

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑๓	นางเนตรดาว เกษหอม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย อายุรกรรม	๔๔๗๒๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย อายุรกรรม	๔๕๐๔๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการคั่งของกรดคีโตน ในร่างกายและมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงาน”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการคั่งของกรดคีโตนในร่างกายและมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กันยายน 2566 ถึง ธันวาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

Diabetic ketoacidosis

หมายถึง ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย (Diabetic ketoacidosis, DKA) เป็นภาวะที่ไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้เนื่องจากการขาดอินซูลิน เมื่อเซลล์ไม่สามารถเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตให้เกิดพลังงานได้ ตัวจึงเปลี่ยนไกลโคเจน ที่สะสมไว้ให้เป็นกลูโคส โดยกระบวนการ Glycogenolysis และมีการสังเคราะห์กลูโคส จากกระบวนการ Glyconeogenesis ซึ่งภาวะเช่นนี้จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นไปอีก

กลไกการเกิด

ภาวะ DKA เกิดการขาดอินซูลิน และมีการเพิ่มขึ้นของ Insulin counter – regulatory hormones (ICRH) โดยอินซูลินมีผลต่อเมตาบอลิซึมของกลูโคส โปรตีน และไขมัน การขาดอินซูลินทำให้มีผลต่อกลูโคสโดยลดการใช้กลูโคสและเพิ่มการสร้างกลูโคส ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิด Glucosuria และ Diuresis เกิดภาวะการขาดน้ำและการเสียเกลือแร่ ได้แก่ โซเดียมคลอไรด์ และโพแทสเซียมทางปัสสาวะ ผลต่อไขมันการขาดอินซูลินจะเพิ่ม Lipolysis เพิ่มการสร้าง FFA และ Ketone นอกจากนี้การที่มี ICRH เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการสร้างกลูโคสและยับยั้งการใช้กลูโคสทำให้ช่วยส่งเสริมทำให้มีระดับน้ำตาลสูงขึ้น

ลักษณะทางคลินิก

1. อาการ ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย อ่อนแรง ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักตัวลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน หายใจหอบ ปวดท้อง อาการปวดท้องอาจเกิดจาก DKA หรือการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยง Mesentery ผู้ป่วยอาจจะมีอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวจนถึงหมดสติ อาการอื่นเป็นอาการที่เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะ DKA เช่น อาการไข้ หรืออาการที่บ่งของการติดเชื้อ

2. อาการแสดง ผู้ป่วยมักจะมีอาการหอบลึกแบบ Kussmaul breathing ที่บ่งว่าน่าจะมีภาวะ Metabolic acidosis โดยที่การตรวจปอดและหัวใจมักจะไม่พบความผิดปกติชัดเจน นอกจากมีหัวใจเต้นเร็วจากการขาดน้ำ ผู้ป่วยมักจะมีอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่น Poor skin turgor, Dry lip, Dry mucosa อาจตรวจได้กลิ่นผลไม้จาก Acetone

การตรวจพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว มักพบในผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ส่วนอาการชักอาจจะพบน้อยกว่าผู้ป่วย Hyperosmolar hyperglycemia state (HHS) เนื่องจากระดับน้ำตาลและ Osmole ไม่สูงเท่ากับผู้ป่วย HHS และ Ketone อาจมีผลในการป้องกันการชักได้บ้างโดยมีผลต่อ Voltage gate K channel

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะ DKA สามารถวินิจฉัยได้ไม่ยากโดยการวินิจฉัยประกอบด้วย

1. น้ำตาลในเลือดสูง BS > 250 mg/dl
2. มีภาวะ acidosis $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq/L}$
3. มี Ketone ในเลือด

การรักษา DKA

1. การให้สารน้ำ
2. การให้อินซูลิน
3. การให้โพแทสเซียม
4. การให้ Bicarbonate

การพยาบาล

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลกรด-ด่าง เพื่อแก้ไขภาวะไม่สมดุลกรด-ด่าง และได้รับอินซูลินเพียงพอ

1.1 เฝ้าติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ DKA ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด > 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง

1.2 ดูแลให้อินซูลินอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อวางแผนการพยาบาล ประเมินและสังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด < 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะรู้สึกหิวคล้ายจะเป็นลม เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ตัวเย็น ม่านตาขยาย อาจมีอาการสับสน เชื่องซึม หมดสติ ต้องช่วยเหลือทันที และรีบรายงานแพทย์

1.3 บันทึกสัญญาณชีพ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะ DKA ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ ตรวจ Arterial blood gas ดูแลให้โซเดียมคาร์บอเนต ต้องให้ด้วยความระมัดระวังโดยให้ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ระวังหมดสติจากการให้ที่เร็วเกินไป

1.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพื่อให้สมองและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอ

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ แก้ไขและรักษาสมดุลอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

2.1 สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น เบ้าตาลึก ริมฝีปากแห้ง และดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา

2.2 ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตอัตราการเต้นและจังหวะชีพจร บันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและออกในทุก 8 ชั่วโมง สังเกตการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวเพื่อป้องกันการเกิดสมองบวม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.3 ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีภาวะโพแทสเซียมในร่างกายสูงหรือ ต่ำกว่าปกติ โดยดูจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้ได้รับยาโพแทสเซียมตามแผนการรักษาและสังเกตภาวะแทรกซ้อน ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะโพแทสเซียม ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

3. ดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักน้ำลายหรือเสมหะทำให้เกิดการเกาะติดของเสมหะ ปอดขยายตัวได้ดี เป็นต้น ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์วันละ 1 - 2 ครั้ง สอนปัสสาวะโดยใช้หลัก Aseptic technique ดูแลสายไม่ให้หักพับงอหรือกดทับ ให้ปัสสาวะไหลออกดี ไม่ยกถุงปัสสาวะสูงกว่าผู้ป่วย บันทึกสี จำนวน และลักษณะของปัสสาวะ

4. ดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย โดยการแนะนำตัวกับผู้ป่วย และญาติ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย อธิบายให้ทราบถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก รับฟังปัญหาและตอบปัญหาของผู้ป่วยและญาติ หลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น

5. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการใช้อินซูลินชนิดฉีด และการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ดังนี้

5.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้อินซูลินเกินขนาดหรือจากสาเหตุอื่น จะมีอาการ กระหายน้ำ หิว กระสับกระส่าย ใจสั่น หน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น ให้รีบพดื่มน้ำหวานหรือรับประทานของหวานทันที หากอาการไม่ทุเลาให้รีบมาพบแพทย์

5.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อยและมาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หน้าแดง ให้รีบมาพบแพทย์โดยเร็ว

5.3 แนะนำการฉีดอินซูลิน โดยวิธีการหมุนเวียนตำแหน่ง เช่น เริ่มจากแขนซ้าย ต้นแขนซ้าย ต้นแขนขวา บริเวณท้องและแขนขาตามลำดับ เพื่อป้องกันการเกิดเนื้อเยื่อไขมันหนาตัวมากเกินไป ซึ่งจะทำให้การดูดซึมอินซูลินเป็นไปได้ช้าและแนะนำให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

5.4 แนะนำการรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ควรรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ผักมาก ๆ โดยเฉพาะผักที่มีการใยสูงซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม พักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ รักษาร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

Urinary Tract Infection

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) หรือ UTI คือ โรคหรือภาวะที่เกิดจากอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะเกิดการอักเสบจากการติดเชื้อ ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นการติดเชื้อแบคทีเรียโดยจะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ การติดเชื้อจะเกิดขึ้นที่ใดก็ได้ เช่น ไต กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อปัสสาวะ และสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นได้ อาจเป็นได้อย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง

พยาธิสรีรวิทยา

เชื้อแบคทีเรียสามารถเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะได้ 3 ทาง คือ

1. การติดเชื้อย้อนกลับขึ้นไปจากท่อปัสสาวะ (Ascending infection) แบคทีเรียส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะจากบริเวณทวารหนักย้อนกลับขึ้นไปไปที่ท่อปัสสาวะแล้วเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ
2. เชื้อโรคกระจายตัวมาทางกระแสเลือด (Hematogenous route) การติดเชื้อของไตโดยเชื้อโรคกระจายตัวมาทางกระแสเลือดพบได้ไม่บ่อยในคนปกติทั่วไป
3. เชื้อโรคกระจายมาทางกระแสน้ำเหลือง (Lymphatic route) เป็นการกระจายโดยตรงของแบคทีเรียจากอวัยวะข้างเคียง การกระจายทางกระแสน้ำเหลืองพบน้อยมาก เช่น การติดเชื้อของลำไส้ อย่างรุนแรงหรือการเป็นหนองบริเวณหลังเยื่อช่องท้อง

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะขุ่นเป็นหนอง ปัสสาวะแสบขัด การถ่ายปัสสาวะบ่อย มีไข้หนาวสั่น มีอาการปวดซึ่งจะสัมพันธ์กับพยาธิสรีรวิทยาหรืออาจมีอาการปวดอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

การรักษา

แนวทางการรักษาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะคือการให้ยาปฏิชีวนะโดยชนิด ขนาดยา และระยะเวลาที่ใช้ยาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ เชื้อที่เป็นสาเหตุซึ่งควรให้ยาตาม Bacteria sensitive และมีการตรวจติดตามผลการตรวจปัสสาวะซ้ำ เพื่อประเมินว่ายาที่ได้ผลตามที่ต้องการ ร่วมกับการให้ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ

การพยาบาล

1. การซักประวัติเกี่ยวกับอายุ อาการ สาเหตุของการเจ็บป่วย
2. ดูแลให้ได้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีไข้ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ให้ยาลดไข้และประเมินอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังเช็ดตัว หลังให้ยาลดไข้ 30 นาที
4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรค ซึ่งต้องศึกษาผลการตรวจเลือดและผลการตรวจปัสสาวะประกอบด้วย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

6. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้มากอย่างน้อยวันละ 2,500 – 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อเป็นการกำจัดเชื้อโรคออกโดยธรรมชาติ ไม่กลั้นปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะทุกครั้งหลังถ่ายปัสสาวะ โดยทำความสะอาดจากข้างหน้าไปข้างหลัง

7. เก็บปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการติดเชื้อ รวมถึงการสังเกตลักษณะปริมาณ สี กลิ่นของปัสสาวะ

8. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

9. ดูแลทางด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อคลายความวิตกกังวลให้ข้อมูลด้านอาการ อาการแสดง และแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะ ๆ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 81 ปี ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วันที่ 3 กันยายน 2566 มาด้วยอาการ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานอาหารได้น้อยลง อ่อนเพลีย 3 ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยซึมลง ไม่พูด รับประทานอาหารไม่ได้ญาติจึงพามาโรงพยาบาล ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่พูด ไม่ทำตามคำสั่ง สัญญาณชีพแรกจับ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/63 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 96 % On O_2 cannula 3 LPM ตรวจ Dextrostix (DTX) ผล High ตรวจ Blood sugar 740 mg/dl ให้ 0.9% NaCl 1,000 cc iv load ตรวจ DTX ซ้ำ ผล High ให้ Regular insulin (RI) 10 U iv stat และ On RI 1:1 iv 6 U/hr ตรวจ Electrolyte ผล Sodium (Na) 142 mmol/L Potassium (K) 3.1 mmol/L Chloride (Cl) 100 mmol/L Bicarbonate (HCO_3) 7 mmol/L ให้ 0.9% NaCl 1,000 cc + KCL 20 mEq iv 120 cc/hr Retained foley's cath urine 800 ซีซี ตรวจ Urine analysis Ketone 1+ WBC > 100 cells/HPF ให้ Ceftriaxone 2 gm iv OD แพทย์วินิจฉัย Diabetic ketoacidosis with Urinary Tract Infection ให้ Admit อายุรกรรมชาย

แรกจับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยลืมตา ซึม สับสน ไม่ทำตามคำสั่ง พูดเป็นคำ ๆ On O_2 cannula 3 LPM ไม่มีภาวะ Cyanosis On 0.9% NaCl 1,000 cc + KCL 20 mEq iv 120 cc/hr On RI 1:1 iv 6 U/hr DTX 555 mg/dl ปรับ RI 1:1 iv 8 U/hr ประเมิน DTX ทุก 1 ชั่วโมง และ รายงานแพทย์ปรับ RI ตามแผนการรักษา สังเกตอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/82 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 98 % Urine 500 ซีซี

4 กันยายน 2566 เวลา 4.00 น. ผู้ป่วยซึม ไม่ทำตามคำสั่ง On O_2 cannula 3 LPM ไม่มีภาวะ Cyanosis DTX อยู่ในช่วง 210 – 370 mg/dl สามารถ Off RI iv drip ได้ ปรับการเจาะ DTX ทุก 2 ชั่วโมง ให้ RI ตาม Scale ของโรงพยาบาล ตรวจ Electrolyte ผล Sodium (Na) 146 mmol/L Potassium (K) 2.7 mmol/L Chloride (Cl) 109 mmol/L Bicarbonate (HCO_3) 12 mmol/L ให้ 5% D/W 1,000 cc + KCL 40 mEq iv 40 cc/hr และ 0.45% NaCl 1,000 cc iv 100 cc/hr เวลา 13.00 น. ปรับการเจาะ DTX เป็นก่อนอาหารทุกมื้อ Retain NG-tube feed BD 1:1 300 cc 4F สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/66 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 98 % Urine 1,000 ซีซี/วัน

5 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย ตามตามคำสั่งบางครั้ง On O_2 cannula 3 LPM ตรวจ Electrolyte ผล Sodium (Na) 141 mmol/L Potassium (K) 5.4 mmol/L Chloride (Cl) 112 mmol/L

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

Bicarbonate (HCO_3) 13 mmol/L แพทย์ตรวจอาการให้ Off 5% D/W 1,000 cc + KCL 40 mEq iv 40 cc/hr และ 0.45% NaCl 1,000 cc iv 100 cc/hr ให้ Acetar 1,000 cc iv 100 cc/hr DTX 438 mg/dl เริ่ม RI 1:1 iv 6 U/hr ปรับการเจาะ DTX ทุก 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์ปรับ RI ตามแผนการรักษา และ NPO เวลา 16.30 น. DTX 204 mg/dl ลด RI 1:1 iv 3 U/hr Off Acetar ให้ 5% D/N/2 1,000 cc + KCL 40 mEq iv 80 cc/hr และสามารถ Off RI iv drip เวลา 19.00 น. ปรับเจาะ DTX เป็นก่อนอาหารทุกมื้อ เริ่ม Feed BD ตามเดิม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 111/70 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 98 % Urine 1,000 ซีซี/วัน

6 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย ทำตามสั่งบางครั้ง ตรวจ Electrolyte ผล Sodium (Na) 150 mmol/L Potassium (K) 4.7 mmol/L Chloride (Cl) 119 mmol/L Bicarbonate (HCO_3) 17 mmol/L On 0.45% NaCl 1,000 cc iv 80 cc/hr DTX อยู่ในช่วง 204 – 345 mg/dl ดูแลให้ RI ตาม Scale ของโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/66 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 97 % Urine 1,500 ซีซี/วัน

7 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย ทำตามสั่งได้ช้า ๆ ตรวจ Electrolyte ผล Sodium (Na) 144 mmol/L Potassium (K) 4.3 mmol/L Chloride (Cl) 120 mmol/L Bicarbonate (HCO_3) 19 mmol/L Off 0.45% NaCl 1,000 cc iv 80 cc/hr DTX อยู่ในช่วง 305 – 400 mg/dl ดูแลให้ RI ตาม Scale ของโรงพยาบาล และเริ่ม Mixtard 24 – 0 - 14 sc ตามแผนการรักษา สังเกตอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia รวมทั้งแนะนำญาติเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/78 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 97 % Urine 1,400 ซีซี/วัน

9 – 13 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย ทำตามสั่งได้ รับประทานอาหารได้บ้างเล็กน้อย ยังคงให้อาหารทางสายยางร่วมด้วย หายใจสม่ำเสมอ Off O_2 cannula Off Ceftriaxone ไม่มีไข้ DTX อยู่ในช่วง 245 – 330 mg/dl แพทย์ปรับ Mixtard 26 – 0 - 20 sc แนะนำญาติเรื่องการสังเกตอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปรีกษาโภชนาการเรื่องการรับประทานอาหารป็น ปรีกษาเภสัชกร สอนญาติฉีดยา Mixtard การดูแล Off Foley's cath ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้

14 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี DTX 201 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ สัญญาณชีพก่อนกลับบ้าน อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/70 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 97 % รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 11 วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

เลือกโรคที่สนใจ เมื่อมีผู้ป่วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย
รับไว้ในความดูแล จึงให้การพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลดังนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

1.1 ศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ได้รับในความดูแล

1.2 ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจตั้งแต่แรกรับ ดูความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ

1.3 ประเมินความผิดปกติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจรังสี

2. การวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

2.1 นำข้อมูลที่ได้มาประกอบกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการต่าง ๆ

และสอบถามจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์

2.2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

2.3 แก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. การวางแผนการพยาบาล ได้มีการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารวิชาการต่างๆ และ
สอบถามจากผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ ในการวางแผนการพยาบาล

4. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

4.1 ประเมินอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย

4.2 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา

4.3 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.4 ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

4.5 แนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติ การตรวจตามนัด

5. ประเมินผลการพยาบาล

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติรับทราบการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน รับทราบ
การมาตรวจตามนัด เมื่อผู้ป่วยพ้นจากการดูแลจึงรวบรวมข้อมูล จัดทำเป็นรูปเล่มและนำเสนอในหน่วยงาน

เป้าหมาย

ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการคั่งของกรดคีโตนในร่างกายได้รับการดูแลรักษา และ
ได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- 5.1 ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง
- 5.2 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาอินซูลิน
- 5.3 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hypokalemia
- 5.4 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา KCL
- 5.5 ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง
- 5.6 ผู้ป่วยและญาติรับทราบการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย
2. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้มารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย ต้องมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชั่วโมง และมีการปรับระดับอินซูลินอย่างต่อเนื่อง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia ต้องเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง อาการผิดปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาอินซูลิน

จากการซักประวัติผู้ป่วยทำให้ทราบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีประวัติโรคประจำตัว อีกทั้งยังมีพฤติกรรมรับประทานขนมหวานเป็นประจำ เมื่อตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวานทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการปรับเรื่องอาหาร การต้องตรวจน้ำตาลในเลือดและการฉีดอินซูลินเมื่อกลับบ้าน พยาบาลจึงต้องให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับการคั่งของ กรดคีโตนในร่างกาย การดูแลตนเองทั้งทางด้านการรับประทานอาหาร การสร้างความเข้าใจในการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้อง การรับประทานยา การสังเกตอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมทั้งการมาตรวจตามนัด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยมีขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองทำให้เป็นสาเหตุในการเจ็บป่วยครั้งนี้ จึงต้องมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลและคำแนะนำจะต้องมีญาติร่วมรับฟังด้วย แต่เนื่องจากญาติหผู้ป่วยไม่สะดวกเฝ้าและได้จ้างคนรับเฝ้าไข้มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลแทน ทำให้ต้องมีการนัดเวลาญาติมาเตรียมความพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยกลับบ้าน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสอนสุขศึกษาโรคเบาหวานให้กับกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการประสานอสม. เพื่อเยี่ยมบ้านและติดตามอาการผู้ป่วยเป็นระยะ
3. ควรมีการจัดให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานได้มีการแลกเปลี่ยนทัศนคติและประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และเผชิญกับโรคที่เป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10. การเผยแพร่ผลงาน

ยังไม่ได้เผยแพร่ผลงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางเนตรดาว เกษหอม สืบส่วนผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....เนตรดาว.....เกษหอม.....

(นางเนตรดาว เกษหอม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่).....25...../.....ธันวาคม...../.....2566.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
นางเนตรดาว เกษหอม	<u>เนตรดาว</u> <u>เกษหอม</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วดีมา ทอน

(นางสาวอติภา ทองจีน)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

(วันที่) 25 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) น. น

(นางนฤมล ศรีสม)

(ตำแหน่ง) ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าพยาบาล

(วันที่) 25 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) น

(นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

(วันที่) 28 ธ.ค. 2566

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงาน

2. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีการใช้ทรัพยากรมากและหลากหลาย ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยมีความซับซ้อนมากขึ้น อาจส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลรักษาโดยไม่ตั้งใจ อีกทั้งความกดดันและความเครียดในการเจ็บป่วย บรรยากาศในโรงพยาบาลที่แออัด อาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ จากปัจจัยหลายด้านส่งผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หน่วยงานจึงพยายามศึกษาค้นหาและแก้ไขสาเหตุก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อลดความผิดพลาด ป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความเสียหายจากการฟ้องร้อง โดยมีการนำระบบการบริหารความเสี่ยงมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อาจรุนแรงน้อยหรือรุนแรงถึงขั้นผู้ป่วยเสียชีวิตก็ได้ ซึ่งอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมีความไม่แน่นอน และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เมื่อเกิดแล้วส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ปฏิบัติงาน

จากการทบทวนเวชระเบียนและรายงานอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 3 ปี ที่ผ่านมา ในช่วงปี 2564 มีจำนวนรายงานอุบัติการณ์ 172 เรื่อง เป็นระดับ E-I จำนวน 7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.07 ปี 2565 จำนวนรายงานอุบัติการณ์ 138 เรื่อง เป็นระดับ E-I จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.52 และ ปี 2566 จำนวนรายงานอุบัติการณ์ 251 เรื่อง เป็นระดับ E-I จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 3.98 ตามลำดับ จากการทบทวนเหตุการณ์พบว่า เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ 56 เรื่อง และพบว่า บุคลากรยังขาดทักษะในการประเมินและค้นหาความเสี่ยงของผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เข้าใจประเด็นการค้นหาความเสี่ยง ขาดทักษะในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจในการพัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรค้นพบปัญหาได้เร็ว ผู้ป่วยได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือแก้ไขในทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงาน และเกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างยั่งยืนของหน่วยงาน

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เกิดความสูญเสียทางร่างกายหรือการกระทำหน้าที่ ซึ่งอาจจะเป็นการเสียชีวิต การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ ทางร่างกาย สังคมหรือจิตใจก็ได้

การค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คือการค้นหาเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังจากการดูแลรักษาเป็นผลลัพธ์ที่ทำให้มีการบาดเจ็บอันตราย เกิดการสูญเสียทั้งทางร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกิดจากการดำเนินของโรคและไม่ใช่ผลโดยตรงที่ต้องเกิดขึ้นเมื่อมีการดูแลรักษา การรักษาในที่นี้ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการแต่ละคน ระบบและกระบวนการที่เกี่ยวข้องครอบคลุมทั้งการที่

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ไม่สามารถให้การวินิจฉัยหรือรักษาได้ และการวินิจฉัยหรือรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นไปอย่างที่เราจะเป็น ซึ่งเกิดจากจุดอ่อนเชิงระบบและเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาเหตุการณ์ดังกล่าว คือ Trigger tool

Trigger tool เป็นเครื่องมือในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกระบวนการดูแลรักษา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานร่วมกันค้นหา เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การใช้ Trigger tool สำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานจำเป็นต้องมีการให้ในเรื่องการใช้เครื่องมือ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจและต้องมีการทำอย่างสม่ำเสมอจึงจะสามารถลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รวบรวมข้อมูล ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือ Trigger tool

2. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

3. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อประเมินพื้นฐานความรู้ด้านการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รวบรวมปัญหาอุปสรรค พร้อมวิเคราะห์ข้อมูล

4. จัดทำแนวทางในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

4.1 กำหนดให้มีการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบในทุกเวร เวรราชการรายงานเหตุการณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย นอกเวลาราชการรายงานเวรตรวจการ

4.2 กำหนดให้หน่วยงานนำเสนอประเด็นที่อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการรับเวรและส่งเวร เพื่อให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่จะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อยเวรละ 10 นาที

4.3 รวบรวมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และร่วมกันทบทวนเหตุการณ์ หาสาเหตุและแนวทางพัฒนาหรือป้องกันการเกิดซ้ำ

4.4 มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานฝึกทักษะการใช้ Trigger tool ในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยการทบทวนเวรระเบียบ อย่างน้อยคนละ 3 เวรระเบียบต่อเดือน

4.5 ติดตาม นิเทศ การปฏิบัติตามแนวทางการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

4.6 จัดทำแผนการดำเนินการนำเสนอคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำ

4.7 ประเมินผลจากการใช้แนวทางปฏิบัติในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทุก 6 เดือน เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางการพัฒนาต่อไป

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสามารถปฏิบัติตามหลักการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล รู้วิธีค้นหา ประเมิน จัดการ สามารถรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างถูกต้อง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 80
2. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงจากเดิมร้อยละ 50

(ลงชื่อ)..... blan som ภานสม

(นางเนตรดาว เกษหอม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่)..... 25 / 8 กุมภาพันธ์ / 2566

ผู้ขอประเมิน