



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางพัชรา เทียกโฮม	นักโภชนาการชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลโพหนองทราย กลุ่มงานโภชนศาสตร์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชัยวัฒน์ ชัยเวชพิสิฐ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางพัชรา เทียกโฮม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลโพนทราย กลุ่มงานโภชนศาสตร์ นักโภชนาการปฏิบัติการ	๒๔๕๕๒๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลโพนทราย กลุ่มงานโภชนศาสตร์ นักโภชนาการชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๕๕๒๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน “การให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ใส่สายให้อาหารทางจมูก (NG tube) โรงพยาบาลโพนทราย : กรณีศึกษา ๒๕๖๕”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การให้โภชนศึกษาโดยใช้โมเดลอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน”</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”</p>						
				 (นายนรากร สุทธิประภา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

เรื่อง การให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ใส่สายให้อาหารทางจมูก (NG tube)

โรงพยาบาลโพธาราย: กรณีศึกษา ๒๕๖๕

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ ถึง เดือนมกราคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ ๑ ความรู้ ได้แก่

- การประเมินภาวะโภชนาการ
- การให้โภชนศึกษา
- การให้โภชนคลินิก
- การเตรียมอาหารปั่นผสม (Blenderized Diet) และการให้อาหารทางสายยาง
- ลักษณะอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก

ส่วนที่ ๒ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารทางจมูกที่บ้าน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาต่อเนื้อที่พบอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบอุบัติการณ์โดยรวมร้อยละ ๑๓-๓๘ (Feldblum et al., ๒๐๐๗; Holmes, ๒๐๐๗) เป็นผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ร้อยละ ๔๕ ศัลยกรรมร้อยละ ๕๐ และผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ ๔๐ (de Aguilar-Nascimento & Kudsk, ๒๐๐๘) การเกิดภาวะทุพโภชนาการมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะทางเศรษฐกิจสังคม ระยะเวลาของการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การรับประทานอาหารได้ลดลง การดูดซึมอาหารผิดปกติและผลจากการรักษา เช่น การผ่าตัด การใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองทางเมตาบอลิซึมในระยะวิกฤต (Prins, ๒๐๑๐) ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรืออยู่ในภาวะที่เป็นอันตรายมาก ส่วนใหญ่จะมีระบบการหายใจล้มเหลวหรือระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ได้แก่ เมื่อได้รับการผ่าตัดใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้รับการบาดเจ็บรุนแรงและมีภาวะติดเชื้อ เป็นต้น ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อการทำงานของหลายอวัยวะล้มเหลว และการเสียชีวิต (วิบูลย์ตระกูลสุน, ๒๕๕๓) ในภาวะวิกฤตร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การตอบสนองด้านฮอร์โมนคือ จะเกิดการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง ต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ และมีการตอบสนองด้านเซลล์โดยการหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokines) เพิ่มขึ้น เป็นผลให้ร่างกายของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีอัตราเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น (hypermetabolic response) และมีการสลายหรือเผาผลาญสารอาหารมากกว่าปกติ (hypercatabolism) มีการสร้างกลูโคสและสลายไกลโคเจนมากขึ้น เกิดการดื้อต่อฤทธิ์อินซูลินทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และความต้องการออกซิเจนสูงขึ้น มีการสูญเสียมวลเนื้อเยื่อ (loss of body mass) โดยเฉพาะมวลกล้ามเนื้อของผู้ป่วยมีการสูญเสียโปรตีนและความต้องการโปรตีนเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปสร้างกลูโคส (gluconeogenesis) แล้วปรับเปลี่ยนเป็นพลังงานให้แก่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีภาวะทุพโภชนาการขาดพลังงานและโปรตีนได้ หากไม่ได้รับการทดแทนในเวลาที่เหมาะสม (Reid, Campbell, & Little, ๒๐๐๔) การดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยศัลยกรรมประกอบด้วย การดูแลในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด (perioperative period) การดูแลด้านโภชนาการจะมุ่งไปที่การวางแผนการให้การรักษาล่วงหน้า ซึ่งอาจต้องวางแผนไว้ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดและระหว่างการผ่าตัด สำหรับการผ่าตัดแบบมีการวางแผน (elective surgery) มักมีเวลาในการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการ เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้นก่อนผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้การสมานแผลเป็นไปได้ดีที่สุด การฟื้นฟูภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดในหลายกรณีมักมีความเร่งด่วน จึงไม่สามารถรอเวลาในการฟื้นตัวทางด้านโภชนาการได้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากการรอนานเกินไปอาจ เป็นผลเสียจากการกระจายของ

เนื้องอก เป็นต้น ส่วนการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (emergency surgery) ผู้ป่วยมักมีภาวะโภชนาการเป็นปกติ หากมีความบกพร่องก็ไม่มีเวลาเตรียมการหรือแก้ไข(ธัญเดช นิยมมาวุฒิมพงษ์, ๒๕๕๓) สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ และทางเดินอาหารแห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition: ASPEN) และ สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ และทางเดิน อาหารแห่งยุโรป (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition: ESPEN) ได้ให้ความสำคัญของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตและเสนอหลักการให้อาหารว่า การให้อาหารทางระบบทางเดินอาหาร (Enteral Nutrition: EN) ปลอดภัยและส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่าการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (Parenteral Nutrition: PN) เพื่อให้ผลดีควรเริ่มให้เร็ว คือภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมงแรก เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและปรับเพิ่มสู่พลังงานตามเป้าหมาย ภายใน ๗ วัน และกำหนดเป็นแนวปฏิบัติโดยแนะนำว่า พลังงานที่ควรได้รับคือ ประมาณ ๒๐-๒๕ กิโลแคลอรี/ กก./วัน โดยไม่ต้องเพิ่มค่าปัจจัยวิกฤต (stress factor) แต่ถ้าในระยะเวลาดังกล่าวผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารทางระบบทางเดินอาหารหรือมีข้อห้าม ก็ควรพิจารณาเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง (Kreymann et al., ๒๐๐๖; Singer et al., ๒๐๐๙) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปปกติ มีภาวะโภชนาการดี ก่อนเจ็บป่วย อาจพิจารณาให้อาหารทางหลอดเลือดดำหลังจาก ๗ วัน อย่างไรก็ตามการให้อาหารทางระบบทางเดินอาหารอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับพลังงาน และเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้ดีขึ้นได้ซึ่งช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น (McClave et al., ๒๐๐๙)

การดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตเป็นเรื่องสำคัญ แม้ว่าจะมีรายงานการวิจัยสนับสนุนถึงผลดีและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติไว้แล้ว แต่ยังคงพบภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Feldblum et al., ๒๐๐๗; Holmes, ๒๐๐๗) ผลลัพธ์ทางคลินิกส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้อง กับการดูแลทางด้านโภชนาการที่ผู้ป่วยได้รับ โดยบุคลากรผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในการดูแลด้านโภชนาการ คือ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ ทุพโภชนาการได้เร็วที่สุด และยังทำหน้าที่ประสานงาน ให้กับทีมโภชนบำบัด เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้ รับการดูแลด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสม (Gentleman, ๒๐๐๕) และยังพบว่าความรู้และการตระหนักรู้ที่จะรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการของพยาบาล จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตได้ (Persenius, Larsson, & Hall-Lord, ๒๐๐๖) ในปัจจุบันการให้โภชนบำบัดในหอผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Kreymann et al., ๒๐๐๖)

ดังนั้นในฐานะนักโภชนาการที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการทุติยภูมิเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้โภชนบำบัด ได้แก่ การทำอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะโรค ซึ่งจะต้องมีการคำนวณค่าของสารอาหารให้เหมาะสมตามที่แพทย์ต้องการ โดยนักโภชนาการจะต้องดูว่า ผู้ป่วยที่เข้ามาแต่ละคนมีภาวะขาดสารอาหารชนิดใดบ้าง หรือ เป็นโรคอะไรมา เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งอาจจะต้องมีการควบคุมโซเดียม เรียกว่า เราต้องสามารถประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ ซึ่งนักโภชนาการจะต้องอาศัยประสบการณ์ความรู้ เข้ามาช่วยในการทำงาน การเป็นโภชนาการที่ดีจึงต้องมีใจรักในงานที่ทำ อีกทั้งยังต้องมีความรู้สามารถถ่ายทอดเรื่องของโภชนาการอาหารที่ดีไปยังผู้ป่วยและคนรอบข้างได้เพื่อสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งยังสามารถออกหน่วยเคลื่อนที่ทีมสหวิชาชีพ ออกให้บริการและความรู้แก่หน่วยงานที่ร้องขอและในชุมชนได้

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยวัย ๖๑ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส สมรส การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ อาศัยอยู่กับภรรยา

เข้ารับการรักษาในวันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ ได้รับการวินิจฉัย คือ อุบัติเหตุทางการจราจรได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ มีโรคประจำตัวเป็น DM type ๒

อาการสำคัญ:รับรักษาต่อเนื่องจาก รพ. ร้อยเอ็ด On Tracheostomy tube, Retained Cath, Retained NG

ประวัติการเจ็บป่วย

๑ เดือนก่อนมาประสบอุบัติเหตุทางการจราจรได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดเหตุในพื้นที่เขตอำเภอสุวรรณภูมิ ได้รับการรักษาที่ รพ.สุวรรณภูมิ แล้วส่งต่อไปที่แผนก ICU รพ.ร้อยเอ็ด

๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ อาการคงที่จึงได้กลับมารักษาต่อเนื่องจากที่ รพ.โพธิ์ทราย On Tracheostomy tube, Retained Cath, Retained NG

จากกรณีศึกษาจึงได้มองเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะหุพโภชนาการหรือโภชนาการเกิน ญาติสามารถดูแลเรื่องอาหารของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติตามมาได้ จึงให้ความสนใจทำการศึกษาศึกษาโดยการให้โภชนบำบัดรายนี้

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแบ่งออกเป็น ๓ ครั้ง โดยมีทั้งการให้โภชนบำบัดในโรงพยาบาลและในคลินิก IMC (Intermediate care) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

กิจกรรม ๑. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะหุพโภชนาการและฟื้นฟูสภาพร่างกาย หลังได้รับอุบัติเหตุ

๒. สอนและสาธิตการทำอาหารทางสายยางให้กับญาติผู้ดูแลหลัก

๓. ให้ความรู้ด้านโภชนบำบัดกับญาติผู้ดูแล

๔. ให้ข้อมูลเสริมพลังและกำลังใจในการดูแลด้านโภชนบำบัดกับญาติผู้ดูแล

๕. ประเมินการรับรู้และความเข้าใจกลับหลังจากให้คำแนะนำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีน้ำหนัก ๗๑ kg ส่วนสูง ๑๖๐ cm. คำนวณ BMI ของผู้ป่วยได้ ๒๗.๗ kg/m^๒ (ปกติ ๑๘.๕-๒๒.๙ kg/m^๒) BP คำนวณความต้องการพลังงานได้ ๑,๔๒๐ Kcal/day ประเมินภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการเกินระดับ ๑ จึงลดพลังงานลงจากปกติที่ควรได้รับประมาณ ๗๑x๒๐=๑,๔๒๐ Kcal/day ให้เหลือ ๑,๒๐๐ Kcal/day โดยให้อาหารสายยางสูตร:๑ ๓๐๐x๔ feed สัดส่วนโปรตีน ๒๕% ไขมัน ๒๓% คาร์โบไฮเดรต ๕๓% ให้ ๔ มื้อเวลา ๐๗.๓๐ น. ๑๑.๓๐ น. ๑๖.๓๐ น. และ ๒๒.๐๐ น. หลังจากได้สอนและสาธิตการทำอาหารทางสายยางให้กับญาติผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลสามารถทำอาหารได้อย่างถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดบ้าง มีกำลังใจเพิ่มขึ้นมีสีหน้ายิ้มแย้ม ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่มีภาวะท้องอืด

ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ การให้โภชนบำบัดในคลินิก IMC (Intermediate care)

กิจกรรม ๑. ให้ความรู้ด้านโภชนบำบัดกับญาติผู้ดูแลหลังได้รับอุบัติเหตุ

๒. ทบทวนความรู้และติดตามการทำอาหารปั่นผสม (Blenderized Diet) และการให้อาหารทางสายยาง

๓. ให้คำแนะนำในเรื่องข้อควรระวังในการรับประทานอาหารทางปากหลังถอดสายให้อาหารเพื่อป้องกันการสำลัก

๔. ให้ข้อมูลเสริมพลังและกำลังใจในการดูแลด้านโภชนบำบัดกับญาติผู้ดูแล

๕. ประเมินการรับรู้และความเข้าใจกลับหลังจากให้คำแนะนำ

๖. แนะนำการมาตามนัดในคลินิก IMC (Intermediate care)

การประเมินผล

หลังจากได้ให้ความรู้ด้านโภชนบำบัด ทบทวนความรู้และติดตามการทำอาหารปั่นผสม (Blenderized Diet) และการให้อาหารทางสายยางกับญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลสามารถทำอาหารได้อย่างถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดเพิ่มขึ้น มีกำลังใจเพิ่มขึ้นมีสีหน้ายิ้มแย้ม ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่มีภาวะท้องอืด

ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๖ การให้โภชนบำบัดในคลินิก IMC (Intermediate care)

กิจกรรม ๑. ให้ความรู้ด้านโภชนบำบัดกับญาติผู้ดูแลหลังได้รับอุบัติเหตุ

๒. ทบทวนความรู้และติดตามการทำอาหารปั่นผสม (Blenderized Diet) และการให้อาหารทางสายยาง

๓. ให้คำแนะนำในเรื่องข้อควรระวังในการรับประทานอาหารทางปากหลังถอดสายให้อาหารเพื่อป้องกันการสำลัก

๔. ให้ข้อมูลเสริมพลังและกำลังใจในการดูแลด้านโภชนบำบัดกับญาติผู้ดูแล

๕. ประเมินการรับรู้และความเข้าใจกลับหลังจากให้คำแนะนำ

๖. การทบทวนความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัดของญาติผู้ป่วย

๗. แนะนำการมาตามนัดในคลินิก IMC (Intermediate care)

การประเมินผล

ผู้ป่วยมาตามนัดคลินิก ยังใส่สายให้อาหารทางจมูก ไม่มีอาการสำลักหลังให้อาหาร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ญาติมีความรู้ด้านโภชนบำบัด สามารถทบทวนความรู้ที่ได้รับเป็นอย่างดี ญาติและผู้ป่วยมีกำลังใจดี สีสหน้ายิ้มแย้ม สดชื่น ไม่มีภาวะท้องอืด

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้โภชนบำบัด ตลอดจนมีความพยายามในการเรียนรู้ในการทำอาหารปั่นผสม (Blenderized Diet) และการให้อาหารทางสายยาง ตามที่ได้รับการสอน ญาติมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นได้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ได้จัดกิจกรรมสอนญาติในการเรียนทำอาหารปั่นผสม และการให้อาหารทางสายยาง

๒. นำโภชนบำบัดไปใช้เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันสำหรับผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยางในพื้นที่อื่น ๆ ในเขตพื้นที่ อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การรวบรวมข้อมูลและการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติต้องได้นัดหมายเวลาให้ตรงกัน และต้องมีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะด้านเข้ามาช่วยเหลือในการปฏิบัติงานและต้องใช้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความรู้ยังไม่เพียงพอเกี่ยวกับเรื่องโภชนบำบัด การเรียนทำอาหารปั่นผสม (Blenderized Diet) การให้อาหารทางสายยาง และพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมเช่น ไม่มีการควบคุมอาหาร ไม่มีการออกกำลังกาย ทำให้มีอุปสรรคในการจัดการตนเองของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. เนื่องจากการระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามประเมินผลมีระยะเวลาที่สั้นเกินไปควรจะปรับเป็น ๖ เดือน หรือ ๑ ปี เพื่อการวัดผลที่มีประสิทธิภาพ

๒. เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความรู้ยังไม่เพียงพอเกี่ยวกับเรื่องโภชนศึกษา การเรียนทำอาหารปั่นผสม (Blenderized Diet) การให้อาหารทางสายยาง มีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเช่น ไม่มีการควบคุมอาหาร ไม่มีการออกกำลังกาย ทำให้มีอุปสรรคในการจัดการตนเองของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรเพิ่มการติดตามเพื่อประเมินผลผลการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร การยังคิดของผู้ป่วยในระยะยาว โดยอาจแบ่งช่วงเวลากันเป็น ๓ เดือน หรือทุก ๖ เดือน และ ๑ ปี เพื่อประเมินประสิทธิภาพ

๒. ควรมีการจัดทำงานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพทางเลือกของผู้ป่วยต่อไป

๓. ควรมีการประสานกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อสร้างเครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน อันจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางพัชรา เทียกโฮม สักส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) พัชรา เทียกโฮม

(นางพัชรา เทียกโฮม)

(ตำแหน่ง) นักโภชนาการ ระดับปฏิบัติการ

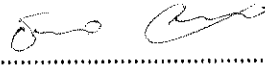
(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพัชรา เทียกโฮม	พัชรา เทียกโฮม

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายธนพล วิมลวรรณ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทราย

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายพิทักษ์พงษ์ พายุหะ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

(วันที่) 24 พ.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบการเสนอข้อเสนอนโยบายการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การให้โภชนศึกษาโดยใช้โมเดลอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๒. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมของร่างกายก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเป็นผลมาจากการที่ร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้ลดลงทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารผิดปกติ ทั้งคาร์โบไฮเดรต เช่น อาหารพวกแป้งและน้ำตาล ไขมัน และโปรตีน เช่น อาหารพวกเนื้อ นม ถั่วเหลือง มีลักษณะเด่นชัดคือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (สุกัญญา สมบุญงาม , ๒๕๕๐) ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกายเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่าง ๆ เช่นภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง ความดันโลหิตสูง จอประสาทตาเสื่อม ไตวาย เป็นแผลเรื้อรังและติดเชื้อได้ง่าย ฉะนั้นถ้าสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมและปฏิบัติตนเองอย่างเหมาะสม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ (วิชัยยุทธ์ , ๒๕๕๑ เว็บไซต์) ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ เป็นต้นมากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้เร่งค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระบบบริการให้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานหากไม่ได้รับการดูแลรักษาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอด ไตวาย อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด เป็นแผลเรื้อรัง จากข้อมูลผู้ป่วยที่มีมารับบริการในสถานีอนามัยบ้านนาวี ปี ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับการรักษา ๕๕ ราย ปี ๒๕๕๙ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับการรักษา ๕๙ ราย และ ปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับการรักษา ๖๑ ราย (จากข้อมูล Hosxp pcu ของสถานีอนามัย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัวและเศรษฐกิจเป็นอย่างมากทั้ง ๆ ที่เป็นโรคที่สามารถควบคุมรักษาโรคได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และในหน่วยงานและองค์กรต้องมีประสิทธิภาพในการดูแล รักษาและป้องกันไปในทางเดียวกัน

เดิมบริบทของนักโภชนาการจะมีการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการ ทั้งผู้ป่วยที่ admit ในตึกผู้ป่วยในและผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเกิน ๒๐๐ (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ที่มาตามนัดของคลินิกเบาหวาน โดยการให้โภชนศึกษานักโภชนาการจะใช้วิธีบรรยายทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลโดยไม่มีโมเดลประกอบ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องหลักการบริโภคอาหารให้เหมาะกับภาวะโรคที่ตนป่วยอยู่ได้น้อย และผู้ป่วยขาดความสนใจในการรับความรู้ ทำให้พบผู้ป่วยกลุ่มเดิม ๆ มาเข้ารับการให้โภชนศึกษาซ้ำ ๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า ๒๐๐ (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)เหมือนเดิม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ แนวความคิด

หลังจากที่พบผู้ป่วยกลุ่มเดิม ๆ มาเข้ารับการให้โภชนศึกษาจนเป็นที่สังเกตได้ว่าผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหลักการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง นักโภชนาการจึงได้มีการนำโมเดลอาหารมาประกอบในการให้โภชนศึกษา โดยโมเดลอาหารจะเป็นโมเดลอาหารแลกเปลี่ยนจะแบ่งอาหารแต่ละหมวดแต่ละชนิดออกเป็นจำนวนนับที่เรียกว่า “ส่วน” และเลือกโมเดลอาหารที่ผู้ป่วยคุ้นเคยที่เข้ากับบริบทของแต่ละกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยที่รับฟังเข้าใจได้ง่ายก็จะให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าใจได้

ยากก็จะให้ความรู้รายบุคคล ประกอบกับการใช้โมเดลอาหารเปลี่ยนเทียบให้เห็นถึงอาหารที่ให้น้ำตาลมากน้อยต่างกัน

๓.๒ บทวิเคราะห์

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาหายขาดแต่ควบคุมโรคได้โดยการดูแลและรักษาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จุดประสงค์ของการรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติสามารถประกอบภารกิจต่าง ๆ ได้ปกติ

จากการที่ได้ดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้พบปัญหาในการปฏิบัติงานและได้นำปัญหามาหาแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบและคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพดังนี้

๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงาน

เจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยในมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ในการประเมินผู้ป่วยให้ถูกต้องและรวดเร็ว มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องและทันสมัย ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนวิชาการใหม่ๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องนอกจากนี้การปฏิบัติงานของพยาบาลให้ความสำคัญทางกายมากกว่าทางด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณ การได้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบองค์รวมจะส่งผลดีแก่ผู้ป่วยและญาติโดยตรง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานโดยจัดให้มีการทบทวนการรักษา (case conference) ร่วมกันระหว่างทีมในหน่วยงาน และทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อทบทวนการรักษาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไป

๒. พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานในหน่วยงาน

จัดทำคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนไว้ประจำหน่วยงานเพื่อให้บุคลากรในทีมได้ปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งการจัดทำคู่มือได้รับคำปรึกษาจากแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๑. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) หมายถึงภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการรับประทานอาหารได้ตามปกติเนื่องจากความผิดปกติของระบบการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตที่เกิดจากร่างกายมีอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือเกิดจากการเสื่อมสภาพของตับอ่อน ความอ้วน โรคของระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งค่าปกติระดับน้ำตาลในเลือด ๗๕ – ๑๑๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

ผู้ป่วยเบาหวานจะมีอาการสำคัญดังนี้

๑. ปัสสาวะบ่อย (Polyuria) เนื่องจากไตมีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ระดับหนึ่งแต่ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าไตไม่สามารถดูดน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมาในปัสสาวะซึ่งมีความเข้มข้นของปัสสาวะสูงจึงมีการดึงน้ำตามมามากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อย

๒. กระหายน้ำมาก (Polydipsia) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอแห้ง เป็นผลมาจากการสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะ ร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำ

๓. ทิวบ่อยและรับประทานจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติทำให้ร่างกายขาดพลังงานจึงมีการทิวบ่อยและรับประทานจุตามมา

๔. น้ำหนักตัวลด (Weight loss) จากการที่ร่างกายขาดอินซูลินทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้อย่างปกติส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงานร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงมีการนำโปรตีนและไขมันที่สะสมมาใช้แทนจึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

๒. การควบคุมอาหาร มีจุดประสงค์เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุดอาหารที่ควรรับประทานหรือหลีกเลี่ยงเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงสู่เกณฑ์ปกติโดยแบ่งเป็น ๓ ประเภทดังนี้

ประเภทที่ ๑ ควรรับประทานได้แก่ ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ลังขยา น้ำอัดลม

ประเภทที่ ๒ รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักบุ้ง ผักตำลึง มะระ แตงกวา คื่นช่าย

ประเภทที่ ๓ รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ ขนมปังและอาหารบางอย่างต้องจำกัดจำนวน เช่น ผลไม้ต่าง ๆ เช่น ขนุน ควรรับประทาน ๒ ยวง มะม่วงสุก ครึ่งผล มะละกอสุก ๘ ชิ้น ชมพู ๒ ผล ลางสาด ๘ ผลกล้วยน้ำว้า ๑ ผล และควรหลีกเลี่ยงผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม ผลไม้กระป๋อง แนะนำลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น หอยนางรม ปลาหมึก กุ้งและเครื่องในสัตว์ หมูสามชั้น หนังไก่ จออาหารที่กะทิเนื่องจากเป็นไขมันอิ่มตัว ลดหรืองดอาหารเค็ม ลดหรืองดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควรรับประทานอาหารวันละ ๓ มื้อ รับประทานให้ตรงเวลา ห้ามงดมื้อใดมื้อหนึ่ง

๓. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อหลายๆ ส่วนได้เคลื่อนไหวออกแรงพร้อม ๆ กันและไม่ต้องใช้แรงมาก เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรออกกำลังกายครั้งละ ๒๐ - ๓๐ นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง

๔. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

๑. แนะนำสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จะมีอาการใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น สับสน เมื่อมีอาการดังกล่าวให้รีบดื่มน้ำหวานหรืออมทอฟฟี่

๒. แนะนำสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะมีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกร่างกายลดลง ซึม หมดสติ เมื่อมีอาการดังกล่าวให้รีบมาโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนแบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ

๑. ภาวะแทรกซ้อนเกิดกับอวัยวะที่สำคัญของร่างกายหลายระบบดังนี้

๑.๑ ระบบหัวใจและหลอดเลือดอาจพบความดันโลหิตสูงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ เนื้อเน่าตาย (Gangrene) เลือดไปเลี้ยงที่เท้าน้อยลง

๑.๒ ระบบประสาท ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาท (Diabetic neuropathy) ทรมานการชา ปวดแปลบเหมือนเข็มตำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง

๑.๓ ตา การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็กที่จอตาทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนไปเลี้ยงจึงทำให้เกิดการเสื่อมของจอตาจากโรคเบาหวาน (Diabetic retinopathy) เป็นสาเหตุทำให้ตาบอด

๑.๔ ไตและระบบทางเดินปัสสาวะ การเสื่อมของหน่วยไตจากเบาหวานทำให้เกิดไตวายเรื้อรัง

๒. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง (Diabetic Ketoacidosis) เป็นภาวะที่มีสารคีโตนในร่างกายมากขึ้นเกิดจากร่างกายขาดอินซูลินอย่างสมบูรณ์หรือบางส่วนทำให้ร่างกายมีระดับของน้ำตาลในเลือด

สูงขึ้น เนื้อเยื่อของร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้จึงมีการสลายไขมันที่เก็บตามส่วนต่างๆของร่างกายได้เป็นกลีเซอรอล และกรดไขมันอิสระ ปัจจัยที่ทำให้เกิด DKA คือ

๒.๑ การขาดอินซูลิน

๒.๒ ภาวะที่ร่างกายต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้นจากความเครียดทางร่างกายและจิตใจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น สาเหตุสำคัญที่พบบ่อย คือการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะทางเดินหายใจ ปอด ผิวน้ำ การได้รับบาดเจ็บ ต่อมไทรอยด์เป็นพิษหรือไม่รับประทานอาหาร

๓. มีภาวะต้านอินซูลิน พบในผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยอินซูลินมาเป็นเวลานาน อาการที่พบบ่อยจะ ปัสสาวะมาก คอแห้ง กระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน ลมหายใจมีกลิ่นอะซิโตนซึ่งมีกลิ่นคล้ายผลไม้สุก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่

๑. ควรได้รับการตรวจสายตาทายอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อประเมินการมองเห็น เลนส์ตา เมื่อพบความผิดปกติของสายตาเช่น ตามัว มองเห็นภาพไม่ชัด ควรส่งพบจักษุแพทย์

๒. ได้รับการตรวจการทำงานของไตตามแผนการรักษา

๓. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ ๗๕ - ๑๑๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

๔. ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เกิน ๑๓๐ / ๗๐ มิลลิเมตรปรอท

๕. ควบคุมระดับไขมันซึ่ง คอเลสเตอรอลไม่เกิน ๒๐๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ลิตร

๕. การดูแลรักษาเท้าปฏิบัติดังนี้

๕.๑ ทำความสะอาดเท้าและดูแลผิวหนังทุกวันเวลาอาบน้ำควรล้างและฟอกสบู่ตามซอกนิ้วและส่วนต่าง ๆ ของเท้าอย่างทั่วถึงหลังล้างเท้าเรียบร้อยแล้วให้ซับทุกส่วนโดยเฉพาะซอกนิ้วเท้าให้แห้งด้วยผ้าขนหนูระวังอย่าเช็ดแรงเกินไปเพราะผิวหนังอาจถลอกเป็นแผลได้

๕.๒ ถ้าผิวหนังที่เท้าแห้งเกินไปควรทาครีมหรือโลชั่น

๕.๓ ตรวจเท้าอย่างละเอียดทุกวันโดยเฉพาะซอกนิ้วเท้าฝ่าเท้าบริเวณที่เป็นจุดรับน้ำหนักและรอบเล็บเท้าเพื่อดูว่ามีรอยข้ำมีบาดแผลหรือการอักเสบหรือไม่หากมีแผลที่เท้าต้องพบไปพบแพทย์

๕.๔ การตัดเล็บควรตัดด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเล็บขบซึ่งอาจลุกลามและเป็นสาเหตุของการเกิดแผลอักเสบได้การตัดเล็บควรตัดในแนวตรงอย่าตัดให้สั้นชิดผิวหนังเกินไปและควรตัดเล็บหลังอาบน้ำเพราะเล็บจะอ่อนและตัดได้ง่ายถ้ามองไม่เห็นไม่ชัดควรให้ผู้อื่นตัดให้

๕.๕ การป้องกันการบาดเจ็บและเกิดแผลโดยการสวมรองเท้าทุกครั้งที่อยู่ห่างจากบ้าน ควรเลือกรองเท้าที่หุ้มเท้าและข้อเท้า สวมพอดี ไม่หลวม ไม่บีบรัด พื้นรองเท้านุ่ม มีการระบายอากาศและความชื้นได้ ควรสวมถุงเท้าด้วยเสมอโดยเลือกถุงเท้าที่สะอาดและเปลี่ยนทุกวัน

๕.๖ หลีกเลี่ยงการแกะหนังแข็งๆ หรือตาปลาที่ฝ่าเท้าและไม่ควรซื้อยามาถอดลอกตาปลามาใช้เอง

๕.๗ ถ้ารู้สึกว่ามีเท้าชาห้ามนำขวดหรือกระป๋องน้ำร้อนหรือประคบร้อนเพราะจะทำให้เกิดแผลพองขึ้นได้

๖. การรักษา

๖.๑ รักษาด้วยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลควรรับประทานยาให้ตรงเวลาห้ามลดหรือปรับขนาดยาเองเป็นอันตรายเพราะอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

๖.๒ รักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

๖.๓ มาพบแพทย์และตรวจเลือดตามนัดทุกครั้ง

๓. พัฒนาด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์

ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องดูแลแบบองค์รวม คือกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ดูแลหรือญาติ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงเพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาขอเสนอแนวคิดในการพัฒนาดูแลของญาติในด้านประชาสัมพันธ์ดังนี้

- มีการชี้แจงสรุปสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน รับทราบ ร่วมกับการสรุปสถานการณ์โรคเรื้อรังอื่น ๆ อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้งในการประชุมประจำเดือนของทางสถานีอนามัย

- มีการประสานงานกับหน่วยงานกับฝ่ายประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเพื่อจัดทำแผนการให้สุขศึกษา และการขอรับสื่อสนับสนุนใหม่ๆ

- มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อได้ความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัย ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ

- ประสานงานกับเภสัชกรเพื่อขอความร่วมมือในการให้สุขศึกษากับประชาชนที่มาใช้บริการในเรื่องการใช้ยาต่อเนื่อง ขนาดการใช้ยาที่ถูกต้อง ฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยา

- ทบทวนการรักษาผู้ป่วยร่วมกันของ ทีมวิชาชีพ เพื่อหาปัญหาของผู้ป่วยและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งให้สุขศึกษากับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

- มีการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งมีการประเมินผลการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

- ประสานงานและกับทีมการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลที่บ้าน (Home Health Care) ของทางโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบรายละเอียดในการวางแผนเยี่ยมผู้ป่วยต่อไป

๔. สนับสนุนแหล่งประโยชน์ที่จะให้บริการกับผู้ป่วย

บางครั้งผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดเนื่องจากไม่มีอาการและอาการแสดง ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มาพบแพทย์ การวางแผนการดูแลจึงต้องประเมินแหล่งประโยชน์ และเศรษฐกิจของผู้ป่วยทางสถานีอนามัย จึงได้มีการสนับสนุนแหล่งประโยชน์ดังนี้

- ประสานงานกับ อสม. ในเขตรับผิดชอบให้ช่วยในการติดตามดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นร่วมกับญาติ

- จัดให้มีโทรศัพท์สายสุขภาพเพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ โดยผู้ป่วยหรือญาติสามารถโทรมาปรึกษาปัญหาสุขภาพหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นอยู่เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล

- แนะนำบริการรถฉุกเฉินของหน่วยงานในท้องถิ่นเพื่อรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

๓.๓ ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีผลต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่บุคลากรทางสุขภาพสามารถมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ความรู้ อาจทำได้โดยการสอนหรือการสร้างคู่มือการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความรู้ให้กับผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อโรคให้ดีขึ้น และอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจจัดการได้ยากคืออิทธิพลจากครอบครัวของผู้ป่วย อาจมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา ทำให้ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม

ร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการช่วยกระตุ้นผู้ป่วยในการจัดการตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมาย

๓.๔ แนวทางแก้ไข

การมีส่วนร่วมจากกระบวนการกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกัน ควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน หากมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นไปตามบริบทของแต่ละชุมชนจะนำไปสู่การพัฒนาให้เกิดระบบและรูปแบบการบริหารจัดการป้องกัน ควบคุมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการให้ผู้ป่วยและชุมชนได้ใช้ศักยภาพและทรัพยากรของตนเองในการตระหนัก และดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค
๒. ผู้ป่วยเบาหวานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับความรู้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

ลงชื่อ.....พัชรา เทียมโฮม.....

(นางพัชรา เทียมโฮม)

ตำแหน่ง นักโภชนาการ ระดับปฏิบัติการ

(วันที่)...../...../.....

ผู้ขอประเมิน