรูปแบบการพยาบาลทำให้เกิดรูปแบบการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย เป็นแนวทางการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติภายใต้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับวิจารณ์ญาณและความเชี่ยวชาญ ชำนาญงานในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ผู้รับบริการได้รับการดูแลครอบคลุม ต่อเนื่อง ได้มาตรฐาน ลดโอกาสผิดพลาด ลดกิจกรรม ขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็น

หรือซับซ้อน ผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด ลดค่าใช้จ่าย ปรับปรุงคุณภาพการบริการทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการดีขึ้น ลดอัตราการตายภาวะแทรกซ้อน วันนอน ค่าใช้จ่าย และส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมีประสบการณ์ สมรรถนะ ทักษะที่แตกต่างกัน ต้องใช้เวลาในการให้การพยาบาลและการกำกับ ติดตามที่ต่อเนื่องชัดเจนตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

แนวทางแก้ไข

วางแผนทาง กำหนดกรอบระยะเวลาในการกำกับติดตาม ผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน เพื่อให้ปฏิบัติตามรูปแบบที่วางไว้

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจที่เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

4.2 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ได้รับการดูแลด้วยความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.3 พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจมีความรู้ สมรรถนะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจร้อยละ 100

5.2 ความรุนแรงของอาการ (NHYA functional) หลังได้รับการดูแลภายใน 1-3 อยู่ในระดับ 1 มากกว่าร้อยละ 80

5.3 ระยะเวลาวันนอนในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ≤ 5 วัน มากกว่าร้อยละ 60

5.4 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจมากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....ปาริชาติ ศรีหนู.....

(นางปาริชาติ ศรีหนู)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 19 / สิงหาคม / 2567

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภติวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒.	นางอังคณา จันคามิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๕๑๐๘๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก)	๑๕๑๐๘๗	เลื่อน ระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน						๘๐%
“การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด”						
(Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Unplanned Extubation in Neonate)						
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน						
“การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด”						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						

๑-
(นายภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด (Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Unplanned Extubation in Neonate)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือน เมษายน 2566 – พฤศจิกายน 2566 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการผ่านเกณฑ์พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 65-01-116 ลงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2565

3. ความรู้ทางวิชาการหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 กายวิภาคของทางเดินหายใจ

ทางเดินหายใจแบ่งเป็นส่วนต้นและส่วนปลาย ส่วนต้นเริ่มจากจมูกจนถึงกล่องเสียง ส่วนปลายเริ่มจากหลอดลมคอไปจนถึงถุงลมปอด ทางเดินหายใจในเด็กมีความแตกต่างอย่างมากจากผู้ใหญ่ ความแตกต่างทางกายวิภาคระหว่างทางเดินหายใจของเด็กและผู้ใหญ่มีดังต่อไปนี้

3.1.1 จมูกในเด็กมีขนาดเล็ก สั้นและแคบ ทำให้เกิดการอุดตันง่ายเมื่อมีการอักเสบหรือมีสิ่งคัดหลั่งในจมูก

3.1.2 ช่องปากเล็กและแคบเนื่องจากกระดูก mandible ค่อนข้างเล็กและกระดูก basicranium ที่แบนร่วมกับลิ้นที่มีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับขนาดของช่องปาก จึงวางตัวค่อนไปทางด้านหลังและชิดเพดานทำให้ง่ายต่อการอุดตันทางเดินหายใจโดยเฉพาะขณะหลับในท่านอนหงาย นอกจากนี้การที่มีลิ้นใหญ่ยังส่งผลให้การดันลิ้นโดยใช้ laryngoscope ขณะใส่ท่อช่วยหายใจจะทำได้ยากกว่า

3.1.3 ฝาปิดกล่องเสียง (epiglottis) ในผู้ใหญ่แข็งและแบนส่วนในเด็กจะอ่อนและมีรูปร่างยาวห่อตัวเป็นท่อ (omega shape) และวางตัวเอียงมาทางด้านหลังมากกว่าของผู้ใหญ่จึงง่ายต่อการอุดตัน

3.1.4 กล่องเสียงของเด็กเล็กจะอยู่ในระดับที่สูงกว่าของผู้ใหญ่ ในเด็ก epiglottis จะอยู่ตรงกับระดับกระดูกสันหลังคอที่ 1 (C1) ซึ่งชิดกับเพดานอ่อน กระดูก cricoids จะอยู่ตรงกับระดับกระดูกสันหลังคอที่ 4 (C4) จนอายุ 6 เดือน epiglottis จะเลื่อนลงมาตรงกับระดับ กระดูกสันหลังคอที่ 3 (C3) จากนั้น epiglottis จะอยู่ตรงกับระดับกระดูกสันหลังคอที่ 5-6 (C5-C6) cricoids อยู่ในตำแหน่งกระดูกสันหลังคอที่ 7 (C7) เหมือนผู้ใหญ่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น จึงเป็นเหตุให้ทารกแรกเกิดหายใจทางจมูกได้ดีกว่าทางปาก และการที่กล่องเสียงอยู่ในตำแหน่งที่สูงกว่าและค่อนไปทางด้านหน้า ทำให้มุมระหว่างลิ้นและทางเปิดของกล่องเสียงเป็นมุมแหลมมากกว่าซึ่งยากต่อการใส่ท่อหลอดลมคอ ดังนั้นการใช้ laryngoscope ชนิด blade ตรงจะช่วยให้มองเห็นรูเปิดของกล่องเสียงจากช่องปากได้ง่ายกว่า blade โค้ง

3.1.5 กล่องเสียงของทารกเมื่อแรกเกิดมีขนาดเป็น 1 ใน 3 ของขนาดกล่องเสียงผู้ใหญ่ แต่โครงสร้างของกล่องเสียงในเด็กทารกกลับมีขนาดใหญ่กว่าเมื่อเปรียบเทียบกับขนาดตัว เช่น vocal process ของ arytenoids จะมีขนาดเกินครึ่งของ glottis ของทารก ส่วนในผู้ใหญ่จะมีความยาวประมาณ 1/7-1/4 จึงทำให้ง่ายต่อการอุดตัน

3.1.6 ด้านหน้าของสายเสียงวางอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า ทำให้ท่อหลอดลมคออาจไปชน anterior commissure ได้ และทำให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดได้ง่ายกว่า

3.1.7 ส่วนที่แคบที่สุดของทางเดินหายใจในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี จะอยู่ที่ตำแหน่งต่ำกว่า vocal cords ตรงกับกระดูก cricoids ซึ่งเป็นจุดที่ขยายออกไม่ได้ทำให้กล่องเสียงมีรูปร่างเป็นกรวยคว่ำ (funnel shaped) ส่วนในเด็กอายุมากกว่า 8-10 ปี จะมีลักษณะเหมือนของผู้ใหญ่คือมีลักษณะเป็นท่อตรง (cylinder glottis) ดังนั้น การเลือกท่อหลอดลมคอต้องพิจารณาจากขนาดของ cricoids ring มากกว่าพิจารณาจากขนาดของ glottis

3.1.8 กระดูกอ่อน กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อ subcutaneous ในเด็กทารกจะอ่อนและยุบตัวง่ายกว่าผู้ใหญ่ นอกจากนี้เนื้อเยื่อ subcutaneous มีความหนาแน่นน้อยกว่าและมีเนื้อเยื่อ fibrous น้อยกว่า เมื่อมีการอักเสบเกิดขึ้นจึงบวมได้มากและส่งผลให้ทางเดินหายใจตีบแคบได้ง่ายกว่า

3.1.9 หลอดลมในเด็กทารกมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่าผู้ใหญ่ 1 ใน 3 ทำให้แรงต้านการเคลื่อนที่ของอากาศสูงกว่า เนื่องจากแรงต้านขึ้นอยู่กับรัศมีเป็นสำคัญ ดังนั้นในเด็กเล็กเมื่อมีการบวมหรือมีเสมหะอุดตันในทางเดินหายใจเพียงเล็กน้อย ก็จะมีการเพิ่มแรงต้านทานของการเคลื่อนที่ของอากาศอย่างมากเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ ส่งผลให้เพิ่มแรงที่ใช้ในการหายใจอย่างมาก

3.1.10 ในเด็กเล็ก occipitofrontal diameter จะมีขนาดใหญ่ส่งผลให้กระดูกสันหลังค่อมมีแนวโน้มท่ามก้มเล็กน้อย (slightly flexion) ขณะนอนหงาย

3.2 การใส่ท่อหลอดลมคอในทารก

การใส่ท่อหลอดลมคอทารก เป็นการช่วยหายใจที่มีผลอย่างมากต่อการรอดชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ และโรคทางระบบทางเดินหายใจยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในทารกแรกเกิดที่พบบ่อยในปัจจุบัน ทารกจึงจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอช่วยการหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยลดการใช้พลังงานในการหายใจ ป้องกันไม่ให้ถุงลมแฟบ ส่งผลให้ทารกมีการหายใจและการแลกเปลี่ยนแก๊สดีขึ้นโดยทำให้เกิดผลเสียหรือมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ทารกที่มีความจำเป็นในการใส่ท่อหลอดลมคอทุกราย ขนาดของท่อหลอดลมคอต้องเหมาะสมกับน้ำหนักของทารก ถ้าขนาดของท่อหลอดลมคอไม่เหมาะสมจะเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ขนาดของท่อหลอดลมคอใหญ่เกินไปทำให้เกิด Pressure necrosis ของสายเสียง (vocal cord) และ cricoid mucosa หรือขนาดของท่อเล็กไป จะทำให้ก๊าซที่ออกจากเครื่องช่วยหายใจไปสู่ปอดของทารกรั่วออกรอบ ๆ ท่อหลอดลมคอ ทำให้ปริมาตรของก๊าซที่ไปสู่ปอดของทารกไม่เพียงพอส่งผลให้การช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และทำให้การปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจไว้สูง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจผ่านท่อหลอดลมคือนาน ๆ จะทำให้กล่องเสียงและหลอดลมบวม มีการทำลายเยื่อบุของหลอดลมทำให้เกิดเนื้องอกตายได้ ในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต ที่ได้รับการช่วยหายใจด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจนั้น ต้องการพยาบาลที่มีทักษะความชำนาญ มีศักยภาพ มีการสังเกตและการประเมินที่ละเอียดรอบคอบ มีความรู้และความสามารถในการช่วยเหลือทันทีเมื่อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ซึ่งจะช่วยลด

ดูแล เช่น การตรวจสอบขนาดและความลึกของท่อทางเดินหายใจ การยึดติดท่อทางเดินหายใจ การจัดท่านอน การดูแลให้ได้รับยาระงับประสาทการผูกยึดข้อมือและการห่อตัวผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เสียงเตือน และ 3) การสื่อสารร่วมกับทีมแพทย์ในการเตรียมถอดท่อทางเดินหายใจ สรุปได้ว่าแนวทางการพยาบาลที่ครอบคลุม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุด ร่วมกับการประยุกต์ใช้นวัตกรรมในการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุด และการประเมินความพร้อมในการถอดท่อทางเดินหายใจอยู่เสมอ สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ การเกิดท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดได้

ทัศนีย์ ใจภักดี ปณิศา สมเกศ และ ศิมาภรณ์ พันธุมาศ (2566) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดและลดการบาดเจ็บของผิวหนังในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี การศึกษานี้เป็นการศึกษาประเภท intervention research รูปแบบ non randomized with historical controlled โดยกลุ่มแนวปฏิบัติปัจจุบันเก็บข้อมูลในอดีตตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 ได้รับการดูแลโดยแนวปฏิบัติเดิมจำนวน 32 ราย และกลุ่มแนวปฏิบัติที่ปรับปรุง ใหม่ได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติใหม่และเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 73 ราย ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการติดตามหลังใส่ท่อหลอดลมคอระยะเวลา 72 ชั่วโมง การใช้แนว ปฏิบัติปรับปรุงใหม่ประกอบด้วย การมุ่งเน้นการจัดท่านอน และห้ามจัดท่านอนคว่ำ การประเมินน้ำลายทารก suction ทุก 1-2 ชั่วโมง การปรับวัสดุพลาสติกติดท่อหลอดลมคอแบบเหนียวกันน้ำ ใช้ dumbbell lock head สำหรับรองรับและยึดศีรษะทารก ใช้วิธีการห่อตัวแบบ mummy restraint ในทารกที่ดิ้นมาก และใส่ ที่ ครอบท่อหลอดลมคอเพื่อป้องกันการหักพังของท่อหลอดลมคอ ผลการศึกษาพบว่าการใช้แนวปฏิบัติ ปรับปรุงใหม่ สามารถลดการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดลงจาก 100 ครั้งเหลือ 4.18 ครั้ง ต่อ 100 ชั่วโมง การปิดพลาสติก (95% CI -0.48, 36.59 ครั้ง ต่อ 100 ชั่วโมงการปิดพลาสติก) เมื่อเทียบกับแนวปฏิบัติ ปัจจุบัน

4. สรุปสาระสำคัญและขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

4.1 หลักการและเหตุผล

ปัญหาที่พบได้บ่อยของทารกป่วยที่มีภาวะวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) คือการ เลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned extubation : UE) จากการทบทวนวรรณกรรม ในต่างประเทศเช่น ประเทศบราซิล พบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด 0.14 - 5.3 ต่อ 100 วันใส่ท่อหลอดลมคอ เฉลี่ย 3.5 ต่อ 100 วันใส่ท่อหลอดลมคอ หรือ ร้อยละ 1.0 - 80.8 (da Silva et al., 2013) ส่วนในประเทศไทย พบการรายงานทางสถิติปี พ.ศ. 2557-2559 ของหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีอุบัติการณ์ท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในทารกระยะวิกฤต อายุ 0-1 ปี เฉลี่ยร้อยละ 14 ต่อ 1,000 วันใส่ท่อทางเดินหายใจ (ภฤติยาณี ปะนัดตานัง และ นิลาวรรณ ฉันทะ ปริดา, 2561) จากปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังจาก ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด คือ ผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต เกิดบาดเจ็บที่เส้นเสียงท่อหลอดลมคอ การใส่ท่อ หลอดลมคอลำบาก ทารกขาดออกซิเจน หายใจล้มเหลว และบ่อยครั้งที่พบหัวใจเต้นช้าลง ร้อยละ 46 จำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ร้อยละ 13 ทารกต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอกลับคืนเข้าสู่ถึง ร้อยละ

100 (da Silva et al., 2013) ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Roddy DJ et al., 2015)

หอผู้ป่วยทารกวิกฤต (NICU) โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวน 8 เตียง ให้บริการผู้ป่วยทารกอายุแรกเกิด ถึง 1 เดือน ปัญหาท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่พบสูงเป็นอันดับ 1 ของหน่วยงาน ซึ่งในปี พ.ศ. 2563, 2564, 2565 พบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดจำนวน 11, 11 และ 12 ครั้ง คิดเป็น 10.06, 11.59 และ 12.69 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการทบทวนความเสี่ยงย้อนหลัง 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 พบว่า ภายหลังท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ทารกหายใจหอบมากขึ้น จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอกลับคืนทันที ร้อยละ 40 จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า แนวปฏิบัติที่มีการใช้อยู่ไม่ทันสมัย บางกิจกรรมมีความยุ่งยากในการปฏิบัติ เช่น การเปลี่ยนพลาสติกติดยึดท่อหลอดลมคอ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ไม่เหมาะสม เช่น พลาสติกไม่เหนียว ติดยึดท่อหลอดลมคอไม่ดี เปียกแฉะง่ายเมื่อถูกเสมหะหรือน้ำลาย ต้องเปลี่ยนพลาสติกบ่อย และผ้าที่ใช้ผลิตที่นอนรังนกไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย และปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติเดิมที่ยังเป็นปัญหา ปรับปรุงนวัตกรรมเดิม และสร้างนวัตกรรมใหม่ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแล เพิ่มความปลอดภัย และลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอในทารกแรกเกิดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

4.2 วัตถุประสงค์

4.2.1 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

4.2.2 เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด ต่ออุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ

4.2.3 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิดไปใช้

4.3 เป้าหมายของงาน

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้ทารกมีความปลอดภัย เพิ่มคุณภาพการดูแล และลดอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตได้

4.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน

วิจัยนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ผู้วิจัยได้เลือกใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุคัพ (Soukup, 2000) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และเน้นการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase)

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลปัญหาท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดจากแหล่งข้อมูล ดังนี้ 1. ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติได้จากข้อมูลสถิติและตัวชี้วัดของหน่วยงาน เวชระเบียนบันทึกความเสี่ยงย้อนหลัง การสนทนากลุ่มย่อย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

5.1.1 อุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดลดลง

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

5.2.1 มีผลงานวิจัยทางการแพทย์เพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด

5.2.2 ผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย

5.2.3 ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5.2.4 ญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการ

5.2.5 แพทย์และพยาบาลผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

6.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

6.1.1 ให้ความรู้กับพยาบาล เกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมทั้งมีการ สอน สาธิต การผลิตนวัตกรรม และการใช้นวัตกรรมที่ถูกต้อง เพื่อให้พยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

6.1.2 ในการปฏิบัติการพยาบาลยังพบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในช่วงรับส่งเวร ดังนั้นถ้าทารกมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด เช่น ทารกตื่นจากการไม่สุขสบายหรือมีเสมหะมาก พยาบาลผู้ดูแลควรดูดเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่งก่อน และห่อตัวทารกในกรณีที่ทารกตื่นตื่นมาก ๆ

6.1.3 พยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ควรมีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติมาใช้อย่างต่อเนื่อง และมีความตระหนักในการประเมินและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด

6.2 ด้านการบริหารจัดการ

ผู้บริหารและหัวหน้าหอผู้ป่วยควรสนับสนุนให้มีอุปกรณ์ในการดูแลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดอย่างเพียงพอ หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสำคัญในการให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้นำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนิเทศติดตาม เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้แนวปฏิบัติ

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด แนวปฏิบัติประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลหลายด้านในการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดตามปัจจัยและสาเหตุ การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในงานวิจัยมีส่วนสำคัญมาก ถ้าอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ และไม่พร้อมในการใช้งาน หรืออุปกรณ์และนวัตกรรมที่ผลิตขึ้นไม่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัตินำมาใช้

ในการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดทำให้ประสิทธิภาพการดูแลลดลง สำคัญที่สุดคือพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ต้องนำแนวปฏิบัติและนวัตกรรมไปใช้อย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 การรับรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการทำงาน มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติและนวัตกรรมเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดไปใช้แตกต่างกัน

8.1 การผลิตนวัตกรรม Logan Bow ที่ไม่ถูกต้อง เมื่อนำไปใช้ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการยึดท่อหลอดลมคอในผู้ป่วยลดลง

9. ข้อเสนอแนะ

ในระหว่างการศึกษา ยังมีการตัดสินใจของพยาบาลและการวินิจฉัยของแพทย์ว่าท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทางรายการ และจะถอดท่อหลอดลมค่อออกเพื่อใส่ใหม่ แต่ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบและมั่นใจว่าท่อหลอดลมค่อยังไม่หลุด จึงขอให้แพทย์ใช้ Laryngoscope ตรวจสอบ พบว่าท่อหลอดลมค่อยังไม่หลุด ดังนั้น ในรายที่ไม่มั่นใจควรใช้ Laryngoscope ตรวจสอบโดยแพทย์ผู้ดูแลทุกครั้ง

10. การเผยแพร่ผลงาน

10.1 บทความวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารระดับชาติ ฐาน TCI 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) 2567

10.2 ผลงานวิจัยนี้ได้นำเสนอในเวทีการคัดเลือกผลงานวิชาการเด่น เขตสุขภาพที่ 7 วันที่ 30 เมษายน 2567

10.3 ผลงานวิจัยนี้ถูกคัดเลือกเป็นผลงานวิชาการเด่น เขตสุขภาพที่ 7 และได้นำเสนอแบบโปสเตอร์ในงานประชุมวิชาการ “ก้าวสู่ทศวรรษที่ 4 สภาการพยาบาล : บริการพยาบาลนิยามใหม่เพื่อคนไทยสุขภาพดี Re-imagining Nursing Service for Healthy Thai People” ณ ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทารา โฉมใหม่ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร วันที่ 29 - 31 พฤษภาคม 2567 นำเสนอผลงานต่อ นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

10.4 ผลงานวิจัยนี้ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอประเภทการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล แบบ Oral presentation ในงานประชุมวิชาการรางวัลศรีสังวาล : “ผลงานดี วิชาการเด่น สมคุณค่า พยาบาลไทย ครั้งที่ 7 : Sculpting the Future of Thai Nursing in Healthcare System (ปั้นแต่งอนาคตการพยาบาลไทยในระบบสุขภาพ)” ณ ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทารา โฉมใหม่ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร วันที่ 26 พฤษภาคม 2567

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

ร้อยละ 80

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางอังคณา จันคามิ

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 80

2) ดร.ศิริณี อิ่มน้ำขาว

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 20

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*อังคณา จันทน์*.....

(นางอังคณา จันทน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *19* / *กุมภาพันธ์* / *2567*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1) นางอังคณา จันทน์	<i>อังคณา จันทน์</i>
2) ดร.ศิริภาณี อิ่มน้ำขาว	<i>ศิริภาณี อิ่มน้ำขาว</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*วไลพร ปักกระกา*.....

(นางวไลพร ปักกระกา)

หัวหน้าพยาบาล

(ตำแหน่ง).....

(วันที่) *19* / *กุมภาพันธ์* / *2567*

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....*ภก.ดร.มโนสิทธิ์ศักดิ์*.....

(นายภก.ดร.มโนสิทธิ์ศักดิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

(วันที่) *19* / *กุมภาพันธ์* / *2567*

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด

2. หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยทารกวิกฤต ให้การรักษาพยาบาลทารกที่มีปัญหาภาวะหายใจลำบากเป็นส่วนใหญ่ จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อให้ทารกมีการแลกเปลี่ยนก๊าซ และช่วยให้ทารกหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ปัญหาท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดเป็นปัญหาสำคัญที่พบในหลายโรงพยาบาล ซึ่งผลกระทบที่ตามมาส่งผลให้สมองทารกขาดออกซิเจน และอาจเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือได้ทันทันที และปัญหาท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดที่เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่พบสูงเป็นอันดับ 1 ของหน่วยงาน จากสถิติย้อนหลังปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 พบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 11, 12 และ 12 ครั้ง คิดเป็น 11.59, 12.69 และ 12.27 ครั้งต่อ 1000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ ตามลำดับ (จากการบันทึกสถิติในหน่วยงาน และจากเวชระเบียนรายงานความเสี่ยง) เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวในปี 2567 ผู้วิจัยได้ศึกษาวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างนวัตกรรมเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด และนำมาใช้จริงในหน่วยงาน ผลการวิจัยพบว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถช่วยลดแต่อุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดได้มาก แต่ในหน่วยงานก็ยังพบปัญหาการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดเป็นระยะ ๆ จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า พยาบาลที่จบใหม่และพยาบาลย้ายมาปฏิบัติงานใหม่ไม่มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ใส่ท่อหลอดลมคอ รวมถึงการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลและนวัตกรรมเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดไปใช้ไม่ถูกต้อง ส่วนพยาบาลเดิมที่มีทักษะและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานใน NICU บางส่วนไม่ตระหนักถึงการเฝ้าระวังและติดตามปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีที่พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการนำแนวปฏิบัติและนวัตกรรมไปใช้ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลของพยาบาลผู้ปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิดได้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

3.1.1 การวิเคราะห์สมรรถนะพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน จำนวน 12 คน ดังนี้

3.1.1.1 ระดับเริ่มต้นใหม่ (Novice) เป็นพยาบาลจบใหม่ยังไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33

3.1.1.2 ระดับก้าวหน้าระดับต้น (Advanced beginner) เป็นพยาบาลที่ย้ายเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ แต่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67

3.1.1.3 ระดับผู้มีความสามารถ (Competent) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33

3.1.1.4 ระดับผู้ชำนาญการ (Proficient) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25

3.1.1.5 ระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67

3.1.2 วิเคราะห์พยาบาลด้านการศึกษาและผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือน จำนวน 13 คน ดังนี้

3.1.1.1 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100

3.1.1.2 ผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 ซึ่งผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางทั้งหมดมีสมรรถนะพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) และพยาบาลที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33

3.1.3 วิเคราะห์พยาบาลด้านผลการประเมินสมรรถนะ Functional competency พบว่า พยาบาลที่ไม่ผ่านการประเมินสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นพยาบาลวิชาชีพจบมาทำงานใหม่ 1 คน

3.2 แนวความคิด

การนำแนวคิดวงจรคุณภาพของ Edward Demming (PDCA) มาใช้ดำเนินการพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด เพื่อให้เกิดความรู้และมีทักษะในการให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี เช่น ในการศึกษาของ สุปรีดา มหาสุข และ นงนุช เขาวนศิลป์ (2564) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ในระยะที่ 1 พยาบาลมีคะแนนประเมินสมรรถนะด้านความรู้ภายหลังการทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด โดยผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ ร้อยละ 79.80 และระยะที่ 2 พบว่า พยาบาลที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้วยกิจกรรมทบทวนแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการได้รับพัฒนาสมรรถนะ ส่วนผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่า อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง จาก 7.72 เหลือ 7.01 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างลดลง จากร้อยละ 30.79 เป็นร้อยละ 27.88 และ อุบัติการณ์เลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนลดลงจาก 9.10 เป็น 8.31 ต่อ 1,000 วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการจัดกิจกรรมทบทวนแบบกลุ่ม โดยแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาล การพัฒนาคุณภาพและแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานเพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และในการศึกษาของ สมพิศ เหง้าเกษ และคณะ (2564) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า หลังดำเนินโครงการ จำนวน 29 โครงการ คือ 1) เชิงปฏิบัติการ 11 โครงการ 2) เชิงวิชาการ 15 โครงการ และ 3) การนิเทศทางการพยาบาล 3 โครงการ ไม่พบอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิต การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการ ใส่สายสวนปัสสาวะลดลงร้อยละ

1.05 ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงร้อยละ 1.90 งานวิจัยหรือนวัตกรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.02 และข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการลดลงร้อยละ 27.0

3.3 ข้อเสนอ

ผู้วิจัยได้การนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรเดมมิง (Plan-Do-Check-Act, PDCA) มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลมหาสารคาม ดังนี้

วางแผน (Plan) : ศึกษาสถานการณ์ของปัญหา และวิเคราะห์ระดับความสามารถ (Competency gap assessment) นำผลจากการวิเคราะห์ไปวางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล รวมทั้งจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด

ปฏิบัติ (Do) : การดำเนินการ พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการใช้สถานการณ์จำลอง การฝึกกับหุ่นทารก (Simulation-based learning) ให้กับพยาบาลวิชาชีพ

ตรวจสอบ (Check) : ประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะ เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ จากอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด

การปรับปรุงดำเนินงาน (Act) : ทบทวนและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้วยกระบวนการ PDCA จากประเด็นที่พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะต่ำกว่าระดับสมรรถนะที่คาดหวังหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนและพัฒนาสมรรถนะเป็นรายบุคคลโดยวิธีการนิเทศทางการพยาบาล และติดตามผลหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะรายบุคคลทุกเดือนติดต่อกันนาน 3 เดือน

โดยแต่ละกระบวนการได้เลือกบางกิจกรรมในกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะ (Competency-based development activities) เข้ามาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลให้สอดคล้องแต่ละกระบวนการ PDCA ของเดมมิง ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าเป็นการพัฒนาสมรรถนะที่หลากหลายรูปแบบแต่มีเป้าหมาย คือ เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพยาบาลให้สามารถดูแลและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด และลดอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดได้

3.3 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ประสบการณ์การทำงานและความตระหนักรู้ของพยาบาลในหน่วยงานมีความแตกต่างกัน

3.3 แนวทางแก้ไข

การสอนงานและติดตาม นิเทศอย่างใกล้ชิด โดยพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด

4.2 เพิ่มคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด

4.3 ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต มีสมรรถนะด้านความรู้การพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด มากกว่าร้อยละ 80

5.2 พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต มีสมรรถนะด้านทักษะการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด มากกว่าร้อยละ 80

5.3 อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด < 5 ครั้ง : 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ

(ลงชื่อ)..... *พิกุล คันทม*

(นางอังคณา จันคามิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... *19* / *กุมภาพันธ์* / *2567*

ผู้ขอประเมิน

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓.	นางลัดดาวัลย์ บุณนวรศิลป์	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</u> โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม กลุ่มงานคลินิกอาชีวเวชกรรม	๕๘๗๐๔	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</u> โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม กลุ่มงานคลินิกอาชีวเวชกรรม	๑๕๐๙๖๗	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ในบุคลากรโรงพยาบาล : กรณีศึกษา ๒ ราย” (Nursing Care in Tuberculosis among Hospital Staffs : ๒ Case Study) ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาแนวทางการดูแลบุคลากรที่ป่วยด้วยโรควัณโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					๑๐๐%

๑ -

(นายภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ในบุคลากรโรงพยาบาล : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care in Tuberculosis among Hospital Staffs: 2 Case Study

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 25 พฤษภาคม 2566 – 20 มกราคม 2567

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำ แบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอรี่ กอร์ดอน (Major Gordon) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ความต้องการพื้นฐานปกติของผู้ป่วย เป็นการประเมินเกี่ยวกับสุขภาพกาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งภาวะปกติและการเปลี่ยนแปลง/ปรับเปลี่ยนขณะเจ็บป่วย โดยใช้กรอบแนวคิด แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการซักประวัติ จากผู้รับบริการหรือญาติ (ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือไม่ครบคลุม) ซึ่งเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือเป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต/การตรวจร่างกาย ถือว่าเป็นข้อมูลปรนัย (Objective data) ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม (Orem) (Orem, D. E., Taylor, S. G., & Benpenning, K. M., 2001). ในการกระตุ้นการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดขึ้น แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนเอง ใช้มาตรฐานการพยาบาลอาชีวเวชกรรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนทำงาน 4 ด้าน (อรพันธ์ อันติมานนท์ และคณะ., 2560) ในการประเมิน ติดตาม ดูแล และวางแผนการพยาบาล ได้แก่ 1) ประเมินผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานให้สามารถกลับเข้าทำงานได้อย่างปลอดภัยต่อตนเองและเพื่อนร่วมงาน 2) ให้คำแนะนำปรับปรุง สภาพแวดล้อมการทำงาน ลักษณะงานที่ต้องกลับไปทำให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของ ผู้ป่วย 3) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ร่างกายและจิตใจ 4) ประเมินผลและติดตามการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วยเป็นระยะ จนกระทั่ง ผู้ป่วยสามารถทำงานที่เหมาะสมได้อย่างปลอดภัย ดังนี้

3.1 ความรู้

3.1.1 ความหมายของโรค

3.1.1.1 วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* เกิดขึ้นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย แต่ส่วนมากพบที่ปอดแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆคือ

3.1.1.2 วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis: PTB) ส่วนใหญ่มักเป็นที่ปอดรวมถึงหลอดลมประมาณร้อยละ 80 อาจพบแผลโพรง (Cavity) หรือไม่มีแผลโพรงก็ได้ เมื่อใดก็ตามที่มีการแพร่กระจายในเนื้อปอดจะเห็นเป็นลักษณะ Military แบ่งเป็น

(1) วัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ (PTB+) คือ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear พบเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้ง ส่วนใหญ่มักพบภาพรังสีทรวงอกผิดปกติร่วมด้วย

(2) วัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (PTB-) คือ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Smear ไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น

ระยะเวลา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะรับการรักษาและดูแลต่อเนื่อง	7. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง	7. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง
ระยะต่อเนื่อง	8. เสี่ยงต่อการขาดยา เนื่องจากยาจำนวนมาก และผลข้างเคียงของยาวัณโรค	8. เสี่ยงต่อการขาดยา เนื่องจากยาจำนวนมาก และผลข้างเคียงของยาวัณโรค

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

1. มีผลงานทางวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ในบุคลากรโรงพยาบาล: กรณีศึกษา 2 ราย จำนวน 1 เรื่อง

2. ผู้ป่วยโรควัณโรคหายจากภาวะอาการที่เป็นอยู่ ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สามารถกลับสู่สังคมได้อย่างปกติสุข

3. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและชุมชน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้รับการพยาบาลและการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ

5.2.2 ผู้ป่วยวัณโรคปอด และญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

6.1.1 ด้านผู้ป่วยและญาติ

6.1.1.1 ลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรง การแพร่กระจายเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากวัณโรค ในบุคลากรโรงพยาบาล

6.1.1.2 ลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย

6.1.1.3 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

6.1.2 ด้านบุคลากรทางการแพทย์

6.1.2.1 เป็นแนวทางสำหรับการดูแลด้านอาชีวเวชกรรมสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ในการป้องกันวัณโรค

6.1.2.2 เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค

6.1.2.3 เป็นเอกสารวิชาการ ให้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการพยาบาลสำหรับผู้ที่สนใจ

6.1.2.4 เป็นแนวทาง/ข้อมูล ประกอบการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรค
ในบุคลากรโรงพยาบาล

6.2 ผลกระทบ

ในการดูแลบุคลากรทางการแพทย์ ที่เจ็บป่วยด้วยโรควัณโรค เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย ไม่กลับเป็นซ้ำ รวมถึงการดูแลผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและชุมชน มีผลกระทบโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งการขาดอัตรากำลังในการให้บริการผู้ป่วยจากบุคลากรติดเชื้อ การสูญเสียงบประมาณในการรักษา และป้องกันโรค รวมถึงมีผลต่อภาระกิจการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาวัณโรค เป้าหมายหลักคือการลดอัตราการตายจากการติดเชื้อวัณโรค และต้องไม่พบอัตราการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ในบุคลากรโรงพยาบาล : กรณีศึกษา 2 ราย จึงมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามภาระกิจการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข

7. ความยุ่งยาก และซับซ้อนในการดำเนินการ

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพงานอาชีพเวชกรรมมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของบุคลากร ในโรงพยาบาลให้ครบทั้งด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้การดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยจะต้องดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ก่อนการเริ่มทำงาน และหลังการเจ็บป่วย (fitness for work and return to work) แต่ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพนอกจากการดูแลรักษาผู้ป่วยตามอาการ อาการแสดง การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา การติดตามและการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแปลผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ของผู้ป่วยตามมาตรฐานแล้ว ในบทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพงานอาชีพเวชกรรม คือ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค พยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ การดำเนินโรคภาวะของโรค โรคร่วมและสาเหตุ การดูแลรักษาผู้ป่วยให้สามารถช่วยประคับประคองชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงยังต้องวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและชุมชน การรับประทานยารักษาโรควัณโรคอย่างต่อเนื่อง และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคที่มีการติดเชื้อซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ได้รับยาเพิ่มมากขึ้น

ในการดำเนินการพยาบาลวิชาชีพงานอาชีพเวชกรรม จึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการแนะนำเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาโรควัณโรคปอดเพื่อป้องกันไม่ให้อาการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากยาต้านโรควัณโรคปอด รวมถึงการประเมินการกลับเข้ามาทำงาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรคจากการทบทวนผลการดำเนินงานในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพงานอาชีวเวชกรรม ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา พบว่า ในการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรควัณโรคปอดในบุคลากร นอกจากการดูแลรักษาตามมาตรฐานการรักษาโรคแล้ว การติดตามเฝ้าระวังการเกิดซ้ำของโรควัณโรคปอด การรับประทายยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา การติดตามภาวะแทรกซ้อนจากยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทั้งจากผู้ป่วยสู่บุคคล ในที่ทำงาน บุคคลร่วมบ้านและชุมชน แล้วยังต้องมีการประเมินผู้ป่วยเพื่อกลับเข้าทำงาน รวมถึงการเตรียมสิ่งแวดล้อมในการกลับเข้าทำงาน การปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในตำแหน่งที่เหมาะสม จนกว่าจะพ้นระยะการแพร่กระจายเชื้อ การส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบครัวและชุมชนได้รับการเตรียมความพร้อมในการร่วมดูแลผู้ป่วย รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยตามนัดในห้องตรวจวัณโรค แต่พบว่าในกระบวนการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในห้องตรวจคลินิกวัณโรค ยังเป็นการติดตามภาวะแทรกซ้อนจากอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย การติดตามภาวะตับอักเสบในผู้ป่วยโรควัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยยา (TB drugs) ที่เป็นแนวปฏิบัติตามมาตรฐาน แต่ในกระบวนการดูแลยังไม่มีช่องทางการดูแลเฉพาะในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง และในการประสานงานในการร่วมดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชน การประเมินการกลับเข้าทำงาน การเตรียมสถานที่ในการปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในระหว่างการรักษา และการจัดโปรแกรมการตรวจสุขภาพเฉพาะสำหรับการติดตามการรักษาในกลุ่มบุคลากรป่วยยังขาดการเชื่อมโยงตามระบบการดูแลร่วมในทีมสหวิชาชีพ

ในการดำเนินการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรคในบุคลากรโรงพยาบาล จึงควรมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค งานผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ในทุกระยะของโรค และการเตรียมความพร้อมในการกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วย ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการควบคุมกำกับให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างต่อเนื่อง

9.2 ควรมีระบบ Warning sign ด้วยการตรวจคัดกรองบุคลากรที่มีอาการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และเรื้อรังนานกว่า 1 สัปดาห์ หรือการดูแลเฉพาะในกลุ่มบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค

9.3 มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม แบบสหวิชาชีพเชื่อมโยงชุมชน อย่างเป็นระบบ

10. การเผยแพร่ผลงาน

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล

มหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย : MSKH REC 66-01-098 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

เผยแพร่ในวารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 21 ฉบับพิเศษ (มีนาคม-มิถุนายน) : นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์ (2567). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ในบุคลากรโรงพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางลัดดาวัลย์ บุณวรรศิลป์ สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1. นางลัดดาวัลย์ บุณวรรศิลป์ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

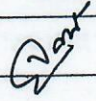
ลงชื่อ.....

(นางลัดดาวัลย์ บุณวรรศิลป์)

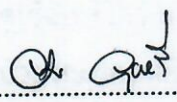
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่...19...เดือน...๕๓...พ.ศ. 2567

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางลัดดาวัลย์ บุณวรรศิลป์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(.....นางจริญญา จุฬาร)
(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการด้านบริการ.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ 
(นายภาคภูมิ มโนลิทธิศักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
(ตำแหน่ง)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

2. หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยองค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.,2558) ปี 2560 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 108,000 ราย ต่อปี นอกจากนี้คนไทย 20 ล้าน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทย มีเชื้อวัณโรคแฝงที่ไม่แพร่กระจายขณะที่ประเทศไทยได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค 2560- 2564 เพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือ 88 คน ต่อประชากรแสนคน เพื่อลดภาระของโรควัณโรคทั่วโลก เป้าหมายในการลดภาระทางระบาดวิทยาของวัณโรคได้ถูกกำหนดไว้ในบริบทของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (the sustainable development goals) และยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (end tuberculosis) การบรรลุเป้าหมายเหล่านี้เป็นจุดสนใจของประชาคมระดับชาติและนานาชาติ (Glaziou P, Floyd K, Raviglione MC., 2018) เป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในการยุติวัณโรค กำหนดเป้าหมายสำหรับปี พ.ศ. 2563-2578 รวมถึงการลดอุบัติการณ์วัณโรคที่ร้อยละ 20 และลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคลงร้อยละ 35 ภายในปี พ.ศ. 2563 และลดอุบัติการณ์วัณโรคร้อยละ 90 และการเสียชีวิตจากวัณโรคลดลงร้อยละ 95 ภายในปี พ.ศ. 2578 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 ข้อมูลวัณโรคจาก WHO จาก 194 ประเทศสมาชิกถูกใช้ เพื่อประมาณการอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของวัณโรคโดยรวม และในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 10 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค 1.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2 และ 5 ลดลงจากปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ระยะแพร่เชื้อยังคงสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแอฟริกาการลดลงในภูมิภาคยุโรปเป็นไปตามเป้าหมายปี ค.ศ. 2020 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกมีผู้ป่วย 862,000 ราย เกิดการดื้อยาต้านวัณโรคหรือดื้อยาหลายขนานคิดเป็นร้อยละ 3.4 ของผู้ป่วย วัณโรครายใหม่ และร้อยละ 18 ในกลุ่มผู้ที่เคยรักษามาก่อน อย่างไรก็ตามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั่วโลกในปี พ.ศ. 2578 พันธมิตรด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องมีความพยายามอย่างเข้มข้นมากขึ้นเพื่อลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากวัณโรค โดยการเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการรักษา เพิ่มการรักษาป้องกันวัณโรคและเพิ่มการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี (MacNeil A, Glaziou P, Sismanidis C, Date A, Maloney S, Floyd K., 2020) หนึ่งในสามของประชากรโลกติดเชื้อ Mycobacterium tuberculosis (TB) ซึ่งเป็นแบคทีเรียที่ทำให้เกิดวัณโรคในหลายๆ คน การติดเชื้อนี้ไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพแต่มันยังคงแฝงอยู่ในร่างกาย (latent Mycobacterium tuberculosis infection (LTBI)) แต่ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อจะพัฒนาเป็นวัณโรคที่อาจถึงตายได้ การติดเชื้อที่ปอด ผู้ที่เป็นวัณโรคในปอดที่ถูกลามพร้อมจะแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น รวมทั้งเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพ (HCWs)) การแพร่จะอยู่ในละอองขนาดเล็กในอากาศที่ผลิตขึ้น

เมื่อผู้ป่วยไอหรือจาม ปัจจุบันวัณโรคในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งนั่นเป็นสัญญาณบ่งบอกว่าโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรโรงพยาบาลย่อมเพิ่มขึ้นเช่นกันหากไม่มีระบบในการป้องกัน ดูแลที่ดีพอ (อรพันธ์ อันติมานนท์ และคณะ., 2563)

จากข้อมูลจังหวัดมหาสารคาม พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวกในปี 2564, 2565 และ 2566 เป็น 1,441, 1,411 และ 1,320 ราย ตามลำดับ ด้วยโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 580 เตียง และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการร่วมดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งในลักษณะงานผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน พบมีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผลตรวจเสมหะเป็นบวก ที่รับการรักษาด้วยยา ในโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564, 2565 และ 2566 เป็น 301, 261 และ 311 ราย ตามลำดับ และพบว่าเมื่อปฏิบัติการการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2564 - 2566 เป็น 4, 2 และ 4 ราย ตามลำดับ

หากบุคลากรด้านการแพทย์ป่วยเป็นวัณโรค จะมีผลกระทบทางด้านสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงผลกระทบต่อกระบวนการให้บริการ โดยเฉพาะในช่วงแรกที่อยู่ในระยะ Active TB ซึ่งอาจจะมีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อย สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยและบุคคลอื่นได้ง่าย เกิดความวิตกกังวล ความเครียด กลัวแพร่เชื้อแก่เจ้าหน้าที่ในที่ทำงานและบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลและประเทศ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดอัตรากำลังในขณะรับการรักษา รวมถึงการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลบุคลากรที่ป่วยด้วยโรควัณโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาล

มหาสารคาม

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สถานการณ์การติดเชื้อวัณโรคจากทั่วโลกมีความแตกต่างกันมาก การติดเชื้อจะพบในประเทศที่มีรายได้ต่ำและ ปานกลางซึ่งคิดเป็นกว่าร้อยละ 90 ของการติดเชื้อวัณโรคจากทั่วโลก (Global Tuberculosis Report, 2021) โดยในประเทศที่มีรายได้สูง เช่น สหรัฐอเมริกา มีแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการแพร่เชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล การควบคุมการบริหาร เช่น แผนการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคหรือได้รับการยืนยันแล้ว มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการสัมผัสของ HCWs ต่อผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคมีการควบคุมสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ห้องแยกพิเศษเพื่อป้องกันการแพร่กระจายและเพื่อลดความเข้มข้นของละอองที่ติดเชื้อในอากาศและ การควบคุมการป้องกันระบบทางเดินหายใจ สำหรับการดูแลเจ้าหน้าที่พยาบาลมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเมื่อสัมผัสกับเชื้อวัณโรคในระดับสูงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การควบคุมด้วยวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของวัณโรคใน HCWs ได้ (Boroto S, Gámez D, Díaz D, Martínez Y, Ferrer Al, et al., 2011) โดยความเสี่ยงของการแพร่เชื้อวัณโรค จากบุคคลที่เป็นวัณโรคไปยังผู้ป่วยมีความเสี่ยงนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อไม่มีการจัดการผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ (smear-positive) มีจำนวนผู้ป่วย

วัฒนธรรมมากขึ้นในสถานพยาบาล แต่สามารถลดลงได้ด้วยการใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ
 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561)

จากการทบทวนแผนงานวิมโรคของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2563 โดยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา จากองค์กรต่างประเทศพบว่าปัญหาที่พบการดูแลรักษาผู้ป่วยวิมโรคมีหลายประการ ได้แก่ 1) การคัดกรองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุม โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเอดส์ แรงงานข้ามชาติ ได้รับการคัดกรองเพียงร้อยละ 28 2) อุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติ 3) ความไม่ครอบคลุมของระบบการ ขึ้นทะเบียน การติดตามการประเมินผลและการรายงาน 4) การวินิจฉัยล่าช้า และ 5) อัตราตายสูง (กรมควบคุม โรค, 2564) ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์วิมโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 ขึ้น เพื่อป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวิมโรค โดยมีเป้าประสงค์ คือ ลดอัตราอุบัติการณ์ของวิมโรคลงร้อยละ 12.5 ต่อปี จาก 173 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้นั้น จะต้องมีการเร่งรัดการค้นหา วินิจฉัยและรักษาให้ครอบคลุม รวมทั้งต้องทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา รวมทั้งมีการติดตาม ประเมินผลการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ จึงจะทำให้บรรลุยุทธศาสตร์ยุติวิมโรคในที่สุด

ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม แบบบูรณาการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบุคลากรของโรงพยาบาลด้วย จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2564 - 2566 พบว่ามีผู้ป่วย 301, 261 และ 311 ราย ตามลำดับ และพบเป็นบุคลากรจำนวน 4 ราย 2 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าว เห็นได้ว่าแนวโน้มของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งยังพบว่าส่วนหนึ่งของผู้ป่วยวัณโรคเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งติดเชื้อมาจากการทำงาน และจากการทบทวนการจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม มีพื้นที่ให้ผู้ป่วยนั่งรอแพทย์มาตรวจ มีแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลวัณโรคโดยตรง พยาบาลจึงเป็นผู้บริหารจัดการผู้ป่วย แต่พบปัญหาดังนี้ 1) ด้านพยาบาล พบว่าการจัดบริการพยาบาล มีพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเป็นลักษณะการหมุนเวียนไปแต่ละวันตามที่ได้รับมอบหมาย มีพยาบาลที่ทำหน้าที่ประจำแต่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเมื่อมีผู้ป่วยวัณโรคมารับบริการ พยาบาลจะคัดกรองส่งให้แพทย์ตรวจแต่ละแผนกที่ออกตรวจในวันนั้น ๆ การคัดกรองและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว จึงเป็นไปตามประสบการณ์และการตัดสินใจของพยาบาลแต่ละคน การบริการของพยาบาลในรูปแบบดังกล่าวนี้ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายได้ นอกจากนั้นยังพบว่า ระบบการติดตามผู้ป่วยภายหลังการรับยายังไม่ต่อเนื่องไปถึงชุมชน เนื่องจากการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในชุมชนยังไม่เป็นระบบ อีกทั้งยังไม่มีช่องทางให้ผู้ป่วยปรึกษาเมื่อเกิดอาการข้างเคียง จากการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือหยุดยาเอง ซึ่งระบบการบริหารจัดการ พบว่า ยังไม่มีการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วยบางรายไม่มารับบริการ และการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง บางรายมีปัญหาด้านโภชนาการ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ผลข้างเคียงของยา บางรายมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายได้ลดลงจากการหยุดงาน ขาดการจ้างงาน กลับเข้าทำงาน ซึ่งปัญหาดังกล่าวต้องมีวิชาชีพอื่น ๆ เช่น เภสัชกร นักโภชนาการ

นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ในชุมชน ร่วมดูแล เป็นต้น รวมทั้งยังไม่มีระบบช่องทางด่วนในการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง การวินิจฉัยโดยเร็ว เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ 3) ด้านผู้ป่วยพบว่า ยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการปฏิบัติตัวและยังไม่เข้าใจ ถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมาตรวจตามนัด นอกจากนี้การแนะนำการปฏิบัติที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับขึ้นอยู่กับคำแนะนำของพยาบาลแต่ละคน ทำให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้พบว่าผู้ป่วยบางรายขาดนัด หักยาเอง เป็นต้น จากปัจจัยดังกล่าว ทำให้อัตราความสำเร็จของการ รักษาต่ำกว่าเกณฑ์ โดยจากสถิติในปี พ.ศ. 2564-2566 อัตราความสำเร็จของการรักษามีเพียงร้อยละ 81.0, 75.01 และ 62.96 ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาล มหาสารคาม ทั้ง 3 ปีที่ผ่านมาต่ำกว่า ร้อยละ 85 ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และยังพบข้อมูลอัตราการตายจากวัณโรคสูงขึ้นจากเดิมปี 2565 ร้อยละ 16.72 เป็นร้อยละ 22.22 ในช่วงปี 2566 โดยพบเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเช่น HIV DM CA และเสียชีวิตส่วนใหญ่ในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา และพบอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค (LTF Rate<5) ปี 2564-2566 เป็นร้อยละ 6.8, 6.38 และ 1.64 ตามลำดับ

ดังนั้น เพื่อให้อัตราความสำเร็จของการรักษาเพิ่มขึ้น จึงได้พัฒนาระบบการดูแลบุคลากรที่ป่วยด้วยโรควัณโรค โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อให้การดูแลบุคลากร ตั้งแต่ก่อนเข้าทำงาน ขณะปฏิบัติงาน และเมื่อบุคลากรเจ็บป่วย เพื่อให้บุคลากรที่ป่วยเป็นวัณโรคเป็นไปในแนวทางเดียวกันและต่อเนื่องจนสามารถกลับมาปฏิบัติงานได้ตามปกติ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีแนวทางการดูแลบุคลากรป่วยวัณโรค ใช้ในโรงพยาบาลมหาสารคาม
- 4.2 มีแนวปฏิบัติการรับบริการผ่านช่องทางด่วนสำหรับบุคลากรป่วยวัณโรค
- 4.3 บุคลากรเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว และปลอดภัย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการคัดกรองเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงวัณโรค มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85
2. อุบัติการณ์การป่วยวัณโรคในบุคลากร เป็น 0
3. อัตราความพึงพอใจของบุคลากรป่วยวัณโรค ต่อแนวทางการบริการช่องทางด่วน มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....

(นางลัดดาวัลย์ บุณวรรศิลป์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 19 เดือน ๕๐ พ.ศ. ๖๗

ผู้ขอประเมิน