

**แบบการเสนอข้อเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

๑. เรื่อง การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic shock ในผู้ป่วยอุจจาระร่วง ในเด็กผู้ป่วยใน
๒. หลักการและเหตุผล

โรคอุจจาระร่วงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับที่สองของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในแต่ละปี มีมากกว่า ๑,๗๐๐ ล้านคน โรคอุจจาระร่วงเป็นสาเหตุการป่วยในอันดับแรกของกลุ่มโรคติดต่อที่เฝ้าระวังทั้งหมดของประเทศไทย ซึ่งการเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทางด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากข้อมูลการเจ็บป่วย ด้วยโรคอุจจาระร่วงของประเทศไทย โดยสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ มีจำนวน ๔๙๖,๒๔๖ ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต คิดอัตราป่วยเป็น ๗๔๗.๒๐ ต่อแสนประชากร โดยพบผู้ป่วยมากสุดในอัตราส่วนเพศ หญิงต่อเพศชาย ๑.๔๔ : ๑ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุมากกว่า ๖๕ ปี ร้อยละ ๑๖.๑๗ รองลงมาคืออายุ ๐-๔ ปี ร้อยละ ๑๕.๙๖ และอายุ ๒๕-๓๔ ปี ร้อยละ ๑๓.๗๓ ตามลำดับ ซึ่งภูมิภาคที่มีอัตราเจ็บป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๘๙๓.๑๘ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือภาคเหนือ ๘๙๒.๗๓ ต่อแสนประชากร ภาคใต้ ๕๙๔.๗๒ ต่อแสนประชากร และภาคกลาง ๕๙๒.๓๔ ต่อแสนประชากร (สำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

โรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียน้ำและเกลือแร่อย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับการประเมิน การดูแล การทดแทนสารน้ำอย่างเหมาะสมและทันช่วงที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะ Hypovolemic shock ซึ่ง เป็นภาวะฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิต เพิ่มอัตราการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลวังหินเป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง จากสถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘ มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงจำนวน ๑๓๗, ๑๙๒, ๒๑๒, ๓๒๓ และ ๑๙๔ ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะ Hypovolemic shock คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๔, ๓.๕๖, ๓.๑๑, ๓.๖๕ และ ๒.๑๔ ตามลำดับ จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในตึกผู้ป่วยในพบว่ายังมีความท้าทายในการเฝ้าระวังและการป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic shock ได้แก่ ความไม่สม่ำเสมอในการประเมินภาวะขาดน้ำ การประเมินซ้ำ การบันทึกสารน้ำเข้าออก (I/O) ยังไม่ครบถ้วน การสังเกตอาการแทรกซ้อนของภาวะช็อกในระยะเริ่มต้น (Early Warning Signs) ความรู้ของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic shock ในผู้ป่วยอุจจาระร่วงในตึกผู้ป่วยในยังไม่มี ความชัดเจนเพียงพอ จึงส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการให้การช่วยเหลือ

ดังนั้นตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลวังหินจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนา การป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic shock ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในตึกผู้ป่วยใน โดยมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการ การบริหารจัดการสารน้ำ การสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ และการเพิ่มพูนความรู้ทักษะของบุคลากร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสอดคล้องกับนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการพัฒนา

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock และภาวะแทรกซ้อน

๒. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิด ภาวะ Hypovolemic shock ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กผู้ป่วยใน
ตัวชี้วัด

๑. เเชิงปริมาณ

๑) อัตราการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ค่าเป้าหมาย เป็น ๐ หรือ ลดลงอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ จากปีที่ผ่านมา

๒) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการเฝ้าระวังและประเมินซ้ำตามแนวทาง ค่าเป้าหมาย ≥ ๙๐ %

๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะขาดน้ำภายใน ๑ ชั่วโมงแรก ค่าเป้าหมาย ≥ ๙๕ %

๒. เเชิงคุณภาพ

๑) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะขาดน้ำและความเสี่ยงต่อ Hypovolemic Shock ครบคลุม ถูกต้อง และสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย

๒) พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic shock ในผู้ป่วยอุจจาระร่วงในเด็กผู้ป่วยใน สามารถระบุอาการเตือน (Early warning signs) และรายงานได้อย่างทันท่วงที มีการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

๓) ผู้ป่วย/ญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถอธิบายอาการเตือนของการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock และการแจ้งบุคลากรได้

๔) มีการทบทวนเหตุการณ์และนำบทเรียนไปปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ภาวะ Hypovolemic Shock เป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างรุนแรง ส่งผลให้ปริมาตรเลือดลดลง ความดันโลหิตต่ำ และอวัยวะสำคัญขาดออกซิเจน ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock โดยการสูญเสียน้ำจากร่างกายสามารถเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ ดังนั้นการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและจัดการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock โดยมีการจัดการทำเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินภาวะขาดน้ำ การให้สารน้ำทดแทน การติดตามสัญญาณชีพ การดูแลด้านโภชนาการ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การดำเนินมาตรการเหล่านี้สามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ Hypovolemic Shock ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic Shock ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยแนวทางที่สำคัญประกอบด้วย การประเมินภาวะขาดน้ำอย่างรวดเร็วและแม่นยำ การให้สารน้ำทดแทนอย่างเหมาะสมตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ การ

ติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลด้านโภชนาการและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองและสัญญาณเตือนของภาวะขาดน้ำรุนแรง นอกจากนี้ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะอัสติคโทโรไลต์ผิดปกติหรือภาวะไตวายเฉียบพลัน ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและลดความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้น การพยาบาลที่เหมาะสมและครอบคลุมทุกมิติของการดูแลจะช่วยลดภาวะ Hypovolemic Shock ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการสูญเสียน้ำและเกลือแร่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยการประเมินที่รวดเร็ว ถูกต้อง และการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนกระบวนการดูแลที่ผ่านมาพบประเด็นสำคัญที่เป็นทั้งจุดแข็งและโอกาสพัฒนา ดังนี้

๑) ด้านการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วย

การประเมินภาวะขาดน้ำและความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงในระยะแรกยังมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ให้บริการ การประเมินสัญญาณชีพ อาการแสดงของภาวะขาดน้ำ และสัญญาณเตือนของภาวะ Hypovolemic Shock ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้บางรายมีความล่าช้าในการรับรู้ความเสี่ยง โดยเฉพาะในช่วงเวรที่มีภาระงานสูง

๒) ด้านการจัดการสารน้ำและการพยาบาล

การให้สารน้ำและการบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก (Intake-Output) พบว่ายังมีความไม่ครบถ้วนหรือไม่ต่อเนื่องในบางราย ทำให้การประเมินสมดุลสารน้ำของผู้ป่วยไม่แม่นยำเพียงพอ ส่งผลต่อการตัดสินใจปรับแผนการ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓) ด้านการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม

การสื่อสารข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ชัดเจนในบางช่วง โดยเฉพาะการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวรและการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้การดูแลต่อเนื่องอาจขาดความรวดเร็วและแม่นยำ

๔) ด้านความรู้และทักษะของบุคลากร

บุคลากรบางส่วนยังขาดความมั่นใจในการประเมินอาการเตือนระยะแรกของภาวะ Hypovolemic Shock และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงตามระดับความรุนแรง ส่งผลให้การตัดสินใจให้การช่วยเหลือเร่งด่วนในบางกรณียังไม่เป็นไปอย่างทันท่วงที

๕) ผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ประเด็นดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาอนโรพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และภาระงานของบุคลากร ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

สรุปการวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์พบว่า การป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง จำเป็นต้องมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ การบริหารจัดการสารน้ำอย่างเหมาะสม การสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวังหินอย่างยั่งยืน

๓.๒ แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนา

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ยึดแนวคิด การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (Patient Safety) และ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) โดยมุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชิงรุก มากกว่าการแก้ไขเมื่อเกิดเหตุแล้ว ทั้งนี้ใช้แนวคิดสำคัญดังต่อไปนี้

๑. การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (Patient Safety) การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (Patient Safety) คือ กระบวนการเชิงระบบที่มุ่งป้องกันและลดอันตรายที่ไม่พึงประสงค์จากการบริการทางการแพทย์ โดยยึดเป้าหมายหลัก (Patient Safety Goals) อาทิ ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง ใช้ยาปลอดภัย ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดการพลัดตกหกล้ม และสื่อสารมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การรักษามีคุณภาพและเชื่อถือได้ (นุช ภูมิสนธิ , ๒๕๖๑)

๒. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) คือ แนวทางที่เป็นระบบในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน บริการ หรือผลิตภัณฑ์อย่างสม่ำเสมอและไม่มีวันสิ้นสุด เพื่อยกระดับประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้รับผลงาน โดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่น วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) มาวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหาที่ละเอียดที่ละน้อยอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาต่อเนื่อง ไม่ใช่การปรับปรุงครั้งเดียวจบ แต่เป็นการทำต่อเนื่องเป็นวัฒนธรรมองค์กร ใช้เครื่องมือ PDCA มีขั้นตอนคือ วางแผน (Plan), ปฏิบัติ (Do), ตรวจสอบ (Check) และปรับปรุงแก้ไข (Act) เป้าหมายเพื่อเพิ่มความพึงพอใจ ลดข้อผิดพลาดและยกระดับประสิทธิภาพงาน

๓. หน้าที่หลักทางคลินิก ๗ ด้าน (๗ aspect of care) ของพยาบาลวิชาชีพ ตามมาตรฐานกองการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และสร้างความพึงพอใจ

๗ Aspect of Care พยาบาลวิชาชีพ (โดยกองการพยาบาล)

๑. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment) การเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อระบุปัญหา

๒. การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management) การจัดการความปวด การดูแลอาการรบกวน เช่น คลื่นไส้ หายใจลำบาก หรือความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุด

๓. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) การปฏิบัติการพยาบาลที่ป้องกันอันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อ

๔. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Prevention of Complication) การวางแผนและดำเนินการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยหรือจากการรักษาพยาบาล

๕. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) การประสานงานและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) และการดูแลหลังการจำหน่าย
๖. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว (Facilitation of Patient & Family Self Care) การสอน การให้คำปรึกษา และการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
๗. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction) การให้บริการด้วยความใส่ใจ การสื่อสารที่ดี และการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมเพื่อตอบสนองความคาดหวัง
๔. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) คือแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นระบบและมีขั้นตอนชัดเจน (ADPIE) โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ, การวินิจฉัยการพยาบาล, การวางแผน, การปฏิบัติการพยาบาล, และการประเมินผล

๓.๓ ข้อเสนอ

ในการพัฒนาการป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock มีข้อเสนอและขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

๑) พัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นมาตรฐาน

จัดทำแบบประเมินภาวะขาดน้ำและความเสี่ยงต่อการเกิด Hypovolemic Shock สำหรับผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงตั้งแต่แรกรับ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน เช่น ระดับความรุนแรงของอาการอุจจาระร่วง สัญญาณชีพ ปริมาณปัสสาวะ และอาการเตือนของภาวะช็อก เพื่อให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

๒) ปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังอาการและการบันทึกสารน้ำเข้า-ออก (I/O)

กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้มีความถี่และความต่อเนื่องเหมาะสม พร้อมพัฒนารูปแบบการบันทึก I/O ให้เข้าใจง่าย ครบถ้วน และตรวจสอบได้ เพื่อสนับสนุนการประเมินสมดุลสารน้ำอย่างแม่นยำ

๓) พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการสารน้ำตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

จัดทำ Clinical Practice Guideline หรือ Care Map สำหรับการให้สารน้ำในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง แยกตามระดับความรุนแรง เพื่อช่วยในการตัดสินใจรักษาอย่างรวดเร็ว ลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

๔) เสริมสร้างการสื่อสารและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

พัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลสำคัญ เช่น การรายงานผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร และการแจ้งเตือนอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ทีมสามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที

๕) พัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมและทบทวนกรณีศึกษา

จัดกิจกรรมให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการทบทวนกรณีศึกษา (Case Review) ที่เกี่ยวข้องกับภาวะ Hypovolemic Shock เพื่อเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างปลอดภัย

๓.๓ ข้อเสนอ (ต่อ)

๖) ติดตาม ประเมินผล และนำผลลัพธ์มาพัฒนาต่อเนื่อง

กำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย เช่น อัตราการเกิด Hypovolemic Shock ระยะเวลาการตอบสนองต่ออาการผิดปกติ และความครบถ้วนของการบันทึก I/O พร้อมนำผลการประเมินมาทบทวนและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

๗) จัดทำระบบ Early Warning Sign สำหรับผู้ป่วยอุจจาระร่วง

กำหนดสัญญาณเตือนสำคัญ เช่น ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตลดลง ปัสสาวะน้อย ซึม กระหายน้ำมาก และกำหนดแนวทางการตอบสนองเมื่อพบสัญญาณเตือน เพื่อให้บุคลากรสามารถรับรู้และดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว

๘) กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็น “High Alert Patient”

จัดระบบระบุผู้ป่วยอุจจาระร่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด Hypovolemic Shock เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มระดับการเฝ้าระวังและการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

๙) พัฒนาคู่มือ/แนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะโรค (Nursing Care Guideline)

จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ครอบคลุมการประเมิน การให้สารน้ำ การสังเกตอาการ การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการดูแล

๑๐) ส่งเสริมบทบาทผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวังอาการ

ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะลดลง อ่อนเพลียมาก เวียนศีรษะ และการแจ้งบุคลากรทันที เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดความล่าช้าในการช่วยเหลือ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑๑) นำเทคโนโลยีหรือสื่อช่วยจำมาใช้ในการดูแล

เช่น ป้ายเตือนข้างเตียง Check list การประเมินภาวะขาดน้ำ หรือสื่อ Infographic สำหรับบุคลากร เพื่อช่วยลดการลืมและเพิ่มความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ

๑๒) ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และ Near Miss อย่างเป็นระบบ

จัดให้มีการทบทวนกรณีเกิดภาวะ Hypovolemic Shock หรือเกือบเกิด (Near Miss) เพื่อนำบทเรียนมาปรับปรุงกระบวนการดูแลและป้องกันการเกิดซ้ำ

๑๓) เชื่อมโยงผลการพัฒนากับระบบนิเทศและการประเมินสมรรถนะบุคลากร

นำผลการดำเนินงาน CQI ไปใช้เป็นข้อมูลในการนิเทศ ติดตาม และพัฒนาสมรรถนะบุคลากร เพื่อสร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการพัฒนา

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นที่ ๑ การทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (Assessment)

๑. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน

๒. ทบทวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Hypovolemic Shock และ Near Miss

๓. วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ (Root Cause Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน การเฝ้าระวัง และการบริหารจัดการสารน้ำ

ขั้นที่ ๒ การวางแผนและกำหนดแนวทาง (Planning)

๔. จัดทำ/ปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic Shock
๕. พัฒนาเครื่องมือที่จำเป็น เช่น แบบประเมินภาวะขาดน้ำ แบบบันทึก I/O และสัญญาณเตือน Early Warning
๖. กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ขั้นที่ ๓ การดำเนินการตามแผน (Implementation)

๗. นำแนวทางและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงทุกรายในตึกผู้ป่วยใน
๘. จัดอบรม/ให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการประเมินภาวะขาดน้ำ การเฝ้าระวังอาการ และการบริหารจัดการ
๙. ส่งเสริมการสื่อสารและการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

ขั้นที่ ๔ การติดตามและประเมินผล (Monitoring & Evaluation)

๑๐. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง เช่น ความครบถ้วนของการประเมินและการบันทึก I/O
๑๑. ประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย เช่น อัตราการเกิด Hypovolemic Shock ระยะเวลาการตอบสนองเมื่อพบอาการผิดปกติ
๑๒. รวบรวมข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานจริง

ขั้นที่ ๕ การทบทวนและพัฒนาต่อเนื่อง (Improvement)

๑๓. นำผลการประเมินมาทบทวนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ
๑๔. ปรับปรุงแนวทาง เครื่องมือ และกระบวนการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน
๑๕. สรุปบทเรียนและขยายผลเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของตึกผู้ป่วยใน

ตารางแสดงผังกำกับการทำงาน

ผังกำกับการดำเนินงาน

ลำดับ	กิจกรรม	ปี พ.ศ. ๒๕๖๘			ปี พ.ศ. ๒๕๖๙			
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.
๑	รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน	✓	✓	✓				
๒	ทบทวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Hypovolemic Shock	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๓	วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ (Root Cause Analysis)		✓	✓				
๔	จัดทำ/ปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic Shock		✓	✓				
๕	พัฒนาเครื่องมือที่จำเป็น			✓	✓			
๖	กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง				✓			
๗	นำแนวทางและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง				✓	✓	✓	✓
๘	จัดอบรม/ให้ความรู้แก่บุคลากร					✓		
๙	ส่งเสริมการสื่อสารและการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ						✓	
๑๐	ติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง							✓
๑๑	ประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย							✓
๑๒	รวบรวมข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานจริง							✓
๑๓	นำผลการประเมินมาทบทวนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ							✓
๑๔	ปรับปรุงแนวทางเครื่องมือและกระบวนการดูแลให้เหมาะสมกับบริบท							✓
๑๕	สรุปบทเรียนและขยายผลเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของตึกผู้ป่วยใน							✓

ผลลัพธ์

๑.ผลลัพธ์เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง เป็น ๐	๐
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการเฝ้าระวังและประเมินซ้ำตามแนวทาง ค่าเป้าหมาย ≥ ๙๐ %	ร้อยละ ๙๒.๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะขาดน้ำภายใน ๑ ชั่วโมงแรก ค่า เป้าหมาย ≥ ๙๕ %	ร้อยละ ๙๖.๘

๒.ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

๒.๑ ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะขาดน้ำและความเสี่ยงต่อ Hypovolemic Shock อย่าง

ถูกต้อง ครบคลุม และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

๒.๒ พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้อง ระบุอาการเตือนได้รวดเร็ว รายงานแพทย์ทันเวลา และสื่อสาร
ส่งต่อข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผล

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยครั้งนี้สามารถบรรลุตามตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่กำหนดไว้
ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย และส่งเสริมมาตรฐาน
การพยาบาลในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การพัฒนาต่อเนื่อง

๑. มีการทบทวนเหตุการณ์และนำบทเรียนไปปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๒. อบรมให้ความรู้ แก่เจ้าหน้าที่ทุก ๓ เดือน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ภาระงานและอัตรากำลังบุคลากรที่จำกัด บุคลากรในตึกผู้ป่วยในมีภาระงานสูง โดยเฉพาะในช่วงเร่งด่วนหรือมี
ผู้ป่วยจำนวนมาก อาจส่งผลให้การประเมิน การเฝ้าระวัง และการบันทึกสารน้ำเข้า-ออก (I/O) ทำได้ไม่ครบถ้วน
หรือไม่ต่อเนื่อง

๒. ความแตกต่างด้านความรู้และทักษะของบุคลากร บุคลากรมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน ทำ
ให้การประเมินภาวะขาดน้ำและการรับรู้สัญญาณเตือนของภาวะ Hypovolemic Shock อาจไม่สม่ำเสมอ ส่งผล
ต่อการตอบสนองในระยะเริ่มต้น

๓. ข้อจำกัดด้านระบบและเครื่องมือสนับสนุน เครื่องมือในการประเมินและเฝ้าระวัง เช่น แบบประเมินมาตรฐาน
หรือระบบแจ้งเตือน ยังอาจไม่ครอบคลุมหรือไม่เอื้อต่อการใช้งานจริงในทุกสถานการณ์

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๔. ความต่อเนื่องของการสื่อสารระหว่างเวร การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างเวรอาจมีความคลาดเคลื่อนหรือไม่ครบถ้วน ทำให้การดูแลต่อเนื่องและการเฝ้าระวังอาจเกิดลดลง

๕. ข้อจำกัดด้านความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยหรือญาติบางรายอาจยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรายงานอาการผิดปกติ หรือการให้ข้อมูลปริมาณการขับถ่ายและปัสสาวะอย่างถูกต้อง ส่งผลต่อความแม่นยำในการประเมิน

๖. ข้อจำกัดด้านเวลาในการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลลัพธ์และการทบทวนข้อมูลอย่างต่อเนื่องอาจทำได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรในการดำเนินงานคุณภาพ

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑. แก้ไขปัญหาภาระงานและอัตรากำลังบุคลากร จัดลำดับความสำคัญผู้ป่วยอาจารย์ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นกลุ่มต้องเฝ้าระวังพิเศษ ใช้แบบประเมินและ Check list ที่กระชับ เพื่อลดเวลาการบันทึก มอบหมายบทบาทหน้าที่ชัดเจนในแต่ละเวร เพื่อกระจายภาระงานอย่างเหมาะสม

๒. ยกระดับความรู้และทักษะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จัดอบรม/ทบทวนความรู้เรื่องการประเมินภาวะขาดน้ำและสัญญาณเตือนของ Hypovolemic Shock ใช้กรณีศึกษา (Case Study) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเหตุการณ์จริง จัดทำคู่มือหรือสื่อช่วยจำที่เข้าถึงง่ายในหน่วยงาน

๓. พัฒนาและปรับปรุงระบบและเครื่องมือสนับสนุน ปรับแบบประเมินภาวะขาดน้ำและแบบบันทึก I/O ให้ใช้งานง่ายและชัดเจน จัดทำป้ายเตือนหรือสัญลักษณ์ระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงข้างเตียง และส่งเสริมการใช้ Early Warning Signs ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย

๔. เสริมความต่อเนื่องของการสื่อสารระหว่างเวร กำหนดประเด็นสำคัญที่ต้องส่งต่อ เช่น ระดับความเสี่ยง ปริมาณสารน้ำ สัญญาณเตือน การใช้รูปแบบการสื่อสารมาตรฐาน เช่น SBAR ในการรายงานผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการบันทึกข้อมูลสำคัญให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

๕. เพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องอาการเตือนของภาวะขาดน้ำและ Hypovolemic Shock ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ญาติช่วยสังเกตและรายงานปริมาณการขับถ่ายและปัสสาวะ และใช้สื่อให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายเหมาะกับบริบทของผู้รับบริการ

