

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช.(ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะตับแข็งและติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง
2. ข้อเสนอแนะ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพ
มากขึ้น
เรื่อง ลดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เสนอโดย

นางสาวพนิดา บุญนะโชติ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 36)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ผู้อำนวยการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งและติดเชื้อในช่องท้อง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 17 วัน (ตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการ

1. ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งและติดเชื้อในช่องท้อง

โรคตับแข็งและติดเชื้อในช่องท้อง

ความหมาย

Laennec เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า cirrhosis จากภาษากรีก “Kirros” ซึ่งหมายถึงสีเหลือง เนื่องจากพบว่าตับที่ได้จากการตรวจศพผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มีสีเหลือง(สังพันธ์ อิศรเสนา , 2543:149) ปัจจุบันโรคตับแข็ง หมายถึงโรคตับแข็งเรื้อรัง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ตับ (Chronic และ diffuse liver disease) ลักษณะสำคัญคือ มี 1. fibrosis 2. regenerating nodules และ 3. โครงสร้างของ lobules ของตับเปลี่ยนแปลงจากลักษณะปกติ

สาเหตุ

สาเหตุของโรคตับแข็ง สามารถบอกได้ประมาณร้อยละ 70 ที่สำคัญ คือ สุราและไวรัสตับอักเสบบ (ชนิด B, C และD) ในสหรัฐกล่าวไว้ว่า การดื่มสุราที่จะทำให้เป็นโรคตับแข็ง คือ ปริมาณมากกว่า 160 – 180 กรัม/วัน เป็นระยะเวลา 10 - 20 ปี (Charles F.Gholson and Bruce R.Bacon, 2006: 81) และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่ง มีสาเหตุร่วมกันทั้ง 2 ชนิด

พยาธิสภาพของโรค

อาการที่เซลล์ตับถูกทำลายจนเกิดแผลเป็น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพหลายอย่าง ก่อให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญ ระบบเลือด ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ความต้านทานต่อการสะสมของยาและสารพิษต่างๆ เส้นเลือดอุดตันเกี่ยวกับการสร้างน้ำดีในตับ

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคตับแข็งชนิดต่างๆ แบ่งได้ดังนี้

1. asymptomatic stage เป็นระยะที่อาจไม่แสดงอาการเลยหรือมีอาการน้อยมาก

อาการที่อาจมีการตรวจพบ เช่น hepato megaly, splenomegaly, abnormal liver function test

2. symptomatic stage เป็นระยะที่แสดงอาการซึ่งพบอาการเนื่องจาก liver cell failure ดังต่อไปนี้

อาการแสดงเนื่องจาก liver cell failure ได้แก่

- 2.1 systemic symptoms ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร มีไข้ต่ำๆ หรือบางรายอาจมีอุณหภูมิต่ำกว่าปกติ

2.2 jaundice ของพยาธิสภาพในตับ serum bilirubin ที่เพิ่มขึ้นมีทั้ง conjugated form และ unconjugated form ทั้งนี้เนื่องจากมี hemolysis เกิดร่วมขึ้นพร้อมกับ liver cells มีสมรรถภาพในการ conjugated bilirubin ได้น้อยลงและในเวลาเดียวกัน ขับถ่าย bilirubin ลงสู่ biliary canals ได้ไม่ดี

2.3 endocrine changes บริเวณหน้าอก คอและหลังส่วนบน อาจพบว่ามีเส้นโลหิตฝอยแดงแตก แขนงเป็นหย่อมๆคล้ายใยแมงมุม(spider naevi) บริเวณฝ่ามือและปลายนิ้วมีสีแดงจืด(palmar erythema) มี gynaecomastia ในผู้ป่วยชาย มีสมรรถภาพทางเพศลดลง (impotence) มีอวัยวะเล็กลง (testicular atrophy), และมีขนบริเวณรักแร้ หน้าอกและหัวหนาดลดลงหรือหมดไป (loss of secondary sexual characteristic)

2.4 coagulation abnormality ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งอาจมีอาการตกเลือดในท่อทางเดินอาหาร หรือมีเลือดออกในส่วนอื่นของร่างกาย เช่น ที่ผิวหนังเป็นแบบ purpura หรือ ecchymosis

2.5 ascites ผู้ป่วยสังเกตว่าท้องโตขึ้นเรื่อยๆในขณะที่ร่างกายส่วนอื่นพอมลง ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจาก liver failure ร่วมกับ portal hypertension

2.6 chronic hepatic encephalopathy เป็นอาการที่สำคัญและแสดงถึงความรุนแรงของโรค

2.7 fetor hepaticus คือ กลิ่นลมหายใจออกของคนไข้ที่มีกลิ่นหวานเอียนๆ เชื่อว่าเกิดจาก methyl mercaptan ซึ่งมาจากลำไส้ และไม่ถูกทำลายที่ตับอย่างปกติ
ภาวะแทรกซ้อนโรคตับแข็ง (สัจพันธ์ อิศรเสนา, 2543: 152) ได้แก่

1. มานน้ำและบวม (ascites & edema)
2. ความดันปอร์ทัลสูง(portal hypertension) ทำให้มีการตกเลือดในหลอดอาหาร(esophageal varices)
3. ซีด เลือดออกง่ายกว่าปกติ (anemia & hemorrhagic tendency)
4. มีอาการทางสมองเนื่องจากตับวาย (hepatitis encephalopathy)
5. เยื่อช่องท้องอักเสบจากแบคทีเรีย (spontaneous bacterial peritonitis)
6. ไตวาย (hepatorenal syndrome) ไตวายในโรคตับแข็งเกิดจากได้รับยาขับปัสสาวะเป็นเวลานาน การเจาะเอาน้ำออกทางหน้าท้อง การมีเลือดออกทางเดินอาหาร

การรักษาภาวะตับแข็ง

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (non operative emergency treatment) ประกอบด้วย รักษาภาวะช็อค การตกเลือด การป้องกันภาวะหมดสติเนื่องจากตับวาย (hepatic coma) การให้สารน้ำชนิด hypertonic glucose solution (10% dextrose solution) ร่วมกับวิตามิน K และวิตามิน B การแก้ไขภาวะ hypokalemic metabolic alkalosis รักษาภาวะน้ำเกิน โดยจำกัดการให้สารน้ำ

2. การรักษาด้วยยา ได้แก่ยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ได้แก่ Vasopressin (pitressin) ,beta adrenergic blockers ,somatostatin และยาขยายหลอดเลือดได้แก่ isoproterenol จะทำให้เกิดการลดแรงต้านของการไหลเวียนเลือดภายในตับทำให้แรงดันปอร์ทัลลดลง

3. การใส่บอลลูนโดยใช้สาย sengtaken- Blakemore tube (S-B Tube) ไปกดหลอดเลือด varices ที่โป่งพอง (esophageal balloon tamponade)

4. การรักษาโดยการผ่าตัด (operative treatment) ได้แก่ portocaval shunt ,splenorenal shunt ,mesocaval shunt การผ่าตัดใส่ stent (transjugular intrahepatic portosystemic shunting

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี 10 เดือน สถานภาพคู่ รูปร่างสมส่วน ผิวสองสี ผมดำหยักศก เข้าทั้งสองข้างบวมกดบวม 1+ รู้สึกตัวดี มาด้วยอาการ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้ หายใจหอบเหนื่อย จุกแน่นท้อง แพทย์ให้การวินิจฉัยในเบื้องต้นว่าเป็น โรคตับแข็งและมีการติดเชื้อในช่องท้อง รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยสามัญชาย โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ในวันที่ 8 มีนาคม 2550 เวลา 19.00น. ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Tienam 500 มิลลิกรัมหยดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง และให้ยา Dopamin ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 10 มิลลิลิตรต่อนาที ติดตามผลตรวจเลือดทางโลหิตวิทยา BUN ,Creatinine และ Electrolyte เป็นระยะ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 27 มีนาคม 2550 เวลา 10.00 น. และนัดมาตรวจอีกครั้งในวันที่ 23 เมษายน 2550 โดยมีการเจาะเลือดตรวจ BUN,Creatinine และ Electrolyte ก่อนพบแพทย์ สัญญาณชีพก่อนพ้นการดูแล อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

ขั้นตอนการดำเนินการ

- 4.1 ศึกษาค้นคว้าความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งและติดเชื้อในช่องท้อง
- 4.2 คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งและติดเชื้อในช่องท้อง
- 4.3 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ และนำเสนอตามลำดับขั้นตอน
5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี
6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี 10 เดือน เลขที่ภายนอก 7120 – 45 เลขที่ภายใน 5316 - 50 สถานภาพคู่ รูปร่างสมส่วน ผิวสองสี ผมดำหยักศก เข้าทั้งสองข้างบวมกดบวม 1+ รู้สึกตัวดี มาด้วยอาการ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วย มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย จุกแน่นท้อง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้การวินิจฉัยในเบื้องต้นว่าเป็น โรคตับแข็งและมีการติดเชื้อในช่องท้อง รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยสามัญชาย โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ในวันที่ 8 มีนาคม 2550 เวลา 19.00น. ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Tienam 500 มิลลิกรัมหยดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 วัน และให้ยา Dopamine ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 10 มิลลิลิตรต่อนาที แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 27 มีนาคม 2550 เวลา 10.00 น. และนัดมาตรวจอีกครั้งในวันที่ 23 เมษายน 2550 โดยมีการ

เจาะเลือดตรวจ BUN, Creatinine และ Electrolyte ก่อนพบแพทย์ สัญญาณชีพก่อนฟื้นการดูแล อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

การรักษา

- 5 % D/N/2 1000 มิลลิกรัมผสม Vitamin B Complex จำนวน 2 มิลลิกรัมหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง
- อาหารอ่อนเกลือต่ำ
 - Tienam 500 มิลลิกรัมหยดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง
 - Lactulose 30 มิลลิกรัม รับประทาน วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้าและก่อนนอน
 - 20 % Albumin 50 มิลลิกรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ จำนวน 6ขวด
 - ส่วนประกอบของเลือดชนิดPRC จำนวน 1 ถุง อัตราการไหล 80 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง
 - Dopamine ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิกรัม อัตราการไหล 10 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง
 - ออกซิเจนทางMask with bag อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที
 - Elixir KCl รับประทานครั้งละ 15 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวันและเย็น
 - Omeprazole (20 มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า และเย็น
 - 3 % NaCl 500 มิลลิกรัมหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 40 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง
 - ทำหัตถการเจาะท้องเพื่อส่งตรวจของเหลวจากช่องท้องทางจุลชีววิทยาโลหิตวิทยาและเพาะเชื้อ
 - Aldactone(25 มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีภาวะท้องมานดันกระบังลม

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวัง สังเกตอาการแสดงของภาวะเม็ดเลือดแดงพร้อมออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย สับสน การเปลี่ยนแปลงของสีผิว ความเย็นขึ้น บันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง ความอึดตัวของออกซิเจนวัดที่ปลายนิ้ว ประเมินสภาพผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และเหมาะสม
2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายคือ Mask with bag อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที
3. สังเกตอัตราความลึก ลักษณะการหายใจ ฟังปอดประเมินเสียงหายใจเพื่อเป็นการประเมินภาวะหายใจล้มเหลว
4. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง เพื่อจะทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงไม่ไปดันปอด ทำให้ปอดขยายได้ดีขึ้นการระบาย อากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปได้ดี

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อน โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ จัดท่านอนให้สุขสบาย ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยเพื่อลดการใช้ออกซิเจน

7. ดูแลพ่นยาชนิด Beradual 1 nebule พ่น ทุก 4 ชั่วโมง
 การประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ.2550)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะ Low Cardiac output เนื่องจากมีภาวะ Portal hypertension
วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

สามารถรักษาระดับ Cardiac output และลดการทำงานของหัวใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ความอึดตัวของออกซิเจนวัดที่ปลายนิ้ว ทุก 1- 2 ชั่วโมง
 2. เพื่อระวังการเกิด tissue perfusion ลดลง โดยประเมิน
 - 2.1 peripheral vasoconstriction คือปลายมือ ปลายเท้าเย็น ผิวหนังเย็นชื้น เขียวคล้ำ
 - 2.2 sign of cerebral hypoxia คือระดับความรู้สึกลดลง มีอาการกระสับกระส่าย
 - 2.3 การทำงานของไตลดลง คือจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
 - 2.4 Respiratory distressคือหายใจหอบเหนื่อย ความอึดตัวออกซิเจนวัดที่ปลายนิ้วน้อยกว่า 90%
 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตรงตามแผนการรักษาคือ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาคือ Dopamine ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 31 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
 5. แนะนำให้มีการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ
 6. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้า-ออกทุกชั่วโมง ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงรายงานแพทย์
- การประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ.2550)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะการติดเชื้อแบคทีเรียของน้ำในช่องท้อง เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของ kuffer cell ที่ต่ำลง

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้ภาวะการเกิดการติดเชื้อลดน้อยลงและป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1- 2 ชั่วโมง
2. ให้การพยาบาลโดยใช้หลักเทคนิคปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วย
3. ทำความสะอาดเปลี่ยนผ้าปิดแผลบริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทุกวันหรือเปียกชื้น

4. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Tienam 500 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง พร้อมทั้งคอยสังเกตอาการข้างเคียงของยา
5. ดูแลความสะอาดร่างกาย ปากฟันและเช็ดตัวเพื่อลดไข้
6. ดูแลให้ได้รับยา Lactulose 30 มิลลิลิตร ให้รับประทานทางปากหลังอาหารเช้าและ ก่อนนอนตามแผนการรักษาโดยสังเกตอาการท้องอืด ท้องเดิน กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ความดันโลหิตต่ำ กระหายน้ำมาก ผิดปกติ
7. ติดตามผลการนับจำนวนเม็ดเลือดทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา
8. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด

การประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 6 (วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2550)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดลดลง
วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 – 2 ชั่วโมง
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค ถ้าพบชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็วตื่น อุณหภูมิร่างกายเริ่มต่ำความดันเพิ่มขึ้นและลดลงในระยะหลัง pulse pressure แคบ ชีต อ่อนเพลียกระสับกระส่าย หากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
3. สังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะในช่องท้อง ซึ่งจะมีอาการปวดท้อง หน้าท้องแข็ง กดเจ็บทั่วท้อง ท้องอืดมากขึ้น สอบถามตำแหน่ง ลักษณะ ระยะเวลาของการปวดท้อง เพื่อประเมินความรุนแรง
4. สังเกตและบันทึกปริมาณน้ำเข้า – ออก
5. ป้องกันการมีเลือดออกในทางเดินอาหารจาก gastric erosion และ Stress โดยให้ยา Omeprazole (20 มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าและเย็น
6. ระวังการเกิดอุบัติเหตุที่อาจทำให้เสียเลือดได้ เช่นการตกเตียง การกระแทกกับขอบเตียงโดยใช้เหล็กกั้นเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
7. ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่นการอาบน้ำ ต้องระมัดระวังการลื่นล้ม การแปรงฟัน ควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม เพื่อลดการระคายเคือง
8. สังเกตการถ่ายอุจจาระ เป็นสีดำ เลือดออกตามไรฟัน หรืออาเจียนเป็นเลือด เพื่อทราบภาวะการเสียเลือดที่อาจเกิดภายในระบบทางเดินอาหาร
9. ติดตามผลการตรวจเลือด โดยเฉพาะค่าเวลาของการแข็งตัวของเลือด เพื่อช่วยประเมินสภาวะการแข็งตัวของเลือด

การประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้บางส่วนในการเยี่ยมครั้งที่ 6 (วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2550)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เกิดภาวะขาดสารอาหารและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจาก
รับประทานอาหารได้น้อย ร่วมกับการถ่ายปัสสาวะบ่อย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดสารอาหารและมีความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และสารน้ำให้เพียงพอโดยวิธีรับประทาน
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง
3. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงเนื่องจากโปตัสเซียมต่ำ

กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง

4. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย รวมทั้งสังเกตสี ลักษณะ เพื่อทราบความสมดุลของน้ำภายในร่างกาย
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่าของโปตัสเซียม โซเดียม เพื่อทราบการดำเนินและความก้าวหน้าของโรค ถ้าหากมีอาการผิดปกติจะได้แก้ไขได้ทันเวลาที่
6. ดูแลให้ 20% Albumin 50 มิลลิลิตรหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง การประหมัด ผล ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2550)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเข้าใจถึงสภาพของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ
2. ให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ญาติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วย
3. ประเมินการรับรู้ปัญหาของญาติ ทักษะและการปรับตัว ความเข้มแข็งและแหล่งสนับสนุนของญาติ ค้นหาความรู้สึกของญาติว่าอยู่ในภาวะใด พร้อมทั้งประเมินระยะการปรับตัวของญาติ
4. ชี้แนะให้ญาติทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคโดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญอย่างมากในการควบคุมสภาวะโรคที่เป็นอยู่
5. ช่วยเหลือให้ญาติได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกหรือความต้องการออกมา เช่น ความกลัว ความคาดหวังการเสาะหาแหล่งประโยชน์
6. กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุยถึงสาเหตุและความต้องการร่วมกัน
7. อธิบายให้ญาติทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยอธิบายซ้ำๆ ใช้ภาษาที่ญาติสามารถเข้าใจได้เมื่อพูดคุยกับญาติ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยและตัดสินใจในปัญหาสำคัญเกี่ยวกับชีวิตผู้ป่วย

การประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 1 (วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2550)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ยาและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและภรรยามีความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ยาและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านดังนี้ สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่งการออกกำลังกาย หรือการทำกิจกรรมใดๆที่อาจทำให้ได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ขี่จักรยาน การเล่นกีฬา ถอนฟัน เป็นต้น เพราะอาจจะทำให้เลือดออกได้
 2. การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารจัดหรืออ่อนเคี้ยว งดอาหารหรือของแห้งที่ใช้เกลือในการเก็บรักษา เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม อาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดหรือเครื่องเทศ จำกัดอาหารประเภทโปรตีนให้รับประทานโปรตีนได้โดยเฉพาะโปรตีนจากพืชจะดีกว่าโปรตีนจากสัตว์ เพราะมีกรดอะมิโนน้อยกว่า
 3. ผู้ป่วยยังมีอาการคันตามผิวหนัง ควรเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นไม่ใช้สบู่หรือครีมอาบน้ำใช้ครีมทาผิว ตัดเล็บให้สั้น ป้องกันการเกาเป็นแผลถลอก
 4. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษาต้องใช้เวลา พุดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ยอมรับสภาพของตน
 5. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะท้องผูก ถ้าท้องผูกต้องให้ดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารที่มีกากเพื่อช่วยในการขับถ่าย รับประทานอาหารให้เป็นเวลา พักผ่อนเต็มที่
 6. หลีกเลี่ยงยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยากล่อมประสาทและยาสงบประสาท
- การประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 7 (วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ.2550)
 รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 18 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็งและติดเชื้อในช่องท้อง รับประทานยาในควมดูแลวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2550 ได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตามและประเมินผลรวมเวลาในการรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลา 18 วัน เยี่ยมจำนวน 7 ครั้ง พบปัญหาทั้งหมด 7 ข้อได้รับการแก้ไขทั้งหมด จำนวน 6 ข้อ และปัญหาที่สามารถแก้ไขได้บางส่วนจำนวน 1 ข้อ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 27 มีนาคม 2550 เวลา 10.00 น. และนัดมาตรวจอีกครั้งในวันที่ 23 เมษายน 2550 โดยมีการเจาะเลือดตรวจ BUN, Creatinine และ Electrolyte ก่อนพบแพทย์ สัญญาณชีพก่อนพ้นการดูแล อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

ด้านบุคลากร

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งและติดเชื้อในช่องท้อง
2. เพื่อใช้ในการนิเทศแก่บุคลากรทางการพยาบาล
3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางการพยาบาลในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งและติดเชื้อในช่องท้อง

ค่านผู้ป่วย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้การพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. บุคลากรในทีมสุขภาพขาดประสบการณ์ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งและติดเชื้อในช่องท้อง

2. ต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานคือรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลและการประเมินผล

3. ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีศึกษา ต้องอาศัยความร่วมมือและยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ

10. ข้อเสนอแนะ

1. จัดประชุมแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมทบทวนการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษา
2. จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเจาะท้อง เพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการเจาะท้อง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. จัดหาตำรา เอกสาร และวารสารเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล โรคตับแข็งไว้ประจำหน่วยงาน
4. เปิดโอกาสให้บุคลากร ได้เข้ารับการอบรมร่วมประชุมวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วย และนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย
5. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคตับแข็ง สาเหตุ การป้องกันและการดูแลตนเองโดยการสอนเป็นรายบุคคล เพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบต่างๆที่เกิดจากโรคตับแข็ง
6. ควรมีการส่งปรึกษานักโภชนาการในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคตับแข็ง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....
(นางสาวเนือง.....)

(ผู้ขอรับการประเมิน)

...../...../.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการ
ปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... *ML N*
(*ท.ส. นนิต นนท. โส*)
(ผู้ขอรับการประเมิน)
..... *๑๖ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๕*

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความ
เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... *ML ๒๕*
(*นางจ. นนท. นนท. รัตน*)
(..... *คณบดี คณะพยาบาล*)
ตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
..... *๑๖ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๕*

ลงชื่อ..... *วิมล นนท. นนท.*
(*ศาสตราจารย์ ดร. วิมล นนท.*)
ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
..... *๑๖ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๕*

บรรณานุกรม

- ธีรวรรณ พิภทองพรเทพ.การดูแลผู้ป่วยวิกฤต.กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด.2547.
- เต็มชัย ไชยญาติ.โรคตับและน้ำดี.กรุงเทพฯ: ยูนิตีพับลิเคชั่น.2528.
- นุสนธิ์ กัดเจริญ.เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2543.
- ปรีชา รอดปรีชา.การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4.นนทบุรี.โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. 2541.
- ปราณี ทัฬไพรและคณะ.การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ: 2552.
- พาริดา อิบราฮิม.ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล.กรุงเทพฯ: 2546.
- วิทยา ศรีดามา.Evidence based Clinical Practice Guideline ทางอายุรกรรม.พิมพ์ครั้งที่ 3 ,กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2548.
- วิพร เสนารักษ์.การวินิจฉัยการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่8 .ขอนแก่น.ขอนแก่นการพิมพ์. 2548.
- ละเอียด แจ่มจันทร์และสุรี ชันธรักษ์วงศ์.สารบททวนการพยาบาลผู้ใหญ่ เล่ม 2.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:จุดทอง.2549.
- สังพันธ์ อิศรเสนา.ตำราอายุรศาสตร์4.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2543.
- สว่าง แสงหิรัญวัฒนา.เวชปฏิบัติทันสมัย 3.กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.2537
- สุชา คุระทอง,สวัสดิ์ หิตะนันท์และคณะ.วิวัฒนาการในโรกระบบทางเดินอาหาร.กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร. 2527.
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์,สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์,กระบวนกรพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.2543.
- สมเกียรติ วัฒนศิริกุล.Portal Hypertension.กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.2536.
- อภิชัย ลีละศิริและคณะ.การซักประวัติและตรวจร่างกาย.กรุงเทพฯ:รุ่งศิลป์การพิมพ์.2544.
- Dorothy B.Doughty and Debra Broadwell Jackson.Gastrointestinal disorder.Missouri:1993.
- E.leanor D.Schlenkerand and Sara long.Essential of Nutrition and Diet Therapy.Ninth Edition.Missouri:2007.
- Mosby Year Book.Essentials of Clinical Hepatology.Missouri:West line Industrial.2006.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวพนิดา บุญนะโชติ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 36) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง ลดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

หลักการและเหตุผล

ในประเทศไทยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นการติดเชื้อที่มักพบเป็นลำดับแรกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล และพบได้ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่ง เป็นการติดเชื้อ ที่พบบ่อยที่สุดในหออภิบาลผู้ป่วย ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีอัตราตายสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาการเกิดปอดอักเสบ ซึ่งปอดอักเสบในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อแบคทีเรีย ที่พบส่วนใหญ่เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบทรงแท่ง ได้แก่ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* และ *Proteus spp.* ซึ่งเชื้อเหล่านี้อาจมาจากเชื้อภายในร่างกายผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อม อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยสำลักเอาเชื้อ จุลชีพซึ่งอยู่บริเวณช่องปากและลำคอเข้าไป หรือผู้ป่วยสูดหายใจเอาเชื้อเข้าไป การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ดังนั้นการกำหนดมาตรการหรือแนวทางปฏิบัติในการป้องกันจึงจำเป็นที่จะต้องครอบคลุมให้ครบทุกสาเหตุ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกรายไม่มีการติดเชื้อปอดอักเสบ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอแนะ

การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลทำให้อัตราตายในผู้ป่วยสูง พบว่าผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบมีอัตราตายอยู่ระหว่าง ร้อยละ 20-50 (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2547 : 20) อัตราตายในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจสูงกว่าในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่นได้แก่ โรคเดิมของผู้ป่วย และภาวะการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายล้มเหลว เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการตายของผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบ

การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล อาจเกิดได้จาก 3 สาเหตุ คือ

1. การสำลักเอาเชื้อซึ่งอยู่บริเวณช่องปากและลำคอเข้าไป (aspiration of oropharyngeal flora)
2. การสูดหายใจเอาเชื้อเข้าไป (inhalation of infectious aerosols)
3. การแพร่กระจายเชื้อจากการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นสู่ปอดทางกระแสโลหิต (hematogenous spread from a distance of infection)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ การมีพยาธิสภาพที่ระบบประสาทส่วนกลาง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน การติดเชื้อเรื้อรัง ระบบหายใจล้มเหลว ภาวะทุพโภชนาการ การอยู่โรงพยาบาลนาน อายุมาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบสูงกว่าผู้ป่วยอื่น

2. ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา

การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด (antacid) หรือ cimetidine ซึ่งทำให้กรดในกระเพาะอาหารเป็นกลาง หรือยับยั้งการสร้างกรดในกระเพาะอาหาร มักใช้ในการป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ แต่การใช้ยาเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับการเกิดปอดอักเสบ

การใส่ท่อช่วยหายใจ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วย เนื่องจากอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเกิดความระคายเคืองบริเวณ nasopharynx ทำให้การกลืนลำบาก ทำให้การขจัดเชื้อจุลินทรีย์และการไหลลง การได้รับเครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยต้องสัมผัสกับอุปกรณ์ที่ต้องมีการเติมของเหลวเข้าภายใน ได้แก่ nebulizer humidifier ซึ่งอาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อแบคทีเรีย

การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องประกอบด้วยกิจกรรมหลักดังต่อไปนี้ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2552 : 2)

1. การให้ความรู้แก่บุคลากร
2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและการเฝ้าระวังทางจุลชีววิทยา
3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
 - 3.1 การทำลายเชื้อและการทำให้อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจปราศจากเชื้อ
 - 3.2 การตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คน
4. การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย
 - 4.1 การเพิ่มกลไกป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย
 - 4.2 การป้องกันการสำลัก
 - 4.3 แนวทางในการป้องกันอื่นๆ

ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อพัฒนาลดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. รวบรวมสถิติการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ทบทวนเวชระเบียนเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และเชื้อก่อโรค

3. รวบรวมเอกสาร/ตำราวิชาการเกี่ยวกับการป้องกันติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
 4. ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น การดูแลเสมหะ การทำความสะอาดภายในช่องปาก
 5. รมรงค์การล้างมือของบุคลากร โดยติดตั้งขวดแอลกอฮอล์แห่งสำหรับล้างมือทุกเตียง
 6. จัดทำที่วัดองศาการไขหัวเตียง พร้อมทั้งทดลองปฏิบัติ
 7. จัดทำแบบส้อมสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการป้องกัน
 8. ลงหน่วยงานเพื่อส้อมสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากร
 9. รวบรวมและวิเคราะห์ผลการส้อมสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากร
 10. จัดอบรมและประชุมร่วมกับหน่วยงานเพื่อให้ความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
11. ลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติทุก 3 เดือน
 12. รวบรวมและวิเคราะห์สถิติอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทุกเดือน
 13. รายงานสถิติแก่ผู้บริหาร พร้อมทั้งให้รายงานผลกลับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
 2. ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและของโรงพยาบาลในการรักษาภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
 3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล
 4. ลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
 5. บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ**
- ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีการติดเชื้อปอดอักเสบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้ง/1,000วันใช้เครื่องช่วยหายใจ

ชื่อ.....
 (.....)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 25 / / 2552

บรรณานุกรม

- บรรจง วรรณยิ่งและคณะ,คู่มือปฏิบัติงานการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล.กรุงเทพฯ.จุดทอง จำกัด. 2546
- สมหวัง คำานชัยจิตรและคณะ,คู่มือปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.กรุงเทพฯ:
สถาบันบำราศนราดูร.2550
- อะเคื่อ อุณหเลขกะ.การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการสุขภาพ.กรุงเทพฯ:สามเจริญพาณิชย์.2547
- _____ .การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 3 .กรุงเทพฯ:เจ.ซี.ซี. 2545
- _____ .แนวทางการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ.พิมพ์ครั้งที่ 2 .เชียงใหม่: มิ่งเมือง.
2552
- อนุชา อภิสารธนรัถย์.ตำราโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและมาตรการควบคุมโรคติดเชื้อฉบับพื้นฐาน. กรุงเทพฯ:
วัชรินทร์ พี.พี.2551

