


บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒๓	นางโสภา หมูศิริ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ออโรโรปิติกส์	๔๕๐๒๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ออโรโรปิติกส์	๔๕๐๒๘	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลัง ระดับคอส่วนล่าง : กรณีศึกษา”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาระบบการจัดการบริการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ” 				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง: กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๔
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง

การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) นับได้ว่าเป็น Critical event ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและไม่คาดหวัง ผลของการบาดเจ็บทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกาย (Dysfunction of the body) โดยมีการสูญเสีย Sensory และ/หรือ Motor control รวมไปถึง Reflex function ที่เกิดขึ้นได้ทั้งในส่วนของ Upper และ Lower limbs ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิด multiple organ dysfunction ที่คุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (Tholl, Nitschke, Bellaguarda, Vieira, Silva, & Busana, ๒๐๒๐; Xia, Wang, & Wang, ๒๐๒๒)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไขสันหลังระดับเอวจะมีการสูญเสีย Sensory และ Motor control ในการเคลื่อนไหวของขาทั้งสองข้าง และหากมีการบาดเจ็บของไขสันหลังในระดับคอหรือทรวงอก ผู้ป่วยก็จะกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงจากการสูญเสีย Sensory และ Motor control ในการเคลื่อนไหวของทั้งแขนและขา รวมถึงมีความผิดปกติของ Reflex function ในระบบการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ นอกจากนี้หากผู้ป่วยรายใดมี Medical condition เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ก็จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Venous thrombosis ของ Lower limb, Heart attack, Cerebral infarction, และ Pulmonary embolism ได้ (Xia et al., ๒๐๒๒)

จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า สาเหตุการบาดเจ็บที่ไขสันหลังส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุยานพาหนะร้อยละ ๓๗.๖ รองลงมาคือตกจากที่สูงร้อยละ ๓๑.๕, การกระทำที่มีความรุนแรง เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกยิง ร้อยละ ๑๕.๔ และอุบัติเหตุเกี่ยวกับกีฬา ร้อยละ ๘.๓ นอกจากนี้ยังพบว่า ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังรายใหม่เพิ่มขึ้น ๑๘,๐๐๐ ราย ซึ่งมีผู้รอดชีวิตและดำรงชีวิตอยู่ในปัจจุบันประมาณ ๓๐๒,๐๐๐ คน ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บไขสันหลังเป็นจำนวนทั้งหมดประมาณ ๒๕๕,๐๐๐ - ๓๘๓,๐๐๐ ราย โดยที่เป็น Incomplete Tetraplegia, Incomplete Paraplegia, Complete Paraplegia, Complete Tetraplegia, Normal ร้อยละ ๔๗.๑, ๒๐.๑, ๑๙.๘, ๑๒.๕, และ ๐.๖ ตามลำดับ (National Spinal Cord Injury Statistical Center, ๒๐๒๓) สำหรับประเทศไทยไม่พบรายงานสถิติการบาดเจ็บไขสันหลังภาพรวมที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามในบัญชีจำแนกโรครระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ ๑๐ ที่วราชอาณาจักร พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ พบว่า มีผู้บาดเจ็บกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษาจำนวน ๓๐,๙๗๕, ๓๔,๗๗๑, ๓๗,๖๐๗, ๓๙,๒๔๘ และ ๓๘,๓๕๒ ราย ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๖) ซึ่งอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังนี้จะพบการบาดเจ็บของไขสันหลังร่วมได้ถึงร้อยละ ๕๖ และ จะส่งผลอันตรายถึงชีวิตได้ร้อยละ ๘ (Pickett, Campos-Benitez, Keller, & Duggal, ๒๐๐๖ อ้างถึงใน ภาณุพงศ์ ราชอุปนันท์, วุฒิไกร ปันนวล, และเกตุวดี วันไชยธนวงศ์, ๒๕๖๔) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าประมาณร้อยละ ๙๒ ที่รอดชีวิต จะมีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเพียงร้อยละ ๐.๕๕ เท่านั้นที่พื้นหายได้สมบูรณ์ ที่เหลืออีกร้อยละ ๙๙.๔๕ คือผู้ที่ต้องกลายเป็นคนพิการและอยู่ในสภาวะพึ่งพิง

แม้ว่าในบริบทของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จะรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่างไว้ดูแลไม่มากนักเนื่องจากโดยส่วนใหญ่มักจะถูกส่งต่อไปเพื่อเข้ารับการรักษาตัดในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าแล้วจึงส่งกลับมาฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตในระยะแรกรับ และแม้รอดชีวิตก็ยังคงมีความท้าทายในการดูแลระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะต่อเนื่อง เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีกำลังใจในการดำรงชีวิตได้อย่างอิสระตามสภาพ

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ดังนั้นในกรณีศึกษาฉบับนี้จะมุ่งเน้นการพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง โดยมีเป้าหมายของการพยาบาลที่สำคัญ คือ (๑) การดูแลและจัดการปัญหาที่เกิดจากโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่เปลี่ยนไป เช่น ปัญหาเรื่องการหายใจ ปัญหาเรื่องการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ การป้องกันและรักษาอาการปวด เป็นต้น (๒) การฟื้นฟูความสามารถด้านต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง (self care) และการเคลื่อนที่ (mobility) ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด (๓) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ สามารถดำรงชีวิตอิสระได้ตามสภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีหลายทฤษฎีทางการพยาบาลที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินและวางแผนทางการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น Orem, Roy, Horta, และ King (Tholl et al., ๒๐๒๐) อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับมาจากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชภายหลังจากผ่าตัดเพื่อเอาหมอนรองกระดูกส่วนคอชั้นที่ ๓-๖ ที่กดทับเส้นประสาทออกแล้วยึดให้มั่นคงด้วยการใส่แผ่นโลหะตามกระดูก ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วย และพร้อมที่ปรับตัวเรียนรู้เพื่อดำรงชีวิตอิสระ ดังนั้นผู้ขอประเมินจึงได้นำ The International Classification of Functioning Disability and Health: ICF, Diagnosis divisions ๑๓ แบบแผน, และ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อความครอบคลุมในการประเมินและความครบถ้วนสมบูรณ์ของการกำหนดแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังที่จะได้กล่าวในลำดับถัดไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๑ ปี Diagnosis: Tetraplegia Sequelae of Spinal Cord Injury due to traumatic C๔ รับ Refer back มาจากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน คือ ๓๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล (๒๙ มีนาคม ๒๕๖๔) ชีโมเตอร์ไซด์ล้ม ไม่สลบ มีอาการปวดต้นคอ ขยับแขน ขาไม่ได้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้ป่วยได้รับการ Refer out ไปผ่าตัด ACDF with plate at Cervical spine ๓-๖ level และส่งกลับมารับการฟื้นฟูสภาพต่อที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๔

ภายหลังจากการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ทำการประเมินสภาพเพื่อรวบรวมปัญหาและความต้องการตามกรอบแนวคิด Diagnosis divisions ๑๓ แบบแผน และกรอบแนวคิด ICF สรุปได้ดังนี้ Elderly male, alert and cooperation, good attention and working memory; Tetraplegia sequelae of spinal cord injury, sensory and motor right C๔, left C๔; NLI C๔; Complete cord injury ASIA A; Zone of partial preservation motor right C๔, left C๔, loss of sensory; Upper and Lower extremities MAS grade ๒-๓ and muscle strength grade ๐; UEs: Tenderness at sternocleidomastoid and upper trapezius Lt > Rt; Limit ROM of both shoulder, elbow, wrist, and finger; myogenic contracture both elbow, wrist, and finger; Hand function poor both side. LEs: no deformities of joint, pitting edema at both ankle to feet, limit ROM al joints.; Function mobility tasks: Zero sitting balance, maximal assistance to bed mobility and transfer bed to wheel chair by Lifting. Orthostatic hypotension upright. Totally BADL dependent, retained foley's catheter urine สีเหลืองใสมีตะกอน ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกในการอยากถ่ายอุจจาระ ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องทำ Evacuation ร่วมกับการใช้สบู่นั้นับ และ Unison Enema วันเว้นวัน stool type ๑,๒,๓,๔ ผู้ป่วยมีแผลถลอกที่ขาด้านซ้ายขนาด ๑x๑ cm แผลแห้งดี และมีแผล pressure injury at coccyx ระดับ ๒ ขนาดแผล ๑x๑ cm แผลแดง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

จากการรวบรวมปัญหาในเบื้องต้น บูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดเป็นแผนในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (๑) บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากประสิทธิภาพในการช่วยเหลือตัวเองลดลง (๒) มีภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งและข้อติดแข็งจากพยาธิสภาพของโรค (๓) มีภาวะ Orthostatic hypotension ขณะ upright (๔) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีปวดตึงกล้ามเนื้อบริเวณคอและบ่าทั้งสองข้าง (๕) ผู้ป่วยมีแผล Pressure injury บริเวณ Coccyx stage ๒ ขนาด ๑ x ๑ cm (๕) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia ช้ำ (๖) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Fecal impaction (๗) เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ (๘) ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจในการกลับไปอยู่บ้าน

จากการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing agency) เพื่อทดแทนในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่อง และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผน ทำการประเมินผลด้วยเครื่องมือ SMNRC Functional Assessment score พบว่า Mobility คงเดิม ผู้ป่วยไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้บนเตียงเนื่องจากมี spasticity; Feeding เพิ่มขึ้นจาก ๔ เป็น ๖ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายในวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ ๕๐ วัน (รพ.พระจอมเกล้าฯ ๑๐ วัน, รพ.ภูมิพล ๑๘ วัน, รพ.พระจอมเกล้า ๒๒ วัน) ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการจัดการกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในเรื่องสำคัญจำเป็น ได้แก่ Neurogenic bladder, UTI prevention, Neurogenic bowel, Aspiration of secretion, Mobilization, Prevention pressure injury, และ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น AD, spasticity, respiratory infection

สำหรับปัญหาที่ยังคงต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ (๑) การป้องกันภาวะ AD จากการคั่งค้างของปัสสาวะและอุจจาระ ดังนั้นจึงให้ความรู้กับผู้ดูแลในการทำ Bowel program และ Bladder training อย่างต่อเนื่อง (๒) Orthostatic hypotension ขณะ upright หลังจากปรับลดองศาของการฝึกยืนบน Tilt/ Standing frame จาก ๖๐ เหลือ ๔๕ องศา ผู้ป่วยไม่มีอาการตึงกล้ามเนื้อ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านอาจเกิดภาวะนี้ซ้ำได้จึงต้องเน้นย้ำผู้ดูแลให้หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว และพบพบอาการแก้ไขเมื่อเกิดอาการ (๓) ผู้ป่วยยังคงมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ Upper and Lower extremities MAS grade ๒-๓ กำหนด Goal Decrease spastic ๔ limbs ผู้ดูแลจึงได้รับความรู้เกี่ยวกับการฝึกการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และไม่ให้เกิดการยึดติดของข้อมากขึ้น เป็นการเตรียมความพร้อมในการฝึกสมรรถภาพด้าน BADL ต่อไป (๔) ผลกตหับยังคงเป็นระดับ ๒ ขนาดเล็กถึง แต่ยังคงต้องได้รับการเฝ้าระวังการเกิดขึ้นในตำแหน่งใหม่ (๕) การส่งต่อข้อมูลให้กับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่อง

หลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ๔ เดือน (๖ เดือนหลังบาดเจ็บ) ทำการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม พบว่า ผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาต่อที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งแพทย์กำหนดเป้าหมายการรักษาด้วยการเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวเองด้วย Motorized wheelchair by head control

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

๔.๒.๑ สืบหาข้อมูล

๔.๒.๒ เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษา

๔.๒.๓ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพทย์ หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตจาก EMR ในระบบ HOSxP ประวัติการรักษา การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

๔.๒.๔ ตรวจร่างกายและประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจพิเศษ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาของแพทย์

๔.๒.๕ ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความที่เกี่ยวข้อง ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญ และประสบการณ์สูงรวมทั้งแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล

๔.๒.๖ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ภายใต้กรอบแนวคิดของ The International Classification of Functioning Disability and Health: ICF, Diagnosis divisions ๑๓ แบบแผน, และ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

๔.๒.๗ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง

๔.๓.๒ เพื่อฝึกทักษะในการวิเคราะห์แยกแยะประเด็นปัญหาอย่างละเอียดรอบคอบ สามารถนำไปใช้ได้ ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง รายอื่นๆ ถัดไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยได้รับการดูแลและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่เปลี่ยนไป เช่น ปัญหาเรื่องการหายใจ ปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ การป้องกันและรักษาอาการปวด อย่างเหมาะสม รวมถึงได้รับการประสานงานเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูความสามารถด้านต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง (self care) และการเคลื่อนที่ (mobility) ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด อย่างต่อเนื่อง จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการเข้ารับการรักษารั้งนี้ ๕๐ วัน (รพ.พระจอมเกล้าฯ ๑๐ วัน, รพ.ภูมิพล ๑๘ วัน, รพ.พระจอมเกล้าฯ ๒๒ วัน)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง

๖.๒ ใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและ Empowerment ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำรงชีวิตได้อย่างอิสระต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จำแนกความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ ตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

๗.๑ ระบบทางเดินหายใจ: การบาดเจ็บของไขสันหลังตั้งแต่ระดับ C๔ ผู้ป่วยมักใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragm) หายใจเข้าได้แต่ยังมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อระหว่างช่องซี่โครง (intercostal muscle) และกล้ามเนื้อหน้าท้อง ส่งผลให้ความจุปอด (vital capacity ;VC) ลดลงและไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจได้ง่าย โดยภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ (atelectasis), เสมหะอุดตัน (secretion obstruction), ปอดอักเสบ (pneumonia), ระบบหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ซึ่งสำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษามีประวัติเคยทำ Tracheotomy และ closure ขณะ Admit ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หลังจากนั้น ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไอขับเสมหะได้ ไม่มีภาวะติดเชื

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

ที่ปอด ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ จากการฟังเสียงปอด พบว่า decrease breath sound resonance Lt > Rt; Resonance Rt > Lt. Tactile fremitus Rt > Lt, lungs expansion not full

๗.๒ ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับสูงจะมีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาท sympathetic เมื่อเปลี่ยนจากท่านอนราบเป็นท่านั่งหรือทำยืนอย่างรวดเร็ว ทำให้เลือดที่ไหลเวียนในช่องท้องและขาไม่สามารถไหลกลับได้ตามปกติ ส่งผลให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลงและเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกหิว เวียนศีรษะ หน้ามืดและหน้าซีดในขณะที่เปลี่ยนท่าเอาศีรษะขึ้น กรณีวัดความดันโลหิต systolic จะลดลงมากกว่า ๒๐ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิต diastolic ลดลงมากกว่า ๑๐ มิลลิเมตรปรอท ภายใน ๓ นาทีหลังเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง สำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษา ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) ทั้งหมด ๒ ครั้ง ขณะทำกายภาพบำบัด โดยพบว่า มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เมื่อฝึกยืนบน Tilt/ Standing frame ปรับเอน ๖๐ องศา

๗.๓ Autonomic dysreflexia (AD): ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของไขสันหลังในระดับที่สูงกว่า sympathetic outflow ที่มาเลี้ยงบริเวณช่องท้อง (ระดับ T๖ ขึ้นไป) ทำให้สมองไม่สามารถควบคุมรีเฟล็กซ์ซิมพาเทติกได้ตามปกติ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นอวัยวะภายในหรือบริเวณต่ำกว่าการบาดเจ็บของไขสันหลัง ทำให้เกิดการ ทำงานของระบบประสาท sympathetic ที่มากเกินไปในบริเวณใต้ต่อการบาดเจ็บของไขสันหลัง หลอดเลือดหดตัวและความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างเฉียบพลันมากกว่า Baseline ๒๐ มิลลิเมตรปรอท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรง ในขณะที่ระบบประสาท parasympathetic ที่ยังปกติจะตอบสนองเพื่อให้เกิดภาวะสมดุล โดยทำให้หัวใจเต้นช้าลง หลอดเลือดส่วนบนขยายตัวทำให้มีหน้าแดง คัดจมูก เหงื่อออกบริเวณใบหน้าและแขน หากเกิดภาวะนี้และไม่ได้ดูแลจนมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต สำหรับผู้ป่วยรายนี้ พบ AD ที่รุนแรงที่สุดขณะ Admit ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และในช่วงที่ให้การดูแลผู้ป่วย จากสิ่งเร้าคือ การอุดตันจากตะกอนของปัสสาวะ โดยอาการแสดงคือ ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ BP ๑๘๐/๑๐๑ mmHg

๗.๔ ระบบขับถ่ายปัสสาวะ: กระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติจากระบบประสาท (Neurogenic bladder dysfunction) สำหรับในกรณีศึกษาเป็นประเภท Neurogenic detrusor overactivity คือ กระเพาะปัสสาวะมีความไวเกิน พบอาการปัสสาวะไม่ออกหรือปัสสาวะออกแต่เหลือค้ำมาก ร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหูรูดไม่คลายตัวขณะกระเพาะปัสสาวะบีบตัว (Detrusor-Sphincter-Dyssynergia; DSD) ซึ่งอาจทำให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงจนส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนในไต เช่น vesicoureteric reflux (VUR), การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะขึ้นในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ มีการติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะ ๒ ครั้ง

๗.๕ การดูแลระบบทางเดินอาหาร: ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระผิดปกติจากระบบประสาท (Neurogenic bowel dysfunction) ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้เป็นชนิด Reflexic bowel โดยพบว่า มีอาการท้องผูก (Constipation) มีก้อนอุจจาระอัดแน่นในลำไส้ใหญ่ (Fecal impaction) ซึ่งเป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ลดลงและหูรูดทวารหนักหดเกร็ง

๗.๖ ระบบผิวหนัง: ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีการสูญเสียการรับรู้สัมผัส สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะเกร็งกระตุก ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงแรงกด (pressure), แรงเฉือน (shear force) จากที่ร่างกายมีการเคลื่อนที่ไปในทิศทางต่างๆ ตลอดจน แรงเสียดทาน (friction) จากการเสียดสีของผิวหนังกับผิววัตถุภายนอก และสภาพแวดล้อมบริเวณผิวหนัง เช่น ความชื้นและ (moisture) จากปัสสาวะ อุจจาระเล็ดราดหรือการใช้แผ่นรองขับต่อเนื่องนานๆ ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก สำหรับผู้ป่วยรายนี้ พบแผลกดทับ ระดับ ๒ ที่ก้นกบ ขนาด ๑x๑ เซนติเมตร

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

๗.๗ ระบบการเคลื่อนไหว: เกิดจากความผิดปกติของประสาทสั่งการที่ส่งผลให้กล้ามเนื้อตึงตัวมากกว่าปกติ มักเกิดใน upper motor neuron lesion ผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้น ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย มีภาวะเกร็ง กระตุกของกล้ามเนื้อ และภาวะข้อยึดติดเกิดทั่วร่างกาย สำหรับผู้ป่วยรายนี้มี spasticity MAS ระดับ ๒-๓ ซึ่งส่งผลขัดขวางการเคลื่อนไหวของร่างกาย

๗.๘ อาการปวด: ผู้ป่วยมีอาการปวดที่ sternocleidomastoid และ trapezius muscle Lt > Rt ลักษณะการปวดเป็นแบบ Nociceptive pain (myofascial pain syndrome) จาก Muscle spasm เหตุเพราะใช้งานมากเกินไป

๗.๙ ภาวะควบคุมอุณหภูมิของร่างกายผิดปกติ: เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไม่ปกติ ดังนั้นเมื่ออากาศร้อน จึงไม่สามารถสร้างเหงื่อในบริเวณที่เป็นอัมพาตได้ ส่งผลให้ไม่สามารถระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ ในทางกลับกันเมื่ออากาศหนาวเย็น ร่างกายมีอุณหภูมิต่ำลงกว่าปกติ (poikilothermia) ซึ่งจากการเฝ้าระวังไม่พบภาวะนี้ในผู้ป่วยกรณีศึกษา

๗.๑๐ ระบบสืบพันธุ์: การบาดเจ็บของไขสันหลังส่งผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ทำให้การแข็งตัวไม่เพียงพอต่อการมีเพศสัมพันธ์ (erectile dysfunction) จากการที่ผู้ป่วยกรณีศึกษามีสถานภาพสมรส จึงสัมภาษณ์เพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย ซึ่งผู้ป่วยบอกว่ามีอาการทางเพศบ้างบางครั้ง แต่ก็ยอมรับสภาพได้ จึงสัมภาษณ์ภรรยาและให้คำแนะนำเบื้องต้นเพื่อให้สามารถครองคู่กันต่อไปได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

The hope (ความหวัง) เป็นสิ่งที่ขับเคลื่อนชีวิตใน case นี้มองเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความพิการ เหลือเพียงกล้ามเนื้อที่คอและบ่าเท่านั้นที่สามารถใช้งานได้ ทำให้ในบางครั้งพบว่าผู้ป่วยไม่ค่อยพูดและหลับเป็นส่วนใหญ่ และปฏิเสธการฟื้นฟูสภาพในช่วงเวลาที่ญาติขอกลับบ้าน จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ WHOQOL-BREF-THAI พบว่ายังอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงไม่ได้ส่งปรึกษาจิตเวช ใดๆก็ตาม เมื่อระยะเวลาของความเจ็บป่วยยาวนานขึ้น ด้วยความยากลำบากในการดำรงชีวิตบนสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพด้านการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่อง

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพื่อกำหนดแผนการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการให้กับผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็น และสะท้อนบทบาทอิสระของพยาบาลให้เด่นชัดมากขึ้น สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในกรณีศึกษา นี้ ได้แก่ การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลัง ASIA classification of Spinal cord injury ของ American Spinal Injury Association (ASIA); การประเมินภาวะสุขภาพอย่างองค์รวมของกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังตามกรอบแนวคิด ICF; การรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด Diagnosis divisions ๑๓ แบบแผนของ Doenges & Moorhouse, ๒๐๐๘ อ้างถึงใน วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, ๒๕๕๔; การตรวจร่างกาย ตามมาตรฐานของ International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI); การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ตามเกณฑ์ Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center Functional Assessment (SNMRC); การประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale); การจำแนกระดับของแผลกดทับตามความรุนแรงในการทำลายผิวหนัง ของ จรัสพรพร วงศ์วิเศษกาญจน์ (๒๕๖๖); การประเมินลักษณะของอุจจาระ ๗ ประเภท; การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการ

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

พลัดตกหกล้ม (Fall assessment); การคำนวณความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนด้วย Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians: OSTA และ FRAX score; และการประเมินคุณภาพชีวิต ด้วย WHOQOL-BREF-THAI

๙.๒ การดูแลในช่วงวิกฤตที่มุ่งเป้าเพียงเพื่อลด Mortality rate ต้อง Shift of paradigm เหตุเพราะควรต้องเพิ่มการ Prevent ไปให้ถึงความพิการที่จะเกิดขึ้นหลังจากการรอดชีวิต เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ทั้งนี้เพื่อสะท้อน Holistic care ที่แท้จริงในการดูแลที่คำนึงถึงการเจ็บป่วยในทุกระยะ

๙.๓ ควรมีการจัดระบบการดูแลร่วมกับเครือข่าย และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. พม. เป็นต้น เพื่อเพิ่มช่องทางในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านไปอยู่ในชุมชน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ยังไม่ได้เผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางโสภา หมูศิริ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) โสภา หมูศิริ

(นางโสภา หมูศิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๒๕ / กันยายน / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางโสภา หมูศิริ	<u>โสภา หมูศิริ</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นกใจ ทัดจันทร์

(นางแก้วใจ ทัดจันทร์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโรปิติกส์

(วันที่) ๒๕ / มีนาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) นกมล ศรีสม

(นางนงมล ศรีสม)

(ตำแหน่ง) ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) ๒๕ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) พิชญ์ พัวพันกิจเจริญ

(นายพิชญ์ พัวพันกิจเจริญ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

(วันที่) 28 ธ.ค. 2566

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง
๒. หลักการและเหตุผล

จังหวัดเพชรบุรีเป็นจังหวัดที่มีถนนสายหลักลงสู่ภาคใต้ มีแหล่งท่องเที่ยวมากมายทั้งภูเขา น้ำตก และทะเล มีอาหารการกินอุดมสมบูรณ์ทั้งควา หวาน มัน เค็ม และอาหารทะเล ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม การบาดเจ็บที่พบจากการประกอบอาชีพในบริบท เช่น Fall from Hight (ตกต้นไม้) แขนงโน้ม ของสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูง พบผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในอัตราส่วน ๗๙ ต่อ ประชากรผู้สูงอายุ ๑๐๐,๐๐๐ คน กลุ่มโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ และพฤติกรรมการบริโภค

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S แห่งเดียวในจังหวัด มีขนาด ๕๕๐ เตียง ให้บริการจริง ๕๐๒ เตียง จากสถิติปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕ พบว่า NCDs เป็นกลุ่มโรคที่เข้ามาใช้บริการมากที่สุด ซึ่งการดูแลรักษา/ควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงยังคงเป็นความท้าทายที่ต้องเผชิญ นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตที่สูงติดอันดับ ๑ ใน ๕ ทุกปีของผู้ป่วย Cerebrovascular disease, Traumatic Brain Injury ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าบางส่วนสามารถ Preventable ได้ หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพในระยะกลางที่เหมาะสม

จากแนวโน้มสถิติที่เพิ่มขึ้นสูงในกลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง, ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง, และผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ทำให้โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีนโยบายเปิด IMC ward จำนวน ๘ เตียง ทั้งนี้เพื่อจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการ พัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ดีขึ้นจนส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลับมาทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการพิจารณาปัจจัยพื้นฐานการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ตามหลัก Six Buildings Blocks Plus เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ดังนี้

๓.๑ การจัดบริการ (service delivery): การจัดบริการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีในปัจจุบัน โดยประสานความร่วมมือกับทีมที่เกี่ยวข้องให้บริการในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

๓.๑.๑ In-patient: เป็น IMC Bed ที่ไม่ได้ถูกกำหนด Ward และจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่เข้า Criteria อาจ Loss ไปจากระบบการดูแลแบบ Intensive rehabilitation เนื่องจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต และการ Concern LOS และ DRG รวมถึงการ Early discharge เพื่อลดความแออัดหนาแน่นภายในหอผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยอำเภออื่นๆ ที่ไม่ใช่อำเภอเมือง ส่วนหนึ่งได้รับการ Refer back กลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพต่อในโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยอำเภอเมืองขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สามารถเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านได้ ทำให้ยังคงพบการ Readmit จาก Preventable complication

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๑.๒ Out-patient: เมื่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งที่สะดวกในการเดินทางจะได้รับการนัดหมายมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากนักกายภาพบำบัด ซึ่งแม้ว่าผลลัพธ์ด้าน Functional จะดีแต่ก็พบว่ายังคงมีการ Loss F/U

๓.๑.๓ Out-reached: ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน โดยการส่งข้อมูลผ่านแบบบส.๑ และติดตามข้อมูลในไลน์กรุป ซึ่งพบว่ายังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน กล่าวคือ บางรายยังได้รับการฟื้นฟูที่ไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งการเยี่ยมบ้านที่ยังไม่ได้บูรณาการร่วมกับทีม PCC หรือ ทีม Service plan ที่เกี่ยวข้อง เช่น Service plan stroke, trauma, Orthopeadic, LTC, และ Palliative

๓.๒ การวางแผนกำลังคน (Health workforce): การดูแลผู้ป่วยระยะกลางจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ จากการพิจารณา IMC Health workforce ตามแนวทางของสถาบันสิรินธร พบว่า แม้ว่าจะมีพยาบาลจบเฉพาะทาง IMC ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีแล้ว การเปิด Ward ใหม่ต้องขอสนับสนุนกำลังคนจากกลุ่มการพยาบาลซึ่งจากภาระงาน พบว่า มีความต้องการบุคลากรทางการพยาบาล RN ๔ คน, PN ๕ คน (Staff-mix) สำหรับสหสาขาวิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบันมีดังนี้ (๑) PMR ๒ คน (๒) Fam med ๔ คน (๓) PT ๑๑ คน (๔) นัก/ช่างกายอุปกรณ์ ๓ คน (๕) นักสังคมสงเคราะห์ ๒ คน (๖) นักโภชนาการ ๔ คน (๗) นักจิตวิทยา ๒ คน (๘) เกสเซอร์ ๒๙ คน (๙) OT/Speech ๐ คน

๓.๓ การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Information System): ยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน ข้อมูลแยกส่วนกัน เก็บข้อมูลแบบ Manual ไม่มีระบบ HIS support เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยในภาพรวมจังหวัด ทำให้วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อวางแผนพัฒนาได้อย่างยากลำบาก

๓.๔ การจัดการเทคโนโลยี เครื่องมือและยา (Medical products, Vaccine and Technologies): วัสดุ/ครุภัณฑ์/อุปกรณ์/ และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ยังไม่เพียงพอสำหรับการฟื้นฟูสภาพ เช่น AFO, silicone urinary self catheter เป็นต้น

๓.๕ การเงิน (Health Financing): การ Renovate สถานที่เพื่อจัดตั้ง IMC ward ครั้งนี้ใช้เงินบริจาค ในส่วนอุปกรณ์ต่างๆ ใช้งบประมาณเงินบำรุง สำหรับความคุ้มค่าคุ้มทุนในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางยังขาดความสมบูรณ์ของการเรียกเก็บจากกองทุนย่อย และเงิน on top

๓.๖ ธรรมาภิบาล (Leadership & Governance) ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองเสียโอกาสในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ดีขึ้น

๓.๗ การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Participation) ยังไม่มีการดึงศักยภาพชุมชนมาช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ Loss F/U ทำให้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น

ในการนี้ผู้ขอประเมินจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง ภายใต้ Concept ที่วิเคราะห์ไปในเบื้องต้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ได้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง ที่ช่วยให้ผู้ป่วย/ผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการการรักษาได้โดยสะดวกเพิ่มขึ้น ลดความหนาแน่น แออัดในโรงพยาบาล

๔.๒ ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถ Return to normal และกลับสู่สังคมได้อย่างสมบูรณ์

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ต่อ)

๔.๓ มีฐานข้อมูลที่ทันสมัย เป็น Big data ที่สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่าง Multifunction กล่าวคือ ลดการใช้กระดาษ (Paperless) สามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการติดตามจากเครือข่ายติดตามผู้ป่วยได้ผ่านเบอร์โทรศัพท์มือถือ รวมทั้งสามารถตรวจสอบแผนที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการติดตามผู้ป่วยได้ ค้นหาผู้ป่วยได้จาก ID และทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้ทันที รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ผลลัพธ์ภาพรวมในการดำเนินงานได้โดยสะดวก

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ ผู้ป่วยมากกว่าเท่ากับร้อยละ ๘๐% Maximizing functional recover
- ๕.๒ ผู้รับบริการพึงพอใจมากกว่าเท่ากับร้อยละ ๘๕%
- ๕.๓ Income benefit ที่เพิ่มขึ้นจากการเรียกเก็บจากกองทุน
- ๕.๔ Zero preventable complication
- ๕.๕ ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน BI = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือนมากกว่าเท่ากับร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) โกมล ทุมศิริ

(นางโสภา ทุมศิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๒๕ / กันยายน / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน