

<p>3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน</p>
<p>ส่วนที่ 1 ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง</p>
<p>1. ชื่อ-สกุล นายสาคร ศรีเครือดำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลปราสาท สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เงินเดือน 43,490 บาท</p> <p>2. วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต</p> <p>3. ดำรงตำแหน่งระดับ ชำนาญการ เมื่อ 11 ธันวาคม 2551</p> <p>4. ดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะเข้ารับการประเมิน เมื่อ 11 พฤษภาคม 2547</p> <p>5. สรุปผลการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักย้อนหลัง 3 ปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ 53502 กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลปราสาท สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างาน ซึ่งต้องกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในด้านพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจ หรือแก้ปัญหาที่ ยาก และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย หรือ ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญสูงในด้านพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ ยาก และปฏิบัติงานอื่น ตามที่ได้รับมอบหมาย</p> <p>1. ด้านการปฏิบัติการ</p> <p>1) ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยากตามมาตรฐานวิชาชีพในการให้การพยาบาล แก่ผู้ใช้บริการ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย</p> <p>2) คัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน และปรับปรุงบริการพยาบาล รวมทั้งการปรับใช้ การบำบัด เครื่องมือพิเศษ ให้สอดคล้องกับภาวะของโรค เพื่อช่วยเหลือทางนิติวิทยาศาสตร์ ช่วยให้ผู้ใช้บริการปลอดภัยจาก ภาวะที่คุกคามได้อย่างทันที่</p> <p>3) บันทึกรวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยด้านการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ตอบสนอง ต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการพยาบาล</p> <p>4) ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา พันฟูสุขภาพประชาชน หรือการบริการอื่นๆ ทางด้านสุขภาพที่เป็น ปัญหาเฉพาะพื้นที่ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน</p> <p>2. ด้านการวางแผน</p> <p>วางแผนหรือร่วมดำเนินการวางแผนการทำงานตามแผนงานหรือโครงการของหน่วยงาน ระดับสำนัก หรือกอง และแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด</p> <p>3. ด้านการประสานงาน</p> <p>1) ประสานการทำงานร่วมกันโดยมีบทบาทในการให้ความเห็นและคำแนะนำเบื้องต้น แก่สมาชิกใน ทีมงานหรือหน่วยงานอื่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด</p> <p>2) ให้ข้อคิดเห็นหรือคำแนะนำเบื้องต้นแก่สมาชิกในทีมงานหรือบุคคลหรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ สร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย</p>

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ 1 ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง (ต่อ)
4. ด้านการบริการ 1) ให้บริการวิชาการพยาบาลที่ซับซ้อน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ให้บริการมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้ 2) สอน นิเทศ ฝึกอบรม ถ่ายทอดความรู้เทคโนโลยีทางการพยาบาลแก่ผู้ได้บังคับบัญชา หรือบุคคลภายนอก เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) พัฒนาข้อมูล จัดทำเอกสาร คู่มือ ตำรา สื่อเอกสารเผยแพร่ พัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ วิธีการหรือประยุกต์เทคโนโลยีเข้ามาใช้ เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กร
3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน
1. ชื่อผลงาน เรื่องที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ในชุมชน : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่าง พฤศจิกายน 2564 – มีนาคม 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน 3.1 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ 3.1.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง สถานการณ์สำคัญของโรคไตเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สถิติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังทั้งสิ้น 24,221 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 12,487 คน และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 10,737 คน ผ่าตัดเปลี่ยนไตและได้รับยากดภูมิจำนวน 986 คน ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยที่เกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ทุกปี สะท้อนให้เห็นว่าคนไทยป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากขึ้น(นิตยสารทันอัมภา,2561) ความหมายไตเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) หมายถึง การสูญเสียการทำงานของไตในการจัดของเสีย การรักษาสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะกรด-ด่างในร่างกาย ซึ่งมีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง ได้แบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังเป็น 5 ระยะ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาและประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 คือ ระยะที่อัตราการกรองของไตของผู้ป่วยมากกว่า 90 ml/min/1.73 m ² ซึ่งหมายถึงการมีความผิดปกติของไต แต่ค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรืออาจสูงขึ้น ระยะที่ 2 คือ ระยะที่อัตราการกรองของไตของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 60-89 ml/min/1.73 m ² ซึ่งหมายถึงการมีความผิดปกติของไตและค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)
<p>ระยะที่ 3a คือ ระยะที่อัตราการกรองของไตของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 45-59 ml/min/1.73 m² ซึ่งหมายถึงการมีความผิดปกติของไตและค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง</p> <p>ระยะที่ 3b คือ ระยะที่อัตราการกรองของไตของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 30-44 ml/min/1.73 m² ซึ่งหมายถึงการมีความผิดปกติของไตและค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งระยะนี้ต้องมีการเฝ้าระวังและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>ระยะที่ 4 คือ ระยะที่อัตราการกรองของไตของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 15-29 ml/min/1.73 m² ซึ่งหมายถึงการมีความผิดปกติของไตและค่าอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมากควรมีการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบำบัดรักษาทดแทนไตต่อไป</p> <p>ระยะที่ 5 คือ ระยะที่อัตราการกรองของไตของผู้ป่วยต่ำกว่า 15 ml/min/1.73 m² ซึ่งถือว่าเป็นระยะไตวาย (kidney failure) ทำให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะในรายที่มีอาการ uremia</p> <p>เกณฑ์การตรวจวินิจฉัย</p> <p>ผู้ป่วยต้องมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 ข้อ (KDIGO, 2013) ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. ภาวะไตผิดปกติเรื้อรังติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ โดยภาวะไตผิดปกติ จะมีลักษณะ ดังนี้<ol style="list-style-type: none">1.1 ตรวจพบความผิดปกติดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน ได้แก่<ol style="list-style-type: none">1.1.1 ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) โดยใช้ค่า albumin excretion rate (AER) ≥ 30 มก./24 ชั่วโมง หรือ ACR ≥ 30 มก./กรัม [≥ 3 มก./มิลลิโมล)1.1.2 ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria)1.1.3 มีความผิดปกติของเกลือแร่ (electrolyte) ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ (tubular disorders)1.2 ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา1.3 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ1.4 มีประวัติการได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต2. ผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 ml./นาที/1.73 ตรม. (GFR categories G3a - G5) ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติก็ได้ <p>พยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรัง</p> <p>ในคนปกติไตจะทำหน้าที่ในการรักษาสมดุลภายในร่างกาย (homeostasis) ให้คงไว้แม้จะมีการทำลายของหน่วยไตจนไตอาจสูญเสียหน้าที่ถึงร้อยละ 70 - 80 โดยจะทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หน่วยไต ใน 2 ลักษณะ คือ หน่วยไตที่ได้รับผลกระทบจากกระบวนการของโรคทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ และหน่วยไตที่ไม่ได้รับผลกระทบจากโรคซึ่งสามารถทำหน้าที่ได้ปกติ โดยในลักษณะที่ 2 จะพบว่าหน่วยไตมีขนาดโตขึ้น Nursing care of Persons with Chronic Kidney Disease receiving Hemodialysis (hypertrophy และทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อรักษาสมดุลภายในร่างกาย (homeostasis) โดยคงไว้ในการทำหน้าที่ของโกลเมอรูลัส (glomerulus) และท่อไต (renal tube) อย่างไรก็ตามเมื่อหน่วยไตที่เหลือต้องทำหน้าที่ในการกรองมากขึ้น ท่อไตก็ต้องมีการดูดกลับมากขึ้นเช่นกัน และเมื่อถึงจุดที่ไตไม่สามารถปรับตัวได้อีกจะทำให้ไตที่เหลือถูกทำลายลงจนสูญเสียหน้าที่มากขึ้น และไม่สามารถปรับชดเชย</p>

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้อีกต่อไป จะส่งผลให้มีการคั่งของยูเรีย และครีเอตินินในเลือดเพิ่มสูงกว่าระดับปกติ มีภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ กรดต่างในร่างกาย และเกิดการสะสมของเสียในเลือดเพิ่มสูงขึ้น (azotemia) นำไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease) โดยตรวจพบการถูกทำลายของหน่วยไตเกือบทั้งหมด ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงมาก พบการตายของเซลล์บุท่อไตชนิดพังกจำนวนมาก การทำหน้าที่ของไตในการกรองลดลงจนเหลือน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย (body surface area, BSA) 1.73 ตารางเมตร ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลไว้ได้ มีการคั่งน้ำและโซเดียมกลับเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถกำจัดน้ำและโซเดียมได้ เกิดภาวะไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์ ภาวะกรดต่างในร่างกาย มีของเสียคั่งในกระแสเลือดมากขึ้น การสร้างฮอร์โมนที่ไต และการสังเคราะห์ vitamin D 1, 25-OH vitamin D) ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการ และอาการแสดงของโรคไตเรื้อรังที่รุนแรง และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

สาเหตุของของโรคไตเรื้อรัง

ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังที่สำคัญคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การอักเสบที่โกลเมอรูล่า (glomerular) เรื้อรัง และสาเหตุจากโรคในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากในคนปกติค่า GFR สูงที่สุดเมื่ออายุ 30 - 40 ปี โดยมีค่าประมาณ 120 - 130 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย (body surface area, BSA) 1.73 ตารางเมตร (ขึ้นกับ เชื้อชาติ เพศ อายุ และ body composition) และค่า GFR จะลดลงปีละประมาณ 1 - 2 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย (body surface area, BSA) 1.73 ตารางเมตร แต่ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคที่มีผลต่อไต เช่น โรคไตอักเสบ การพยาบาลผู้ช่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด (glomerulonephritis) ส่งผลให้ GFR ลดลงได้ปีละ 10 - 12 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย (body surface area, BSA) 1.73 ตารางเมตร และผู้ป่วยจะเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ได้ภายในเวลา 5 - 10 ปี (สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ, 2551) สาเหตุของโรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) สาเหตุก่อนไต (prerenal causes) 2) สาเหตุที่ไต (intrarenal causes) 3) สาเหตุนอกไต (postrenal causes) (Mumarriz & Carprinito, 2000) และ 4) การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ (ageing change) (วณิชชา พิงชมพู และคณะ, 2553)

ผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายหลายระบบ โดยจะมีอาการและอาการแสดงต่างๆ ดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลวและภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ซึ่งเกิดจากอัตราการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลงเกิดการกระตุ้นการหลั่งเรนินแองจิโอเทนซิน (renin angiotensin) และแอลโดสเตอโรน (aldosterone) เพิ่มขึ้น ในขณะที่การหลั่งพรอสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) ลดลงทำให้เกิดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น จึงทำให้หลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ไตขาดเลือดไปเลี้ยง จนเกิดการคั่งของน้ำและโซเดียมเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตยิ่งสูงอาจพบภาวะหัวใจล้มเหลวเพราะน้ำท่วมปอด และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบสาเหตุจากมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจได้ (วณิชชา พิงชมพู, 2559) ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีสาเหตุเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอันดับต้นๆ จากรายงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR=30-59 มล./นาที่/1.73 ตรม.) และเพิ่มอัตราเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3 เท่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR-15-29 มล./นาที่/1.73 ตรม.) เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่มีไตปกติ (Gansevoort et al, 2013)

2. ระบบทางเดินหายใจ ภาวะยูรีเมียทำให้เกิดการสะสมของเสียในร่างกายมากขึ้นทำให้

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

ร่างกายเกิดภาวะเป็นกรด ส่งผลให้เกิดอาการหายใจหอบลึก (hyperventilation) หายใจมีกลิ่นยูเรีย ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ปอดอักเสบจากยูรีเมีย (uremia pneumonitis) เยื่อหุ้มปอดอักเสบจากยูรีเมีย (uremic pleunitis) และอาจเกิดปอดอักเสบ (pneumonia) จากการติดเชื้อโดยระบบภูมิคุ้มกันถูกกดจากยูรีเมีย (วณิชา พึงชมพู, 2559)

3. ระบบทางเดินอาหาร ภาวะยูรีเมียส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารทุกส่วน ได้แก่ แผลในปาก กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น และลำไส้ใหญ่ ร่วมกับมีเลือดออก รวมทั้งอาจมีอาการท้องผูกหรือท้องเดิน มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน

4. ระบบประสาท ภาวะยูรีเมียส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีอาการซึมลง ไม่มีสมาธิ ความตั้งใจลดลง การตัดสินใจไม่ดี มีอาการสับสน เพื่อ ชัก หมดสติไม่รู้สึกรู้สีกตัวสำหรับผลทบทระบบประสาทส่วนปลายทำให้มีอาการเสื่อมน้ำที่ในการรับรู้ความรู้สึกและการสั่งการ ความเร็วของการนำสัญญาณประสาทส่วนของแขนและขาข้าง อาจทำให้มีอาการเจ็บแสบร้อนที่ปลายเท้า (restless leg syndrome)

5. ระบบโลหิต มีภาวะซีดจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 6 กรัม/เดซิลิตร ซึ่งเป็นผลมาจากไตสร้างฮอร์โมนอีริโทรพอยอิติน (erythropoietin) ลดลง ทำให้ไขกระดูกมีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง และมีการสะสมของเสีย (uremia toxin) ในเลือดเพิ่มขึ้นทำให้อายุขัยของเม็ดเลือดแดงลดลง ให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย อ่อนแรง ขาดความสนใจได้

6. ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (cell-mediated immunity) จะถูกกดการทำงาน และจำนวนของลิมโฟไซต์ (lymphocyte) มีจำนวนลดลงทำให้การทำงานน้อยลง การจับกินเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาวลดลง

7. ระบบผิวหนัง จะมีผิวหนังซีดเหลืองเกิดจากภาวะเลือดจางและมีการคั่งค้างของสารสีเหลืองจากสารยูโรโครม (urochrome) ผิวหนังจะแห้งและมีการคั่งค้างของสารสีเหลืองจากสารยูโร (urochrome) ผิวหนังจะแห้งและมีการตกสะเก็ดมีขุยขาว มีอาการคันตามผิวหนัง มักเกิดอาการคันบริเวณทั่วๆไปและมีอาการคันเป็นพักๆ ซึ่งเกิดจากต่อมเหงื่อฝ่อลีบลงร่วมกับการขาดน้ำ และต่อมน้ำมันทำงานน้อยลงทำให้ไม่มีการขับเหงื่อเกิดขึ้น และมีเกลือยูเรียคั่ง (uremic frost) ที่เกิดจากการจับตัวของแคลเซียมฟอสเฟตเกาะอยู่ที่ผิวหนังมาก

8. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ภาวะยูรีเมีย ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงเจ็บปวดข้อ กระดูกผุ กระดูกพรุน เนื่องจากการทำหน้าที่ของไตมีการสูญเสีย ทำให้การสังเคราะห์ 1,25 ไดไฮดรอกซีวิตามินดี (1,25-(OH) 2 vitamin D) ลดลง มีผลให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์มากขึ้น ทำให้กระดูกมีพังผืดเหนียวเกิดขึ้น (osteitis fibrosa) นอกจากนี้ทำให้ไม่สามารถขับฟอสเฟตออกทางปัสสาวะได้หรือออกได้น้อย ทำให้ฟอสเฟตคั่งในเลือดมาก ร่วมกับระดับที่เพิ่มขึ้นของแคลเซียมรวมตัวกันเป็นแคลเซียมฟอสเฟต โดยจะไปเกาะตามเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น ผิวหนัง ตา ข้อต่อ หลอดเลือด หัวใจ ปอด และกระดูก ทำให้เกิดภาวะกระดูกแข็งผิดปกติ (osteosclerosis) หรืออาจจะทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความลำบากในการลุกเดิน (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559)

9. ระบบสืบพันธุ์ ในเพศชายพบมีระดับฟรีเทสโทสเตอโรน (free testosterone) ไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (dihydrotestosterone) และแอนโดรเจน (androgen) ในเพศชายลดลงจึงทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลงเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ในขณะที่เพศหญิงมีการเพิ่มขึ้นของลูทิไนซิงฮอร์โมน (luteinizing hormone, LH) และฟอลลิเคิลสติมูเลติงฮอร์โมน (follicle stimulating hormone, FSH) ร่วมกับมีระดับของเอสโตรเจน (estrogen) ลดลง ทำให้ประจำเดือนผิดปกติ ไม่มีประจำเดือนเป็นหมัน ความรู้สึกทางเพศลดลง

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)
อาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง อาการและอาการแสดงในโรคไตเรื้อรังขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคไตเรื้อรังและระยะของโรค ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 และ 2 มักไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แต่เมื่อโรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้น จะมีอาการเตือนที่สำคัญ 6 อย่าง (ซีซวาล วงศ์สารี, 2559) ดังนี้ 1. การเปลี่ยนแปลงของการขับปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน หรือปัสสาวะน้อยลงในตอนกลางวัน 2. มีอาการแสบร้อนเวลาถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะขัดสะดุดหรือมีนิ่วปนออกมา 3. ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะสีน้ำตาลเนื้อหรือเป็นฟอง 4. บวมบริเวณหน้า ท้อง และหลังเท้า 5. ปวดชั้นเอวหรือด้านหลัง 6. มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้มาจากสาเหตุอื่นๆ
การรักษาโรคไตเรื้อรัง เป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคไตเรื้อรังในทางการแพทย์ คือ ทำให้ร่างกายกลับมามีสภาพเช่นเดิมหรือใกล้เคียงเดิม หรืออย่างน้อยที่สุดเพื่อให้เกิดการชะลอการเสื่อมและลดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยประกอบด้วย การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (renal transplantation/ kidney transplantation : RT/KT) การรักษาแบบประคับประคอง (supportive treatment) การบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy : RRT) ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis : HD) การล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวร (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD)
การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis, PD) ความหมาย การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis: PD) หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำและสารต่างๆ ระหว่างเลือดกับน้ำยาล้างไต (peritoneal dialysis fluid) โดยซึมผ่านเยื่อช่องท้อง ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นเยือกั้นเลือกผ่าน (semipermeable membrane) โดยการนำน้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่องท้องและทิ้งไว้ระยะหนึ่ง เพื่อให้สารต่างๆ ที่คั่งอยู่ในเลือดซึมผ่านเยื่อช่องท้อง และแลกเปลี่ยนสารต่างๆ กันกับน้ำยาล้างไต เมื่อปล่อยน้ำยาล้างไตทิ้งและทำหมุนเวียนเช่นนี้หลายๆ ครั้ง ระดับของเสียที่คั่งอยู่ในเลือดจะลดลง ดังนั้นในการล้างไตทางช่องท้องจึงประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ คือ 1. ระบบเลือด หมายถึง อัตราการไหลของเลือดที่ไปยังบริเวณเยื่อช่องท้อง 2. เยื่อ (Membrane) ซึ่งเป็นตัวคัดเลือกสำหรับการกรอง 3. ระบบน้ำยา หมายถึง น้ำยาที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง
ชนิดของน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis fluid: PDF) น้ำยา PDF ที่ใช้ในปัจจุบันประกอบด้วยสารต่างๆ ที่มีอัตราความเข้มข้น ส่วนผสม และปริมาตร ที่แตกต่างกันในน้ำยาแต่ละชนิดขึ้นกับบริษัทที่ผลิต เพื่อที่จะสามารถปรับให้เกลือแร่และน้ำในร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุลมากที่สุด แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มที่สำคัญ คือ 1. สารที่ทำหน้าที่เป็น Osmotic agent ดึงน้ำเข้าหาตัว โดยส่วนใหญ่ใช้สารละลายกลูโคส 2. สารที่ทำหน้าที่เป็นบัฟเฟอร์ (buffer) ได้แก่ แลคเตท และไบคาร์บอเนต 3. สารละลายเกลือแร่ ได้แก่ โซเดียม คลอไรด์ แคลเซียม และแมกนีเซียม ซึ่งน้ำยาโดยทั่วไป

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

จะไม่มีโพแทสเซียมเป็นส่วนผสมเนื่องจากโดยทั่วไปผู้ป่วยไตวายมีแนวโน้มที่โพแทสเซียมในเลือดสูงอยู่แล้ว ถ้าหากต้องการรักษาภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ควรใส่โพแทสเซียมเข้าไปในถุงน้ำยา dialysis หรือให้รับประทานแทนภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้อง

แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ภาวะแทรกซ้อนที่มีการติดเชื้อ (infection complication) และภาวะแทรกซ้อนที่ไม่มีการติดเชื้อ (non-infection complication)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่เกิดจากการติดเชื้อ

1. เชื้อบุช่องท้องอักเสบ (peritonitis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและสำคัญในการทำ CAPD เชื้อที่เป็นสาเหตุมากที่สุด คือ เชื้อแบคทีเรียแกรมบวก ได้แก่ *S. aureus*, *S. Epidermidis* หรือ *Streptococcus sp.* ซึ่งเป็นเชื้อประจำถิ่น (normal flora) บริเวณผิวหนัง ส่วนเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อรุนแรง คือ เชื้อแบคทีเรียแกรมลบ (Non Pseudomonas Cram Negative : NPGN) ได้แก่ *E. Coli*, *Kiebsiella*, *Enterobacter*, *Serralia*, *Acinebacter*, *Proteus* และ *Citrobacter*

สาเหตุหลักของการติดเชื้อเกิดได้จากขั้นตอนในการล้างไตไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อเข้าสู่ช่องท้องมีการติดเชื้อ จากลำไส้จากอาการท้องเสีย ท้องผูก และจำลำไส้อักเสบ มีการติดเชื้อผ่านทางกระแสเลือดและการติดเชื้อจากการทำหัตถการในการรักษา

ข้อบ่งชี้ของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบคือ น้ำยาล้างไตขุ่น เนื่องจากมีการผลิตนิวโทรฟิลจำนวนมากไฟบรินในน้ำยาล้างไต เนื่องจากการทำงานของไฟบริโนไลซินในการทำลายไฟบรินลดลงตรวจพบโปรตีนจำนวนมากในน้ำยาล้างไตเนื่องจากการหลั่งของสารสตามิน และส่งผลต่อการเพิ่มสภาพให้ซึมผ่านได้ (permeability) จึงทำให้มีโปรตีนในช่องท้องมาก ตรวจพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 cell/cumm. และ polymorphonuclear neutrophils 50% ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง อาจมีอาการเล็กน้อยจนถึงมากที่สุดและมีไข้ต่ำๆ จนถึงมีไข้สูง

แนวทางการรักษา โดยการให้ยาปฏิชีวนะผสมกับน้ำยาล้างไตเข้าทางช่องท้อง (intraperitoneal route) เพื่อให้เชื้อโรคในช่องท้องสัมผัสกับยาปฏิชีวนะที่ใส่เข้าไปในช่องท้องโดยตรง และการใช้เฮพารินผสมกับน้ำยาล้างไต เพื่อลดการเกิดไฟบริน

2. เชื้อบริเวณรอบนอกสาย Tenckhoff catheter (exit-site infection) หมายถึง อักเสบติดเชื้อที่บริเวณผิวหนังรอบสาย Tenckhoff catheter ทำให้ผิวหนังรอบนอกบริเวณที่ใส่สายสวนมีลักษณะแดง หรือมีของเหลวไหลซึมออกมาจากตำแหน่งที่ใส่สายสวน เชื้อที่เป็นสาเหตุมากที่สุด คือ *Staphylococcus aureus* รักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ

การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

เมื่อมีผู้รับบริการทำการล้างไตทางช่องท้องมากขึ้น บทบาทในการดูแลเพื่อให้ได้ผลดีในการรักษาและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผู้ดูแลผู้รับบริการจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้คำแนะนำตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการก่อนการใส่สาย Tenckhoff (Tenckhoff's catheter) การดูแลผู้รับบริการหลังใส่สาย Tenckhoff ในระยะเริ่มต้น และการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเอง สอนผู้รับบริการในเรื่องการทำความสะอาดแผล การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา และการดูแลตนเองต่างๆ ไป การสังเกตสิ่งผิดปกติ และการแก้ไขเบื้องต้น การดูแลผู้รับบริการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการติดตามผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง ดังนี้

1. ควรบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและน้ำที่ออกจากร่างกายเป็นประจำ โดยบันทึกน้ำทุกชนิดที่รวมถึงอาหารชนิดน้ำ เช่น แกงจืด และบันทึกปริมาณปัสสาวะและน้ำที่ออกจาก

2. ถ้ามีอาการคันตามผิวหนัง ปากแห้ง กระหายน้ำ เนื่องจากดื่มน้ำออกได้ดีจากการล้างไตควรดื่มน้ำประมาณวันละ 750 มิลลิลิตร ร่วมกับปริมาณปัสสาวะและส่วนที่เป็นกำไรจากการล้างไตทางช่องท้อง หากมีอาการบวมควรพบแพทย์ หรือพยาบาล

3. ไม่ควรอาบน้ำในระยะแรกของการล้างไตทางช่องท้อง ควรทำความสะอาดหน้าท้องด้วยสบู่และน้ำ โดยห้ามนำสบู่ไม่ว่าชนิดใดเช็ดถูบริเวณปากแผลโดยตรง และเมื่อนอนญาติให้อาบน้ำได้แล้ว ก่อนอาบน้ำควรแกะผ้าก๊อชที่ปิดแผลบริเวณสายยางออกก่อน ไม่ต้องกลัวน้ำจะเข้าแผล และควรแขวนถุงน้ำยาไว้ในที่สูง ไม่ควรวางไว้บนพื้นห้องน้ำ

4. ภายหลังการใส่สาย Tenckhoff catheter และแผลแห้งสนิทดีแล้ว (ประมาณ 4-6 สัปดาห์) ควรทำความสะอาดแผลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือหลังการอาบน้ำทุกครั้ง และเมื่อผิวหนังบริเวณตำแหน่งที่สายสวนเปื่อยขึ้นสวรเซ็ดด้วยน้ำเกลือล้างแผล (0.9% NSS) ไม่จำเป็นต้องใช้น้ำยาฆ่าเชื้อเพราะจะระคายเคืองเนื้อเยื่อรอบแผล ไม่ควรปิดหรือหมุนสายสวนขณะทำแผล ปิดแผลด้วยพลาสติก ยึดสายให้ติดแน่นกับผนังหน้าท้อง และทุกครั้งที่เข้าท้องน้ำควรทำความสะอาดสายด้านนอก ด้วยน้ำและสบู่อ่อนและอย่าให้สายกองกับพื้นที่มีฝุ่น หรือบริเวณที่ไม่สะอาด

5. มีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น เช่น เจ็บ บริเวณแผลมีน้ำเหลือง มีเลือดซึมออกจากแผล หรือสะเก็ดพบว่ามีน้ำยาที่ออกจากช่องท้องมีสีผิดปกติ เช่น น้ำยาขุ่น หรือแดงมีเลือดปน ให้รีบมาโรงพยาบาล และนำน้ำยาถุงนั้นมาให้พยาบาลที่หน่วยไตตรวจสอด้วย

6. ถ้าสายต่อระหว่างสายที่ออกจากตัวผู้ป่วยกับถุงน้ำยาหลุด ให้ใช้กรรไกรที่ใช้สำหรับหนีบ หนีบสายที่ติดตัว โดยหนีบให้ใกล้ตัวมากที่สุด แล้วใช้น้ำยาฆ่าเชื้อพันที่ปลายสาย ห่อปลายสายด้วยผ้าก๊อชสะอาด และติดพลาสติกให้แน่นห้ามต่อสายเก่ากลับเข้าไป หลังจากนั้นให้มาพบพยาบาลที่หน่วยไต

7. มีอาการเหนื่อยหอบ ไอ นอนราบไม่ได้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้ติดต่อแพทย์ หรือพยาบาลทันที
การให้คำแนะนำปรึกษากับผู้รับบริการและญาติ

เมื่อผู้รับบริการเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ไตสูญเสียการทำงานเพิ่มขึ้นทำให้ผู้รับบริการเกิดการคั่งคั่งของเสียและน้ำ ไม่สามารถควบคุมสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย รวมทั้งการขาดฮอร์โมนที่ได้จากการสังเคราะห์ที่ไต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เป็นผลให้ผู้รับบริการไม่สุขสบาย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ตามปกติ ไม่สามารถไปทำงาน เกิดภาวะเครียด ผู้รับบริการและญาติควรได้รับฟังคำแนะนำในเรื่องการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ผู้รับบริการและญาติเตรียมสภาพจิตใจให้พร้อมและยอมรับกับสภาพปัญหา ร่วมกับทีมสุขภาพในการวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ในการให้คำแนะนำกับผู้รับบริการข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการเพื่อใช้ในการพิจารณาเลือกวิธีการ รักษาที่เหมาะสม โดยมีหัวข้อดังนี้

1. อธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงการทำงานของไต ภาวะไตวายเรื้อรัง การดูแลรักษาภาวะไตวายโดยวิธีต่างๆ บอกข้อดีและข้อเสีย สิ่งที่ต้องระมัดระวัง ให้กับผู้รับบริการฟัง

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

- 2. อธิบายหลักการวิธีการ และขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไตให้กับผู้รับบริการและญาติ รวมทั้งการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการ
- 3. อธิบายให้ทราบถึงค่าใช้จ่าย และสิทธิการเบิกจ่าย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา
- 4. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ในกรณีของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองจะทำการประเมินญาติหรือผู้ที่ จะทำการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลและญาติสามารถช่วยเหลือตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
- 5. แนะนำแหล่งให้บริการการรักษาทดแทนไต
- 6. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและญาติพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด ทั้งนี้ผู้รับบริการต้องไม่มีข้อห้ามในการรักษา

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตตาบอลิซึม แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด

สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน

1. สาเหตุจากพันธุกรรม เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเบาหวานทั้งชนิดพึ่งพาอินซูลิน (Insulin dependent diabetes, IDDM) และชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

1.1 พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดพึ่งพาอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human leukocyte antigen, HLA) HLA ที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ HLA-B, BLA-DR ผู้ที่มี HLA มีแนวโน้มเกิดการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อน ภายหลังการติดเชื้อ ไวรัสบางตัวทำให้ β -cell ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

1.2 พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไม่มีความสัมพันธ์กับ HLA แต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วน อายุที่เพิ่มขึ้น และการรับประทานอาหารรสหวานจัด

2. สาเหตุอื่นที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคเบาหวาน เบาหวานสืบทอดทางพันธุกรรมได้ก็จริง แต่ผู้ที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นเบาหวาน) ไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเบาหวานทุกคน มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้แก่

2.1 ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด ทำให้การตอบสนองของเนื้อเยื่อในร่างกายต่ออินซูลินไม่ดี

2.2 ผู้สูงอายุ การสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง

2.3 โรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ ได้รับการผ่าตัดตับอ่อน

2.4 การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ซึ่งมีผลต่อตับอ่อน

2.5 การได้รับยาบางชนิด สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิดบางชนิดทำให้มีการสร้างน้ำตาลมากขึ้น หรือการตอบสนองของอินซูลินไม่ดี

2.6 การตั้งครรภ์ เนื่องจากการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิดซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

อินซูลิน

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเภทของเบาหวาน (Classification of Diabetes Mellitus)

องค์การอนามัยโลก โดย Expert committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus ปี พ.ศ. 2543 ได้แบ่งประเภทของเบาหวานตามลักษณะทางคลินิก (Clinical classes) โดยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. โรคเบาหวานประเภทที่ 1 (Type 1 Diabetes) หรือประเภทพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM) ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานในเด็ก (Juvenile onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้เกิดจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนมีจำนวนน้อยหรือเกือบไม่มีเลย ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่นที่อายุไม่เกิน 40 ปี พบได้ทั้งเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน อาการของโรคจะเกิดขึ้นกะทันหันและรุนแรง ผู้ป่วยมักมีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ HLA ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน มิฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic Ketoacidosis, DKA)

2. โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Type 2 Diabetes) หรือประเภทไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า โรคเบาหวานผู้ใหญ่ (Maturity onset diabetes) โรคเบาหวานชนิดนี้ พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 95-97 ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักอ้วน มีประวัติเป็นเบาหวานในครอบครัว อายุมากกว่า 40 ปี ตับอ่อนยังพอผลิตอินซูลินได้บ้างแต่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินในระยะแรกอาจรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือยาเม็ดลดระดับน้ำตาล แต่เมื่อเป็นนาน ๆ ในผู้ป่วยบางรายมีเบต้าเซลล์เสื่อมหน้าที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อาจจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน

3. โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ (Other specific type) ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ (Genetic defects of β -cell function) โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมจากการออกฤทธิ์ของอินซูลิน (Genetic defects of insulin action) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน (Diseases of the exocrine pancreas) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคทางต่อมไร้ท่อ (Endocrinopathies) โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี (Drug - or chemical - induced) โรคเบาหวานที่เกิดจากการติดเชื้อ (Infection) โรคเบาหวานที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่พบไม่บ่อย (Uncommon forms of immune-mediated diabetes) และโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางพันธุกรรมอื่นๆ (Other genetic syndromes sometimes associated with diabetes)

4. โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus : GDM) โรคเบาหวานชนิดนี้ผู้ป่วยจะไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน เป็นผลให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลิน ถ้าไม่สามารถเพิ่มการสร้างอินซูลินให้เพียงพอ จะทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้ หลังคลอดมักจะพบว่าอาการโรคเบาหวานหายไปแต่จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้มาก จึงควรมีการตรวจเช็คเป็นระยะและมีพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานมี 3 วิธีได้แก่

1.FPG \geq 126 มก./ดล.

2.Casual (Random) plasma glucose \geq 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

3.Plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ Oral glucose tolerance test (OGTT) \geq 200 มก./ดล.

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

ถ้าค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยแต่ละวิธีข้างต้น อยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวาน ควรตรวจในวันอื่นอีก 1 ครั้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่มี Plasma glucose สูง อาการชัดเจน ร่วมกับมี Acute metabolic decompensation ในการตรวจซ้ำ ถ้าค่า FPG ≥ 126 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเกิดได้ทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

1.ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการผิดปกติรุนแรงรวดเร็วต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตราย ผู้ป่วยอาจมีระดับน้ำตาลต่ำเกินไป หรือสูงมากเกินไป ได้แก่

- 1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)
- 2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากจนมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงมากโดยที่ไม่มีกรดคีโตนคั่ง ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนคั่งในเลือด
- 3) ภาวะการณัตติคเชื้อ

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานและระดับการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ยิ่งเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานเท่าใดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการอะไรในระยะแรก แต่ถ้าได้รับการตรวจค้นวินิจฉัยและรักษา รวมถึงการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก ก็จะช่วยลดและชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องทางพันธุกรรม ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย โรคแทรกซ้อนเรื้อรังอาจแบ่งได้เป็นประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

- 2.1 โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดตีบที่เท้า
- 2.2 โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็กโรคแทรกซ้อนทางตาโรคแทรกซ้อนทางไต
- 2.3 โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท

ความดันโลหิตสูง

ความหมาย

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือดแดงซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ (คล้ายแรงลมที่ดันผนังของยางรถเมื่อเราสูบลมเข้า) ซึ่งสามารถวัดได้โดยการใช้เครื่องวัดความดัน (Sphygmomanometer) วัดที่แขน และมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ

ความดันช่วงบน หรือ ความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัวซึ่งอาจจะสูงตามอายุ และความดันช่วงบนของคนคนเดียวกันอาจมีค่าแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย ตามที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และปริมาณของการออกกำลังกาย

ความดันช่วงล่าง หรือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัวในปัจจุบันได้มีการกำหนดค่าความดันโลหิตปกติและระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90-95 แพทย์จะตรวจไม่พบโรค หรือ ภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า "ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ"(Primary hypertension) หรือ "ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ" (Essential hypertension)

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเภท	ความดันช่วงบน (มม.ปรอท)/ความดันช่วงล่าง (มม.ปรอท)
ความดันโลหิตปกติ	< 120 และ < 80
ความดันโลหิตปกติที่ค่อนข้างไปทางสูง	120-129 และ < 80
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	130-139 และ/หรือ 80-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	≥ 140 และ/หรือ ≥ 90
ความดันช่วงบนสูงเดี่ยว	≥ 140 และ < 90

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1.เป้าหมายของการลดความดันโลหิต คือ ควรลดความดันช่วงบน < 130 และความดันช่วงล่าง < 80 mmHg ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบนอยู่ระหว่าง 120-129 และความดันช่วงล่าง < 80 มม.ปรอท แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่ต้องให้ยาลดความดันและติดตามวัดความดันใน 1 ปี ส่วนในผู้ที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือนแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย (น้อยกว่า 120/80 มม.ปรอท) แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

2.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่ำ (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน เป็นระยะเวลา 6-12 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงปานกลาง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง และระดับที่ 2 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ หรือมีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง (เช่น ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ) ร่วมไปกับการติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน นาน 3-6 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ที่มีความดันช่วงบน ≥ 180 และ/หรือช่วงล่าง ≥ 110 ทุกราย และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปหรือมีร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูงหรือมีโรคที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ไม่ว่าจะมีความดันโลหิตสูงอยู่ที่ระดับใดก็ตาม) ในกลุ่มนี้แพทย์จะเริ่มให้ยาลดความดันตั้งแต่แรกพบ ร่วมไปกับการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ

<p>3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)</p>
<p>3.1.2 การประเมินสภาพผู้ป่วย</p> <p>การซักประวัติ ซักประวัติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน บวม ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น ประวัติการเป็นโรคไตมาก่อน เช่น การติดเชื้อที่ไต นิ่ว การอุดตันทางเดินปัสสาวะประวัติโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจวาย รวมทั้งการใช้ยา การได้รับสารพิษ และประวัติการเป็นโรคไตในครอบครัว</p> <p>การตรวจร่างกาย จากการตรวจวัดสัญญาณชีพ มักพบความดันโลหิตสูง ในรายที่มีภาวะไม่สมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เลือดเป็นกรด อาจพบชีพจรเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ หายใจหอบลึก มีไข้เฉพาะในรายที่มีการติดเชื้อร่วมด้วย นอกจากนั้นยังตรวจพบอาการและอาการแสดงต่างๆ ตามระยะของโรค ตัวอย่างเช่น ซีดผิวแห้งคัน มีจ้ำเลือดตามตัว หลอดเลือดที่คอโป่งพอง มีเสียง crepitation บริเวณชายปอดทั้ง 2 ข้าง จากน้ำท่วมปอด มีอาการบวม ท้องผูกหรือท้องเสีย ปวดท้องจากเลือดออกในทางเดินอาหาร มีแผลในมูกลิ้นคล้ายปัสสาวะ (uremic fetor) ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สั่นกระตุก เป็นตะคริว ซัก</p> <p>การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการทำงานของไตที่สำคัญ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none">1. การตรวจเลือดหาระดับ BUN (ค่าปกติ 7-20 mg/dl)2. การตรวจเลือดหาระดับ Serum Creatinine (SCr) (ค่าปกติ ชาย 0.67 – 1.27 mg/dl และหญิง 0.51 -0.95 mg/dl)3. การประเมินค่าอัตราการกรองของไต (ค่าปกติ 100 – 150 ml/min/1.73m²)4. การตรวจปัสสาวะ การตรวจปัสสาวะหากการมีโปรตีนรั่ว เพื่อการคัดกรองผู้ป่วย5. การตรวจอื่นๆ เช่น การตรวจดูกายวิภาคและการทำหน้าที่ของไตด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การทำ Plain KUB, renal CT scan, renal MRI หรือการทำ renal biopsy เป็นต้น <p>3.1.3 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (HOME HEALTH CARE)</p> <p>การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพ ที่จัดให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการรักษาโรคเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน (Home Nursing) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความพิการ การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพตามความต้องการ และสามารถดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีความบกพร่องหรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ อาจมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1) มีความพิการหลงเหลืออยู่2) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนมาได้เหมือนเดิม3) ต้องการฝึกฝนเป็นพิเศษเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ4) ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none">1) เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น2) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการเผชิญปัญหา การปรับตัวต่อโรค และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง3) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการ

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

4) เพื่อลดการกลับเข้าไปนอนโรงพยาบาล

5) เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล

เป้าหมาย

1. จัดแบ่งกลุ่มตามระบบของโรค โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ

1.1 โรคที่ไม่ติดต่อ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว มะเร็ง เป็นต้น

1.2 โรคติดต่อ ได้แก่ โรคเอดส์ วัณโรค ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส เป็นต้น

2. จัดแบ่งกลุ่มตามกลุ่มบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

2.2 กลุ่มมารดาและเด็ก

2.3 กลุ่มผู้พิการหรือมีปัญหาอวัยวะบางส่วนไม่ทำงานหรืออัมพาต

2.4 กลุ่มผู้ติดยาเสพติด

2.5 กลุ่มรกร่วมเพศ

2.6 กลุ่มผู้พิการแต่กำเนิด

3. กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามผู้ป่วย (Follow up) เพื่อให้การรักษา พยาบาลและบุคลากรอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

4. ให้บริการสาธารณสุขแก่ครอบครัวตามปัญหา และความต้องการของแต่ละหน่วยงาน ในรูปแบบการบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม (Holistic Care)

กลวิธีการดำเนินงาน

ทีมสุขภาพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมกันนำบริการเชิงรุกไปสู่ประชาชนที่บ้าน ดังนี้

1. ให้การดูแลสุขภาพอนามัย โดยให้การรักษายาเป็นจุดนำ ตามด้วยการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพของประชาชนที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง

2. การให้ความรู้ คำแนะนำ วิธีการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ อนามัยเกิดขึ้นที่บ้าน โดยฝึกฝนจนกระทั่งผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีปฏิบัติตัวเองในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างแท้จริงตรงกับความต้องการในการแก้ปัญหาของตนเอง

3. ให้บริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน เพื่อเป็นสถานที่ให้ประชาชนสามารถติดต่อกับทีมสุขภาพได้

การดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนต้องอาศัยทฤษฎีหลัก

2 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีหลักการดูแลตนเอง

2. ทฤษฎีหรือหลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

การนำทฤษฎีและหลักการนี้มาใช้จะช่วยให้การดำเนินงานเกิดผลดี การให้บริการรวดเร็ว กระจายความรู้ และทบทวนสิทธิที่ประชาชนควรมีส่วนรู้เห็นต่อสุขภาพอนามัยของตนเอง ช่วยให้เกิดความเสมอภาค การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.1.4 แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ดูแลผู้ป่วย

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์เจอร์ชรี กอร์ดอน (Major Gordon)

2. กระบวนการพยาบาลขั้นตอน ประกอบด้วย ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

3. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory)

3.1ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care theory) ประกอบด้วย 1) การดูแล หมายถึง กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระของบุคคล เพื่อส่งเสริมและดำรงซึ่งความอยู่ดีตลอดชีวิต 2) ผู้ที่จะดูแล (Self-careagency) เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล อาจหมายถึงบุคคลซึ่งดูแลตนเอง (Self-careagent) และบุคคลซึ่งต้องดูแลผู้อื่น (Dependent care agent) เช่น มารดา ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ 3) ความต้องการการดูแล (Self-care requisites) เป็นกิจกรรมที่คนจำเป็นต้องดูแลตนเองให้สำเร็จ 4) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Therapeutic self-care demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อสนองความต้องการดูแลตนเอง ซึ่งจะรวมถึงกิจกรรมที่ใช้เพื่อดำรงภาวะสุขภาพและการอยู่ดี

3.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care theory) เป็นแกนกลางของทฤษฎีที่อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องให้การพยาบาลและวิธีการที่บุคคลจะรับการพยาบาลเพื่อการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดเนื่องจากบุคคลไม่สามารถสนองความต้องการในการดูแลตนเองหรือปฏิบัติการในการดูแลตนเองได้สำเร็จ

3.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing system theory) เป็นกิจกรรมหรือชุดของกิจกรรมที่พยาบาลจัดทำให้เพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองได้สำเร็จ

3.4 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing system theory) เป็นกิจกรรมหรือชุดของกิจกรรมที่พยาบาลจัดทำให้เพื่อสนองความต้องการดูแลตนเอง

4. ทฤษฎีความต้องการ (Need Theory) ของ อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) ความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการรักษาด้วยการฟอกไต (predialysis phase) 2) ระยะระหว่างการรักษาด้วยการฟอกไต (during dialysis phase) และ 3) ระยะปฏิเสธ/ยุติการรักษาด้วยการฟอกไต (non-dialysis or withdrawal of dialysis phase)

5. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ของโนลาห์ เจ เพนเดอร์ (Nola J. Pender) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theor) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ที่เชื่อว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน ซึ่งบุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญาผ่านการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ และมีผลต่อการตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 2015)

6. หลัก 3 อ. 2 ส. ประกอบไปด้วย 3 อ หมายถึง ข้อปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 3 ด้าน อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และ 2 ส หมายถึง ข้อห้ามด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสูบบุหรี่ สุรา