

(สำเนา)

ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๘๖/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๔ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารบุคคล) และคำสั่งจังหวัดอุบลราชธานี ที่ ๖๔๐๓๕/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๗ เรื่อง การมอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี นั้น

จังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๖ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวสิริรัตน์ วงศ์กระจ่าง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบุญศรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนสว่าง ตำบลโนนค้อ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว
๒.	นางสาวสุภาวณี ศรีโกศล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓.	นางสาวพิชญา วิสุน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสระดอกเกษ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว
๔.	นางธิดารัตน์ พัฒนาวรรกุล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

- | | | | |
|----|--------------------------|--|---|
| ๕. | นางสาวอาทิตย์ยา ศิริศรี | พยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการ
(ด้านการพยาบาล) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โรงพยาบาลนาจะหลวย
กลุ่มงานการพยาบาล
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน |
| ๖. | นางสาวปรียาภรณ์ ดอนสิงห์ | พยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการ
(ด้านการพยาบาล) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
กลุ่มงานการพยาบาล
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน |

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ร้อยตรี สรมงคล มงคละสิริ

(สรมงคล มงคละสิริ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

สำเนาถูกต้อง

(นางธิดารัตน์ บุญทรง)


นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ


สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒ มีนาคม ๒๕๖๘

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
 เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
 ระดับชำนาญการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสิริรัตน์ วงศ์กระจ่าง	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงขัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลโนนค้อ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๕๖๕๔๙	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงขัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลโนนค้อ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๕๖๕๔๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นางสาวสุภาวีย์ ศรีภักศล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม กลุ่มงานพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๕๖๓๑๑ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม กลุ่มงานพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๕๖๓๑๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%



 (นางพรรษา ชุ่มชุมพล)
 รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)


 (นายธีระพงษ์ แก้วภมร)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๖ ๒๕

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวพิชญา วิสุณ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระดอกเกษ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๕๐๕๗๑	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระดอกเกษ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ตำแหน่งทางวิชาการ)	๒๕๐๕๗๑	เลื่อนระดับ
๔	นางอติฉัตรดี พัฒนภาพรกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๙๑๘๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งพยาบาล)	๒๐๙๑๘๗	เลื่อนระดับ
						๑๐๐%

ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วม บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี"
 ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก ๓๐.๒๕. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี"
 รายละเอียดคำโครงการ "แบบทำยประกาศ"


 (นางพรระชา ชัมชุมผล)

รศ.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ตำแหน่งส่งเสริมพัฒนา)


 (นายธีระพงษ์ แก้วถนอม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวอาทิตย์ ศิริศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลจะหลวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๘๙๕๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลจะหลวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๘๙๕๘	เลื่อนระดับ
๖	นางปริญภรณ์ คอนสิงห์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๘๙๕๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๘๙๕๔	เลื่อนระดับ
		ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง : กรณีศึกษา" ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง" รายละเอียดคำโครงการผลงาน "แบบท่ายประภาค"				๑๐๐%

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(นางพรรษา ชินชุมพล)

ร.ก. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

๑๒

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น: กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 พฤศจิกายน 2566–30 เมษายน 2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ความหมายโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD) คือ กลุ่มอาการที่ประกอบด้วย การขาดสมาธิ ควบคุมตนเองต่ำและซุกซน อยู่ไม่นิ่ง อาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ขวบ ส่งผลกระทบต่อ พฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการปรับตัวเข้าสังคม อาการของเด็กแต่ละคนแตกต่างกัน บางรายมีอาการซน อยู่ไม่นิ่ง และควบคุมตนเองต่ำเป็นอาการหลัก บางคนอาจจะมีอาการขาดสมาธิเป็นปัญหาหลัก พบทั่วโลก ในประเทศไทยพบ 3-5% ของเด็กในวัยเรียน

ระบาดวิทยา

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีอัตราความชุกเฉลี่ยจากการศึกษาในประเทศ ต่างๆ(worldwide-pooled prevalence) เท่ากับ 5.295 ในประเทศไทยได้มีการศึกษาในเด็กชั้นประถมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.016 ดังนั้นหากคำนวณจากเด็กวัยเรียน 10 ล้านในประเทศไทยจะได้จำนวนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น 500,000 คน หรือประมาณได้ว่าในแต่ละชั้นเรียนที่มีเด็ก นักเรียน 40-50 คน จะมีเด็กสมาธิสั้นรวมอยู่ด้วย 2 คน โรคนี้พบในเพศชายบ่อยกว่าในเพศหญิงในอัตราส่วน ประมาณ 3:17

สาเหตุ

เชื่อว่าโรคสมาธิสั้นมีสาเหตุเป็นได้จากหลายปัจจัย โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุหลัก ในส่วนใหญ่ ของผู้ป่วย ในปัจจุบันได้มีการค้นพบยีนหลายตัวที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ dopamine 4 and 5 receptor gene, dopamine transporter gene, dopamine beta-hydroxylase gene, และ serotonin transporter gene นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ ของมารดาในขณะตั้งครรภ์การคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อน อื่นๆของการตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบ หรือการปล่อยให้ เด็กดูโทรทัศน์มากเกินไป ไม่ได้เป็นสาเหตุ แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้

พยาธิสรีรวิทยา

จากการศึกษาทางรังสีวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของ สมองบริเวณ prefrontal cortex, basal ganglia, และ cerebellum รวมทั้งมีปริมาตรรวมของสมองน้อยกว่า ของเด็กปกติ ทั้งนี้เชื่อว่ากลไกความผิดปกติหลักของสมองในโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ความบกพร่องด้าน executive function และ motivation ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสารน้ำประสาท dopamine และ noradrenaline ในวงจรที่เชื่อมต่อกันระหว่าง prefrontal cortex และ striatum

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อาการขาดสมาธิและ/หรือ อาการอยู่นิ่งและหุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ดังนี้

1. การขาดสมาธิ พบว่า
 - 1.1 ไม่สามารถทำงานที่ครูหรือพ่อแม่สั่งจนสำเร็จ
 - 1.2 ไม่มีสมาธิในขณะที่ทำงานหรือเล่น
 - 1.3 ดูเหมือนไม่ค่อยฟัง เวลาพูดด้วย
 - 1.4 ไม่ตั้งใจฟังได้ไม่นาน และเก็บรายละเอียดได้น้อย ทำให้ทำงานผิดพลาดบ่อย
 - 1.5 ไม่เป็นระเบียบ
 - 1.6 มั่นหลักเลี้ยงงานที่ต้องใช้ความคิดหรือสมาธิ
 - 1.7 วอกแวกบ่อย
 - 1.8 ทำของใช้ส่วนตัวหรือของใช้ที่จำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนต่ำ
2. อาการซุกซน อยู่นิ่ง และควบคุมตนเองต่ำ จะมีลักษณะ ดังนี้
 - 2.1 ยุกยิก อยู่นิ่ง
 - 2.2 นั่งไม่ติดที่ ลุกเดินบ่อยๆ ขณะอยู่ที่บ้านหรือในห้องเรียน
 - 2.3 ชอบวิ่ง หรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ
 - 2.4 พูดมาก พูดไม่หยุด
 - 2.5 เล่นเสียงดัง
 - 2.6 ตื่นตัวตลอดเวลา หรือดูตื่นตัวง่าย
 - 2.7 ของโพล่งคำตอบเวลาครูหรือพ่อแม่ถามโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ
 - 2.8 รอคอยไม่เป็น
 - 2.9 ชอบขัดจังหวะหรือสอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังพูดอยู่

หากเด็กมีลักษณะในข้อ 1 หรือ 2 รวมกันมากกว่า 6 อาการ ก็มีความเป็นไปได้สูงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเป็นการวินิจฉัยทางคลินิก โดยอาศัยเพียงจากประวัติและการประเมินอาการของผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revised (DSM-IV-TR) กล่าวคือผู้ป่วยต้องมีอาการขาดสมาธิและ/หรือ อาการอยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน เกิดขึ้นในอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป จนทำให้เกิดปัญหาในด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพการงานของผู้ป่วย โดยอาการดังกล่าวเริ่มปรากฏตั้งแต่อ่อนอายุ 7 ปีและไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR กำหนดให้แบ่งโรคสมาธิสั้นเป็น 3 ชนิดตามอาการเด่นที่ผู้ป่วยมีดังนี้

1. inattentive subtype เมื่อผู้ป่วยมีอาการในกลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป แต่มีอาการในกลุ่มอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นไม่ถึง 6 ข้อ

2. hyperactive-impulsive subtype เมื่อผู้ป่วยมีอาการในกลุ่มอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป แต่มีอาการในกลุ่มขาดสมาธิไม่ถึง 6 ข้อ

3. combined subtype เมื่อผู้ป่วยมีอาการใน กลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ร่วมกับมีอาการในกลุ่มอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นจะต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นๆ ที่อาจทำให้เด็กมีอาการคล้ายกัน

ภาวะอื่นๆ ที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคสมาธิสั้น

1. พฤติกรรมชนปกติตามวัย
2. ปัญหาจากการเลี้ยงดูที่ขาดการฝึกระเบียบวินัย
3. ปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรือการได้ยิน
4. โรคทางกายบางอย่าง เช่น พิษจากสารตะกั่ว ลมชัก หรือไทรอยด์เป็นพิษ
5. ผลข้างเคียงจากยา เช่น phenobarbital หรือtheophylline
6. โรคทางจิตเวชอื่นๆเช่นmental retardation, learning disorder, autistic disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, adjustment disorder, anxiety disorder, และ mood disorder

การรักษา

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน (multimodal management) โดยประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำวิธีการช่วยเหลือแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย การประสานงานกับครูเพื่อให้มีการช่วยเหลือที่โรงเรียน การใช้ยา และการรักษาภาวะที่พบร่วมรวมทั้งแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้น

การใช้ยารักษา

ได้มีหลักฐานการศึกษาวิจัยที่แสดงว่าการใช้ยาตามแนวทางที่ถูกต้องได้ผลดีกว่าวิธีการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา โดยยาจะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถควบคุมตนเอง มีความตั้งใจในการเรียนและ การทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ และทักษะทางสังคมต่างๆ ดังนั้นเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา กล่าวคือเมื่อมีการวินิจฉัยที่แน่ชัดว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและอาการเป็นมากจนมีผลกระทบต่อ การเรียนหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงควรแนะนำทางเลือกในการรักษาด้วยยาแก่ผู้ปกครอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของทางเลือกที่จะใช้ยาหรือไม่ใช้ยาเพื่อให้ผู้ปกครอง การตัดสินใจ ในกรณีมีผู้ป่วยเด็กโต และวัยรุ่น ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจด้วย ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นมีดังนี้

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

CNS stimulant เป็นยาที่ควรใช้เป็นทางเลือกแรก (first-line) ออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของ dopamine ในสมองส่วน prefrontal cortex ทำให้การทำหน้าที่ในด้าน executive function ของสมองดีขึ้นและลดอาการของผู้ป่วยทั้งใน ด้านสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น โดยได้ผลใน การรักษาประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย มีข้อมูลการศึกษาวิจัยมากมายที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่มีใช้ในประเทศไทย มีเพียงตัวเดียวคือ methylphenidate โดยมีจำหน่าย 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดออกฤทธิ์สั้น ขนาดเม็ดละ 10 มิลลิกรัม และชนิดออกฤทธิ์ยาว ขนาดเม็ดละ 18 มิลลิกรัม และ 36 มิลลิกรัม ยาทั้ง 2 ชนิดได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือมีดังนี้

2.1 การให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรค การรักษา ผลข้างเคียง ความบกพร่องของเด็กจะช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองที่เกิดขึ้นได้ และยังทำให้ผู้ปกครองมีทัศนคติทางบวกยอมรับและเห็นใจในอาการและข้อจำกัดต่างๆ

2.2 การเปิดโอกาสให้ผู้ปกครอง และ ครอบครัวระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็กหรือจัดกลุ่มให้ผู้ปกครองหรือครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นรู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และให้ผู้ปกครองมีโอกาสระบายความรู้สึก คับข้องใจ จะทำให้กลุ่มผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้นได้รับ กำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเรียนรู้วิธีการดูแลบุตรร่วมกันได้

2.3 การจัดกลุ่มฝึกผู้ปกครองให้มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษากติกา เทคนิคการให้รางวัล การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของผู้ปกครองโดยรู้จักวิธีการจัดการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีปัญหาโดยใช้แรงเสริม จะสามารถช่วยดูแลบุตรได้ และสามารถส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้

2.4 การแนะนำช่วยเหลือทางการเรียน โดย มีการประสานงานกับทางโรงเรียนให้มีการจัดการเรียนการสอนให้แก่เด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม มีการให้คำแนะนำแก่ครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงแนวทางของครูในการปฏิบัติต่อเด็ก จะช่วยให้ครูสามารถให้การดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. ทฤษฎีการพยาบาล 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ผู้ป่วยมีปัญหาแบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เนื่องจากเด็กได้รับยา Ritalin 10 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เกิดผลข้างเคียงของยา คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานได้น้อย เบื่ออาหาร

ผู้ป่วยมีปัญหาแบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ เด็กมีผลการเรียนอยู่ในระดับพอใช้ มีปัญหาทางการเขียนยังไม่สมบูรณ์ มีความรับผิดชอบต่องานน้อย ทำงานไม่เสร็จ มีความถนัดทางด้านศิลปะ

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการดำเนินงาน(ต่อ)

ผู้ป่วยมีปัญหาแบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ เด็กเป็นคนพูดน้อย อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย แต่ส่วนใหญ่จะเข้ากับเพื่อนในกลุ่มที่สนิท

2. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พพลาว (Peplau's Interpersonal Theory)

การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลเพราะเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่สองคน โดยพยาบาลใช้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้การพยาบาล และบำบัดทางจิตเวชที่เรียกว่า Therapeutic Nurse-Patient Relationship ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) **ระยะเริ่มต้น (Orientation phase)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะเกิดปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา หรือความต้องการการช่วยเหลือนั้น ช่วยให้ทำความเข้าใจกับปัญหา และตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

2) **ระยะระบุปัญหา (Identification phase)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ สามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และเริ่มรู้สึกว่าจะมีความสามารถในการจัดการกับปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตน ก่อให้เกิดความเข้มแข็ง และสามารถตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

3) **ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase)** เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องทำความเข้าใจให้การยอมรับ ท่วงโย เอาใจใส่ ไม่ตัดสินหรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

4) **ระยะสรุปผล (Resolution phase)** เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบางครั้งการยุติสัมพันธภาพอาจทำได้ยากเนื่องจากความต้องการพึ่งพาเพราะสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดมักมีความต่อเนื่อง ถ้าการยุติสัมพันธภาพสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน บทนำ

โรคสมาธิสั้นหรือ attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องที่มีอาการหลักเป็น ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ขนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ทั้งนี้ หากอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องมีอาการขาดสมาธิและ/หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นที่เป็นมากกว่า พฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกันเกิดขึ้นใน อย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไปเป็นเวลานาน ติดต่อกัน อย่างน้อย 6 เดือน จนทำให้เกิดปัญหาในด้านสังคม การเรียนหรืออาชีพการงานของผู้ป่วยโดยอาการดังกล่าวเริ่มปรากฏตั้งแต่อายุ 12 ปี และไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวช เด็กที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีอัตราความชุกเฉลี่ยจากการศึกษาในประเทศต่างๆ (worldwide-pooled prevalence) เท่ากับร้อยละ 5.293 และความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ปี 2562 จากการศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จาก 10 จังหวัด ใน 4 ภาค จำนวน 7,188 ราย พบว่ามีความชุกร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 4.2

จากสถิติผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ปี 2564-2566 จำนวน 16, 10 และ 4 รายตามลำดับ โรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันหลาย ด้าน ภาวะไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ มีผลต่อประสิทธิภาพทางการเรียน ไม่ประสบความสำเร็จทางการศึกษา พฤติกรรม ชุกชน ก้าวร้าว ทำให้ผู้ป่วยถูกปฏิเสธจากเพื่อน มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติเหตุรถยนต์และการบาดเจ็บที่รุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไป มีความสัมพันธ์กับการไม่ประสบความสำเร็จในการทำงาน การหย่าร้าง การใช้สารเสพติด มีอัตราการเป็นโรคร่วมทางจิตเวชสูง และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงการทำผิดกฎหมายอย่าง มีนัยสำคัญ อาการของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยอาการพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งจะลดลงเมื่อผู้ป่วยโต ขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ต่ออาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิด ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการ เรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นโดยเฉพาะอาการ ขาดสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่น เนื่องจากเป็นอาการนำให้ผู้ปกครองและครูพาเด็กมารับการรักษา ผู้ศึกษา จึงสนใจศึกษาเพื่อให้แนวทางพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในการประสานผู้ปกครองและครูที่ดูแลเด็ก สมาธิสั้น เพื่อการดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาแนวทางในการดำเนินการช่วยเหลือ ป้องกันและส่งเสริมผู้ป่วยเด็กที่ประสบปัญหาโรคสมาธิสั้น พร้อมหาแนวทางผ่านการศึกษาเป็นรายกรณี
2. เพื่อเป็นข้อมูลและแนวปฏิบัติให้กับครูผู้สอน ผู้ปกครอง เพื่อใช้ในการศึกษาและช่วยเหลือเด็กต่อไป
3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของพยาบาลทั้งในด้านทฤษฎี และปฏิบัติตลอดจนประสานงาน กับ ทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

1. มีแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือ ป้องกันและส่งเสริม ตลอดจนการประสานงานและ ส่งต่อการรักษาไปในทิศทางเดียวกัน
2. ลดพฤติกรรมปัญหาที่รบกวนการเรียนรู้ อันเป็นผลจากอาการของโรคสมาธิสั้น โดยเพิ่มทักษะทาง สังคมที่จำเป็นต่อการปรับตัวอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นของเด็กสมาธิสั้น เพิ่มความสามารถด้านการเรียน เพื่อ ช่วยให้เด็กสมาธิสั้นประสบความสำเร็จด้านการเรียนและเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น จากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา งานวิจัย ทฤษฎีและสื่อ internet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าและผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้ง กาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณและเศรษฐกิจ
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
8. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์ส่งให้คณะกรรมการประเมินผลงานตรวจสอบความถูกต้อง ของรายงานพร้อมแก้ไข

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป เด็กหญิงไทย อายุ 9 ปี HN 7910

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 8 พฤศจิกายน 2566 เวลา 09.30 น.

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ครูประจำชั้นสังเกตพฤติกรรมเด็กเป็นคนพูดน้อย อยู่ไม่นิ่ง ชอบเล่นซุกซน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ขาดสมาธิ มักทำการบ้านไม่เสร็จ ผลการเรียนปานกลาง ครูประจำชั้นประเมินแบบ สังเกตพฤติกรรม 4 กลุ่มโรค พบว่า ผลผิดปกติ จึงประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนสว่าง ประเมิน SNAP-IV ครูประจำชั้น (ขาดสมาธิ-ซน-ดื้อต่อต้าน = 22-10-6) และผู้ปกครอง (ขาดสมาธิ-ซน-ดื้อ ต่อต้าน = 20-15-5) ผล positive จึงส่งต่อไปรับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลบุษราคัม แพทย์วินิจฉัยโรค สมาธิสั้น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว โรคลมชัก (Epilepsy) รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารหรือสารเคมี

การผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด

รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

ปฏิเสธการดื่มสุรา/สูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น พัฒนาการล่าช้า ปัญหาการเรียน โรคทางระบบประสาท เป็นต้น

ประวัติโรคทางพันธุกรรม ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม เช่น มีพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว มีการแต่งงานในเครือญาติ มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตในญาติพี่น้องก่อนวัยอันควร

ประวัติการคลอด คลอดปกติ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 3,000 กรัม APGAR 9,10,10

ประวัติพัฒนาการ

1. พัฒนาการด้านร่างกาย (physical development) สามารถทรงตัวและการเคลื่อนไหวโดยการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (gross motor) การใช้มือและตาประสานกันในการทำกิจกรรมต่างๆ (fine motor-adaptive) ได้

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา (cognitive development) เด็กมีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ขาดสมาธิ นั่งไม่ติดที่ ลูกเดินบ่อย ขณะอยู่ในห้องเรียน ตั้งใจฟังแต่ได้ไม่นานและเก็บรายละเอียดได้น้อย ทำให้ทำงานผิดพลาดบ่อย มีความถนัดด้านศิลปะ

3. พัฒนาการด้านจิตใจ-อารมณ์ (emotional development) เด็กเป็นคนเสียบขรึม ไม่ค่อยพูดแต่จะพูดมากกับเพื่อนที่สนิท

4. พัฒนาการด้านสังคม (social development) เด็กเข้ากับเพื่อนได้ดี แต่ส่วนใหญ่จะเข้ากับเพื่อนในกลุ่มที่สนิท สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ (personal-social, self help, self care)

5. พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (spiritual development) สามารถรู้จักคุณค่าของชีวิตของตนเอง สามารถในการเลือกดำรงชีวิตในทางสร้างสรรค์เป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม มีความรู้ผิดชอบชั่วดีและมีคุณธรรม

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 9 ปี โรงเรียนบ้านโนนสว่าง อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

บิดา อาชีพ รับจ้าง ทำงานที่กรุงเทพมหานคร รายได้ต่อเดือน 20,000 บาท

มารดา อาชีพ รับจ้าง ทำงานที่กรุงเทพมหานคร รายได้ต่อเดือน 20,000 บาท

ผู้ป่วยมีพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 3 คน (รวมทั้งตัวนักเรียนด้วย) ตามตารางต่อไปนี้

คนที่	เพศ	อายุ	ประกอบอาชีพ	การศึกษา
1	หญิง	16 ปี	นักเรียน	กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4
2	หญิง	11 ปี	นักเรียน	กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5
3	หญิง	9 ปี	นักเรียน	กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3

ประวัติสุขภาพ

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 9 ปี น้ำหนัก 19 กิโลกรัม ส่วนสูง 113 เซนติเมตร

สภาพครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านกับมารดาและพี่สาว(อาการปกติ) บิดาของผู้ป่วยทำงานที่กรุงเทพมหานคร ไม่ได้กลับบ้าน บิดาจะส่งเงินมาให้ทุกเดือน มารดาจะไปทำงานที่กรุงเทพช่วงปิดเทอม ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง มีการให้ความรักความเอาใจใส่ดี

ทัศนคติของบุคคลรอบข้างที่มีต่อผู้ป่วย

1. ผู้ปกครอง(มารดา)

เด็กมีพฤติกรรมพุดน้อย อยู่ไม่นิ่ง ไม่ค่อยจะทนทำอะไรได้นาน ขาดสมาธิ ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่ มักทำการบ้านไม่เสร็จ ชอบเล่นซุกซน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

2. ครูประจำชั้น

คุณครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 3

- ด้านการเรียน : เด็กมีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง มีปัญหาทางการเขียนยังไม่สมบูรณ์ มีความรับผิดชอบต่องานน้อย ทำงานไม่เสร็จ มีความถนัดทางด้านศิลปะ

- ด้านพฤติกรรมและลักษณะนิสัย : เด็กเป็นคนพุดน้อย ชอบเล่นหรือกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังมากๆ จึงทำให้เพื่อนเจ็บตัว ชอบแกล้งเพื่อน ซุกซน มักเลือกใช้แต่สีดำในการระบายสี

- ด้านสุขภาพร่างกาย : เด็กมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดี มีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง

- ด้านสังคมและการอยู่ร่วมกันกับเพื่อนในชั้นเรียน : เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ แต่ชอบแกล้งเพื่อนและพุดจาไม่สุภาพเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน

- สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง: พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปีนป่ายในที่สูง การทำงานไม่ค่อยเรียบร้อย

บุคลิกภาพทั่วไปของผู้ป่วย

- ลักษณะทางด้านร่างกาย : เด็กรูปร่างผอม ผิวสีน้ำตาล น้ำหนัก 19 กิโลกรัม ส่วนสูง 113 เซนติเมตร การแต่งกายสะอาดเรียบร้อย เฝียบไม่ค่อยพุดเมื่อยังไม่รู้จัก

- ลักษณะทางอารมณ์ : เด็กเป็นคนเฝียบขริ่ม ไม่ค่อยพุดแต่จะพุดมากกับเพื่อนที่สนิท พุดไม่สุภาพ

- ลักษณะทางสติปัญญา : เด็กมีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ขาดสมาธิ นั่งไม่ติดที่ ลุกเดินบ่อย ขณะอยู่ในห้องเรียน ตั้งใจฟังแต่ได้ไม่นานและเก็บรายละเอียดได้น้อย ทำให้ทำงานผิดพลาดบ่อย มีความถนัดด้านศิลปะ

- ลักษณะทางสังคม : เด็กเข้ากับเพื่อนได้ดี แต่ส่วนใหญ่จะเข้ากับเพื่อนในกลุ่มที่สนิท มักเล่นซุกซน

การคัดกรองและส่งต่อเบื้องต้น

ทางโรงเรียนได้ทำการประสานกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ในการขอให้ลงพื้นที่ให้คำปรึกษาและคัดกรองเด็กที่มีปัญหา โดยมีการศึกษาจากข้อมูลการเยี่ยมบ้านเด็กนักเรียนตามสภาพปัญหา สภาพครอบครัวและสภาพแวดล้อมในการประเมินเด็กเบื้องต้น โดยได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองในการส่งต่อเด็กเข้ารับการตรวจโรคจิตเวชที่โรงพยาบาลบุณฑริก แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ต้องใช้ยาเร่งับอาการ ผู้ปกครองและครูลงความเห็นว่าจะใช้การรักษาแบบผสมผสานไปด้วยนอกจากการรักษาแบบใช้ยา จึงได้เชิญทางโรงพยาบาลลงพื้นที่ให้คำปรึกษาให้ความรู้ และแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาในกรณีศึกษาที่เป็นโรคสมาธิสั้น เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันในการป้องกัน แก้ไขและส่งเสริมพัฒนาให้เด็กมีทักษะและคุณลักษณะที่พึงประสงค์มากขึ้น

การวินิจฉัยโรค ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

การรักษา

1. Ritalin (10 mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน

ติดตามเยี่ยมอาการครั้งที่ 1 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 เวลา 08.00-10.00 น.

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 9 ปี ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ปกครองให้ประวัติสังเกตพฤติกรรมเด็กอยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ ซุกซน ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่ มักทำการบ้านไม่เสร็จ ผลการเรียนค่อนข้างต่ำ ผู้ปกครองวิตกกังวล สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ไปรักษาที่โรงพยาบาลแพทย์วินิจฉัย ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ส่งประเมินพัฒนาการเด็กไม่ค่อนึง ซุกซน อ่านหนังสือพ้อได้ บวกเลขลบเลขไม่ได้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) จากผู้ปกครอง (ขาดสมาธิ-ซน-ดื้อต่อต้าน = 20-15-5) เป็นการประเมินอาการดื้อต่อต้าน (oppositional defiant)

ด้านจิตสังคม เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ แต่ชอบแกล้งเพื่อนและพูดจาไม่สุภาพเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม อยู่ไม่นิ่ง

สรุปการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ภายหลังจากแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วย มีการเข้าร่วมรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ผู้ป่วยได้รับยา Ritalin 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรค การรักษา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น ความบกพร่องของเด็ก จะช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองที่เกิดขึ้นได้ และยังทำให้ผู้ปกครองมีทัศนคติทางบวกยอมรับและเห็นใจในอาการและข้อจำกัดต่างๆ ของเด็ก

2. แนะนำควรมีการติดตามประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งติดตามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยทั่วไปผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นมักไม่รุนแรงและสามารถปรับแก้ไขได้ เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมี

กิจกรรมการพยาบาล(ต่อ)

อาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด ก็อาจปรับโดยให้ผู้ป่วยกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงเพิ่มขึ้นในช่วงที่ยาหมดฤทธิ์ แนะนำให้อาหารอ่อนย่อยง่ายครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ ครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เครื่องเทศ แต่ถ้าผลข้างเคียงนั้นรุนแรงจนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ อาจต้องพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

3. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองและ ครอบครัวระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก

4. จัดกลุ่มให้ผู้ปกครองหรือครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นรู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และให้ผู้ปกครองมีโอกาสระบายความรู้สึก คับข้องใจ จะทำให้กลุ่มผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้นได้รับ กำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเรียนรู้วิธีการ ดูแลบุตรร่วมกันได้

5. การจัดกลุ่มฝึกผู้ปกครองให้มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษากฎกติกา เทคนิคการให้รางวัล การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของผู้ปกครอง โดยรู้จักวิธีการจัดการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีปัญหาโดยใช้แรงเสริม จะสามารถช่วยให้ผู้ปกครองสามารถดูแลบุตรได้ และสามารถส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้

6. ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) ได้ 21 คะแนน เป็นการประเมินอาการต่อต้าน (oppositional defiant)

ติดตามเยี่ยมอาการครั้งที่ 2 วันที่ 15 ธันวาคม 2566 เวลา 13.00-14.00 น.

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 9 ปี เยี่ยมอาการเด็กที่โรงเรียน สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท คุณครูให้ประวัติบางวันไม่ได้รับประทานยาเนื่องจากผู้ปกครองให้เด็กนำยามารับประทานเองที่โรงเรียนตอนเที่ยงและเด็กทำยาหล่นหายทำให้อาการกลับมาชุกชน อยู่ไม่นิ่ง รบกวนเพื่อนข้างๆ แต่ถ้าวันไหนได้รับประทานยาอาการก็จะปกติ เรียนหนังสือร่วมกับเพื่อนได้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) จากครูประจำชั้น (ขาดสมาธิ-ชน-ต่อต้าน = 22-10-6)

ด้านจิตสังคม เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ แต่ชอบแกล้งเพื่อน

สรุปการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ภายหลังสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยร่วมกับครูประจำชั้น มีการเข้ามาร่วมรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย พบว่าเด็กรับประทานยาอาการปกติแต่ถ้าไม่ได้รับประทานยาจะชุกชน อยู่ไม่นิ่งเหมือนเดิม เด็กมีผลการเรียนอยู่ในระดับพอใช้ มีปัญหาทางการเขียนยังไม่สมบูรณ์ มีความรับผิดชอบต่องานน้อย ทำงานไม่เสร็จ มีความถนัดทางด้านศิลปะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำครูเกี่ยวกับการรับประทานยาและให้ผู้ปกครองแบ่งยาไว้ที่ครูประจำชั้นเพื่อให้เด็กรับประทานยาในตอนเที่ยงและป้องกันยาหล่นหาย

กิจกรรมการพยาบาล(ต่อ)

2. ให้คำแนะนำช่วยเหลือทางการเรียน โดยมีการประสานงานกับทางโรงเรียนให้มีการจัดการเรียนการสอนให้แก่เด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม มีการให้คำแนะนำแก่ครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงแนวทางของครูในการปฏิบัติต่อเด็ก จะช่วยให้ครูสามารถให้การดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.1 ห้องเรียนไม่ควรมียุติกาสมาธิสั้นมากกว่า 1 คน ถ้าจำเป็นต้องรับมากกว่า 1 คน ควรนั่งให้ห่างจากกัน

2.2 การจัดที่นั่งควรให้เด็กนั่งหน้าชั้นเรียนใกล้ครู โดยมีเด็กที่เรียบร้อยนั่งรอบข้าง ไม่ควรให้นั่งหลังห้อง ติดทางเดิน หรือริมหน้าต่าง เพราะ เด็กจะสนใจเรื่องอื่น

2.3 สิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ระดับ ในห้องควรมีน้อย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นทางตา เช่น การแต่งกายของครู ควรเรียบร้อย ไม่มีเครื่องประดับมาก เพราะจะทำให้เด็กสนใจการแต่งกายของครูจนไม่สนใจเรียน

2.4 การเตรียมการสอนและการมอบหมายงาน เช่น

- ควรมีการสร้างแรงจูงใจในการเรียน ทำให้การเรียนสนุก ตื่นเต้นท้าทายให้เด็กอยากติดตามคอยตั้งความสนใจเด็กกลับสู่การเรียน เมื่อวอกแวก หรือขาดสมาธิ เช่น เดินมาแตะไหล่ หรือกระซิบเบาๆ ว่า เดียวก็เสร็จแล้วลูก หรือตั้งใจฟังครูพูดเพราะหนูเคยทำได้ เป็นต้น ซึ่งในขณะที่พูดคุยกับเด็กต้องแน่ใจว่าเด็กกำลังฟัง ไม่ได้สนใจสิ่งอื่นอยู่

- จัดระบบการเรียนให้ชัดเจน และกำกับให้เด็กทำตามระบบอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการแบ่งงานเป็นช่วงสั้นๆ พอทำเสร็จง่าย ๆ กำกับให้ทำงานสำเร็จมีจังหวะพักเป็นระยะ และชมเชยเด็กเมื่อทำเสร็จหรือพยายามทำ

- งานบางอย่างที่เกินความสามารถของเด็กที่จะทำได้ครบทุกขั้นตอน ครูอาจให้เด็ก แน่ใจว่าทำได้ ให้เด็กมาให้ครูตรวจเมื่อถึงขั้นที่เด็กไม่มั่นใจก่อนที่จะทำต่อไป

- มีการสอนเสริมให้เด็กนอก เวลาเพื่อให้สามารถเรียนรู้บทเรียนได้ทันเพื่อน กรณีการสอบควรเพิ่มเวลาในการทำข้อสอบมากกว่าเพื่อน หรือครูอ่านข้อสอบให้เด็กฟังทีละข้อ เมื่อเด็กทำเสร็จจึงอ่านข้อต่อไป จนกว่าจะทำเสร็จทุกข้อ

- ครูควรใช้คำพูดที่น้อยลง พูดช้า ๆ ชัดเจน กระชับ ไม่ใช่คำสั่งที่คลุมเครือ ไม่บ่นหรือ ตำหนิเด็ก และควรวางเฉยกับอาการที่เด็กแสดงออก เช่น ยุกยิก อยู่ไม่สุข ลายมือไม่สวย เจ้าอารมณ์ เป็นต้น

- หาทางให้เด็กระบายพลังงาน หรือความก้าวร้าวออกมาเป็นกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น กีฬา ศิลปะ ดนตรี ตามความชอบความถนัดของเด็ก หรือ ให้เด็กได้เปลี่ยนอิริยาบถโดยไม่รู้ตัว เช่น ครูเมื่อยละ ช่วยครูลบกระดานหน่อย หรือช่วยครูแจกสมุดให้เพื่อนหน่อยนะ เป็นต้น

- ช่วยฝึกทักษะต่างๆ ให้สอดคล้องกับที่บ้านโดยการติดต่อประสานกับบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามการบ้าน เมื่อเด็กลืมหรือไม่ส่งงาน ให้แจ้งบิดามารดา เป็นต้น

- ควรบอกเพื่อนๆ ของเด็กว่าโรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคที่น่าอาย ไม่ล้อเลียนกันในห้อง ควรช่วยเหลือเพื่อน เช่น ไม่ชวนคุย ชวนให้ตั้งใจเรียน ชวนทำงานให้ครบ หรือเตือนเมื่อลืม เป็นต้น

ติดตามเยี่ยมอาการครั้งที่ 3 วันที่ 19 มกราคม 2567 เวลา 09.00-10.00 น.

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 9 ปี มาตามนัดที่โรงพยาบาลบุณฑริก สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/64 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักเพิ่มจาก 19 กิโลกรัม เป็น 22 กิโลกรัม คำนวณ BMI 17.23 kg/m² อาการดีขึ้น มองหน้าสบตา ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีพูดแทรก นั่งอยู่กับที่จนจบกระบวนการรักษา จากการสอบถามอาการที่บ้านอย่าให้ประวัติว่าทำการบ้านเสร็จไม่ค่อยวอกแวก รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่มีลิ้มรับประทานยา รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

ด้านจิตสังคม เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ ชุขขนลดลง ไม่แก้งเพื่อน เรียนได้

สรุปการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 ภายหลังจากประเมินผู้ป่วยร่วมกับผู้ปกครอง มีการเข้ามาร่วมรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เด็กให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม อาการปกติ พบปัญหาผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ระยะเวลาในการรักษา มีนัด 5 เมษายน 2567

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำโรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอาการของจนถึงวัยรุ่น จึงควรมีการรักษาและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการของ ผู้ป่วยและผลกระทบทางด้านจิตสังคมต่างๆ รวมทั้งแนะนำติดตามการเรียนและการปรับตัวที่โรงเรียน

2. แนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่ได้ผลดีจากการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้คำแนะนำตามแนวทางข้างต้น ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่น แต่ควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ติดต่อกันนานหลายปี จนกว่าจะมีวุฒิภาวะและสามารถควบคุมตนเองได้ดีพอ

3. แนะนำจัดตารางเวลากิจวัตรประจำวันของเด็กให้ทราบว่าต้องทำอะไร เวลาใด

4. แนะนำจัดสถานที่สงบสำหรับเด็กทำการบ้าน อ่านหนังสือ โดยไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิ

5. แนะนำผู้ปกครองควบคุมอารมณ์ หลีกเลี่ยงการตำหนิเด็กหรือการลงโทษที่รุนแรงเพราะทำให้เด็กเกิดปมด้อย ควรมีการตั้งกฎเกณฑ์การลงโทษที่ชัดเจนไว้ล่วงหน้า

6. ควรให้คำชม รางวัลเล็กๆน้อยๆเวลาที่เด็กทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เด็กทำพฤติกรรมที่ดีต่อไป

การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เนื่องจาก ความผิดปกติของพัฒนาการ
ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ครูให้ประวัติสังเกตพฤติกรรมเด็กอยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ ซุกซน

Objective data

- ส่งประเมินพัฒนาการเด็กไม่ค่อนึง ซุกซน อ่านหนังสือพอได้ บวกเลขลบเลขไม่ได้
- สังเกตเด็กอยู่ไม่นิ่ง เดินรอบห้อง
- ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม ประเมิน SNAP-IV ครูประจำชั้น (ขาดสมาธิ-ชน-ดื้อต่อต้าน = 22-10-6) และผู้ปกครอง (ขาดสมาธิ-ชน-ดื้อต่อต้าน = 20-15-5) ผล positive เป็นการประเมินอาการดื้อต่อต้าน (oppositional defiant)

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้สามารถควบคุมตนเองได้

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง
- ผู้ป่วยสามารถควบคุมสมาธิ อารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม โดยเคลื่อนย้ายสิ่งของที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่เด็กให้อยู่ที่ปลอดภัยเพราะเด็กจะมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา และไม่สามารถควบคุมตนเองได้
2. จัดให้มีผู้ดูแลให้อยู่ในสายตาตลอดเวลา เพื่อคอยระมัดระวังและป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น แต่ถ้ามีผู้ดูแลไม่เพียงพอ ควรอนุญาตให้เด็กทำกิจกรรมอยู่ในขอบเขตที่กำหนด
3. ควรใช้หลักการปรับพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและให้แรงเสริมต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อไป
4. ดูแลให้ได้รับยา Ritalin 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า เที่ยง ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร
5. จัดกิจกรรมที่ทำเสร็จในระยะเวลาไม่นาน และกระตุ้นให้เด็กมองและรู้จักยับยั้งสิ่งของโดยเริ่มให้ทำกิจกรรมง่ายๆ ในเวลาสั้นๆ (3-5 นาที) ชักถามเด็กด้วยคำถามง่ายๆ ชัดเจนและให้เวลาเด็กในการตอบคำถาม บอกให้เด็กปฏิบัติตามคำสั่งโดยพยาบาลทำกิจกรรมให้เด็กดูและให้ทำตาม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งลดลง สามารถทำกิจกรรมได้นานขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมสมาธิ อารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจาก อากาารหุนหันพลันแล่น

Subjective data

- ครูให้ประวัติเด็กชอบแกล้งเพื่อน ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่ พุดจาไม่สุภาพ

Objective data

- ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม ประเมิน SNAP-IV ครูประจำชั้น (ขาดสมาธิ-ชน-ต่อต้าน = 22-10-6) และผู้ปกครอง (ขาดสมาธิ-ชน-ต่อต้าน = 20-15-5) ผล positive เป็นการประเมินอาการต่อต้าน (oppositional defiant)

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้เด็กมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทางสังคมอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับเพื่อนในห้องเรียนได้ มีสัมพันธภาพที่ดี
- ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมแกล้งเพื่อนในห้องเรียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เด็กเกิดความไว้วางใจโดยเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก ไม่ตำหนิเด็กเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แต่ตระหนักว่าพฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุมาจากความบกพร่องที่สามารถแก้ไขได้ การยอมรับพฤติกรรมของเด็กมีความสำคัญมากเพราะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า
2. ร่วมกันคิดและอภิปรายร่วมกับเด็กว่ามีพฤติกรรมของเด็กใดบ้างที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม เพื่อให้เด็กเข้าใจพฤติกรรมของตน
3. ชี้แจงให้เด็กทราบเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้เด็กยอมรับและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม
4. ใช้หลักการปรับพฤติกรรมโดยการให้แรงเสริมทางลบ เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้น และให้แรงเสริมทางบวกเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์
5. เปิดโอกาสให้เด็กเข้ากลุ่มกับเพื่อนวัยเดียวกันให้เด็กมีทักษะทางสังคมเพื่อให้เด็กได้รับประสบการณ์ตรงต่อการตอบสนองของกลุ่มเพื่อน เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้และเป็นแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่

ประเมินผลการพยาบาล

เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ อยู่เนิ่นมากขึ้น ไม่มีพฤติกรรมแกล้งเพื่อน เชื้อพึงครุมมากขึ้น

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจาก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองคาดหวังได้

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ครูให้ประวัติสังเกตพฤติกรรมเด็กอยู่ไม่นิ่ง มีอาการซึม มักทำการบ้านไม่เสร็จ ขาดสมาธิ

Objective data

- เด็กมีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ขาดสมาธิ นั่งไม่ติดที่ ลูกเดินบ่อย
- สังเกตขณะอยู่ในห้องเรียน ตั้งใจฟังแต่ได้ไม่นานและเก็บรายละเอียดได้น้อย ทำให้ทำงานผิดพลาด

บ่อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้เด็กสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ โดยให้ความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและทำกิจกรรมได้เท่าเทียมกับเพื่อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสถานที่ที่ทำการทำกิจกรรมให้อยู่ในสภาพที่เรียบง่าย ลดสิ่งกระตุ้นรบกวนเพราะเด็กจะวอกแวกและเปลี่ยนจุดสนใจได้ง่าย แม้จะมีสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็ตาม ไม่ควรให้นั่งใกล้หน้าต่าง

2. จัดให้มีผู้ดูแลในการทำกิจกรรมตัวต่อตัว แบ่งงานให้เป็นส่วนย่อย ๆ เริ่มงานตั้งแต่เรื่องง่ายๆ ไปจนถึงเรื่องที่ยากขึ้นใช้เวลาไม่นานนักในการทำให้เสร็จในแต่ละส่วน เพื่อช่วยจัดประสบการณ์ให้เด็กเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถ

3. จัดให้มีช่วงพักทำกิจกรรมเสร็จทีละขั้น เพราะการพักที่เด็กได้รับจัดเป็นการให้แรงเสริมทางบวกอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยกระตุ้นให้เด็กทำกิจกรรมต่อไป

4. ในการทำกิจกรรมแต่ละขั้น ผู้ดูแลสามารถให้ความช่วยเหลือเด็กได้บ้างและควรลดการช่วยเหลือตามลำดับเพื่อสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจตนเองและผู้อื่น

5. บอกเด็กล่วงหน้าถึงสิ่งที่ต้องการให้ปฏิบัติและชื่นชมทันทีเมื่อเด็กทำได้

6. ควรบอกเพื่อนๆ ของเด็กว่าโรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคน่าอาย ไม่ล้อเลียนกันในห้อง ควรช่วยเหลือเพื่อน เช่น ไม่ชวนคุย ชวนให้ตั้งใจเรียน ชวนทำงานให้ครบ หรือเตือนเมื่อลืมน เป็นต้น

ประเมินผลการพยาบาล

เด็กรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนได้มากขึ้นและทำกิจกรรมได้สำเร็จ

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจาก เบื่ออาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ปกครองให้ประวัติเด็กรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร

Objective data

- เด็กได้รับยา Ritalin 10 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า เพียง
- ผลข้างเคียงของยา คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานได้น้อย เบื่ออาหาร
- BMI 14.88 kg/m²

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ
- เด็กไม่มีภาวะขาดสารอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

- เด็กรับประทานอาหารได้มากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด
- BMI ปกติ (18.5-25.0 kg/m²)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการรับประทาน BMI และอื่นๆ
2. ชั่งน้ำหนัก สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง BMI ปกติ
3. ให้ให้อาหารอ่อนย่อยง่ายครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เครื่องเทศ
4. จัดอาหารให้น่ารับประทาน เพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร
5. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดรับประทานร่วมกันหรือทานพร้อมญาติ
6. ประเมินอาการขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เช่น อาการกล้ามเนื้อแขนขาลีบ เยื่อตาซีด อาการบวม

จาก albumin ในเลือดต่ำ

ประเมินผลการพยาบาล

เด็กรับประทานอาหารได้มากขึ้น รับประทานอาหารตรงตามเวลา 3 มื้อ เบื่ออาหารลดลง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักเพิ่มจาก 19 กิโลกรัม เป็น 22 กิโลกรัม คำนวณ BMI 17.23 kg/m²

การพยาบาลระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- มารดาถามว่าอาการสามีจะหายไหม

Objective data

- ดูสีหน้าท่าทางผู้ปกครองวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง
- เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว
2. คอยให้กำลังใจเด็กและผู้ปกครอง ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3. บอกอธิบายให้ผู้ปกครองทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อนของโรค แผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
4. หลังจากให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ควรมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจของเด็กและผู้ปกครองทุกครั้งที่ทำการสอน เพื่อติดตามช่วยเหลือในระยะอย่างสม่ำเสมอ
5. ให้การรักษาพยาบาลด้วยความมั่นใจถูกต้อง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล

การประเมินผล

ผู้ปกครองของเด็กมีสีหน้ายิ้มแย้ม วิตกกังวลลดลง ให้ความร่วมมือในการดูแลเด็กตามคำแนะนำมากขึ้น

สรุปกรณีศึกษา

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ได้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลในการประเมิน 11 แบบแผนกอร์ดอนและทฤษฎีสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พพลาว ในการค้นหาปัญหาและให้การพยาบาลตั้งแต่ครั้งแรกที่พบผู้ป่วยและผู้ปกครองในวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 และมีการติดตามเยี่ยมทั้งหมด 3 ครั้ง พบปัญหา ดังนี้

ปัญหาที่ 1 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เนื่องจากเด็กได้รับยา Ritalin 10 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น เกิดผลข้างเคียงของยา คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานได้น้อย เบื่ออาหาร BMI 14.88 kg/m หลังให้การพยาบาลเด็กรับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาเจียน น้ำหนักเพิ่มจาก 19 กิโลกรัม เป็น 22 กิโลกรัม คำนวณ BMI 17.23 kg/m² ประเมินผลการพยาบาลในวันที่ 19 มกราคม 2567

ปัญหาที่ 2 สติปัญญาและการรับรู้ เด็กมีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง มีปัญหาทางการเขียนยังไม่สมบูรณ์ มีความรับผิดชอบต่องานน้อย ทำงานไม่เสร็จ มีความถนัดทางด้านศิลปะ หลังให้การพยาบาลเด็กรับประทานยาสม่ำเสมอเรียนได้นานขึ้น อารมณ์ปกติ ประเมินผลการพยาบาลในวันที่ 19 มกราคม 2567

ปัญหาที่ 3 บทบาทและสัมพันธภาพ เด็กเข้ากับเพื่อนได้ดี แต่ส่วนใหญ่จะเข้ากับเพื่อนในกลุ่มที่สนิท ชอบแกล้งเพื่อน ชอบเล่นซุกซน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลังให้การพยาบาลเด็กสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ ซุกซนลดลง ไม่แกล้งเพื่อน เรียนได้ ประเมินผลการพยาบาลในวันที่ 5 เมษายน 2567

ปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ระยะเวลาในการรักษา แนะนำโรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการของจนถึงวัยรุ่น จึงควรมีการรักษาและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยและผลกระทบทางด้านจิตสังคมต่างๆ รวมทั้งแนะนำติดตามการเรียนและการปรับตัวที่โรงเรียน การรักษาผู้ป่วยที่ได้ผลดีจากการรักษาด้วยยาร่วมกับการให้คำแนะนำตามแนวทางข้างต้น ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่น แต่ควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องติดต่อกันนานหลายปี จนกว่าจะมีวุฒิภาวะและสามารถควบคุมตนเองได้ดีพอ

ดังนั้นโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติ ในการทำงานของสมองที่ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการควบคุมสมาธิและการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในวัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ อาการของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยอาการพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งจะลดลงเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดีอาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม การรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกันที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ปกครอง การให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย การประสานงานกับทางโรงเรียนเพื่อให้การช่วยเหลือในชั้นเรียน และการใช้ยาเพื่อลดอาการด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองและปรับตัวได้ดีขึ้น

การวางแผนการจำหน่ายในกรณีศึกษา ตามหลัก D-Method

D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น มีเกิดจากความผิดปกติ ในการทำงานของสมองที่ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่อง ในการควบคุมสมาธิและการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในวัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ อาการของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยอาการพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งจะลดลงเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดีอาการความผิดปกติที่เป็น จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม

M : Medicine แนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา Ritalin 10 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน สังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร

E : Environment จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวนและสิ่งเร้าต่อเด็กมากเกินไป จัดบ้านให้มีระเบียบ ไม่มีบรรยากาศวุ่นวาย การหากิจกรรมช่วยเสริมทักษะ เช่น การเรียนดนตรี การเรียนศิลปะ การอ่านหนังสือ กีฬา หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความรุนแรงเพราะจะกลับกลับไปกระตุ้นอาการสมาธิสั้นให้อาการแย่ลงไปอีก

T : Treatment ให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูและการแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อผู้ปกครองและครู รวมถึงการให้ยาชนิดรับประทานในการรักษา โดยการรักษาด้วยยานั้นเป็นการรักษา เพื่อควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสามารถฝึกทักษะในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้นเท่านั้น เช่น มีสมาธิกับการเรียนมากขึ้น เข้ากับเพื่อนคนอื่นๆ ได้ดีขึ้น แต่ไม่สามารถทำให้อาการหายขาดได้ โดยองค์การอาหารและยาคอนุญาตให้ใช้ยาดังกล่าวในเด็กที่อายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป ทั้งนี้การใช้ยาดังกล่าวอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์ เนื่องจากมีเป็นยาที่อาจมีผลข้างเคียงรุนแรงได้

H : Health ควรออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายที่ได้เน้นการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การเต้น ยิมนาสติก ศิลปะการต่อสู้ และสเก็ตบอร์ด ล้วนเป็นกีฬาที่เหมาะสมสำหรับเด็กใช้เพื่อแก้ไข้อาการสมาธิสั้น นอกจากนี้กีฬาที่เน้นการเล่นเป็นทีม ก็ทำให้เด็กกลุ่มนี้รู้สึกสนุกและมีสมาธิจดจ่อได้มากขึ้น

O : Out patient แนะนำการมาตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติ การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ใน กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D : Diet รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 3 มื้อ เลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง อาจช่วยในเรื่องของการพัฒนาสมาธิ และช่วยทำให้ยาสำหรับโรคสมาธิสั้นออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เป็นแหล่งของโปรตีนได้ เช่น พืชตระกูลถั่ว เนื้อไก่ ไข่ เนื้อแดง ปลาแซลมอน โยเกิร์ตไขมันต่ำ หรือชีส คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน หมายถึง คาร์โบไฮเดรตที่มีสารชนิดอื่นประกอบอยู่ในโมเลกุลด้วย เช่น ไขมันหรือโปรตีน น้ำตาลที่ได้จากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนนั้นจะย่อยสลายได้ช้ากว่าน้ำตาลจากคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว ทำให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีสมาธิที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และสามารถโฟกัสกับการทำงานได้นานยิ่งขึ้น อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ข้าวไม่ผ่านการขัดสี ข้าวโอ๊ต พืชตระกูลถั่ว ผักหัว ผลไม้ ธัญพืช และผักที่มีแป้งสูง เช่น มันหวาน เป็นต้น กรดไขมันโอเมก้า 3 สามารถช่วยพัฒนาช่วยพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้ ทั้งช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตัวเอง ลดอาการอยู่ไม่สุข และช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิมากยิ่งขึ้น กรดไขมันโอเมก้า 3 ได้จากปลาแซลมอน ปลาทูน่า ปลาเนื้อขาว ถั่วต่างๆ มะกอก น้ำมันคาโนลา

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
1. เด็ก อายุ 6-15 ปี ได้รับการคัดกรองโรคสมาธิสั้น	100%	90	95
2. อัตราผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ	≥30%	15	20
3. ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการรักษาด้วยยา Ritalin	100%	100	100

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. อัตราการเกิดผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นรายใหม่ลดลง
2. ผู้ป่วยสมาธิสั้นหลังได้รับยา Ritalin ไม่เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เป็นต้น
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรับบริการ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น
2. ใช้เป็นมาตรฐานแนวทางในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น
3. ใช้เป็นตัวช่วยการศึกษา ค้นคว้า การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น
4. ใช้เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง
5. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลตลอดจนผู้มาฝึกอบรม
ศึกษาดูงาน
6. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
7. นำไปเผยแพร่เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชน
เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในสถานบริการอื่นๆ ต่อไป

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นรายนี้เข้ากับเพื่อนไม่ได้ เนื่องจากเด็กมีพฤติกรรมควบคุมตนเองให้อยู่ในกฎระเบียบไม่ได้ หงุดหงิด ซึมโง่ง่าย ชอบแกล้งเพื่อน ทำให้เพื่อนร่วมชั้นไม่อยากเข้ามาเล่นด้วย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ระบบงาน

- ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ยังขาดมีการทำงานที่เชื่อมโยงประสานกัน ขาดการประสานงานระหว่างโรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล การประเมินผู้ป่วยเด็กในโรงเรียนยังมีน้อย และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกัน วิธีการแก้ไขคือ จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

8.2 ด้านบุคลากร

- พยาบาลจบเฉพาะทางสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นยังมีน้อย ทำให้การประสานงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน วิธีการจัดการโดยการศึกษา อบรมวิชาการและมีระบบที่เลี้ยงในการให้ความรู้

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเชิงรุก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว
2. ควรมีการจัดกิจกรรมการปรับพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น โดยต้องมีการเตรียมการ และวางแผนก่อนที่จะลงพื้นที่ทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม เช่น การประสานงานกับครูและผู้ปกครองและสร้างความคุ้นเคยกับเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย
3. ควรมีการพัฒนาต่อยอดโดยใช้รูปแบบกิจกรรมผสมผสานกับศาสตร์ทางด้านสาขาวิชาอื่น เช่น ดนตรีไทย ดนตรีสากล การเต้นรำ ละครศึกษา ฯลฯ เพื่อเป็นการพัฒนาให้เกิดแนวทางกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อใช้ในการปรับพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้น ส่งเสริมการปรับตัวทางสังคม เป็นต้น
4. จัดทำแผนพับความรู้และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์และสื่อการสอนให้ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนจำหน่าย

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวสิริรัตน์ วงศ์กระจ่าง สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *สิริรัตน์*

(นางสาวสิริรัตน์ วงศ์กระจ่าง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 15 / 05 / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสิริรัตน์ วงศ์กระจ่าง	ส.ร.ร.

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปิยมณฑท์ บุปผา)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง

(วันที่) 15 / 05 / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ) 

(นายพลกฤต วรสันต์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบุณฑริก

(วันที่) 15 / 05 / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป


(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๕ มี.ค. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

2. หลักการและเหตุผล

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองและสารสื่อประสาท เด็กที่เข้ามารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน จากรายงานของกรมสุขภาพจิต เผยผลสำรวจในกลุ่มเด็กไทยที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีจำนวนประมาณ 5 ล้านคน พบว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 6.5 คาดว่าจะมีเด็กไทยป่วยเป็นโรคนี้ประมาณ 310,000 ราย ขณะที่ทั่วโลกพบเด็กเป็นโรคนี้ ร้อยละ 5 ทั้งนี้จากรายงานของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่า 2 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วย จะมีอาการจนถึงผู้ใหญ่ จะมีผลเสียต่อทั้งต่อเด็กและสังคม โดยพบว่า 1 ใน 4 ทำผิดกฎจราจร มีบุคลิกก้าวร้าว อีก 1 ใน 10 มีปัญหาใช้สารเสพติด หรือมีปัญหาสุขภาพจิตถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีร้อยละ 5 ที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ อาการของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยอาการพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งจะลดลงเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดีอาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม

จากสถิติผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ปี 2564-2566 จำนวน 16, 10 และ 4 รายตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ผู้ป่วยเด็กขาดนัด จำนวน 13 รายรับประทายยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 12 ราย และยังขาดการเชื่อมโยงประสานการดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และโรงพยาบาล การรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพ คือการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ บิดามารดา และครู ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ชัดเจน ปฏิบัติการดูแลเด็กสมาธิสั้นไปในทิศทางเดียวกันและเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น และแนวทางในการช่วยเหลือบิดามารดาและครูในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นให้ชัดเจนและครอบคลุม
2. เพื่อสร้างเครือข่ายในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
3. ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยวัดจากแบบสอบถาม/แบบทดสอบ

(Pre-test, Post-test)

เป้าหมาย

1. มีแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอำเภอชุมพวง
2. มีไลน์กลุ่มครู/ผู้ปกครอง/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล เพื่อติดต่อประสานงานในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อำเภอชุมพวง
3. เด็กสมาธิสั้นมารับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดนัด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการรักษา มักจะประสบปัญหาในด้านการเรียน ปัญหา ด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และมีภาพจน์ต่อตนเองที่ไม่ดี และเมื่อโตขึ้นถึงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่จะมีความเสี่ยง มากกว่าบุคคลทั่วไปต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงอันตราย อุบัติเหตุในการขับขี่ ยานพาหนะ ความล้มเหลวในการประกอบอาชีพ และปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ แพทย์ที่ตรวจรักษาเด็กและ วัยรุ่นจึงควรให้ความสำคัญในการค้นหาและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นตั้งแต่เบื้องต้น เพื่อป้องกันผลกระทบ ดังกล่าว บทความนี้เป็นการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นใน เด็กและวัยรุ่น การที่เด็กเป็นโรคสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองและมีปัญหา ในการดำเนินชีวิตประจำวันในหลายๆด้าน ทำให้ผู้ปกครองและครูมีความยากลำบากในการดูแลและมักจัดการ ด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม เช่น ลงโทษด้วยการตี เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เด็กปรับตัวได้ลำบากและมีปัญหา พฤติกรรมหรืออารมณ์อื่นๆตามมาได้ การรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพคือการรักษาด้วยยา ร่วมกับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ บิดามารดาและครู ซึ่งจะ ช่วยให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการ ช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น โดยเฉพาะอาการขาดสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่น เนื่องจากเป็นอาการนำให้ ผู้ปกครองและครูพาเด็กมารับการรักษา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แนวทางพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล ในการประสานผู้ปกครองและครูที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อการดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพต่อไป

3.2 แนวความคิด

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พลาฟ (Peplau's Interpersonal Theory)

การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลเพราะเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่สอง คน โดยพยาบาลใช้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้การพยาบาล และบำบัดทางจิตเวชที่ เรียกว่า Therapeutic Nurse-Patient Relationship ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) **ระยะเริ่มต้น (Orientation phase)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะเกิดปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา หรือความต้องการการ ช่วยเหลือนั้น ช่วยให้ทำความเข้าใจกับปัญหา และตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึก ดังกล่าว

2) **ระยะระบุปัญหา (Identification phase)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไข ปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ สามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และเริ่มรู้สึก ว่ามีความสามารถในการจัดการกับปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตน ก่อให้เกิดความ เข้มแข็ง และสามารถตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

3) **ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase)** เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อ แก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องทำความเข้าใจให้การยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ตัดสินหรือใช้อารมณ์กับ ผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อนำมาพัฒนา ความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

3.2 แนวความคิด(ต่อ)

4) ระยะเวลาสรุปผล (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบางครั้งการยุติสัมพันธภาพอาจทำได้ยากเนื่องจากความต้องการพึ่งพาเพราะสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดมักมีความต่อเนื่อง ถ้าการยุติสัมพันธภาพสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกระยะด้วย

3.3 ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. ผลกระทบต่อตัวเด็กมักจะมีปัญหาด้านการเรียนเรียนช้าขึ้น เรียนไม่จบ มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ถูกทำโทษบ่อยๆ หรือถูกพักการเรียน ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ เนื่องจากคนรอบข้างมักจะคอยตำหนิจับผิดลงโทษเด็กอยู่เสมอ มีปัญหาการเข้าสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและคนรอบข้าง ไม่ประสบความสำเร็จทางด้านอาชีพการงาน เมื่อโตขึ้นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด เนื่องจาก ชอบทดลองสิ่งที่ไม่คุ้นเคย เสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมาย มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจาก ชอบกิจกรรมที่ท้าทาย เสี่ยงต่ออันตราย และปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ทำให้เพิ่มระดับความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวสูงขึ้น ทำให้เกิดปัญหาหย่าร้าง ครอบครัวขาดความสงบสุข ทำให้บุคคลในครอบครัวเสียโอกาสในอาชีพการงาน เนื่องจากเสียเวลาไปกับการดูแลเด็กมาก

3.4 แนวทางแก้ไข

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ในอดีตที่ผ่านมาสังคมรับรู้เกี่ยวกับ “เด็กสมาธิสั้น” หรือ “เด็กไฮเปอร์” ว่าเด็กเหล่านี้ดูปกติทุกอย่าง บางคนฉลาดแต่มีพฤติกรรมที่ดื้อ สน ไม่มีสมาธิ ปฏิบัติตามกฎระเบียบไม่ได้ ขาดทักษะทางสังคม จึงทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นยาก ประกอบกับบิดามารดาและครูส่วนใหญ่ยังไม่ เข้าใจธรรมชาติของเด็กและการดูแล ปรึกษาปรึกษาช่วย เหลือเด็กที่มีสมาธิสั้น จึงเครียดและเกิดอารมณ์โกรธง่าย ทำร้ายเด็กด้วยการตี ดูด่า ว่ากล่าว เด็กจำนวนมากเกิดความรู้สึกหมดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่มีใครรัก เก็บกดจนสมาธิสั้น พัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์แปรปรวน เมื่อโตเป็นวัยรุ่นจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะสร้างปัญหาความรุนแรงและภัยสังคมหรือติดยาเสพติดการช่วยเหลือเด็กที่มีสมาธิสั้น นอกจากแพทย์ จะให้ยารับประทานเพื่อให้มีสมาธิในบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น(ต่อ)

การเรียนแล้ว บิดา มารดาและครูจะมีส่วนช่วยในการฝึกทักษะหลายๆอย่าง ที่ยังขาดอยู่จนเกิดผลดีต่อเด็กสามารถประสบความสำเร็จในการเรียน ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือให้บิดา มารดา และครูเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและให้การดูแลเด็กได้ ดังนี้

3.4 แนวทางแก้ไข(ต่อ)

1. การประเมินและการวินิจฉัยทางการแพทย์

พยาบาลควรมีการประเมินแบบแผนพฤติกรรมของเด็กเมื่ออยู่กับครอบครัว สังคมที่โรงเรียน การดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันของเด็ก การดูแลเด็กของบิดา มารดา นอกจากนี้ยังต้องประเมินภาวะจิตใจของบิดา มารดา โดยอาจใช้คำถามปลายเปิด เช่น คุณแม่เล่าให้ฟังหน่อยสิคะว่าตอนนี้มีความรู้สึกอย่างไรบ้างกับลูก หรือคุณแม่คิดว่าอะไรที่ดีที่สุดที่จะให้การดูแลลูก ซึ่งหากประเมินพฤติกรรมของเด็ก ความรู้สึกนึกคิด และการดูแลของบิดามารดาได้ พยาบาลสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลให้แก่เด็กและครอบครัวได้ถูกต้อง

2. แนวทางการดูแล บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือมีดังนี้

2.1 การให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่บิดามารดาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรค การรักษา ผลข้างเคียง ความบกพร่องของเด็กจะช่วยลดความเครียดของบิดามารดาที่เกิดขึ้นได้ และยังทำให้บิดามารดามีทัศนคติทางบวกยอมรับและเห็นใจในอาการและข้อจำกัดต่างๆ ของเด็กได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค พฤติกรรมของเด็กและวิธีการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือให้คำปรึกษาแก่บิดามารดา มีความวิตกกังวลความเครียดลดลงสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุตรได้ และพบว่าบุตรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง ซึ่งจะเห็นว่าการให้ความรู้ คำปรึกษาแก่บิดามารดาเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้บิดามารดาเข้าใจและยอมรับข้อจำกัดต่างๆ ของบุตรได้

2.2 การเปิดโอกาสให้บิดามารดาและครอบครัวระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก หรือจัดกลุ่มให้บิดามารดาหรือครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นรู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและให้บิดามารดามีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ จะทำให้กลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นได้รับกำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเรียนรู้วิธีการดูแลบุตรร่วมกันได้ การแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ทักษะในการจัดการบุตรด้วยวิธีการที่หลากหลายจากบิดามารดาที่มีประสบการณ์ และรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียวแต่ยังมีเพื่อนที่คอยให้คำแนะนำเป็นกำลังใจให้กันและกัน

2.3 การจัดกลุ่มฝึกบิดามารดาให้มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษากติกา เทคนิคการให้รางวัล การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของบิดามารดาโดยรู้จักวิธีการจัดการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีปัญหาโดยใช้แรงเสริม จะสามารถช่วยให้บิดามารดาสามารถดูแลบุตรได้และสามารถส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ ดังนั้น พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่บิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดังนี้

2.3.1 จัดหาสถานที่ที่สงบเพื่อให้เด็กทำการบ้าน อ่านหนังสือ ไม่มีคนรบกวนหรือมีสิ่งที่ทำให้สมาธิเสีย เช่น โทรทัศน์ ของเล่น วิทยุไอเกม มาถึงความสนใจถ้าเด็กสมาธิสั้นมากๆ ควรอยู่ใกล้ๆ เพื่อควบคุมให้งานเสร็จ

2.3.2 จัดตารางเวลาให้ชัดเจน สำหรับกิจวัตรประจำวัน กำหนดเวลาทำการบ้าน ทบทวนบทเรียนเริ่มตั้งแต่เวลาในการตื่นนอน หลังจากนั้นต้องทำอะไรบ้าง เช่น เก็บที่นอน แปรงพิน อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น

3.4 แนวทางแก้ไข(ต่อ)

ในกรณีที่เด็กสับสนหรือไม่ทำตามข้อตกลง ให้บิดามารดาเตือนสั้นๆครั้งเดียว ถ้าไม่มีที่ทำว่าจะทำให้บิดามารดาพาไปทำหรือกำกับให้ทำทันที วิธีนี้ได้ผลถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็ก เพราะเด็กเรียนรู้ว่าบิดามารดาเอาจริงและจะยอมรับในกติกา

2.3.3 จัดกฎระเบียบของบ้านให้ชัดเจน เช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน ไม่พูดคำหยาบคาย บิดามารดาต้องทำเป็นแบบอย่างและเป็นผู้ควบคุมกฎ

2.3.4 ให้รางวัลในกรณีที่ทำพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ทำต่อ เช่น คำชม ให้แต้มสะสม เป็นต้น และกำหนดการลงโทษให้ชัดเจนเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ ควรใช้วิธีการจากัดสิทธิต่างๆ เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกม การออกไปเที่ยว เป็นต้น หรือให้ทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ล้างจาน กวาดบ้าน เป็นต้น หรืออาจใช้การเตือนหรือตำหนิที่เน้นพฤติกรรม เช่น แม่ไม่ชอบการนอนตื่นสาย และไม่ควรรู้คำพูดที่ตำหนิที่ตัวเด็ก เช่น ลูกไม่ตื่นนอนตื่นสาย เป็นต้น

2.3.5 ฝึกควบคุมอารมณ์ ทำให้บรรยากาศสงบ ให้กำลังใจเป็นระยะ หลีกเลี่ยงการดูว่าหรือบ่น เพราะทำให้เด็กเบื่อ ไม่สนใจสิ่งที่บิดามารดาพูด

2.3.6 การทำงานต่างๆ ควรมีการแบ่งงานเป็นชิ้นเล็กๆ เด็กมักท้อใจกับงานที่ตัวเองไม่ชอบ ไม่สนุก ไม่ถนัด ดังนั้น บิดามารดาควรแบ่งงานออกเป็นชิ้นเล็กๆ พอทำเสร็จในเวลาสั้นๆ ให้มีกำลังใจทำต่อ ต้องเปิดโอกาสให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถหรือหยุดพักเป็นระยะ เมื่อเห็นว่าเด็กหมดสมาธิแล้ว เช่น เด็กมีการบ้าน 10 ข้อ บิดามารดาแบ่งเป็น 2 หรือ 3 ช่วง ช่วงละ 3-5 ข้อ ทำเสร็จในช่วงแรกให้พัก 2-3 นาที แล้วกลับมาทำต่อจนครบ 10 ข้อ เป็นต้น

2.3.7 เด็กมักมีจุดอ่อน คือทักษะในการวางแผนล่วงหน้า ไม่สนใจคิดหรือวางแผนล่วงหน้า มักทำตามสิ่งเร้าที่ผ่านมามากกว่าสิ่งที่คิดไว้ล่วงหน้า ซึ่งบิดามารดาควรฝึกฝนให้เด็กเรียนรู้ที่จะหยุด คิดวางแผนทำตามขั้นตอน และฝึกการแก้ปัญหา เช่น ถามว่าพรุ่งนี้จะทำอะไรบ้าง ตามลำดับตั้งแต่เช้าถึงเย็น การกระตุ้นให้วางแผนบ่อยๆ จะซึมซับเข้าไปในระบบการคิดจนกลายเป็นนิสัย

2.3.8 บิดามารดาต้องฝึกกำลังใจเป็นหนึ่งเดียวกัน ความคิดเห็นของบิดามารดาที่แตกต่างกันทำให้การแก้ปัญหาไปคนละทาง เด็กจะหลบหลีกเลี่ยงปัญหาไปอยู่กับคนที่ตามใจ ในที่สุดความแตกต่างทำให้เกิดความขัดแย้ง ดังนั้นบิดามารดาควรพูดคุยตกลงกันก่อน เรื่องใดที่ยังไม่แน่ใจให้ชะลอการตัดสินใจจนกว่าจะตกลงกันได้อาจใช้ประโยชน์บอกเด็ก เช่น เรื่องนี้แม่ขอปรึกษาพ่อก่อน เป็นต้น

2.4 การแนะนำช่วยเหลือทางการเรียน โดยมีการประสานงานกับทางโรงเรียนให้มีการจัดการเรียนการสอนให้แก่เด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม มีการให้คำแนะนำแก่ครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงแนวทางของครูในการปฏิบัติต่อเด็ก จะช่วยให้ครูสามารถให้การดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เทคนิคการสื่อสารร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของครู เห็นได้ว่า การให้คำแนะนำแก่ครูในการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นจะช่วยให้ครูสามารถดูแลเด็กได้และทำให้เด็กได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่างๆ ร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียนได้ดี ดังนั้น สิ่งที่ยุทธศาสตร์ควรให้คำแนะนำแก่ครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีดังนี้

3.4 แนวทางแก้ไข(ต่อ)

2.4.1 การจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน เป็นสิ่งที่ช่วยลดสิ่งกระตุ้นช่วยให้เด็กมีสมาธิในการเรียนมากขึ้น โดยมีการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่

- 1) ห้องเรียนไม่ควรมียุติเด็กสมาธิสั้นมากกว่า 1 คน ถ้าจำเป็นต้องรับมากกว่า 1 คน ควรจัดที่นั่งให้แยกห่างจากกัน
- 2) การจัดที่นั่งควรให้เด็กนั่งหน้าชั้นเรียนใกล้ครู โดยมีเด็กที่เรียบร้อยนั่งรอบข้างไม่ควรให้นั่งหลังห้อง ติดทางเดิน หรือริมหน้าต่าง เพราะเด็กจะสนใจเรื่องอื่น
- 3) สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ประดับในห้องควรมีน้อย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นทางตา เช่น การแต่งกายของครูควรเรียบร้อย ไม่มีเครื่องประดับมาก เพราะจะทำให้เด็กสนใจการแต่งกายของครูจนไม่สนใจเรียน

2.4.2 การเตรียมการสอน และการมอบหมายงาน เช่น

- 1) ควรมีการสร้างแรงจูงใจในการเรียน ทำให้การเรียนสนุก ตื่นเต้นท้าทายให้เด็กอยากติดตามคอยตั้งความสนใจเด็กกลับสู่การเรียน เมื่อกวักหรือขาดสมาธิ เช่น เดินมาแตะไหล่ หรือกระซิบเบาๆ ว่า เดียวก็เสร็จแล้วลูก หรือตั้งใจฟังครูพูดเพราะหนูเคยทำได้ เป็นต้น ซึ่งในขณะที่พูดคุยกับเด็กต้องแน่ใจว่าเด็กกำลังฟังไม่ได้สนใจสิ่งอื่นอยู่
- 2) จัดระบบการเรียนให้ชัดเจนและกำกับให้เด็กทำตามระบบอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการแบ่งงานเป็นช่วงสั้นๆ พอทำเสร็จง่ายๆ กำกับให้ทำงานสำเร็จมีจังหวะพักเป็นระยะ และชมเชยเด็กเมื่อทำเสร็จหรือพยายามทำ
- 3) งานบางอย่างที่เกินความสามารถของเด็กที่จะทำได้ครบทุกขั้นตอน ครูอาจให้เด็กแน่ใจว่าทำได้ ให้เด็กมาให้ครูตรวจเมื่อถึงขั้นที่เด็กไม่มั่นใจก่อนที่จะทำต่อไป
- 4) มีการสอนเสริมให้เด็กนอกเวลาเพื่อให้สามารถเรียนรู้บทเรียนได้ทันเพื่อน กรณีการสอบควรเพิ่มเวลาในการทำข้อสอบมากกว่าเพื่อน หรือครูอ่านข้อสอบให้เด็กฟังทีละข้อ เมื่อเด็กทำเสร็จจึงอ่านข้อต่อไปจนว่าจะทำเสร็จทุกข้อ
- 5) ครูควรใช้คำพูดที่น้อยลงพูดซ้ำๆ ชัดเจน กระชับ ไม่ใช่คำสั่งที่คลุมเครือ ไม่บ่นหรือตำหนิเด็ก และควรวางเฉยกับอาการที่เด็กแสดงออก เช่น ยุกยิก อยู่ไม่สุข ลายมือไม่สวย เจ้าอารมณ์ เป็นต้น

2.4.3 หาทางให้เด็กระบายพลังงานหรือความก้าวร้าวออกมาเป็นกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น กีฬา ศิลปะดนตรี ตามความชอบความถนัดของเด็ก หรือให้เด็กได้เปลี่ยนอิริยาบถโดยไม่รู้ตัว เช่น ครูเมื่อยละ ช่วยครูลบกระดานหน่อย หรือช่วยครูแจกสมุดให้เพื่อนหน่อยนะ เป็นต้น

2.4.4 ช่วยฝึกทักษะต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับที่บ้านโดยการติดต่อประสานกับบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามการบ้าน เมื่อเด็กลืมหรือไม่ส่งงานให้แจ้งบิดามารดา เป็นต้น

2.4.5 ควรบอกเพื่อนๆ ของเด็กว่าโรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคน่าอาย ไม่ล้อเลียนกันในห้อง ควรช่วยเหลือเพื่อน เช่น ไม่ชวนคุย ชวนให้ตั้งใจเรียนชวนทำงานให้ครบ หรือเตือนเมื่อลืม เป็นต้น

การดูแลเด็กสมาธิสั้นให้ถูกวิธี การช่วยเหลือประคับประคองเด็กถึงแม้จะมีอุปสรรคอยู่บ้าง แต่เมื่อผ่านพ้นไปได้ด้วยดี เด็กจะสามารถอยู่ในสังคมได้ เด็กจะมีอาการดีขึ้นเมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่น ดังนั้นบิดามารดาและครูต้องศึกษาวิธีการต่างๆ ที่สามารถช่วยเด็กสมาธิสั้นให้เข้าใจโดยละเอียด การให้ความรักและทำความเข้าใจในสิ่ง

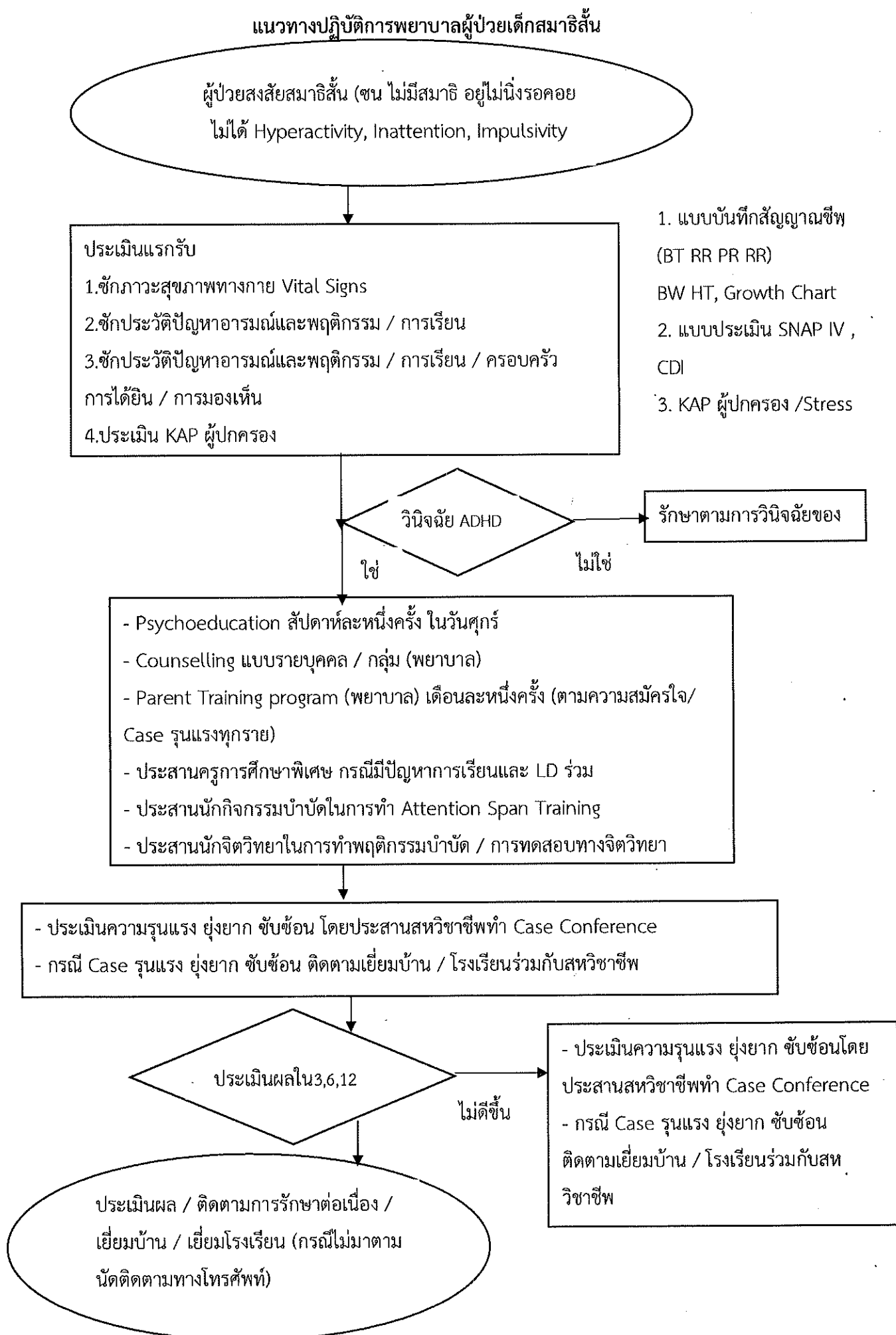
3.4 แนวทางแก้ไข(ต่อ)

ที่เด็กเป็นและพยายามให้กำลังใจช่วยแก้ไขข้อบกพร่องของเด็กจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีส่วนช่วยเหลือให้เด็กประสบความสำเร็จได้

การดำเนินงานในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอำเภอบุณฑริก

1. ครูคัดกรองแบบสังเกตพฤติกรรม 4 กลุ่มโรค
1. ลงข้อมูลในระบบเฝ้าระวังจิตเวชเด็ก
2. คะแนน Positive 6 คะแนนขึ้นไป เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินซ้ำด้วย SNAP-4
3. ถ้า Positive ส่งต่อที่โรงพยาบาลบุณฑริก (คลินิกจิตเวชเด็กทุกวันศุกร์)
4. พยาบาล PG เด็ก ชักประวัติ/ตรวจร่างกาย/ประเมินซ้ำด้วย SNAP-4/ประเมินเขาว์เล็ก
5. ส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและพิจารณาให้ยา Ritalin
6. ให้คำแนะนำ/การดูแล/การปฏิบัติตัว/การรับประทานยา/การมารับยาตามนัด
7. คืนข้อมูลให้พื้นที่ ครู/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกัน

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น



4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลในแผนกสามารถให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ถูกวิธีตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น
2. เด็กสามารถประสบความสำเร็จในการเรียน สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง
3. เด็กสมาธิสั้นมารักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดยาและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคซึมเศร้า
4. ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราของผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น 100%
2. อัตราของผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นผ่านเกณฑ์ที่กำหนด > 95%
3. อัตราของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่เข้าถึงบริการในเขตสุขภาพ 100%

(ลงชื่อ)^{๙๙๙/}.....

(นางสาวสิริรัตน์ วงศ์กระจ่าง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 15 / 05 / 2567

ผู้ขอประเมิน

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

เห็นชอบตามเสนอ

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- ๕ มี.ค. ๒๕๖๘

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายพลกฤต วรสันต์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอบุณฑริก

(วันที่) 19 / 03 / 2568

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- () ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
 () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(สรมงคล มงคลศิริ)

(.....)

(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

(วันที่)

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

๕.๓.๔. ประสานความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ของการบริการสุขภาพ รวมทั้งเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าและผดุงเกียรติแห่งวิชาชีพ

๕.๓.๕. ชี้แจงและให้รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูล ข้อเท็จจริงแก่บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความ เข้าใจหรือความร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย

๕.๔. ด้านการบริการ

๕.๔.๑. ให้บริการงานคลินิกต่างๆที่เกี่ยวข้องโดยใช้กระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมตามสภาพปัญหา ความต้องการทางด้าน ร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม

๕.๔.๒. ประเมินปัญหา วางแผน และให้การพยาบาลผู้รับบริการตามสภาพปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

๕.๔.๓. ร่วมกับแพทย์และภาคีเครือข่ายในการให้การรักษายาบาล วางแผนการพยาบาล ให้ สอดคล้องกับ บริบทของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

๕.๔.๔. ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ในการให้การพยาบาลโดยตรง/โดยอ้อม แก่ผู้ใช้บริการ ครอบคลุม กลุ่มคน โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย

๕.๔.๕. ให้การต้อนรับ ทักทายผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจเมื่อมารับ บริการและเยี่ยมที่บ้าน แนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของสถานพยาบาล

๕.๔.๖. การสอน แนะนำ/ ให้คำปรึกษา เบื้องต้นแก่ผู้รับบริการและครอบครัวชุมชนหรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้บุคคลหรือหน่วยงานดังกล่าวทราบถึงวิธีปฏิบัติตน และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้

๕.๔.๗. ร่วมวางแผนการทำงานกับชุมชนในการจัดการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ แข็งแรงและทราบถึงการดูแลตนเองและบุคคลรอบข้างอย่างถูกต้องเหมาะสม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ เดือน ระหว่างเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพของโรคและแนวทางการดูแล

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับ ลักษณะเฉพาะเป็นแบบจำเพาะและอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม หรือ Blunted สติสัมปชัญญะและเขวานปัญญา มักติดอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้

อาการของจิตเภท แบ่งได้เป็น ๓ ประเภท ได้แก่

๑.อาการด้านบวก เป็นอาการทางจิตที่มักจะไม่เกิดขึ้นกับคนที่มีสุขภาพดีทั่ว ๆ ไป ซึ่งผู้ป่วยอาจสูญเสีย ความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริงบางอย่าง โดยอาจมีอาการดังต่อไปนี้

-ประสาทหลอน ผู้ป่วยอาจมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รู้สึก หรือรับรสที่ไม่มีอยู่จริง แต่มักเชื่อว่าสิ่ง เหล่านั้นมีอยู่จริงซึ่งเกิดจากความคิดของผู้ป่วยเอง โดยอาการที่พบได้บ่อย คือ อาการหลอนทางการได้ยิน ซึ่ง ผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินผู้อื่นส่งเสียงพากย์สิ่งที่ตนเองกำลังกระทำอยู่ คิดว่าเสียงนั้นคุยกับตนเอง หรือได้ยินว่า เสียงนั้นกำลังพูดสิ่งที่ตนเองคิด โดยสิ่งที่ได้ยินมักเป็นคำหยาบ คำพูดที่รุนแรงหรือไม่รื่นหู กระทั่งคำสั่งที่ให้ทำ ตาม ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจตอบโต้กับเสียงที่ได้ยินด้วย จึงทำให้คนอื่นมองเห็นว่ากำลังพูดคนเดียว

-หลงผิด มักเกิดกับผู้ป่วยโรคนี้โดยส่วนใหญ่ โดยผู้ป่วยอาจเชื่อในสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงหรือไม่มีอยู่จริง เช่น เชื่อว่าเพื่อนบ้านแอบติดกล้องในห้องเพื่อถ้ามองตนเอง เชื่อว่ามีคนดั่งมาหลงรัก เชื่อว่ามีคนวางแผนฆ่าหรือวางแผนปองร้าย หรืออาจเชื่อที่กำลังจะมีภัยพิบัติเกิดขึ้น เป็นต้น

-เกิดความผิดปกติทางความคิด ผู้ป่วยอาจมีกระบวนการคิดหรือการประมวลข้อมูลที่ผิดไปจากปกติหรือไม่เป็นเหตุเป็นผล โดยอาจได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดราวกับสิ่งนั้นถูกพูดออกมาดัง ๆ คิดอีกเรื่องหนึ่งแล้วไปคิดอีกเรื่องหนึ่งโดยที่ทั้งสองเรื่องไม่ได้เกี่ยวข้องกัน คิดคำศัพท์ใหม่ขึ้นมาเองโดยอาจพูดคำหรือวลีเดิมซ้ำ ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับบริบทนั้น ๆ เชื่อว่าคำพูดโดยทั่วไปมีความหมายตรงกันข้ามหรือมีความหมายพิเศษ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจเชื่อว่าความคิดในหัวไม่ใช่ความคิดของตนเองและมีคนเอาความคิดนั้นมาใส่ในหัว เชื่อว่ามีคนดั่งเอาความคิดของตนเองออกไป เชื่อว่าคนอื่นกำลังได้ยินหรืออ่านความคิดของตน หรือความคิดอาจหยุดชะงักจนทำให้หยุดพูดแบบกะทันหันและไม่สามารถทวนในสิ่งที่ตนเองพูดออกไปได้

-มีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างตื้นกแล้วหรือทำท่าทางแปลก ๆ ออกมา

๒.อาการด้านลบ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถ ดังนี้

-พูดน้อยลง และอาจพูดด้วยเสียงโทนเดียว

-แสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์น้อยลง

-เคลื่อนไหวน้อยและไม่ค่อยทำอะไร

-ปลีกตัวออกจากสังคม

-ไม่มีอารมณ์ร่วม หรืออาจมีการแสดงออกทางอารมณ์แบบแปลก ๆ เช่น หัวเราะในสถานการณ์ที่ควรรู้สึกเศร้า เป็นต้น

-ไม่มีความสนใจหรือความกระตือรือร้นในการใช้ชีวิต ไม่ค่อยมีความสุข

-มีปัญหาในการบรรลุเป้าหมายหรือแผนที่วางไว้

-มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน

เมื่อมีอาการจิตเภทประเภทนี้ ผู้ป่วยอาจหมดความสนใจในการทำสิ่งต่าง ๆ และจมอยู่กับความคิดของตัวเอง ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาในด้านการเรียนหรือการทำงาน และอาจกลายเป็นปัญหาในการใช้ชีวิตระยะยาวได้ โดยผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาในการวางแผนและจดจำสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งอาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วย

๓.อาการด้านการรับรู้ เป็นอาการที่อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิดและความทรงจำของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยอาจมีปัญหาในการจดจ่อ การทำความเข้าใจข้อมูล การตัดสินใจ ความจำ และการจัดการสิ่งต่าง ๆ ทั้งนี้ อาการของโรคจิตเภทอาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นและอยู่ในช่วงอายุ ๒๐ ต้น ๆ โดยในระยะแรกผู้ป่วยอาจปลีกตัวจากสังคม เพื่อน หรือครอบครัว มีปัญหาในการนอนหลับ หงุดหงิดและว้าวุ่น ซึ่งอาการเหล่านี้คล้ายกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้กับวัยรุ่นทั่วไป จึงอาจทำให้สังเกตเห็นความผิดปกติได้ยากในช่วงวัยดังกล่าว

สาเหตุของจิตเภท ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดที่ทำให้เกิดโรค Schizophrenia ได้ แต่คาดว่าอาจมีปัจจัยเสี่ยงบางประการที่กระตุ้นให้เกิดโรคนี้ เช่น

-ความผิดปกติภายในสมอง และปริมาณสารเคมีในสมองบางชนิดผิดปกติ

-การสัมผัสสารพิษหรือได้รับเชื้อไวรัสขณะอยู่ในครรภ์มารดาหรือในช่วงแรกเกิด

-ภาวะขาดออกซิเจนในช่วงแรกเกิด ซึ่งอาจสร้างความเสียหายแก่สมอง

-ภาวะขาดสารอาหารตอนทารกอยู่ในครรภ์

-อาการอักเสบ หรือเป็นโรคมิต้านตนเอง

-การใช้ยาที่มีผลต่อจิตใจ หรือใช้ยาเสพติดที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการของโรค

-ความเครียด อาจเกิดจากปัญหาด้านการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ การปลีกตัวจากสังคม การสูญเสีย

คนรักไป หรือปัญหาอื่น ๆ

-เพศและอายุ โดยโรคนี้เกิดขึ้นได้กับทั้งผู้ชายและผู้หญิง แต่ผู้ชายที่มีอายุระหว่าง ๑๕-๒๕ ปี และผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง ๒๕-๓๕ ปี อาจมีความเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป

การวินิจฉัยจิตเภท เมื่อไปพบแพทย์ แพทย์อาจตรวจเบื้องต้นโดยสอบถามเกี่ยวกับอาการ ภาวะสุขภาพจิต โรคประจำตัว และประวัติสุขภาพของคนในครอบครัว รวมทั้งอาจตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยละเอียด โดยตรวจระบบประสาทและสมอง ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI Scan) หรือตรวจเอกซเรย์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (CT Scan) เพื่อให้แน่ใจว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดอาการคล้ายกัน เช่น โรคบางอย่าง การใช้ยาบางชนิด การใช้สารเสพติด อาการป่วยทางจิตอื่น ๆ เป็นต้น จากนั้นแพทย์อาจตรวจสุขภาพจิตอย่างละเอียด เพื่อประเมินความคิด อารมณ์ จิตใจ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน แนวโน้มในการฆ่าตัวตาย หรือการใช้ความรุนแรงของผู้ป่วย ทั้งนี้ แพทย์อาจเฝ้าดูว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการประสาทหลอน หลงผิด หรือมีการพูดที่ผิดปกติหรือไม่ หลังจากผู้ป่วยรับการตรวจวินิจฉัยผ่านไป ๒-๓ สัปดาห์ เพราะในบางกรณีอาการเหล่านี้ อาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้ด้วย

การรักษาจิตเภท ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาโรค Schizophrenia แต่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาดูแลอาการในระยะยาว เพื่อช่วยบรรเทาหรือลดความรุนแรงของอาการด้วยวิธีต่อไปนี้

การให้ยา แพทย์อาจให้ยาเพื่อช่วยยับยั้งอาการประสาทหลอน อาการหลงผิด หรืออาการของโรคจิต เช่น ยาคโลโรโพรมาซีน ยาฮาโลเพอริดอล ยาฟลูเพนทิซอล ยาซุโคลเพนทิซอล ยาซัลพิไรด์ ยาอะมิซัลไพรด์ ยาอะริพิพราโซล ยาโคลซาพิน ยาโอแลนซาพิน ยาควิโทอะปิน หรือยาริสเพอริโดน เป็นต้น แต่ยาเหล่านี้ อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น ปากแห้ง ผิวหนังแดง ท้องผูก ง่วงซึม เห็นภาพมัว หรือน้ำหนักตัวเพิ่มจนอาจทำให้เกิดโรคเบาหวานหรือโรคหัวใจตามมาได้ในระยะยาว เป็นต้น นอกจากนี้ อาจทำให้เกิดโรคอื่น ๆ อย่างโรคพาร์กินสัน นิซิซึม หรือโรคกล้ามเนื้อบิดเกร็งด้วย

การบำบัดเพื่อเสริมทักษะทางสังคม เป็นวิธีการรักษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดและอาการป่วย เพื่อช่วยให้มีทักษะด้านการสื่อสารและการเข้าสังคมที่ดีขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถไปเรียน ไปทำงาน และใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

การบำบัดทางจิต แพทย์อาจรักษาผู้ป่วยด้วยการพูดคุยหรือให้ระบายความคิดและความรู้สึกออกมา โดยอาจถามถึงมุมมองความคิดในด้านต่าง ๆ หรือให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกประจำวัน เพื่อช่วยเปลี่ยนวิธีพูด วิธีคิด การรู้สึก หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย

การบำบัดภายในครอบครัว เป็นการให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งพบว่าวิธีนี้ช่วยลดอัตราการเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย และลดความรุนแรงของอาการได้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ อาจช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นเพื่อกลับไปทำงานได้

การส่งเสริมสุขภาพร่างกาย อาจสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกายเป็นประจำ หรือรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อดูแลสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้น

การบำบัดด้วยศิลปะ อาจใช้งานศิลปะและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีอาการ Schizophrenia ด้านลบ

การช่วยเหลือจากหน่วยงานทางสังคมและชุมชน โดยอาจเข้ารับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข

การรักษาทางเลือก เช่น การรับประทานวิตามิน การรับประทานอาหารเสริมอย่างน้ำมันปลาหรือยา โกลซีน และการวางแผนการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เป็นต้น แต่ขณะนี้ยังคงต้องการผลการศึกษาวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนว่าการรักษาทางเลือกช่วยบรรเทาอาการของโรคนี้ได้จริงและปลอดภัย ดังนั้น หากต้องการใช้วิธีรักษาทางเลือก ผู้ป่วยหรือญาติควรปรึกษาแพทย์ก่อน เพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่เกิดอันตรายในภายหลัง

ภาวะแทรกซ้อนของจิตเภท หากผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษ อาจส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และกระทบต่อการใช้ชีวิตในหลาย ๆ ด้าน ดังนี้

- เครียด
- ปลีกตัวจากสังคม ไม่อยากไปโรงเรียนหรือไปทำงาน
- มีปัญหาครอบครัว
- มีอาการทางจิตอย่างโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคนี้ โดยบางรายอาจเกิดโรคกลัว โรควิตกกังวล หรือโรคย้ำคิดย้ำทำตามมาด้วย
- มีปัญหาสุขภาพหรือมีโรคประจำตัว
- มีปัญหาด้านการเงิน โดยอาจเกิดขึ้นเมื่อต้องออกจากงาน อาจกลายเป็นคนไร้บ้าน หรือถูกฉ้อโกงและถูกหลอกลวงได้ง่าย
- พึ่งพาสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์
- มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แต่พบได้น้อย
- หารายร่างกายตัวเอง คิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

การป้องกันจิตเภท ปัจจุบันยังไม่มีวิธีป้องกันโรค Schizophrenia เนื่องจากยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนี้ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอาจป้องกันโรคในเบื้องต้นเพื่อไม่ให้เกิดอาการหรืออันตรายร้ายแรงต่อตนเองและผู้อื่น โดยควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและลักษณะอาการของโรค ซึ่งอาจช่วยให้สังเกตเห็นอาการผิดปกติและเข้ารับการตรวจรักษาโรคได้แต่เนิ่น ๆ ส่วนผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้ก็อาจป้องกันอาการกำเริบหรือไม่ให้อาการแย่ลงกว่าเดิมโดยปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด นอกจากนี้บุคคลใกล้ชิดควรหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย และรีบพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาหากสงสัยว่าอาจมีอาการทางจิตหรือป่วยเป็น Schizophrenia

๓.๒ ความรู้และทักษะการใช้แบบคัดกรอง

- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q) ผลการประเมิน คือ ผู้ป่วยปฏิเสธทั้ง ๒ ข้อ แปลผลคือ ไม่มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
- แบบประเมินโรคซึมเศร้า ๙ คำถาม (๙Q) ผลการประเมิน คือ ๔ คะแนน แปลผลคือ ไม่มีอาการหรือมีอาการของของโรคซึมเศราระดับน้อยมาก
- แบบประเมินการฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q) ผลการประเมิน คือ ๐ คะแนน แปลผลคือ ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย

๓.๓ กระบวนการให้คำปรึกษา (Counseling)

กระบวนการให้คำปรึกษาเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้ให้คำปรึกษา ขั้นตอนการให้คำปรึกษาเปรียบเสมือนเป็นทิศทางที่ผู้ให้คำปรึกษาจะนำให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาสามารถไปถึงเป้าหมายได้อย่างประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษาดังนี้

๑. การสร้างสัมพันธภาพ จุดประสงค์สำคัญของขั้นตอนนี้คือเพื่อสร้างความคุ้นเคย ความอุ่นใจ สบายใจ และสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้รับบริการปรึกษากับผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการปรึกษา โดยใช้เทคนิคและทักษะต่างๆ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน เช่น การทักทายสั้นๆ การพูดเรื่องทั่วไป

๒. การสำรวจปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทักษะต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้บอกเล่าถึงปัญหาหรือสำรวจปัญหาและความต้องการของตนเอง ซึ่งขั้นตอนนี้จะใช้เวลามากน้อยขึ้นอยู่กับพื้นฐานสติปัญญา ความสามารถ ลักษณะนิสัยของผู้รับคำปรึกษา และความชำนาญในการใช้ทักษะของผู้ให้คำปรึกษา

๓. เข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจของกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจอย่างกระจ่างในปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง ตั้งแต่สาเหตุของปัญหาและความต้องการของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยและกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้คิด สำรวจความรู้สึก และความต้องการของตนเอง ให้มองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหานั้น

๔. การวางแผนการแก้ปัญหา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ ค้นหาวิธีการในการแก้ปัญหา โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย วางแผนแก้ไขปัญหาย่างเป็นขั้นตอน และตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับการปรึกษามากที่สุด ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรเร่งรีบและด่วนตัดสินใจจัดการปัญหาของผู้รับคำปรึกษา แต่จะคอยให้กำลังใจในการวางแผนปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเองก่อน หากผู้รับคำปรึกษาหมดหนทางและคิดไม่ออก ผู้ให้คำปรึกษาจึงจะเสนอแนะแนวทางเพื่อให้ได้พิจารณาความเหมาะสมและเลือกทางแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุดด้วยตนเอง ซึ่งผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าสามารถทำได้จริง มีโอกาสประสบความสำเร็จ และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง ไม่ใช่เป็นการบังคับให้ปฏิบัติ

๕. ยุติกระบวนการ ผู้ให้คำปรึกษาควรให้สัญญาณแก่ผู้รับคำปรึกษาได้รู้ตัวก่อนสิ้นสุดการให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้สรุปในสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการสนทนา จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดหายไป ในบางครั้งผู้ให้การปรึกษาอาจมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการปรึกษากลับไปปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถพบได้ในครั้งต่อไปถ้าเขาต้องการ และนัดหมายเวลาที่เหมาะสมพร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจในระหว่างการให้คำปรึกษา ก่อนสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ควรสนทนาเล็กน้อยด้วยเรื่องต่างๆ ไป แล้วจึงกล่าวอำลา

ซึ่งแต่ละขั้นตอนที่ได้กล่าวมาจะเห็นว่าในทุกขั้นตอนของการให้คำปรึกษามีจุดประสงค์ที่ชัดเจนและความสำคัญ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้และทักษะต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้และเข้าใจในปัญหาที่แท้ตลอดจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมได้

๓.๔ การทำงานเป็นทีม ผู้นำทีมจะต้องพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ๖ ด้าน ดังนี้

๑. ทักษะการสื่อสาร ผู้นำทีมงานต้องสามารถสื่อสารกับสมาชิกของทีมงานได้ทั้งแบบตัวต่อตัวและกับทีมงานได้อย่างมีคุณภาพเพราะการสื่อสารที่ดีของหัวหน้าทีมจะช่วยสร้างความเข้าใจก่อให้เกิดความร่วมมือและการประสานงานที่ดีในระหว่างสมาชิกและระหว่างทีมงาน

๒. ทักษะการวางแผน ผู้นำทีมงานจะต้องชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์เป้าหมายและวิธีการปฏิบัติงานสามารถกำหนดกลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้เป็นมรรผล

๓. ทักษะการจัดองค์การ ผู้นำทีมงานต้องพิจารณาภารกิจหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งต้องปฏิบัติทั้งหมดแล้วนำมาจัดกลุ่มภารกิจหรือหน้าที่พร้อมทั้งกำหนดบุคคลชอบเขตอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติงานและทรัพยากรสนับสนุนในการปฏิบัติงานตลอดจนกำหนดรูปแบบการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน

๔. ทักษะการสอนแนะ ผู้นำทีมงานต้องสอนหรือแนะนำสมาชิก ทีมงานได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติอย่างละเอียด อาจรวมถึงการสาธิตทำให้ดูเป็นตัวอย่าง นอกจากนี้วิธีนี้ยังต้องให้ความช่วยเหลือสมาชิกในการวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการทำงานเสนอแนะวิธีแก้ปัญหาข้อบกพร่องต่าง ๆ

๕. ทักษะการจูงใจ ผู้นำทีมงานต้องมีความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานความต้องการของบุคคล พฤติกรรมการทำงานที่แตกต่างกันเพื่อให้ทราบถึงวิธีการและเทคนิคที่ใช้จูงใจสมาชิกทีมงานให้สามารถปฏิบัติงานตามเป้าหมายของทีมงานได้

๖. ทักษะการเจรจาต่อรอง ต้องสามารถเจรจาต่อรองกับสมาชิกแต่ละคนในทีมงานเกี่ยวข้องกับ งานและบทบาทให้ทุกฝ่ายเข้าใจความคาดหวังที่พึงประสงค์ร่วมกันและยังรวมถึงการเจรจากับบุคคลนอก

ทีมงานในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทักษะทั้ง ๖ ด้านเป็นทักษะสำคัญที่ผู้นำทีมงานจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น
สิ่งที่พึงตระหนักคือทักษะเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับทักษะอื่น ๆ อีก เช่น ทักษะการสื่อสารจะครอบคลุมถึงการ
ฟัง การตีความและการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น

๓.๕ แนวทางการประสานงานและการสื่อสารข้อมูลนำไปสู่ความสำเร็จ แนวทางการประสานงานและ
การสื่อสารข้อมูลนำไปสู่ความสำเร็จ นิยามของการสื่อสาร การสื่อสารถือเป็นหัวใจของการทำความเข้าใจ
ระหว่างมนุษย์ในสังคมโดยใช้ข้อมูลความคิด ความเห็นและประสบการณ์แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเพื่อให้อีกฝ่าย
รับรู้ถึงความต้องการของอีกฝ่าย

- องค์ประกอบที่สำคัญของการสื่อสาร ๓ ชนิด คือ

๑. ผู้ส่งสาร

๑.๑ มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับเรื่องที่สื่อสาร

๑.๒ มีความมั่นใจ

๑.๓ ทัศนคติ ความเชื่อ

๑.๔ มีความสามารถในการจูงใจ

๑.๕ ทักษะในการสื่อสารที่ดี : ฟัง พูด อ่านเขียน ท่าทาง

๒. ผู้รับสาร

๒.๑ มีความพร้อมในการรับสาร

๒.๒ มีความสามารถในการตีความ

๒.๓ มีทักษะการฟังที่ดี

๒.๔ มีความรู้กับเรื่องที่สื่อสาร

๓. สาร

๓.๑ สื่อต่างๆ เช่น ภาษา สิ่งพิมพ์ VDO ท่าทาง

๓.๒ ใช้ภาษาเดียวกัน

๓.๓ มีความชัดเจนเข้าใจง่าย

๓.๔ มีความเหมาะสมกับผู้รับสาร

๓.๕ มีเนื้อหาที่น่าสนใจ/ตรงความต้องการผู้รับสาร

- วัตถุประสงค์ ผู้ส่งต้องการให้ผู้รับสารเข้าใจถึงความหมายที่ส่งไป

- ช่องทางการสื่อสาร

๑. รูปแบบ : สื่อสาร ๒ ทาง หรือทางเดียว

๒. ช่องทางมีประสิทธิภาพ

๓. ช่องทางการสื่อสารมีความเหมาะสมกับผู้รับสาร : การพูด internet โทรศัพท์ เพื่อนร่วมงาน

- สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

ทัศนคติเชิงบวก/ความเชื่อ/การเอาชนะอุปสรรค

๓.๖ ทฤษฎีทางการพยาบาล : ข้อมูลแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน

แบบแผนที่ ๑ : แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

แบบแผนที่ ๒ : อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

แบบแผนที่ ๓ : การขับถ่าย

แบบแผนที่ ๔ : กิจกรรมและการออกกำลังกาย

แบบแผนที่ ๕ : การพักผ่อนนอนหลับ

แบบแผนที่ ๖ : สติปัญญาและการรับรู้

- แบบแผนที่ ๗ : การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
- แบบแผนที่ ๘ : บทบาทและสัมพันธภาพ
- แบบแผนที่ ๙ : เพศและการเจริญพันธุ์
- แบบแผนที่ ๑๐ : การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด
- แบบแผนที่ ๑๑ : ค่านิยมและความเชื่อ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ได้แก่ หลงผิด หูแว่ว อารมณ์แปรปรวน โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ ๒๐ ล้านคน (WHO, ๒๐๑๙) จากการศึกษาวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ลักษณะของโรคจิตเภทจะมีความอดทนต่อความกดดันทางจิตใจน้อย และบกพร่องในการควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองจึงแสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (Chan, Lu, Tseng, & Chous, ๒๐๐๓) ร่วมกับพยาธิสภาพของสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่สมองส่วน Limbic system มีความผิดปกติ ทำให้การควบคุมอารมณ์บกพร่อง (Hamid & Daulima, ๒๐๑๘) ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าวและส่วนใหญ่จะมีทั้งก้าวร้าวทางคำพูด การกระทำต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น รวมไปถึงวัตถุสิ่งของ (Yudofsky, Silver, & Jackson, ๑๙๘๖) และมีความชุกของอุบัติการณ์เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ ๓๓.๓ (Li et al., ๒๐๒๐) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยถูกนำส่งมายังแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อทำการรักษาภาวะวิกฤติฉุกเฉินดังกล่าว การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมาย ได้แก่ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้การช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ มีความบกพร่อง และยังเป็นอันตรายต่อตัวเองเมื่อควบคุมตนเองไม่ได้ และผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องความหวาดกลัวของบุคคลในครอบครัวที่ต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท รวมไปถึงผลกระทบต่อด้านสังคมย่อมเกิดการไม่ยอมรับเนื่องจากความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชุมชน ความเสียหายจากพฤติกรรมของผู้ป่วย และที่สำคัญคือผลกระทบต่อผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพมีทั้งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดความหวาดกลัวในการให้บริการผู้ป่วยดังกล่าว จนถึงขั้นผลกระทบต่อร่างกายที่เกิดการได้รับบาดเจ็บ ความพิการ และที่ร้ายแรงที่สุด คืออาจได้รับอันตรายถึงชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษาในแผนกจิตเวชฉุกเฉินมีหลายปัจจัย ได้แก่ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด มีผลกระตุ้นจิตและประสาท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาได้ถึง ๒.๓๓ เท่า (Rund, ๒๐๑๘) ระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากระดับของอาการทางจิตเป็นผลมาจากความคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติ ทำให้การปรับตัวบกพร่อง (ศุภโชค สิงห์กันต์, ๒๕๕๘) และมีการศึกษาพบว่า ความแออัดในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน มีผลต่ออาการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไม่พอใจ หงุดหงิดใจและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาได้ (Angland, Dowling, & Casey, ๒๐๑๔) และปัจจัยที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องด้านการนำส่งผู้ป่วยมาแผนกจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาล หรือวิธีการมารับบริการประเภทต่างๆ ได้แก่ การมารับบริการด้วยตัวเอง หรือการนำส่งด้วยบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ เช่น ตำรวจ มูลนิธิ เป็นต้น โดยมีการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วง ๑ ปี หน่วยงานประเภทนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ตำรวจ มีอุบัติการณ์เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกฉุกเฉินสูงที่สุดถึง ร้อยละ ๔๔.๑ เมื่อเทียบกับการมารับบริการประเภทอื่น (Hyland, Watts, & Fry, ๒๐๑๖) การศึกษาในครั้งนี้จะทำให้เข้าใจถึงลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวนำไปสู่การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 ๒. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ระดับอาการทางจิตของโรคจิตเภท ความแออัดของสถานบริการ และประเภทผู้นำส่งผู้ป่วยมารับบริการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภททั้งก่อนและขณะรับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 ๓. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- #### ขั้นตอนการทำการณศึกษา
๑. เลือกกรณีสำหรับศึกษา
 ๒. ศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี
 ๓. ตั้งคำถามการศึกษา
 ๔. รวบรวมข้อมูล โดยศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการศึกษาเพิ่มประวัติ
 ๕. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการ พยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล
 ๖. ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล
 ๗. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
 ๘. วางแผนการดูแลร่วมกับญาติและชุมชน รวมทั้งส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนเพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
 ๙. บันทึกข้อมูล ปัญหาและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
 ๑๐. สรุปกรณีศึกษาและจัดทำรูปเล่ม

๕. ผลความสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลงานเชิงปริมาณ

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖
๑	ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้าถึงบริการ	≥๘๕	๖๘.๗๑	๗๐.๐๐	๘๒.๑๖
๒	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงกลับมาเป็นซ้ำ	≤๑๐	๒๐.๕๐	๑๖.๖๗	๖.๖๗
๓	ทีมพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องถูกทำร้ายโดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	≤๕	๖.๖๗	๒.๓๕	๐

ผลงานเชิงคุณภาพ การศึกษากกรณีศึกษานี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีอาการกำเริบบ่อย กลับมารักษาซ้ำ จึงเกิดการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการกำเริบ สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ โดยมีตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ดังนี้

- ๑.ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เข้ารับบริการลดลงร้อยละ ๑๐
- ๒.ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาเป็นซ้ำน้อยกว่าร้อยละ ๑๐
- ๓.ทีมพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องถูกทำร้ายโดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ ๐

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นเอกสารทางวิชาการให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือผู้ที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพงาน
๒. ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
๓. สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยรูปแบบหน้าที่หรือแบบแผนสุขภาพมาประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม
๔. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้ดียิ่งขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ด้านผู้ป่วย

- ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษา
- ขาดยา จาก ปฏิเสธการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของยา
- มีปัญหาการปรับตัวขณะอยู่ที่บ้าน
- ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาขณะอยู่ที่บ้าน
- มีอาการกำเริบซ้ำจากสภาพของโรค
- มีปัญหาจากการเผชิญความเครียด

๗.๒ ด้านญาติ ครอบครัวและชุมชน

- ญาติและชุมชนไม่เข้าใจและไม่ยอมรับผู้ป่วย
- ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา
- ญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย รู้สึกเบื่อหน่ายผู้ป่วย
- High Express Emotion ในครอบครัวผู้ป่วย
- ญาติไม่ทราบถึงแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน
- มีปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีเงินมารับยา

๗.๓ ด้านการรักษาผู้ป่วย

- การรับรู้ถึงเหตุผลในการไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยและผู้รักษาแตกต่างกันทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น

- ขาดทักษะในการสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษา
- ขาดความเอาใจใส่ในการค้นหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบเพื่อป้องกันการกลับมา

รักษาซ้ำ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยขาดยาเพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้วไม่ได้เจ็บป่วยหรือทนต่อผลข้างเคียงของฤทธิ์ยาไม่ได้
๒. ผู้ป่วยมีอาการหมดหวังได้ง่าย ขาดความรู้ในการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม
๓. ญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ขอบคุदा กล่าวร้ายว่าผู้ป่วยขี้เกียจไม่ช่วยเหลืองานครอบครัว
๔. ผู้ป่วยถูกล้อเลียนจากชาวบ้าน
๕. พื้นที่เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านการบริหาร : โรงพยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๙.๒ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

๙.๒.๑. ควรทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรระบุถึงบุคคลที่สามารถช่วยเหลือในการพยาบาลในข้อนี้ไว้ให้หลากหลายวิชาชีพ ในด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วย ในข้อการปลดอาวุธที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา

๙.๒.๒. ควรนำไปพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งภายในโรงพยาบาล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน ไม่มี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑)นางสาวสุภาวดี ศรีโกศล..... สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐..... (ระบุร้อยละ)
๒) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
๓) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

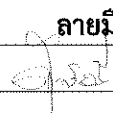
(นางสาวสุภาวดี ศรีโกศล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

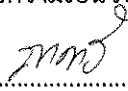
(วันที่) ๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุภาวิณี ศรีโกศล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางราตรี เสียงเสนาะ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๖ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายแพทย์ธีระวัฒน์ สิงห์ราช)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

(วันที่) ๖ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



(นายธีระพงษ์ แก้วกมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๕ มี.ค. ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขซึ่งพบความชุกร้อยละ ๑ ของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่าความชุกของการเกิดโรคจิตเภท ๑๓ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร (WHO, ๒๐๐๖) และพบว่าอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท (Schizophrenia) มักมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร้อยละ ๘๑.๙๗ ถือเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช และข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตพบว่าบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย ร้อยละ ๘๘ ซึ่งแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี ได้ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดตลอด ๒๔ ชั่วโมง จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน ๓ ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ.๒๕๖๓ - พ.ศ.๒๕๖๕) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีอัตราเพิ่มขึ้นเป็นอันดับ ๑ ทุกปี ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด เอะอะ โวยวาย ก้าวร้าว โดยอุบัติการณ์บุคลากรแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานีถูกทำร้ายโดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ๓ ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ.๒๕๖๓ - พ.ศ.๒๕๖๕) คือ ร้อยละ ๑๐.๗๒, ๖.๖๗ และ ๒.๓๕ ตามลำดับ และจากสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖ - ธันวาคม ๒๕๖๖ พบมีผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มา Admit ๖ - ๘ รายต่อเดือน จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยและบุคลากรที่ถูกทำร้ายจากผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงพบว่าความถี่ ๓ - ๕ ครั้งต่อเดือน ด้วยถูกขีดข่วน ทบตี ต่อยและถูกเตะ ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานีจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อการดูแลผู้ป่วยจะเกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่น บุคลากรสาธารณสุขรวมทั้งทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์และแนวคิด

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด มีจำนวนมากกว่า ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ ๑๖ ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ต่อญาติหรือผู้ดูแล ต่อสังคมและเศรษฐกิจในภาพรวม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะสำคัญทางคลินิก คือ ความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิด หรือหูแว่วอาการหวาดระแวง เป็นอาการที่ไม่ไว้ใจผู้อื่น จนหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย หรือคิดว่ามีคนขู่ว่าจะทำร้าย อาการหวาดระแวงจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่นการแยกตัว หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ความหลงผิดนี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น การบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันจะมีการรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยา จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลเน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและรุนแรง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีขั้นตอนสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลพื้นฐาน และมีหลักการให้การพยาบาลเฉพาะทางเพื่อดูแลอาการหวาดระแวง การวางแผนการพยาบาลจึงมุ่งเป้าหมายให้ผู้ป่วย

ปลอดภัยจากภาวะหวาดระแวง หัวใจของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเพื่อควบคุมอาการด้านบวกและป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดย

๑. นำประเด็นเรื่องการพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีเข้าที่ประชุมคณะผู้บริหารโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อให้เกิดเครือข่ายการทำงานและความยั่งยืนในการดำเนินงาน

๒. จัดอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สามารถดูแลช่วยเหลือ ระวังเหตุ ส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงขึ้นได้อย่างปลอดภัย

๓. พัฒนาระบบการติดตามอาการทางจิตกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานีเพื่ออำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ให้สามารถดูแลช่วยเหลือและป้องกันผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบไม่ให้เกิดความรุนแรงในชุมชน ให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ Google form

๔. ติดตามประเมินผลและประสานการดูแลต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลและเครือข่าย

๕. ส่งต่อข้อมูลที่ทีมเยี่ยมบ้าน หรือออกติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนหรือมีข้อจำกัดพร้อมคืนข้อมูลกลับยังพื้นที่เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

๖. พัฒนาคุณภาพระบบบริการ แนวทางการส่งต่อให้ได้มาตรฐานวิชาชีพ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ด้านผู้ป่วย

- ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษา
 - ขาดยา จาก ปฏิเสธการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของยา
 - มีปัญหาการปรับตัวขณะอยู่ที่บ้าน
 - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาขณะอยู่ที่บ้าน
 - มีอาการกำเริบซ้ำจากสภาพของโรค
 - มีปัญหาจากการเผชิญความเครียด
- ##### ด้านญาติ ครอบครัวและชุมชน
- ญาติและชุมชนไม่เข้าใจและไม่ยอมรับผู้ป่วย
 - ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา
 - ญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย รู้สึกเบื่อหน่ายผู้ป่วย
 - High Express Emotion ในครอบครัวผู้ป่วย
 - ญาติไม่ทราบถึงแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน
 - มีปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีเงินมารับยา

ด้านการรักษาผู้ป่วย

- การรับรู้ถึงเหตุผลในการไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยและผู้รักษาแตกต่างกันทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น

- ขาดทักษะในการสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษา
- ขาดความเอาใจใส่ในการค้นหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบเพื่อป้องกันการกลับมา
รักษาซ้ำ

แนวทางแก้ไข

๑. จัดอบรมให้ความรู้การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ประชุมวางแผนการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๓. ออกเยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ทีมพยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีศักยภาพในการดูแล ช่วยเหลือ ระวังเหตุและ
ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย
๓. เกิดระบบดูแล ช่วยเหลือ ระวังเหตุและส่งต่อระหว่างเครือข่ายในเขตพื้นที่อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัด
อุบลราชธานี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เข้ารับบริการลดลงร้อยละ ๑๐
๒. ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาป่วยซ้ำน้อยกว่าร้อยละ ๑๐
๓. ทีมพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องถูกทำร้ายโดยผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรม
รุนแรง ร้อยละ ๐

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุภาวีนี ศรีโกศล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

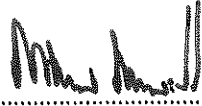
๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

นายพงษ์วิภาส ทรัพย์โกศล

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ..ร้อยตรี..... 
(..... (สรมงคล มงคลศิริ)

(ตำแหน่ง)รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

(วันที่)...../.....ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์/ชธานี

๗ สิงหาคม ๒๕๖๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วม บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ถึง กันยายน ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - ๓.๑ การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูล
 - ๓.๒ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์ข้อมูลแหล่งปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและระดับชุมชน โดยประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า ๖๐ ปี ปัจจัยที่มีความสำคัญ ต่อการแพร่กระจายของโรคมียุทธศาสตร์และความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ คือ ภูมิทัศน์ทางของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่นและการเคลื่อนย้ายของประชากร สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักของประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ความร่วมมือของ หน่วยงานต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และนโยบายในระดับชาติ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็น ปัจจัยที่มีการแปรเปลี่ยนและมีผลกระทบอย่างต่อเนื่องกับการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างยิ่ง และยังมีส่วนทำให้รูปแบบการเกิดโรคมียุทธศาสตร์ความผันแปรไปในแต่ละปี โดยจากสถานการณ์โรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยตลอดมา เพราะไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อโดยมียุงลายเป็นพาหะ ที่สร้างความสูญเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรคได้ติดตามสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย พบว่า มีอุบัติการณ์ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลังอย่างต่อเนื่อง มาเป็นเวลาเกือบ ๒ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓ -๒๕๖๔) จึงมีโอกาสนี้ในปี พ.ศ.๒๕๖๕ จะเกิดการระบาดมากขึ้น ซึ่งคาดการณ์ว่าตลอดทั้งปีอาจมีผู้ป่วยสูงถึง ๙๕,๐๐๐ ราย โดยในช่วงไตรมาสแรกของปีมีแนวโน้ม พบจำนวนผู้ป่วยประมาณ ๓,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ รายต่อเดือน และเริ่มสูงขึ้นในเดือนพฤษภาคม จนสูงที่สุดประมาณ ๑๐,๐๐๐ - ๑๖,๐๐๐ รายต่อเดือนในช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน - กันยายน)ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน แนวคิดในการแก้ไขปัญหา จากการตั้งรับไปสู่ นโยบายเชิงรุกโดยใช้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมให้คนในชุมชนได้ ตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคไข้เลือดออก เกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีการแก้ไข ซึ่งปัญหาของโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและถือเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกัน กระตุ้นและชักนำให้ประชาชน องค์กรชุมชน โรงเรียน ศาสนสถาน ตลอดจนเครือข่ายสุขภาพให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๑ หลักการและเหตุผล (ต่อ)

องค์การบริหารส่วนตำบลนาข้าวเสีย เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออก จะเห็นได้ว่าอัตราการป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับสถิติการเกิดโรคในปีที่ผ่านมา การระบาดของโรคไข้เลือดออกส่วนมากจะพบผู้ป่วยในช่วงเดือนพฤษภาคม – กันยายนของทุกปี ซึ่งตรงกับการเปิดภาคเรียนที่หนึ่งพอดี และนิสัยของยุงชอบออกหากินเวลากลางวัน จึงสันนิษฐานได้ว่าการแพร่เชื้อและการกระจายโรค จะเกิดขึ้นได้ทั้งชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนและศาสนสถาน ด้วยเหตุนี้การควบคุมโรคจะต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากชุมชน โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่ออันตรายที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยยุงลายบ้าน เป็นพาหะหลักและยุงลายสวนเป็นพาหะรองเป็นโรคที่พบมากในประเทศเขตร้อนและกึ่งเขตร้อนที่แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยที่ผ่านมาในระยะเวลา ๕๐ ปีองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อประมาณ ๕๐ ถึง ๑๐๐ ล้านคนซึ่งเป็นประชากรประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรในโลกที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่โรคนี้เป็นโรคประจำถิ่นและกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (มัธยม ประทีปเกาะ, ๒๕๕๖) ปัจจุบันที่มีผลต่อการแพร่กระจายของโรคมาจากความเสี่ยงหลายด้าน (multiple risk factors) แล้วแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ได้แก่ชนิด (serotype) ของเชื้อไวรัสเดงกีภูมิคุ้มกันของประชากรเคลื่อนย้ายของผู้คนจากสถานที่หนึ่งไปสู่อีกสถานที่หนึ่งความหนาแน่นของประชากรและที่พักอาศัยสภาพภูมิอากาศชนิดของยุงพาหะการขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักต่อการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องและจริงจังทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนลักษณะการระบาดไม่มีรูปแบบที่แน่นอนโดยจะพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้ตลอดทั้งปีแต่พบได้บ่อยในฤดูฝนอาจมีการระบาด event ปีหรือปีเว้น ๒ ปีเด็กเป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้บ่อยที่สุดและอันตรายสูงโดยเฉพาะในช่วงอายุ ๕-๙ ปีแต่ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าในอดีตโดยพบได้บ่อยขึ้นในเด็กโตและวัยรุ่นรวมทั้งมีรายงานของผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุ ๑๕-๒๕ ปีเพิ่มขึ้น (ศรเพชร มหามาดและคณะ, ๒๕๕๗) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ๘๙.๒๗, ๑๗๗.๘๗, ๑๐๗.๐๒, ๑๒๒.๒๒ และ ๒๓๔.๘๑ ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ มีอัตราตายร้อยละ ๐.๐๙, ๐.๒๒, ๐.๐๙, ๐.๑๓ และ ๐.๐๙ ตามลำดับโดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วย ๙๙.๓๙, ๓๓๘.๕๘, ๖๒.๐๗, ๑๔๖.๒๐ และ ๒๕๖.๘๙ ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ และมีอัตราตายร้อยละ ๐.๑๓, ๐.๖๘, ๐.๙, ๐.๑๑ และ ๐.๑๕ ตามลำดับ (สำนักโรคระบาดวิทยา, ๒๕๖๓) จังหวัดอุบลราชธานีมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ มีอัตราป่วย ๑๓.๘๒ ๖.๘๕ ๕.๒๑ ๑๒.๙๓ และ ๘.๐๓ ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๐๘ ๐.๑๕ ๐.๒๖ ๐.๑๒ และ ๐.๐๗ ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๔) โดยอุบัติการณ์ของโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นลักษณะการระบาดของโรคพบที่ไม่มีรูปแบบหรือลักษณะการระบาดแบบจำเพาะเจาะจง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีอัตราป่วยในช่วงปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ คือ ๔๙.๓๐ ๘๓.๑๕, ๖๕.๒๖, ๙๔.๒๓, ๕๓.๑๖ ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง, ๒๕๖๔)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๑ หลักการและเหตุผล (ต่อ)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกตำบลโคกสว่าง ปี ๒๕๖๔ พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน ๑๐ ราย อัตราป่วย ๘๔.๓๖ ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต และในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระดอกเกษ พบผู้ป่วยจำนวน ๕ ราย อัตราป่วย ๑๒๙.๐๗ ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก สำหรับตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง ลักษณะพื้นที่แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงและพื้นที่บางส่วนเป็นชุมชนสำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวนยางพารา โดยมีบ้านเรือนอยู่ในสวนยางพารา หรือมีการสร้างกระท่อมไว้สวนยาง เพื่อพักผ่อนระหว่างการกรีดยาง แหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชนส่วนใหญ่เกิดจากเศษวัสดุเหลือใช้น้ำแช่หินลับมีดกรีดยาง รวมถึงภาชนะรองน้ำประเภทตุ่มน้ำหรือโอ่งน้ำ เนื่องจากพื้นที่ตำบลโนนสว่าง เป็นพื้นที่ขาดแคลนน้ำดื่มน้ำใช้การประปายังไม่ทั่วถึงและเพียงพอทำให้ประชาชนต้องมีภาชนะไว้สำหรับรองน้ำไว้ใช้ ซึ่งบางภาชนะไม่มีฝาปิดและการประเมินค่าดัชนีความชุกชุมน้ำยุงลายที่ใช้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีวิธีการเก็บรวบรวมที่ไม่ซับซ้อนและสามารถปฏิบัติได้จริงในชุมชนได้แก่ค่า Bi (Breteau Index) (มีค่าไม่เกินร้อยละ ๕๐) ค่า HI (House Index) และค่า CI (Container Index) มีค่าไม่เกินร้อยละ ๑๐ ผลการประเมินดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ของตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ยังมีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน (กลุ่มงานควบคุมโรคอำเภอสำโรง, ๒๕๖๕) และมีความเสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคไข้เลือด ซึ่งมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ทั้งยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) และยุงลายสวน (Aedes albopictus)

ดังนั้นการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในชุมชนจึงเป็นทางเลือกเดียวในการลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยต้องอาศัยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จากการศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากการศึกษาประเมินผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ภาพรวมระดับประเทศ (สำนักควบคุมโรค นำโดยแมลง, ๒๕๕๔) พบว่า ชุมชนที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกต่ำ จะมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับครัวเรือนดีกว่าชุมชนที่มีอุบัติเหตุในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูง พบว่า กระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนการออกกฎเกณฑ์ของชุมชน การมีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน การประชาสัมพันธ์ มีองค์ภาคีเครือข่ายและประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (ประวิทย์ ชัยวิศิษฐ์ ๒๕๕๑, สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง, ๒๕๕๔) ทำให้เกิดการพัฒนาในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆที่ดีขึ้น

กระบวนการ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) เป็นเทคนิคการระดมความคิดด้วยกระบวนการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนาหมู่บ้านโดยจะให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกันเพื่อระดมความคิดในการวางแผนพัฒนาโดยประชาชน (จิรศักดิ์ เจริญภักดิ์ ๒๕๕๓) กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นอาจมีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับบริบทหรือสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชนผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษารูปแบบการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๑ หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง

โดยการระดมความคิดด้วยเทคนิคกระบวนการ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) โดยเน้นกลไกการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนฤดูการระบาดซึ่งมีกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนการออกกฎเกณฑ์ของชุมชนการมีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนการประชาสัมพันธ์มีองค์การภาคีเครือข่ายและประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จคือค่าดัชนีความทุกข์ชุมของลูกน้ำยุงลายในชุมชนมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในกระทรวงสาธารณสุขกำหนดซึ่งประสิทธิภาพในการลดปริมาณยุงพาหะจะทำให้โอกาสในการแพร่เชื้อของยุงพาหะลดลงและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกและประชาชนในชุมชนมีความพึงพอใจมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีขึ้นซึ่งเกิดจากความร่วมมือการผสมผสานแนวคิดระหว่างประชาชนองค์กรชุมชนและองค์กรภาครัฐในการเสริมพลังในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วม บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของบ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถนำไปแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

๓. เพื่อนำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วม บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการศึกษาไปใช้แก้ปัญหาในพื้นที่และประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทเหมือนกันหรือคล้ายกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง ๓๕-๕๙ ปี ที่อาศัยอยู่ในบ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมมาจากตัวแทนประชากรในหมู่บ้าน จำนวน ๓๐ คน ประกอบด้วย

๑. ผู้นำชุมชน	๕ คน	๒. อสม.	๕ คน
๓. ครูในโรงเรียน	๒ คน	๔. เจ้าหน้าที่ อบต.	๓ คน
๕. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	๒ คน	๖. ชาวบ้าน	๑๐ คน
๗. เจ้าอาวาสวัด	๑ รูป	๘. ปราชญ์ชาวบ้าน	๒ คน

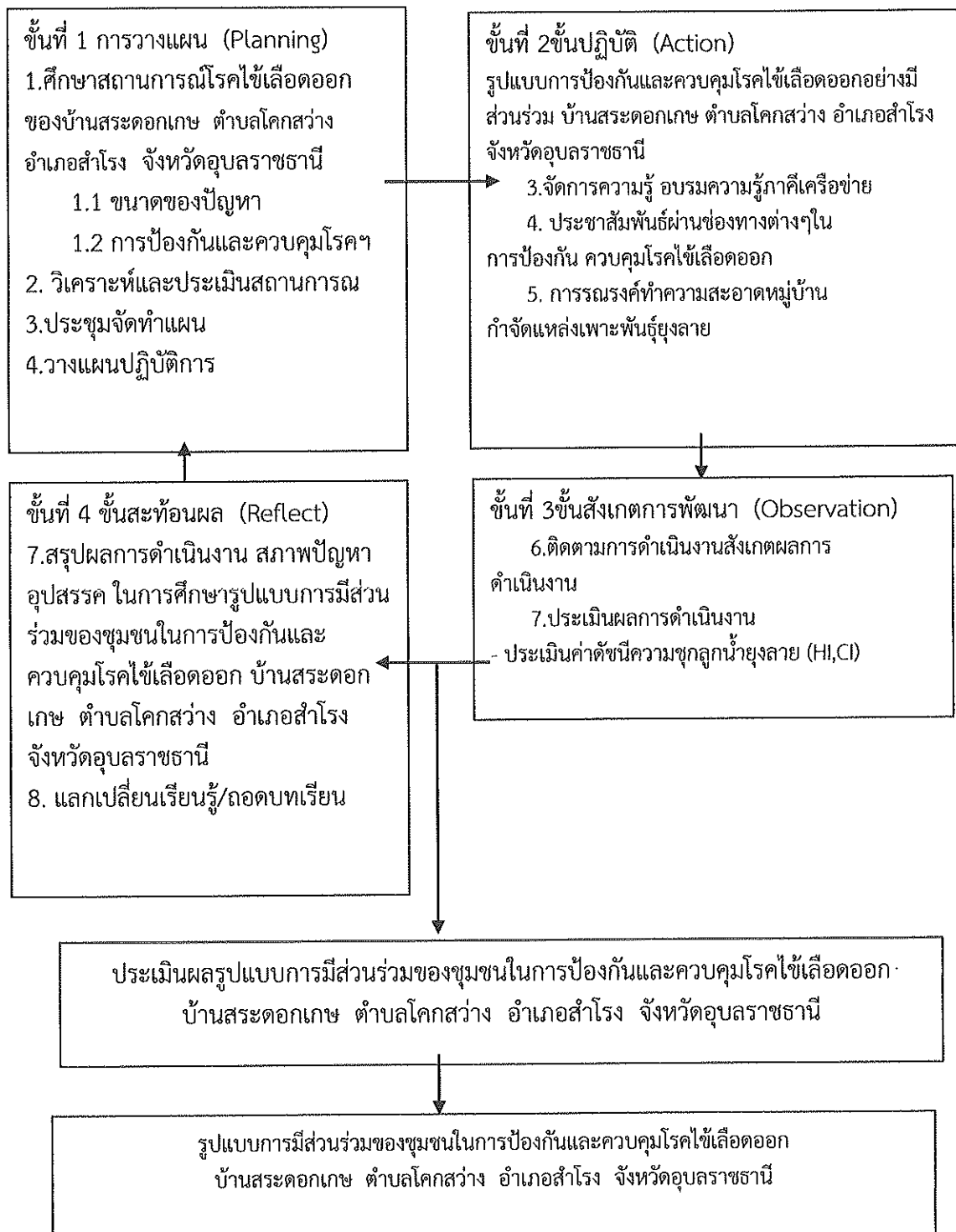
๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

รูปแบบการการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ทุกคนจึงร่วมมือกันในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน ค้นหาปัญหา พร้อมแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาไปพร้อมกัน



๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มุ่งที่จะศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วม บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน ดังนี้

๑. ลักษณะประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
๒. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๔. การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

๑. ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ ๒๐ ปี ขึ้นไปในบ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๒๓ คน

๒. กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ ๒๐ ปี ขึ้นไปในบ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน ๑๕๖ คน ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie&Morgan, ๑๙๗๐ อ้างใน อีรุฒิเอกะกุล, ๒๕๔๓) โดยในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{X^2 NP (๑-P)}{e^2(N-๑) + X^2 P(๑-P)}$$

เมื่อ

N

คือ จำนวนประชากรในเขตพื้นที่ ๒๒๓ คน

e คือ ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างยอมรับได้

X^๒ คือ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ ๑ และระดับความเชื่อมั่น ๙๕% (X^๒=๓.๘๔๑)

P คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด P=๐.๕)

๓.กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. จำนวน ๑๓ คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งการศึกษาออกเป็น ๔ ขั้นตอน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ คือการวางแผน (Planning)

ศึกษาสภาพปัญหาของพื้นที่ ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษารูปแบบการควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี และ จัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคใช้เลือดออกด้วยการใช้มาตรการทางสังคม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ขั้นตอนที่ ๒ คือการปฏิบัติการ (Action)

๑. นำข้อมูลที่ได้เข้าสู่กระบวนการ A-I-C ในชุมชนเพื่อกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน
 ๒. ได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการ A-I-C และนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง

๓. ปรับเนื้อหา รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

๔. นำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปทดลองใช้ในชุมชน

๕. ประเมินผลการใช้รูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยชุมชนและประกาศใช้รูปแบบอย่างเป็นทางการ

มีการจัดการความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในชุมชน จัดองค์กรและทำระบบในการทำงานของภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน มีศูนย์รับแจ้งเหตุการณ์ที่ผิดปกติในหมู่บ้าน ใช้เป็นศูนย์ข้อมูลและคอยตรวจสอบข่าวที่ได้รับแจ้งและประสานงานดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังโรคและกำหนดมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกัน มีการประชาสัมพันธ์มาตรการครอบคลุมทุกพื้นที่ผ่านช่องทางต่างๆอย่างต่อเนื่อง มีการรณรงค์ทำความสะอาดหมู่บ้าน กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ประกวัดคุ่มสะอาดและครอบครัวย่อยๆ และประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลาย

ขั้นตอนที่ ๓ คือ การสังเกตการณ์ (Odservation)

กิจกรรมที่ดำเนินการ มีทีมพี่เลี้ยงออกกำกับนิเทศและติดตามผลการดำเนินงาน เดือนละ ๒ ครั้ง ซึ่งก็คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระดอกเกษ จะเห็นการทำงานในพื้นที่เกิดขึ้นจริง พี่เลี้ยงสามารถให้การช่วยเหลือและแนะนำวิธีการทำงานแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการประเมินผลดังนี้

๑. ประเมินระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๒. เปรียบเทียบกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จและปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๓. ประเมินผลตัวชี้วัดจากตัวชี้วัดที่ใช้ในงานควบคุมโรคได้แก่อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

ขั้นตอนที่ ๔ คือการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ สรุปผลการดำเนินงาน สภาพปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยการใช้มาตรการทางสังคม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบ้านบ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรงจังหวัดอุบลราชธานี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย

๑. แบบสอบถามประกอบด้วย

๑.๑ ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากรจำนวน ๗ ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

๑.๒ แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำนวน ๒๐ ข้อโดยเป็นแบบเลือกตอบไข่มใช่

๑.๓ แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำนวน ๒๐ ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าดังนี้

ระดับมาก หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติหรือทำการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้เป็นส่วนใหญ่
ระดับปานกลาง หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติหรือมีการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้เป็นบางส่วน
ระดับน้อย หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติหรือมีการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้เพียงเล็กน้อย
ระดับน้อยที่สุด หมายถึง เมื่อไม่มีการปฏิบัติหรือไม่มีการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเลย
เกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, ๑๙๗๕) กำหนดไว้ดังนี้

ระดับมาก ๔ คะแนน

ระดับปานกลาง ๓ คะแนน

ระดับน้อย ๒ คะแนน

ระดับน้อยที่สุด ๑ คะแนน

๑.๔ แบบสอบถามกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชน การออกเกณฑ์ของชุมชน การมีผู้นำที่เข้มแข็ง และมีกรรมการผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน การประชาสัมพันธ์ภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายอย่างพอเพียง และต่อเนื่อง และชุมชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจำนวน ๒๐ ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าดังนี้

ระดับมาก หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติหรือทำการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้เป็นส่วนใหญ่
ระดับปานกลาง หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติหรือมีการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้เป็นบางส่วน
ระดับน้อย หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติหรือมีการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้เพียงเล็กน้อย
ระดับน้อยที่สุด หมายถึง เมื่อไม่มีการปฏิบัติหรือไม่มีการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นเลย
เกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, ๑๙๗๕) กำหนดไว้ดังนี้

ระดับมาก ๔ คะแนน

ระดับปานกลาง ๓ คะแนน

ระดับน้อย ๒ คะแนน

ระดับน้อยที่สุด ๑ คะแนน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๓. แนวทางการสนทนากลุ่ม

ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มในกระบวนการ A-I-C

๔. แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการจดบันทึก

เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนเพื่อประเมินในการดำเนินงานของแต่ละขั้นตอนที่สะท้อนให้เห็นถึงความคิดเห็นการวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหา

๕. แบบสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

ใช้แบบฟอร์มการสำรวจของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขซึ่งใช้ในการประเมินดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายได้แก่ค่า HI และ CI ซึ่งค่าเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรมในทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัยจะนำมาวิเคราะห์ดังนี้

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ

๑.๑ ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากรได้แก่เพศอายุสถานภาพระดับการศึกษา อาชีพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนาแจกแจงเป็นความถี่และร้อยละ

๑.๒ ข้อมูลกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานและความรู้ การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชนการออก กฎเกณฑ์ของชุมชนการมีผู้นำที่เข้มแข็งและมีกรรมการผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนการประชาสัมพันธ์ภาคี เครือข่ายการสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายอย่างพอเพียงและต่อเนื่องและประชาชนในชุมชนมีความ ตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยการเปรียบเทียบการ ดำเนินการปฏิบัติงานการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการวิจัยและหลังการวิจัยโดยใช้สถิติ Paired. t-test

๑.๓ ข้อมูลดัชนีวัดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายโดยการวิเคราะห์ข้อมูลสถานสถิติเชิงพรรณนา เป็นร้อยละ

๒. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสังเกตพฤติกรรมข้อมูลที่ได้จะนำมาตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูลมีการจัดหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาและทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้โดยการ วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (content analysis)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามุ่งที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบ้านบ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรงจังหวัดอุบลราชธานี โดยการ ใช้เทคนิคการระดมความคิดด้วยกระบวนการ AIC เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังต่อไปนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๑. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

- ๑.๑ ระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก
- ๑.๒ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก
- ๑.๓ สาเหตุการติดต่อ
- ๑.๔ การดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก

๒. การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

- ๒.๑ แนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- ๒.๒ การหาค่าดัชนีวัดค่าความชุกของลูกน้ำยุงลาย

๓. การมีส่วนร่วมของชุมชน

๔. เทคนิคการระดมความคิดด้วยกระบวนการ A I C

๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

๑. ระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก

สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีการระบาดครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ ๒๔๙๒ ต่อมาในปี พ.ศ ๒๕๐๑ มีการรับบาตรใหญ่ในเขตกรุงเทพฯ โดยมีรายงานผู้ป่วย ๒,๗๐๖ ราย ตาย ๒๙๖ รายอัตราป่วยเท่ากับ ๑๐.๖ ต่อแสนประชากร อัตราตายเท่ากับร้อยละ ๑๐.๙ ในปี พ.ศ ๒๕๑๐ ได้แพร่กระจายไปยังจังหวัดอื่นๆ โดยเฉพาะบริเวณหัวเมืองใหญ่และเกิดการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดเมื่อปี พ.ศ ๒๕๓๐ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ๒๕๕๓)

การระบาดในประเทศไทยมีแนวโน้มที่สูงขึ้นและมีการระบาดหลายลักษณะคือการระบาด ๒ ปี เว้น ๒ ปี เว้น ปี หรือ ปี เว้น ๒ ปี แต่ในระยะหลังกับพบว่าการระบาดไม่มีแบบแผนแน่นอน พื้นที่ที่มีการเกิดโรคบ่อยคือชุมชนเมืองโดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาดได้หลากหลาย จึงทำให้โอกาสการระบาดสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ที่เป็นบ่อเกิดโรคหรือรังโรคและพื้นที่ที่มีชุมชนหนาแน่น ประเทศไทยมีสภาวะพร้อมที่จะเกิดการติดเชื้อ ในประชากรได้สูงเนื่องจากมีเชื้อไวรัสหลายสายพันธุ์ กระจายอยู่ในเวลาเดียวกันและมีลักษณะภูมิอากาศที่มีฝนตกชุก ถึงแม้ว่าพบโรคได้ตลอดทั้งปี แต่พบได้บ่อยในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้เพราะเป็นพื้นที่ที่มีฝนตกชุก โดยตกมากในช่วงเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม และในช่วงพฤษภาคมถึงกรกฎาคม ดังนั้นจะเริ่มมีการระบาดในภาคใต้ภาคอื่นๆ และจะมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ๒๕๕๓) นอกจากนี้มีการเก็บน้ำฝนไว้ตามภาชนะต่างๆ ทำให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพิ่มขึ้นตลอดจนอุณหภูมิและความชื้นเหมาะกับการที่ไข่ยุงจะฟักเป็นลูกน้ำ ทำให้ระดับของความทุกข์ลูกน้ำยุงลายบ้านอยู่ในระดับสูง ยังคงตรวจพบการติดเชื้อในยุงลายสวนด้วย จึงทำให้การระบาดโรคเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการแพร่กระจายเชื้อโรคไปยังพื้นที่อื่นๆ เป็นไปได้อย่างรวดเร็วเนื่องจากการเคลื่อนย้ายประชากรและการคมนาคมที่สะดวก (ศรเพชร มหามาศย์ และคณะ ๒๕๕๗) อย่างไรก็ตามจากข้อมูลพบว่าอัตราป่วยเพิ่มขึ้นแต่อัตราตายของโรคไข้เลือดออกลดลง จนเหลือเพียงร้อยละ ๐.๑๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

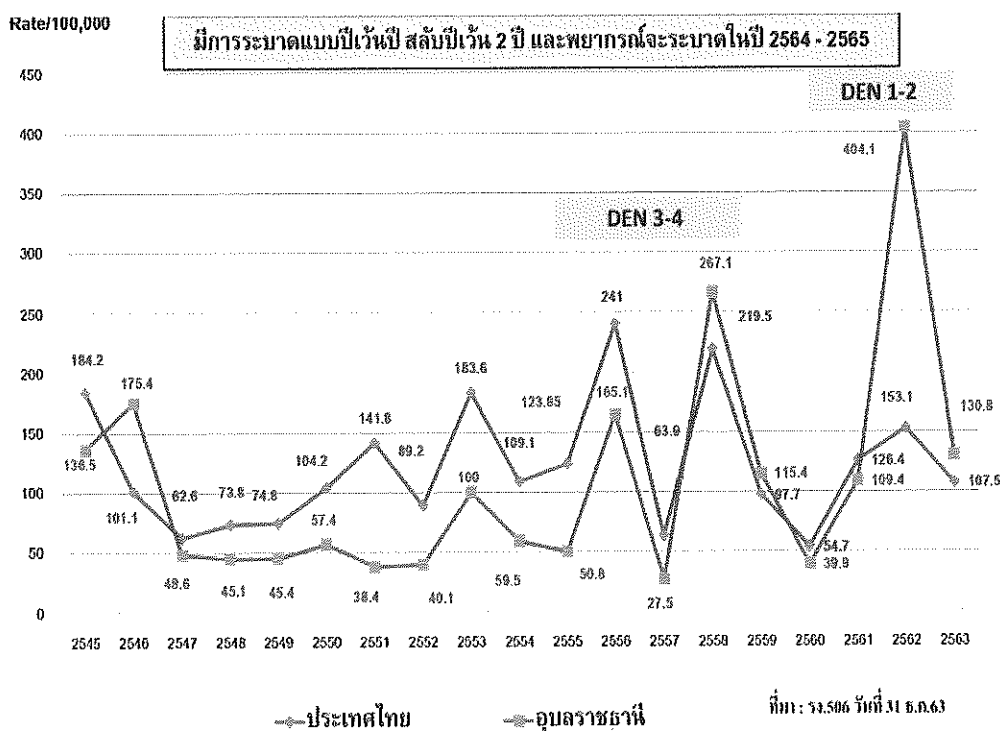
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๑. ระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก (ต่อ)

ซึ่งแสดงถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ ๐ ถึง ๑๔ ปี พบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ ๕-๙ ปี ปัจจุบันพบผู้ป่วยไข้เลือดออกมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าในอดีต โดยพบได้บ่อยขึ้นในเด็กโตและวัยรุ่นการระบาดของโรคในกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี มีสัดส่วนที่สูงขึ้น (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยสมาคมวิชาชีพร่วมและสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ๒๕๕๗)

จังหวัดอุบลราชธานีมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ มีอัตราป่วย ๑๓.๘๒ ๖.๘๕ ๕.๒๑ ๑๒.๙๓ และ ๘.๐๓ ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับอัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๐๘ ๐.๑๕ ๐.๒๖ ๐.๑๒ และ ๐.๐๗ ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๔)



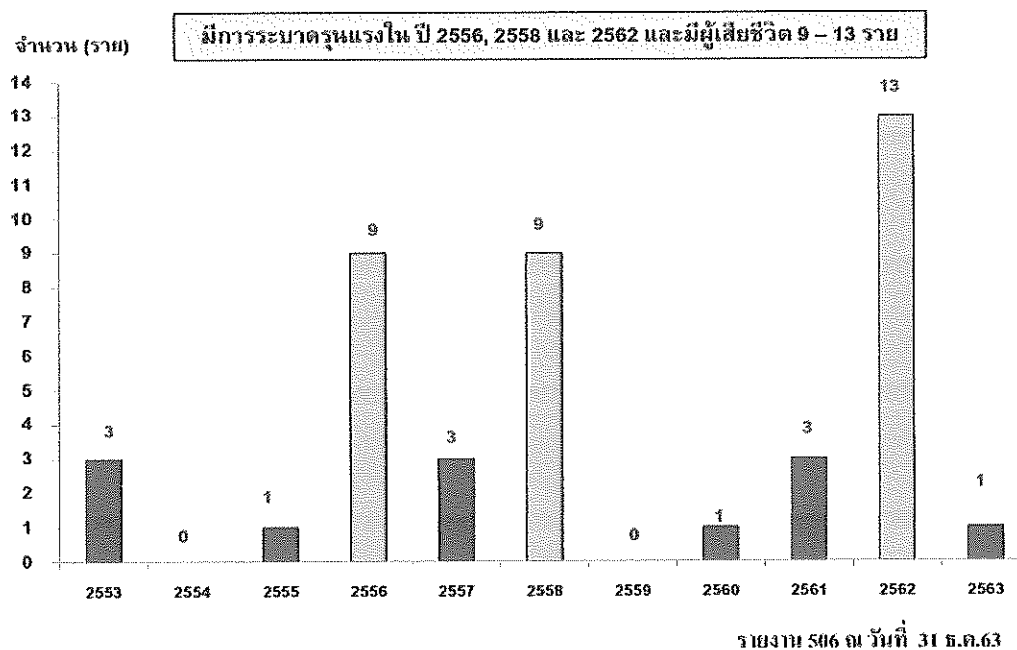
กราฟที่ ๑ แสดงอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑. ระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก (ต่อ)

จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต จ.อุบลราชธานี ปี 2553 - 2563



กราฟที่ ๒ แสดงจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต จ.อุบลราชธานี ปี ๒๕๕๓-๒๕๖๓

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

๒.๑ ปัจจัยด้านไวรัส

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus: DENV) เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยววง (single - stranded RNA) อยู่ใน genus Flavivirus และ family Flaviviridae โดยโครงสร้างของไวรัสมีไขมันเป็นเปลือกหุ้ม (lipid envelope) และโครงสร้างภายในประกอบด้วย โปรตีนโครงสร้าง (structural proteins) และ โปรตีนไม่ใช่โครงสร้าง (non - structural proteins) ได้แก่ NS๑, NS๒A, NS๒B, NS๓, NS๔A, NS๔B และ NS๕ โดยเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัสจะมีการปล่อยโปรตีน NS๑ ออกมาในระยะมีไข้เฉียบพลัน จึงทำให้ในปัจจุบันมีการใช้ชุดตรวจวินิจฉัยรวดเร็วในการตรวจหาโปรตีน NS๑ เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเดงกี ไวรัสเดงกีมี ๔ ซีโรทัยป์ (serotype) ได้แก่ DENV - ๑, DENV - ๒, DENV - ๓ และ DENV - ๔ โดยผู้ที่เคยติดเชื้อแล้วจะมีภูมิคุ้มกันต่อซีโรทัยป์ที่เคยได้รับไปตลอดชีวิต และจะมีภูมิคุ้มกันต่อซีโรทัยป์อื่น ในระยะสั้น ประมาณ ๓ - ๑๒ เดือน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๒.๒ ปัจจัยด้านพาหะนำโรค

ยุงลายบ้าน เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญถ้ามีปริมาณยุงเพียงพอ ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนไม่มากก็ จะทำให้ระบาดได้ สำหรับยุงลายสวนก็สามารถแพร่เชื้อได้ แต่พบน้อยกว่ายุงลายบ้าน ยุงลายสวนเพราะ พันธุ์ตามแหล่งน้ำขัง ตามโพรงต้นไม้ หรือกระบอกไม้ไผ่ ส่วนยุงลายบ้านเพาะพันธุ์ในภาชนะน้ำขังที่คนทำ ขึ้น ถ้าอุณหภูมิและความชื้นเหมาะสม โดยเฉพาะในฤดูฝนยุงลายเพียง ๒-๓ ตัวอาจแพร่เชื้อให้สมาชิกทั้ง ครอบครัวได้ ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีผู้ป่วยมากขึ้นในฤดูฝน นอกจากการมีจำนวนยุงมากขึ้นแล้ว คือในช่วงที่ ฝนตกทั้งเด็กและยุงจะอยู่ในบ้านหรือในอาคารเด็กจึงมีความเสี่ยงที่จะถูกยุงกัดมากขึ้น (อุษาวดี ถาวรระ ๒๕๕๓)

๒.๓ ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ไวรัสแดงก็ติดต่อได้โดยจากยุงไปสู่คนโดยการติดเชื้อไวรัสแดงที่ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกมีภาวะโภชนาการดี จึงมีผลต่อการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน ของร่างกายเมื่อมี การติดเชื้อ ซึ่งอายุมีผลต่อการเกิดโรค โดยเด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่าผู้ใหญ่และมีความเสี่ยงที่จะ เกิดโรคไข้เลือดออก ชนิดไข้เลือดออกแดงก็มากกว่าผู้ใหญ่ ในกรณีที่มีการติดเชื้อซ้ำเด็กก็มีความเสี่ยงสูง กว่าผู้ใหญ่ สำหรับในปัจจุบันเด็กโตและผู้ใหญ่จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากขึ้น (ธีรพงษ์ ตันตข วิเชียร และอุสา ทิสยากร ๒๕๕๖)

๓.สาเหตุและการติดต่อ

โรคไข้เลือดออก มียุงลายเป็นพาหะ นำโรคโดยเฉพาะยุงลายตัวเมียที่กัดและดูดเลือดในเวลากลางวัน เมื่อกัดคนที่เป็นโรคนี เชื้อ โรคจะเข้าไปฟักตัวอยู่ในยุง และสามารถถ่ายทอดไปสู่คนอื่น ๆ ที่ถูกกัดได้ทุกครั้ง



ภาพที่ ๒ แสดงการติดเชื้อไวรัสแดงก็ (สำนักควบคุมโรคหน้าโดยแมลง ๒๕๕๓)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

อาการของโรคไข้เลือดออก

อย่างที่ทราบแล้วว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อเป็นเวลา ๕-๘ วันก็จะปรากฏอาการของโรคอย่างชัดเจน ออกมา จากนั้นจะมีอาการที่รุนแรงแตกต่างกันออกไปในเบื้องต้นจะมีอาการคล้ายกับเป็นไข้และมีอาการรุนแรงมากขึ้นจนอาจถึงขั้นช็อกและเสียชีวิตได้ สำหรับโรคไข้เลือดออกนั้นยังมีอาการแสดงออกมาชัดเจน โดยสามารถสังเกตได้ดังนี้

๑. ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงลอยประมาณ ๒-๗ วัน และยังมีไข้สูงที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเฉียบพลัน โดยส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน ๓๘.๕ องศาเซลเซียสหรืออาจสูงถึง ๔๐-๔๑ องศาเซลเซียส ซึ่งในบางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติการชักมาก่อน

๒. ผู้ป่วยจะมีอาการเลือดออก ซึ่งพบบ่อยที่สุดในบริเวณผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีเส้นเลือดเปราะและแตกง่ายร่วมกับมีจุดเลือดออกเป็นจุดเล็กๆ กระจายอยู่เต็มตามแขน ขา ลำตัว และรักแร้ ทั้งนี้อาจมีเลือดดำหรือเลือดออกตามไรฟัน สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในรายที่มีอาการขั้นรุนแรงอาจมีอาการอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งก็มักจะเป็นเลือดสีดำ สำหรับอาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่นั้นจะพบร่วมกับภาวะช็อกในรายที่มีการช็อกอยู่นาน

๓. ผู้ป่วยจะมีอาการตับโต และเมื่อกดจะรู้สึกเจ็บ โดยส่วนใหญ่จะพบว่าตับโตในช่วงวันที่ ๓-๔ นับตั้งแต่เริ่มป่วย

๔. ผู้ป่วยจะมีอาการมีไหลเวียนโลหิตล้มเหลว

ซึ่งประมาณ ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออกจะมีอาการรุนแรง หรือที่เราเรียกว่าภาวะช็อกนั่นเอง เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอดหรือช่องท้อง เกิด Hypovolemic Shock ซึ่งโดยส่วนใหญ่มันจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับการที่ผู้ป่วยมีไข้ที่ลดลงอย่างรวดเร็วสำหรับช่วงเวลา que ผู้ป่วยเกิดอาการช็อกนั้นจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ด้วยเช่นกัน อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ ๓ หรือวันที่ ๘ ของวันที่ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอาการที่แย่งลง โดยเริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเริ่มเย็น ชีพจรเบา และความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ข้อแตกต่างระหว่างไข้เลือดออก กับไข้ธรรมดา

๑. มีไข้สูงตั้งแต่ ๓๙ - ๔๐ องศาเซลเซียส
๒. ส่วนมากไม่มีน้ำมูก ไม่มีไอ
๓. อาจมีการปวดเมื่อยตามตัว ปวดกล้ามเนื้อ ปวดดวงตา
๔. อาจพบว่ามีจุดเลือดออกตามผิวหนัง
๕. มีเลือดออก (กรณีอาการถึงขั้นรุนแรง) เลือดกำเดาไหล เลือดตามไรฟัน อาจถ่ายหรืออาเจียนเป็นเลือด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔. การดูแลรักษาโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก มักจะพบมากในเด็ก แต่กว่าจะมั่นใจว่าเป็นไข้เลือดออก แพทย์จะให้การรักษาไปตามอาการก่อนแล้ว อาทิ คลื่นไส้ อาเจียนมาก กินน้ำและอาหารได้น้อย ปากแห้ง ก็จะทำให้ น้ำเกลือทางหลอดเลือด และหากมีอาการอาเจียนมีเลือดปน หรือถ่ายดำ จะต้องให้เลือดทดแทน หลังจากมีไข้ หากมีมือเท้าเย็นเนื่องจากความดันเลือดต่ำ จะต้องให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดในปริมาณที่มากขึ้นอย่างทันที่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการในวันแรกๆไม่มาก แพทย์จะอนุญาตให้กลับไปดูอาการที่บ้านได้ ร่วมกับให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ผู้ปกครอง ให้อดยาสั่งเกตอาการของเด็ก และจะนัดไปตรวจร่างกายเป็นระยะๆ สิ่งสำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ไปตรวจตามแพทย์นัด และหากมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือไม่แน่ใจ ให้ไปพบแพทย์ก่อนนัดได้ โดยเฉพาะในช่วง ๕-๗ วันของอาการไข้

- ระยะเวลาไข้ (Febrile phase) ผู้ป่วยทุกรายจะมีไข้สูงเสียบพลัน เกิน ๓๘.๕ องศาเซลเซียส ซึ่งอาจสูงถึง ๔๐ - ๔๑ องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นไข้สูงลอย ๒ - ๗ วัน โดยไม่มีน้ำมูกไหลหรือไอ แต่จะพบอาการเบื่ออาหาร อาเจียน หรือมีอาการปวดท้อง และอาจปวดชายโครงขวาในระยะที่มีไข้ มีอาการเลือดออกที่ผิวหนังเป็นจุดเล็ก ๆ ที่แขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาไหลหรือเลือดออกตามไรฟัน

- ระยะเวลาวิกฤต (Critical phase) เป็นระยะอันตรายมากที่สุด ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว มีอาการซึม ตัวเย็น เสี่ยงต่อภาวะหมดสติและเสียชีวิต ในระยะนี้จะเกิดภาวะช็อก โดยก่อนการช็อกจะมีอาการ เบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น แนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

- ระยะเวลาฟื้นตัว (Recovery or convalescent phase) ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการช็อก เมื่อไข้ลดส่วนใหญ่มักจะดีขึ้น ฟื้นตัวเร็ว ความดันโลหิตปกติ ปัสสาวะเพิ่มขึ้น อยากรับประทานอาหาร

- ปัจจุบัน ประเทศไทยอยู่ในระหว่างการศึกษ วิจัยและพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออก ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยด้านการแพทย์ชั้นนำของประเทศ

๔.๑ การปฏิบัติตัวขณะป่วย

๔.๑.๑ ดื่มน้ำ หรือน้ำเกลือแร่ให้เพียงพอ วิธีสังเกตว่าดื่มน้ำเพียงพอหรือไม่ คือ ให้สังเกตปัสสาวะจะต้องเป็นสีเหลืองอ่อน หากเป็นสีเหลืองเข้มหรือสีชา แสดงว่าร่างกายยังขาดน้ำอยู่

๔.๑.๒ รับประทานยาลดไข้ให้ใช้ยาพาราเซตามอล ตามขนาดที่แพทย์สั่ง ห้ามเกินขนาด เพราะอาจเป็นสาเหตุของตับอักเสบจากยาพาราเซตามอลได้

๔.๑.๓ ห้ามใช้ยาแอสไพริน เพราะอาจทำให้เลือดออกง่าย และมากขึ้นได้

๔.๑.๔ หากอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ อาเจียนมาก ดื่มน้ำเท่าไรก็ไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย มือเท้าเย็น ควรไปพบแพทย์ทันที เพราะอาการเหล่านี้เป็นสัญญาณอันตรายว่าผู้ป่วยอาจมีความดันเลือดต่ำและช็อกได้

๔.๑.๕ โรคไข้เลือดออก ไม่ติดต่อทางการสัมผัส หรือรับประทานอาหารร่วมกัน

๔.๑.๖ เมื่อมีไข้หากจะอาบน้ำ ให้อาบน้ำด้วยน้ำอุ่น หรือเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น เพราะหากใช้น้ำเย็น ผู้ป่วยจะสูญเสียความร้อนจากร่างกายมาก อาจเกิดอาการสั่นได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

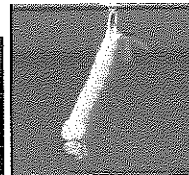
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๕. ยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก

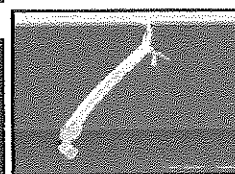
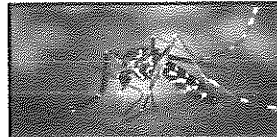
๕.๑ ลักษณะยุงลาย

ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกมี ๒ ชนิด (จากจำนวนยุงลายมากกว่า ๑๐๐ ชนิด) คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และ ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ยุงลายทั้งเพศผู้และเมียจะกินน้ำหวานเป็นอาหาร แต่ยุงลายเพศผู้จะไม่กินเลือดคน ส่วนยุงลายเพศเมียจะกินเลือดคนเพื่อใช้เป็นพลังงานในการวางไข่เมื่อยุงลายกินเลือดคนที่มีเชื้อไวรัสไข้เลือดออก เชื้อจะเข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะของยุง เมื่อเชื้อเพิ่มมากขึ้นจะเดินทางไปสู่ต่อมน้ำลายของยุง โดยเชื้อจะฟักตัวในยุง ๘ - ๑๐ วัน เมื่อยุงไปกินเลือดอีกคน ก็สามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้ต่อไป ลักษณะของยุงลาย สังเกตได้ง่ายคือ มีลายสีขาวสลับสีดำ ตัวเล็กกว่ายุงทั่วไป มีความสามารถในการกัดที่เบา นิ่ม ไม่เจ็บ หรือไม่รู้สึกรถึงการโดนกัดเลยรอบการกัดของยุงลายตัวเมียจะอยู่ที่ ๓ - ๔ วันต่อการกัด ๑ ครั้ง แต่หากยุงตัวนั้นกินยังไม่เต็มที ก็จะสามารถกัดจนกว่าจะอิ่มจึงจะเว้นการกัดออกไปเมื่อยุงกัดคนกินเลือดคนจนอิ่มและมีชีวิตรอดจากฝ่ามือของเรา ประมาณ ๒ - ๓ วัน จึงจะวางไข่การวางไข่ของยุงลาย จะเลือกวางในน้ำสะอาดเท่านั้น โดยน้ำจะต้องนิ่งสงบ ไม่ใช่ไหล และอยู่ในที่มืด โดยไข่จะฟักตัวเป็นลูกน้ำภายใน ๒ วันไข่ยุงที่ติดอยู่กับขอบผิวของภาชนะมีความทนต่อความแห้งแล้งได้เป็นเวลานานถึง ๑ ปี จนกว่าจะมีน้ำ ความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสม ก็จะฟักตัวเป็นยุงได้ภายใน ๙ - ๑๒ วันยุงลาย เป็นยุงที่ไม่ชอบลมแรงและแสงสว่าง แต่จะหากินในตอนกลางวันเท่านั้น มีการศึกษาพบว่า ช่วงเวลาที่ยุงลายออกหากินคือ ๐๘.๐๐ - ๑๗.๐๐ น. โดยสถานที่ที่ยุงชอบจะต้องมืด มีแสงน้อย อับชื้นยุงลายมีชีวิตรอดอยู่ได้ไม่เกิน ๒ เดือน และมีรัศมีในการบินไม่เกิน ๕๐ เมตร นั้นหมายความว่า หากมียุงลายที่มีเชื้อไวรัส บ้านที่มีคนอยู่ในระยะ ๕๐ เมตร มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเป็นโรคไข้เลือดออกได้คนที่อาศัยอยู่บนคอนโดมิเนียม หรือตึกสูง ๆ จะไม่ค่อยพบกับยุงลาย เพราะยุงบินได้ไม่สูงมากนัก แต่บางครั้งจะสังเกตเห็นยุงลายอยู่บ้าง นั้นเพราะ ยุงลายสามารถปรับตัวได้ทุกสถานการณ์และสภาพแวดล้อม โดยจะเกาะติดไปกับสิ่งของ เสื้อผ้าของมนุษย์ หรือบินเข้าไปอยู่ในลิฟท์ แล้วขึ้นไปยังชั้นสูง ๆ ของตึกได้ในระหว่างการกัดคนเพื่อกินเลือด ยุงลายจะปล่อยน้ำลายยุงออกมา เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด ซึ่งน้ำลายยุงเป็นแหล่งของเชื้อไข้เลือดออกที่สามารถติดสู่คนได้นอกจากนี้ยังปล่อยฮอโมน โปรตีนและเอนไซม์ เพื่อช่วยให้ยุงดูดเลือดได้ง่ายขึ้น แต่นั่นจะทำให้บางคนเกิดอาการแพ้ยุง ซึ่งมีการเกิดตุ่มและมีอาการคันนอกจากเลือดมนุษย์ที่เป็นอาหารอันโอชะของยุงลายตัวเมียแล้วเลือดของสัตว์เลี้ยงยุงก็สามารถกัดกินเลือดได้โดยที่สัตว์เลี้ยงจะไม่เป็นไข้เลือดออก แต่จะเป็นโรคอื่นได้ เช่น โรคพยาธิหนอนหัวใจ, โรคไข้เวสต์ไนล์, โรคแพ้ยุง, โรคทูลารีเมีย และโรคมูมิแพ้ตัวเอง

• ยุงลายบ้าน *Aedes aegypti*



• ยุงลายสวน *Aedes albopictus*



ภาพที่ ๓ ลักษณะตัวเต็มวัยของยุงลายบ้านและยุงลายสวน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๒ วงจรชีวิตและนิสัยของยุงลาย

ลักษณะที่เห็นชัดคือ ลำตัวและขาไม่มีจุดลายดำสลับขาว ยุงลายไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ดังนั้นจึงออกหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ มักบินไปได้ไกลครั้งละประมาณ ๕๐ เมตร ยุงลายตัวเมียชอบกินเลือดคนมากกว่าเลือดสัตว์ ยุงลายตัวผู้กินพวกเกสรดอกไม้ ยุงลายออกหากินเลือดในเวลากลางวัน และถ้ากินไม่อิ่มก็อาจหากินในเวลาพลบค่ำด้วย ยุงลายเริ่มดูดกินเลือดครั้งแรกเมื่อออกจากดักแด้ประมาณ ๓๖ ชั่วโมง ยุงลายตัวเมียต้องกินเลือดเพื่อไปพัฒนาไข่ให้เจริญเติบโตต่อมาจึงเริ่มผสมพันธุ์และวางไข่ครั้งแรกหลังจากกลายเป็นตัวยุงแล้ว ๙๖ ชั่วโมง ยุงลายมักวางไข่ก่อนพระอาทิตย์ตก สภาพน้ำที่ชอบเป็นน้ำนิ่งค่อนข้างใส อาจสะอาดหรือไม่สะอาดก็ได้ มักวางไข่เหนือระดับน้ำเล็กน้อย ไข่ฟองเดี่ยวๆ อยู่เป็นกลุ่ม ตัวเมียวางไข่ครั้งละประมาณ ๑๐๐ ฟอง ไข่สามารถอยู่ในสภาพแห้งได้เป็นเวลาหลายเดือนตลอดชีวิตยุงลายวางไข่ได้ได้ประมาณ ๒-๔ ครั้ง ยุงตัวเมียผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวและสามารถวางไข่ได้ตลอดชีวิตโดยทั่วไปยุงตัวเมียอายุ ๖-๗ วัน ยุงตัวเมียอายุ ๓๐-๔๐ วัน

ระยะไข่

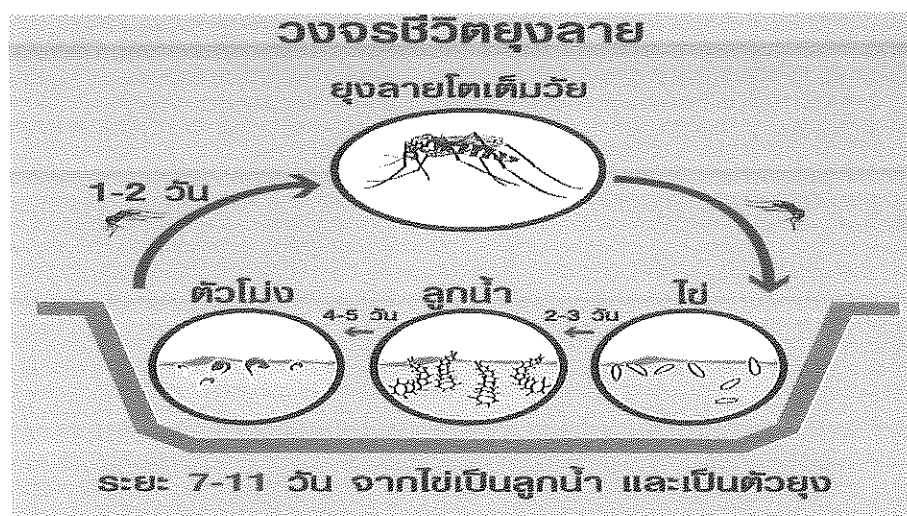
ยุงลายจะวางไข่อยู่เหนือระดับน้ำเล็กน้อย ไข่มีลักษณะรีคล้ายกระสวย เมื่อออกมาใหม่จะมีสีขาวนวล ต่อมาเป็นสีน้ำตาล และดำจะฟักเป็นตัวลูกน้ำภายใน ๑-๒ วัน

ระยะลูกน้ำ

ลักษณะลูกน้ำยุงลายที่แตกต่างจากยุงรำคาญคือ ท่อหายใจยุงลายจะสั้นและอ้วนป้อม ส่วนอกมีกว่าส่วนหัว มีลำตัวยาวเรียว ลำตัวเกือบอยู่ในแนวตั้งฉากกับผิวน้ำ ไม่ชอบแสงสว่างมักไวต่อแสงไฟและการสั่นสะเทือน เคลื่อนไหวอย่างว่องไว คล้ายยุงเล็กน้อย ลูกน้ำจะกินอินทรีย์สารและอาหารอื่นๆ ระยะลูกน้ำใช้เวลาประมาณ ๖-๘ วัน

ระยะตัวโง่ง

ตัวโง่งนี้เป็นระยะที่ไม่กินอาหาร จะเคลื่อนไหวช้าลง ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ ๑-๒ วัน ก่อนเป็นยุง



ภาพที่ ๔ วงจรชีวิตยุงลาย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าความซุกกุกน้ำ
ยุบลงไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด

๕.๒ บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี มีมาตรการทางสังคมเพื่อ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก

๕.๓ บ้านสระดอกเกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี สามารถเป็นต้นแบบใน
การควบคุมโรคไข้เลือดออก

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ทราบถึงระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนบ้านสระดอกเกษ ตำบล
โคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนบ้านสระดอก
เกษ ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

๖.๒ ทราบถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนบ้านสระดอกเกษ ตำบลโคก
สว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการ
ดำเนินงานป้องกันป้องกันโรคไข้เลือดออก

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การจัดทำเครื่องมือ รวมถึงการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนกระบวนการต่างๆในชุมชน
จำเป็นต้องใช้ความชำนาญในการทำข้อมูลต่างๆ และ ต้องใช้ความวิริยะอุตสาหะเป็นอย่างมากในการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษายู่ในช่วงการเก็บเกี่ยวข้าวของชาวบ้านทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือ
เท่าที่ควร

๘.๒ การประเมินความซุกกุกน้ำยุบลงชาวบ้านบางครั้งเรือนไม่อยู่บ้านทำให้เข้าไปสำรวจในบ้าน
ไม่ได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ สร้างความรู้และความตระหนักให้คนในชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

๙.๒ สร้างภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

๙.๓ นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในดำเนินงาน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- เวทีประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

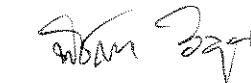
๑๑. สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ข้าพเจ้านางสาวพิชญา วิสุน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

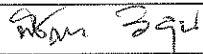


(นางสาวพิชญา วิสุน)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ


(วันที่) ๖ / ๑๑ / ๒๕๖๗

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพิชญา วิสุน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

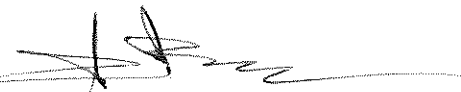

(นายสงกรานต์ กำแหงรัฐ)

(ตำแหน่ง) ผอ.รพ.สต.สระดอกเกษ

(วันที่) ๖ / ๑๑ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชากำกับดูแล

(ลงชื่อ)


(นายไชยา พรหมเกษ)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอสำโรง

(วันที่) ๖ / ๑๑ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป


(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- ๕ มี.ค. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑.เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก ๓อ.๒ส.
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

๒.หลักการเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมาก เนื่องจากป่วยแล้วไม่สามารถรักษา ให้หายขาดได้ โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่มีสถิติการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี จากการรวบรวมสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานพบ อัตราการเสียชีวิตและอัตราป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้น เห็นได้จากสถิติเบาหวานทั่วโลกปี ๒๕๕๘ เบาหวาน ๔๑๕ ล้านคน ทำนายว่าในปี ๒๕๘๘ เบาหวานจะเพิ่มขึ้น ๖๔๒ ล้านคน และ๑ ใน ๑๑ คน เป็นเบาหวาน โดยไม่รู้ตัว ทุก ๖ วินาที มีคนตายจากเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๓) สำหรับประเทศไทย พบจำนวนและอัตราตายต่อประชากรแสนคน ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๗ มี จำนวน ๗,๖๘๖ คน (๑๒.๒๑), ๗,๗๒๕ คน (๑๒.๒๒), ๗,๐๑๙ คน (๑๑.๐๖), ๖,๘๕๕ คน (๑๐.๗๖), ๗,๖๒๕ คน (๑๑.๘๘), ๗,๗๔๙ คน (๑๒.๐๖), ๙,๖๔๗ คน (๑๔.๙๓), ๑๑,๓๘๙ คน (๑๗.๕๓) ตามลำดับ เห็นได้ชัดว่า อัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๗ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓) จังหวัด อุบลราชธานีมีแนวโน้มอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงอย่างมากเช่นกัน เห็นได้จากสถิติปี ๒๕๕๑-๒๕๕๘ มี อัตราตาย ๒๐.๖๖, ๒๔.๖๒, ๑๘.๖๘, ๑๘.๕๙, ๑๙.๐๓, ๒๒.๗๘, ๑๘.๗๕ และ ๔๘.๒๐ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๓)

อำเภอสำโรง มีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง ๔,๘๑๕ คน โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่ เฉลี่ย ๒๐๐-๓๐๐ คนต่อปี จากข้อมูลคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพื้นที่อำเภอสำโรง ในปี ๒๕๖๒- ๒๕๖๔ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ ๑๗.๘๔, ๒๓.๒๖ และ ๒๔.๘๐ ตามลำดับ ที่น่าเป็นห่วงคือผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสิ่งที่เราสามารถป้องกันและควบคุมได้ โดยการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มป่วย ด้วยกิจกรรมที่เหมาะสมรวมถึงความรู้เรื่องโภชนาการ และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง พร้อมทั้งได้รับการกระตุ้นการพัฒนาพฤติกรรมผ่านกิจกรรมต่างๆ ซึ่งถ้าปฏิบัติ ตามอย่างเคร่งครัดตั้งแต่ระยะต้น ก็จะสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขเช่นคนปกติโดยปราศจากโรคแทรกซ้อน และกลุ่มเสี่ยงก็สามารถที่จะป้องกันตัวเองไม่ให้ป่วยได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)
(ระดับชำนาญการ)

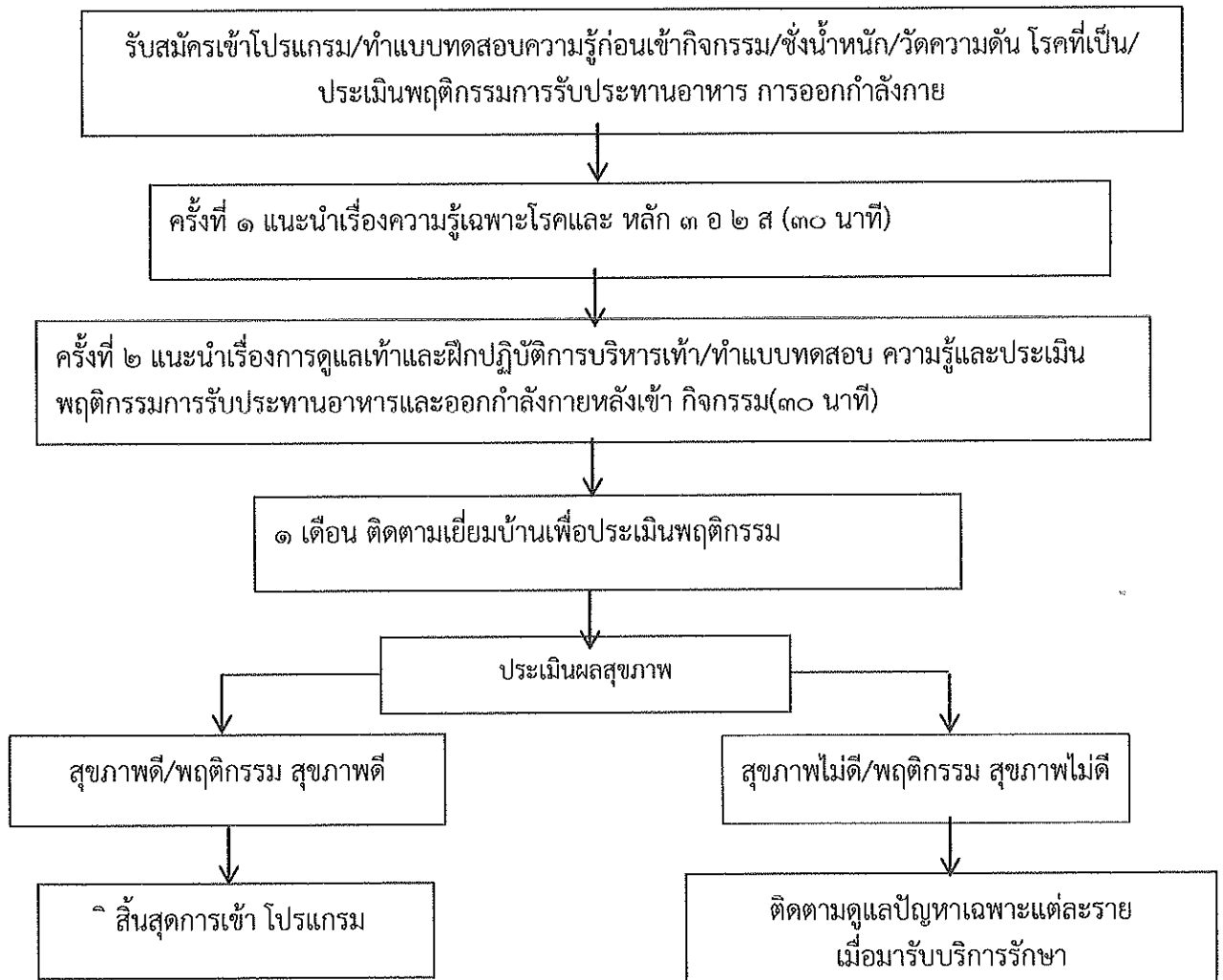
๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก ๓๐.๒ส. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโคกสว่าง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี จัดทำเพื่อเป็นแนวทางสำหรับจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับการรักษาใน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อเป็นคู่มือ แนวทางในการปฏิบัติงานให้สุขศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3๐.2ส. กลุ่ม ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยจะ ได้มีความรู้และการ ปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในเรื่องการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลใน กระแสเลือดที่ดีที่สุด คือการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยให้ญาติมีส่วนร่วม ในการดูแลเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การทำกิจกรรม เคลื่อนไหวร่างกายที่ออกแรงพอเหมาะ การผ่อนคลายความเครียด พบแพทย์ตามนัด ซึ่งผลการควบคุม ระดับ น้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๓.๒ แนวความคิดการดำเนินงาน

แนวคิดในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานใน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ได้เสนอแนะเพื่อส่งเสริมให้มี การจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและให้เจ้าหน้าที่ได้มีคู่มือ ในการดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้



แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)
(ระดับชำนาญการ)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

๔.๒ เป็นข้อมูลในการศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรักษาในผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสำโรง

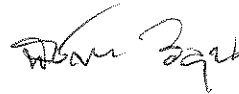
๔.๓ ประชาชนในชุมชนได้แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรู้จักวิธีการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอสำโรง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๕.๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอสำโรง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

(ลงชื่อ)



(นางสาวพิชญา วิสุน)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๒ / ๔.๓. / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(✓) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน ร้อยตรี Min Muell
(สรมงคล มงคลศิริ)

(.....รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปทุมธานี)ารแทน

(ตำแหน่ง).....ผู้ว่าราชการจังหวัดปทุมธานี

(วันที่) ๗ / ๗ / ๒๕๕๕

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (Transient Tachypnea of Newborn)

: กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ ๑ มิถุนายน - ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of the newborn; TTN, TTNB) สาเหตุ อาการแสดง การรักษา

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of the newborn; TTN, TTNB) เป็นความผิดปกติของระบบหายใจที่พบได้ในทารกหลังเกิดใหม่ๆ และเป็นสาเหตุของภาวะหายใจลำบากที่พบบ่อยที่สุดในทารกคลอดครบกำหนด ทารกจะมีอาการหายใจเร็วกว่าช่วงปกติ (ทารกหายใจปกติ ๔๐-๖๐ ครั้งต่อนาที) เชื่อว่าเป็นจากการมีสารน้ำค้างอยู่ในปอด ส่วนใหญ่พบในทารกอายุครรภ์มากกว่า ๓๕ สัปดาห์ที่คลอดโดยไม่ผ่านช่วงของการแบ่งคลอด เช่น คลอดโดยการผ่าตัดคลอด ส่วนใหญ่หายได้เองในเวลา ๒๔-๔๘ ชั่วโมง การรักษาหลักคือการรักษาประคับประคอง อาจใช้ออกซิเจนเสริม หรือให้ยาปฏิชีวนะหากสงสัยภาวะอื่นที่อาจเป็นสาเหตุ การตรวจเอกซเรย์จะพบปอดขยายมากกว่าปกติ มีลายหลอดเลือดปอดเห็นชัด กะบังลมแบนราบลง และพบรอยของเหลวในร่องแนวนอนของปอดขวา

สาเหตุ

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด มีสาเหตุมาจากการที่ทารกไม่สามารถขับน้ำที่อยู่ภายในปอดออกมาได้หมด ทำให้การหายใจในระยะแรกเกิดไม่มีประสิทธิภาพ ขณะอยู่ในครรภ์มารดาทารกไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ ที่ปอดเพราะปอดเต็มไปด้วยน้ำ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทารกจะมีการเตรียมเพื่อการหายใจครั้งแรกผ่านกระบวนการ ดูดซึมน้ำในปอดกลับเข้าสู่ระบบน้ำเหลืองและระบบไหลเวียนเลือด โดยในระยะ ๒-๓ สัปดาห์ก่อนถึงกำหนดคลอดจะมีการหลั่งสาร catecholamines เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ epinephrine และ isoproterenol ซึ่งสารเหล่านี้มีบทบาทในการกระตุ้นให้มีการดูดกลับสารน้ำในปอดผ่านทางเยื่อหุ้มทางเดินหายใจ ทำให้ปอดของทารกมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซและพร้อมสำหรับการหายใจเมื่อแรกคลอด และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องทางคลอดของมารดา ทรวงอกของทารกจะถูกบีบ (vaginal squeeze) ทำให้มีการคายน้ำออกจากปอด เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการหายใจครั้งแรก เมื่อแรกคลอดทารกจะมีภาวะออกซิเจนในเลือดลดลงทำให้เลือดมีสภาพเป็นกรดเล็กน้อย ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ทารกมีการหายใจครั้งแรกเกิดขึ้น แต่หากกระบวนการขจัดน้ำออกจากปอดของทารกถูกรบกวน เช่น การคลอดก่อนกำหนด หรือเกิดการคลอดโดยที่ยังไม่มีกระบวนการคลอดเกิดขึ้น ทำให้น้ำค้างเหลืออยู่ในปอดทารก ส่งผลทารกหายใจไม่มีประสิทธิภาพเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดได้

อาการและอาการแสดง

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ลักษณะอาการที่สำคัญ คือ อาหารหายใจเร็ว (tachypnea) มีอัตรา การหายใจมากกว่า ๖๐ ครั้ง/นาที (อัตราการหายใจปกติในทารกแรกเกิด คือ ๔๐-๖๐ ครั้ง/นาที) และอาจพบความผิดปกติอื่นๆ ของการหายใจร่วมด้วย เช่น หายใจออกเสียงดัง (expiratory grunting) ปีกจมูกบาน (nasal flaring) และอกบุ๋ม (retraction) เมื่อตรวจเอ็กซเรย์ปอดจะพบว่า มีน้ำในปอดและเยื่อหุ้มปอด ภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิดมักไม่มีอาการเขียวร่วมด้วยยกเว้นในรายที่มีอาการรุนแรง และส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นภายในระยะเวลา ๔๘-๗๒ ชั่วโมง ซึ่งจากลักษณะอาการและอาการแสดงดังกล่าวทำให้หลายครั้งที่ทารกไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะหายใจเร็วชั่วคราวเมื่อแรกคลอด เพราะมีความคล้ายคลึงกับลักษณะของการปรับตัวตามปกติของทารก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

เกณฑ์การวินิจฉัย

ก่อนการวินิจฉัยภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดต้องทำการสังเกตอาการอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง ก่อนการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยตามแนวทางของกฎ ๒ ชั่วโมง (Rule of ๒ hrs) เพราะการหายใจเร็วในทารกแรกเกิด สามารถพบได้ในระยะของการปรับตัวของทารก จึงไม่ควรวินิจฉัยเร็วจนเกินไปและเมื่อสังเกตอาการครบ ๒ ชั่วโมง แล้วอาการยังไม่ดีขึ้นควรพิจารณาส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย ดังนี้

๑. ส่งตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด (complete blood count) เพื่อหาสาเหตุของการเกิดภาวะหายใจเร็วของทารก

๒. ส่งตรวจ chest x-ray เพื่อประกอบการวินิจฉัย

๓. หากมีอาการรุนแรงหรือคงอยู่หลายชั่วโมง ควรทำการส่งตรวจการติดเชื้อในกระแสเลือด (hemoculture)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- เริ่มมีอาการหายใจเร็วภายในระยะเวลา ๖ ชั่วโมงหลังคลอด
- อาการหายใจเร็วยังคงอยู่นานอย่างน้อย ๑๒ ชั่วโมง
- ไม่สามารถดูดนมได้
- การตรวจ chest x-ray พบน้ำคั่งบริเวณปอดและเยื่อหุ้มปอด
- ไม่มีสาเหตุความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจมาก่อน

โดยทั่วไปแล้วภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดจะคงอยู่ประมาณ ๔๘-๗๒ ชั่วโมง

หากมีอาการนานมากกว่า นี้มักมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และกลายเป็นกลุ่มอาการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS)

แนวทางการดูแลรักษา

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวควรได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด อาจจำเป็นต้องรับทารกแรกเกิดไว้ในหออภิบาลทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit; NICU) โดยเฉพาะในรายที่พบความผิดปกติของปอดชัดเจนจากการตรวจเอกซเรย์ ในระยะ ๔๘ ชั่วโมงแรก เพราะส่วนใหญ่ทารกที่มีภาวะหายใจเร็วมักมีอาการทรุดลงในระยะ ๔๘ ชั่วโมงแรก และควรมีแนวทางการในการดูแล ดังนี้

- ให้ออกซิเจนความเข้มข้นตั้งแต่ ๔๐% ขึ้นไป ซึ่งทั่วไปให้ออกซิเจน canular หรือออกซิเจน box บางราย อาจจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนแรงดันบวก (continuous positive airway pressure) หรือใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะ ในรายที่มีภาวะหายใจลำบากเกิดขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลพินิจของกุมารแพทย์

- ในรายที่อาการคงอยู่นานเกิน ๔๘ ชั่วโมงขึ้นไป ควรได้รับการตรวจการติดเชื้อของปอด และให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันปอดอักเสบ

- สังเกตภาวะแทรกซ้อน ภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะความดัน ในปอดสูง ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนตามมาจากการที่ ductus arteriosus ไม่ปิด เกิดการไหล ลัดของเลือดจากหัวใจห้องขวาไปยังห้องซ้ายโดยตรงโดยไม่ผ่านปอด ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

- ในรายที่มีภาวะความดันในปอดสูง อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด (extracorporeal membrane oxygenator: ECMO)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓.๒ การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว

สิ่งจำเป็นในการดูแลทารกเพื่อเฝ้าระวังภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิดนั้น ทารกแรกเกิดจำเป็นต้องได้รับการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และมีการประเมินอัตราการหายใจและลักษณะผิดปกติของการหายใจ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิด นอกจากนี้ พยาบาลห้องคลอดควรมีการประเมิน ปัจจัยเสี่ยงของมารดาและทารกในครรภ์ต่อการเกิดภาวะหายใจเร็วของทารกแรกเกิดตั้งแต่วัยก่อนคลอด เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการดูแลทารกในการเฝ้าระวังภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด

การประเมิน

การประเมินทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังทารกแรกเกิดนั้น สามารถแบ่งออกเป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดและการประเมินอาการ/อาการแสดงของทารกแรกเกิด ดังนี้

- การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิด พยาบาลห้องคลอดควรทำการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ภาวะเบาหวาน ในขณะที่ตั้งครรภ์และประวัติการควบคุมระดับน้ำตาลของมารดาในขณะที่ตั้งครรภ์ โรคหอบหืดของมารดาคลอดโดย การผ่าตัดคลอดก่อนอายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมหรือมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม เมื่อพบทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวควรเฝ้าระวังอัตราการหายใจและลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ที่บ่งชี้ถึงภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด

- การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด พยาบาลห้องคลอดผู้ให้การดูแลทารกในระยะ ๒ ชั่วโมงแรกต้องสามารถประเมินลักษณะความผิดปกติของทารกแรกเกิดที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะ อาการผิดปกติของระบบหายใจที่เกิดจากการที่ทารกไม่สามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมภายนอกได้ และสามารถจำแนกอาการผิดปกติของการหายใจ โดยเฉพาะอาการหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดและภาวะหายใจลำบาก ซึ่งทั้งสองอย่างมีอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันมาก ดังรายละเอียดต่อไปนภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด

การดูแลในรายที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดแล้วเป็นการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยส่งเสริมการปรับตัวของทารกแรกเกิดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด ควรปฏิบัติดังนี้

๑) ก่อนการคลอดลำตัวทารก ทำการดูดเสมหะในทางเดินหายใจด้วยลูกสูบยางให้ทางเดินหายใจโล่ง เพื่อช่วยส่งเสริมการหายใจครั้งแรกของทารกแรกเกิด

๒) ให้การดูแลเพื่อส่งเสริมการหายใจของทารกแรกเกิด โดยใช้ลูกสูบยางดูดเสมหะในปากและจมูก ในระยะแรกคลอดก่อนการกระตุ้นให้ทารกร้องไห้ และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยให้การพยาบาลใต้ radiant warmer รับผิดชอบต่อให้แห้งและห่อตัวทารกให้อบอุ่น ซึ่งช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจได้

๓) ในระยะหลังคลอด ๒ ชั่วโมง ให้สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีอาการหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด โดยเฉพาะลักษณะการหายใจและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O_2 saturations) ควรติดตามอย่างต่อเนื่อง

๔) ในรายที่พบว่ามีอาการหายใจเร็วชั่วคราวเกิดขึ้นควรมีการให้ออกซิเจนที่มีระดับความเข้มข้นตั้งแต่ ๔๐% ขึ้นไปตามแผนการรักษา และเป็นออกซิเจนที่ผ่านความชื้น นิยมให้ O_2 canular หรือ O_2 box๒ เพื่อช่วยส่งเสริมการดูดกลับของสารน้ำในปอด ส่งเสริมการปรับตัวของระบบหายใจและระบบไหลเวียน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๓.๒ การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว(ต่อ)

๕) ในรายที่มีอาการรุนแรง (อัตราการหายใจมากกว่า ๘๐ ครั้ง/นาที) ควรให้งดดื่มนม และให้สารละลายทางหลอดเลือดดำชนิด ๑๐% DW ในขนาด ๒๐-๘๐ มล./กก./วัน ตามแผนการรักษา

๖) เมื่อทำการสังเกตอาการครบ ๒ ชั่วโมงร่วมกับให้การดูแลแบบประคับประคองแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษเพื่อประกอบการวินิจฉัย ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ตามแผนการรักษา

๗) ทำการส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวไปยังหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) เพื่อให้การดูแลป้องกันและเฝ้าระวังภาวะหายใจลำบาก และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆจนกว่าอาการจะคงที่

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ทารกแรกเกิดเป็นช่วงชีวิตที่มีการปรับตัวทางด้านสรีระมากที่สุดช่วงเวลาหนึ่ง ทารกจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมจากภายในโพรงมดลูกสู่สภาพแวดล้อมภายนอก ในขั้นตอนของการปรับตัวอาจนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพหากการปรับตัวนั้นไม่สมบูรณ์หรือมีปัจจัยรบกวนการปรับตัวของทารกแรกเกิด เช่น ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น โดยเฉพาะภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด เป็นอาการที่แสดงถึงปัญหาของการปรับตัวของระบบหายใจของทารกแรกเกิด และเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะ หายใจลำบากในทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้ทารกเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การพยาบาลทารกแรกเกิด ควรมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด ทั้งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหายใจเร็วในทารกแรกเกิด อาการอาการแสดง แนวทางการตรวจวินิจฉัย และให้การดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด ระยะแรกเกิดเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านของทารกจากสภาพแวดล้อมในครรภ์มารดาที่มีสภาพ อุ่น มีด และถูกห่อหุ้มด้วยน้ำ มาสู่สภาพแวดล้อมภายนอก ที่มีอุณหภูมิเย็นกว่า มีแสงสว่าง และต้องใช้ระบบประสาท รับสัมผัสในการปรับตัว ดังนั้น ในระยะแรกเกิดจึงเป็นช่วงเวลาของการปรับตัวทางด้านสรีรวิทยาเป็นอย่างมากเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ได้ หากทารกไม่สามารถปรับตัวในระยะแรกเกิดได้จะทำให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะปัญหาการปรับตัวของระบบหายใจ ทำให้เกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of the newborn: TTNB) นำไปสู่การเกิดภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) ในทารกแรกเกิดได้ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดพบได้ประมาณ ๓.๖ - ๖ ต่อการเกิดมีชีวิต ๑,๐๐๐ รายในทารกคลอดครบกำหนด สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ ๒.๑๔ และประมาณร้อยละ ๔๐ ของทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดจะมีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ตามมา สถานการณ์ของโรงพยาบาลพิจุลมั่งสาทร มีจำนวนเด็กเกิดมีชีวิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีจำนวน ๒,๑๓๓ ราย พบภาวะ TTNB จำนวน ๔ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๒,๐๑๕ ราย พบภาวะ TTNB จำนวน ๕ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๙๗๑ ราย พบภาวะ TTNB จำนวน ๙ รายถึงแม้ว่าภาวะหายใจ เร็วในทารกแรกเกิดจะเป็นสาเหตุของภาวะหายใจลำบากของทารก แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัย เพราะผู้ให้การดูแลทารกคิดว่าไม่เป็นอันตราย เป็นเพียงการปรับตัวตามปกติของทารกแรกเกิดเท่านั้น

จากสถิติของหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ในส่วนของการดูแลทารกแรกเกิดพบว่า ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพ ๕ อันดับแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ได้แก่ ภาวะ Jaundice , LBW , On ATB , Twin ,BBA และข้อมูลทารกแรกเกิดที่ได้ส่งต่อ ๕ อันดับแรกในแต่ละปีดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ได้แก่ อันดับ๑ .ภาวะ RDS จำนวน ๙ ราย / ภาวะPneumonia จำนวน ๙ ราย
อันดับ๒. ภาวะ TTNB ๔ ราย อันดับ๓. ภาวะ Jaundice ๓ ราย อันดับ ๔ ภาวะ Preterm c LBW จำนวน ๒ ราย
อันดับ๕. ภาวะ MAS จำนวน ๑ ราย

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้แก่ อันดับ๑ .ภาวะ TTNB จำนวน ๓ ราย อันดับ๒. ภาวะ RDS ๒ ราย/RDS c sepsis จำนวน ๑ ราย/ภาวะ RDS จำนวน ๑ ราย/ ภาวะ Symtomatic c polycytemia จำนวน ๑ ราย

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้แก่ อันดับ๑ .ภาวะ RDS จำนวน ๑๕ราย อันดับ๒. ภาวะ TTNB ๙ ราย
อันดับ๓. ภาวะ Pneumonia ๕ ราย อันดับ ๔ ภาวะMAS จำนวน ๔ ราย /ภาวะ CHD จำนวน ๔ ราย เป็นต้น

ในแต่ละปีนั้นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจนทารกต้องมีการส่งต่อในทุกปี คือ ภาวะ TTNB ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้รวมไปถึง ทำให้มารดาและญาติเกิดความวิตกกังวลในภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุตรหลาน ผู้จัดทำจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้จัดทำกรณีศึกษาภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด เพื่อศึกษา สาเหตุ ปัจจัย การดูแลรักษา แนวทางการพยาบาล แนวทางการส่งต่อหากมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น อย่างถูกต้องและได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว
 ๒. เพื่อศึกษา สาเหตุ ปัจจัย แนวทางการรักษา การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ในการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว
 ๓. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
 ๔. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ
- ขั้นตอนการดำเนินงาน**
๑. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ๑ ราย ในงานการพยาบาลผู้คลอด
 ๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
 ๓. ศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
 ๔. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่ออินเทอร์เน็ต ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาลและผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
 ๕. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ
 ๖. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
 ๗. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
 ๘. รวบรวมข้อมูล และประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี
 ๙. เรียบเรียงข้อมูลที่ได้จัดทำเอกสารวิชาการ ประกอบด้วยอธิบายความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อแนะนำในการปฏิบัติตน
 ๑๐. ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและนำมาพัฒนา
 ๑๑. นำผลงานเสนอผู้บังคับบัญชา เพื่อใช้กับมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
 ๑๒. ชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานให้รับทราบ เพื่อนำเอกสารไปใช้ในหน่วยงาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๑๓. ประเมินผลการให้คำแนะนำและการใช้ ทุก ๓ เดือน

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลได้เรียนรู้ ทบทวนพัฒนาศักยภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
๒. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว
๓. เพื่อจัดทำแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ

กรณีศึกษา

ทารกแรกเกิด เพศชาย อายุ ๑ วัน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย วันที่รับไว้ในความดูแล : ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ อาการสำคัญ หลังคลอด ๓ ชั่วโมง ทารกหายใจหอบตื้น คลอดปกติทางช่องคลอด เมื่อวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ที่อายุครรภ์ ๓๖ weeks (ประเมินอายุครรภ์ จากอัลตราซาวด์) น้ำหนักแรกเกิด ๒,๓๕๐ กรัม Apgar score นาทีที่ ๑ และนาทีที่ ๕ ได้ ๙ คะแนน และ ๑๐ คะแนน ตามลำดับ อาการแรกเกิดร้องเสียงดัง ตัวแดงดี หัวใจเต้นสม่ำเสมอชัดเจนดี กล้ามเนื้อแขนขาแข็งแรงดี ดูดนมด้วยลูกสุบยางแดงรีบเช็ดตัวให้แห้ง ให้การดูแลโดยฉีด HBV ๐.๕ ml IM ที่ขาขวา ฉีด Vitamin K ๑ mg เข้ากล้ามเนื้อขาซ้าย และป้าย ตาด้วย Terramycin ointment วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๕๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๗๒ ครั้ง/นาที O_๒ sat = ๙๙ % ลักษณะการหายใจหอบตื้น, no grunting , no retraction, no nasal flaring , no cyanosis Lung Clear both Lung ,Heart No Murmur ,Normal S_๑,S_๒ ตรวจน้ำตาลในเลือดได้ ๖๐ mg% Hematocrit ๔๔ % แพทย์ให้ดนมมารดาไว้ On IV ๑๐%DW ๕๐๐ ml vein drip ๖ ml/hr , On O_๒ Box ๕ LPM ทารกยังไม่ปัสสาวะ ยังไม่ถ่ายขี้เทา ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม

รับย้ายจากห้องคลอด ทารก Active ดี ตัวแดงดี ยังมีอาการหายใจหอบตื้น อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๔๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๗๐ ครั้ง/นาที O_๒ sat = ๙๙ % no grunting , no retraction, no nasal flaring , no cyanosis Lung Clear both Lung ,Heart No Murmur ,Normal S_๑,S_๒ On IV ๑๐%DW ๕๐๐ ml vein drip ๖ ml/hr แขนซ้าย, On O_๒ Box ๕ LPM ทารกยังไม่ปัสสาวะ ยังไม่ถ่ายขี้เทา ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยดูแลทารกใต้ Radiant Warmer ใกล้ Nurse station สังเกตการหายใจทุก ๑ ชั่วโมง ที่ตึกสูตินรีเวชตรวจน้ำตาลในเลือดได้ ๘๓ -๙๐mg% วันที่ ๒ ของการรักษา ทารกหายใจหอบลดลง อัตราการหายใจ ๖๒ ครั้ง/นาที อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๔๒ ครั้ง/นาที O_๒ sat = ๙๙ % no grunting , no retraction, no nasal flaring , no cyanosis แพทย์พิจารณาให้ Off IV ดูนมมารดาได้ try weaning off O_๒ Box หลัง try weaning off O_๒ อัตราการหายใจ ๕๖-๖๐ ครั้ง/นาที วัด O_๒ sat = ๙๙ % ทารกปัสสาวะ ๔ ครั้ง ขับถ่ายขี้เทา ๒ ครั้ง ให้การดูแลเบื้องต้นโดยดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายทารก ย้ายทารกคืนมารดา ให้ทารกดุนมมารดาได้ตามการรักษาของแพทย์ วันที่ ๓ ของการรักษา ทารกหายใจปกติ อัตราการหายใจ ๔๘ ครั้ง/นาที อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๔๘ ครั้ง/นาที no grunting , no retraction, no nasal flaring , no cyanosis สามารถดุนมมารดาได้ดี ไม่สำรอก ไม่มีไข้ กินนมมารดาได้ ท้องไม่อืด ครบ ๔๘ ชม. เจาะเลือดตามเกณฑ์ ผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ Hct = ๔๔ % MBB = ๑๑ mg/dl ตรวจOAE= Right ear Normal hearing, Left ear Normal hearing ,CHD screening= O_๒sat มือขวา(Preductal) ๙๙% ขาซ้าย(Postductal) ๑๐๐% ดูแลฉีด BCG ๐.๑ ml ID ที่หัวไหล่ซ้ายให้ ทารกไม่มีไข้หลังฉีดวัคซีน ทารกปัสสาวะ ๒ ครั้ง ขับถ่ายขี้เทา ๑ ครั้ง แพทย์พิจารณาให้กลับบ้าน รวมวันนอนโรงพยาบาล ๓ วัน วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล : ๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ นัดติดตามอาการ ๑ เดือน วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕ อาการทั่วไปปกติ ทารกดุนมได้ดี ไม่มีทท้องอืด ไม่มีไข้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑. มีผลงานวิชาการ การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (TTNB) จำนวน ๑ เรื่อง
๒. อัตราการส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวลดลง
๓. อัตราการรีแอดมิทของทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวลดลง
๔. ระดับความพึงพอใจบิดามารดามากกว่าร้อยละ ๘๐

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และได้มาตรฐานวิชาชีพ
๒. บิดามารดาที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวมีความรู้ความเข้าใจ และการดำเนินไปของโรค

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาล
๒. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว
๓. ผู้รับบริการและญาติได้รับการดูแลแบบองค์รวม
๔. พยาบาลหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมได้นำความรู้ตามทฤษฎี มาทบทวนกระบวนการดูแลคนไข้จริง เพื่อให้ได้มาตรฐานวิชาชีพ
๕. ทารกแรกเกิดที่ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างครบถ้วน และได้มาตรฐานวิชาชีพ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว มีอาการและอาการแสดงใกล้เคียงกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ หรือบางรายมีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวแล้วอาการรุนแรงกลายเป็นโรกระบบทางเดินหายใจที่ซับซ้อนมากขึ้น ในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่มีหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จึงต้องมีความระมัดระวังในการให้การพยาบาลทารกกลุ่มนี้เป็นพิเศษ รวมไปถึงการมีระบบให้คำปรึกษาจากกุมารแพทย์ และประสบการณ์การทำงานของพยาบาลแต่ละคนไม่เท่ากัน จึงต้องมีระบบการประเมินซ้ำจากพยาบาลอาวุโสเพื่อประเมินซ้ำในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงการใช้แบบประเมิน Downess Score เป็นตัวช่วยในการประเมินระบบหายใจของทารกได้อย่างครบถ้วน สมบูรณ์

ส่วนด้านการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาด Covid – ๑๙ ที่ผ่านมา ทำให้การฝึกอบรมในระบบปฏิบัติจริงถูกลดทอนลง ทำให้บุคลากรที่ยังขาดประสบการณ์ยังไม่ได้รับการพัฒนาความรู้ความชำนาญจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะทาง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ทารกแรกเกิดไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตัวเอง พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์ ความชำนาญในการดูแลทารกกลุ่มนี้ เพื่อประเมินความต้องการ อาการที่ต้องเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงที่สามารถเกิดขึ้นในทุกช่วง จึงต้องมีการสังเกตอย่างใกล้ชิด และในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ต้องดูแลทั้งมารดาและทารกที่มีภาวะปกติและผิดปกติ จำนวนผู้รับบริการที่มาก ทำให้การจัดโซนในการดูแลยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควรต้องอาศัยผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดคือ บิดามารดาของทารก เนื่องจากทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ(ต่อ)

๒. บิดามารดาที่ลูกป่วย มีความวิตกกังวลมากเป็นพิเศษ บางรายอาจขาดประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย จึงต้องหมั่นให้ความรู้และแจ้งการดำเนินไปของโรคให้บิดามารดาทราบเป็นระยะเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วใจชั่วคราว ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าทารกปกติ บิดามารดาจึงมีความกังวลเรื่องการเจ็บป่วยของทารก พยาบาลผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมโดยการรวมกลุ่มให้บิดามารดาที่มีทารกที่เจ็บป่วยคล้ายกันร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้กำลังใจกัน เพื่อลดความวิตกกังวลของการเจ็บป่วยของทารก

๒. บุคลากรในหน่วยงานต้องมีสมรรถนะ ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ป่วย มีความความรอบคอบ การสังเกต การประเมินทารกแรกเกิดกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ และถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น

๓. มีการทบทวนกรณีศึกษาที่น่าสนใจทางสูติกรรมอย่างน้อย ๓เดือนต่อ๑ ครั้ง หรือมีการศึกษาร่วมกันเป็นทีมในรายการกรณีศึกษาที่พบได้ยากหรือเป็นกรณีศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงสูงทั้งมารดาและทารก

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน ไม่มี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน นางธิดารัตน์ พัฒนาบรรกุล ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑.นางธิดารัตน์ พัฒนาบรรกุล สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ % (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางธิดารัตน์ พัฒนาบรรกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

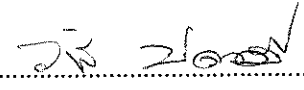
(วันที่)/...../..... ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางธิดารัตน์ พัฒนาบวรกุล	

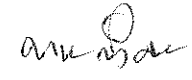
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสาววัชรีย์ บุตรศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 27 / ก.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) 4 / ส.ค. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป


(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- ๕ มี.ค. ๒๕๖๘

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ระดับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

๑.เรื่อง จัดทำแผนการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว

๒.หลักการและเหตุผล

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด เป็นภาวะที่มีการหายใจเร็วในระยะแรกเกิดที่พบได้บ่อยทั้ง ในทารกครบกำหนดและเกิดก่อนกำหนด ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ได้แก่ มารดา ได้รับยา กล่อมประสาทหรือยาระงับความรู้สึก ภาวะเบาหวานในมารดา การผ่าตัดคลอด มารดาได้รับสารน้ำมากกว่า ปกติ การขาดออกซิเจนในระยะใกล้คลอด ซึ่งเกิดจากการมีสารน้ำค้างอยู่ในปอด ส่วนใหญ่พบใน อายุครรภ์มากกว่า ๓๕ สัปดาห์ จากสถิติในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ซึ่งได้ดูแลทารกแรกเกิด ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวถือเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยที่สุด ของหน่วยงาน เพื่อให้การเจ็บป่วยของทารกที่เป็นอยู่ไม่รุนแรงมากขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีการติดเชื้อ ของระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก กรณีที่บิดา, มารดาที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา ทำให้บิดา,มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกและไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล ขณะที่การรักษาของทารกไม่สิ้นสุด ซึ่งสาเหตุเกิดจากขาดการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ต่อบิดา,มารดา และญาติ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจแนวคิดที่จะพัฒนาการให้การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว โดยจัดทำแผนการสอนให้ความรู้ เกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาต่าง ๆ ดังนี้ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราว อาการ และอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อน การรักษา เพื่อให้บิดา มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้บิดา,มารดาและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ หายใจเร็วชั่วคราว และลดความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร

๒. เพื่อให้บุคลากรหน่วยงาน มีแผนการสอนและใช้แผนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.บทวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราว เป็นความผิดปกติของระบบหายใจที่พบได้ในทารกหลังเกิดใหม่ ๆ และเป็น สาเหตุของภาวะหายใจลำบากที่พบบ่อยที่สุดในทารกครบกำหนด ทารกจะมีอาการหายใจเร็วกว่าช่วงปกติ (ทารกหายใจปกติ ๔๐ - ๖๐ ครั้งต่อนาที) เกิดจากการมีสารน้ำค้างอยู่ในปอด ส่วนใหญ่พบในอายุครรภ์มากกว่า ๓๕ สัปดาห์ การรักษาหลักคือการรักษาประคับประคอง อาจให้ออกซิเจนเสริม หรือให้ยาปฏิชีวนะหากสงสัย ภาวะอื่นที่อาจเป็นสาเหตุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ แนวทางการดูแลรักษา และให้คำแนะนำการดูแลแก่ครอบครัวของผู้ป่วย จะช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แนวคิด

โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริมมาเป็นแนวคิดที่กล่าวไว้ว่า การพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยการกระทำแทนหรือกระทำให้ผู้ป่วย การสอน คำแนะนำ ชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจและปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การกระทำเหล่านี้ พยาบาลกระทำร่วมกับ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพกลับดีขึ้น และอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยพยาบาลมีหน้าที่

โดยตรงในการให้ความช่วยเหลือโดยการสอนและแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลและมีความ มั่นใจในการดูแลรักษาของครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งมีภาวะปกติ ดังนั้นจึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดทำแผนการสอนเรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว จึงมีแนวคิดในการจัดทำแผนการสอนเรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการในการจัดทำแผนการสอนมีดังนี้

๑. นำเสนอแนวคิดเพื่อขออนุมัติจัดทำแผนการสอนเรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ต่อหัวหน้าหน่วยงาน
 ๒. ประชุมปรึกษาบุคลากรในหน่วยงานเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการจัดทำแผนการสอนเรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว จัดทำเนื้อหา ที่ทำรูปแบบแผนการสอนเรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว เพื่อใช้ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย และจัดทำแบบสอบถามความรู้เรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะ หายใจเร็วชั่วคราว ของบิดา, มารดาและญาติ
 ๓. ศึกษาความรู้ทางวิชาการจากหนังสือ ตำราวิชาการ และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
 ๔. กำหนดหัวข้อที่จะทำแผนการสอนและวางรูปแบบของแผนการสอน ซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้
 - ๔.๑ ความหมายทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว
 - ๔.๒ อาการและอาการแสดง
 - ๔.๓ เกณฑ์การวินิจฉัย
 - ๔.๔ แนวทางการดูแลรักษา
 - ๔.๕ การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
 ๕. นำแผนการสอนที่จะดำเนินงานปรึกษากุมารแพทย์ และหัวหน้าหน่วยงานเพื่อพิจารณาความถูกต้องและปรับปรุงแผนการสอนให้ถูกต้อง
 ๖. ประชุมหน่วยงานชี้แจงการใช้แผนการสอนแก่หน่วยงาน โดยมีขั้นตอนการใช้ คือ นำแผนการสอน มาสอนและแนะนำบิดา มารดา และญาติของผู้ป่วย และให้ตอบแบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังได้รับการสอน
 ๗. ทดลองใช้แผนการสอน เรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวโดยสอนบิดามารดา และญาติของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินปัญหาจากการทดลองใช้แผนการสอน
 ๘. นำผลการทดลองแผนการสอนมาประชุมร่วมกันในหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม
 ๙. นำแผนการสอนที่พัฒนารูปแบบได้เหมาะสม นำไปใช้สอนและแนะนำบิดามารดา และญาติของผู้ป่วย
 ๑๐. ประเมินผลความรู้ความเข้าใจของบิดามารดา และญาติก่อนและหลังได้รับการสอนเรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวโดยให้บิดามารดา และญาติทำแบบสอบถามความรู้เรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว
- ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเพิ่มเนื้อหาความรู้ให้พยาบาลเกี่ยวกับภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด และแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด และสำหรับหน่วยบริการสุขภาพควรมีแนวทางในการป้องกัน/ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ควรมีการทำการศึกษถึงผลของภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิดต่อภาวะสุขภาพเด็ก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้ประชาชนทั่วไปรับรู้ถึงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์และ

วิธีการ คลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการดูแลตนเองในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

บางครั้งภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดอาจพบได้หลังคลอดทันทีหรือหลังคลอดใน ๒ ชั่วโมง ดังนั้นการ ประเมินของพยาบาลผู้ดูแลที่แม่นยำจะสามารถจัดการภาวะดังกล่าวให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติ รวมทั้งในกลุ่มมารดาที่มีความเสี่ยงที่ทารกจะเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดความรู้ความเข้าใจในการสังเกตอาการผิดปกติของ ทารกแรกเกิด ตลอดจนทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจน และอยู่ในตู้อบเด็กที่ควบคุมอุณหภูมิ อาจส่งผลให้มารดาและญาติมีความวิตกกังวลและหวาดกลัวเครื่องมือแพทย์ ในการรักษา

แนวทางแก้ไข

- ๑.มารดาที่มีความเสี่ยงที่ทารกจะเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดความรู้ความเข้าใจในการสังเกตอาการ ผิดปกติของทารกแรกเกิด
- ๒.พยาบาลผู้ดูแลควรวางแผนจำหน่ายทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย
- ๓.การให้ข้อมูลแผนการรักษาและเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาและญาติ
- ๔.ผลคาดว่าจะได้รับ

๑. บิดา มารดาและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา ของทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจ เร็วชั่วคราว

๒. บิดา มารดาและญาติสามารถดูแลทารกหลังจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง

๓. ผู้ป่วยไม่เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. บิดา มารดาและญาติมีความรู้และความเข้าใจเรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว สามารถตอบ แบบสอบถามได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ ๘๐

๒. บุคลากรในหน่วยงานมีแผนการสอน และใช้แผนการสอนอย่างมีประสิทธิภาพในปี พ.ศ. ๒๕๖๖

(ลงชื่อ)

(นางธิดารัตน์ พัฒนาบวรกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 11 / 11 / 67

ผู้ขอประเมิน

๓.ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล).....

- ราช กงอินทร์ พึ่งเดชะกุล

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ร้อยตรี Min Kim
(สรบงคค มงคละล)

(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
(วันที่) ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี
14 สิงหาคม 2556

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินโรงพยาบาลนาจะหลวย :กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ : 29 กรกฎาคม – 1 กันยายน พ.ศ.2567
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ภาวะน้ำเกิน (Volume Overload)

เป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาณน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจึงทำให้เกิดน้ำคั่งในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีลักษณะเฉพาะ คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการบวมเฉพาะที่หรือบวมทั่วตัว บวมกดบุ๋ม ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease) เป็นภาวะแทรกซ้อนพบได้บ่อย เกิดเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับน้ำมากเกินไป โดยผู้ป่วยบางรายเข้าใจว่าการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถขับเอาน้ำส่วนเกินออกได้อย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว จึงทำให้ดื่มน้ำหรือบริโภคอาหารเค็มตามความต้องการของตนเองมากเกินไป บางรายเกิดจากไตขับน้ำส่วนเกินได้น้อยลงเนื่องจากการเสื่อมหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ (Residual Renal Function) ทำให้ปริมาณบัสสวะต่อวันลดลง ซึ่งอาจเป็นการเสื่อมตามธรรมชาติของการดำเนินของโรคไต หรืออาจจากไตได้รับสารที่เป็นพิษต่อไต ในขณะที่เดียวกันอาจเกิดจากคำสังการรักษาที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มน้ำไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักที่มา ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตามส่งผลให้ไม่สามารถขับน้ำส่วนเกินออกได้อย่างเหมาะสม(พญ.ละออ ,2564)

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

นิยามและการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังในปัจจุบันเปลี่ยนจากคำว่า chronic renal failure มาเป็น chronic kidney disease (CKD) เพื่อให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญและภัยคุกคามจากภาวะนี้ให้มากขึ้น โดยได้บัญญัตินิยามของคำว่า CKD ไว้ว่าโรค CKD หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต ซึ่งอาจอาศัย 1) หลักฐานที่บ่งบอกทางอ้อม (marker) หรือจากการตรวจชิ้นเนื้อไตโดยตรง หรือ 2) การประเมินอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ที่น้อยกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ต่อปีเป็นเวลาานานกว่า 3 เดือน โดย marker ของ kidney damage ได้แก่ การตรวจบัสสวะพบ proteinuria มี urine sediment หรือความผิดปกติจากการตรวจทางรังสีวิทยา (imaging study) ของไต ค่าปกติของ GFR ในผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาวมีค่าประมาณ $120\text{-}130 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ เมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไป ระดับ GFR จะลดลงตามอายุในอัตรา $1 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ต่อปี ดังนั้นระดับ GFR ที่ลดลงต่ำกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ จึงแสดงถึงระดับการทำงานของไตลดลงแล้วประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะปกติและเป็นระดับที่จะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของ CKD ได้มากขึ้น

นิยามของ chronic kidney disease

1. kidney damage มานานกว่า 3 เดือน ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างทางกายวิภาค หรือทางสรีรวิทยาโดยอาจรวมกับการลดลงของ GFR หรือไม่ก็ได้ ความผิดปกติเหล่านี้อาจตรวจได้จาก

ก. ความผิดปกติทางพยาธิวิทยาจากตรวจชิ้นเนื้อไต

ข. Marker ของ kidney damage ซึ่งได้จากการตรวจบัสสวะ หรือการตรวจ innaging ต่างๆ

2. GFR ต่ำกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 mf}$ เป็นเวลานานกว่า 3 เดือน โดยไม่ว่าจะมีร่องรอยของ kidney damage อื่นหรือไม่ก็ได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ) การแบ่งระยะของผู้ป่วยโรคไตระยะเรื้อรัง (Staging of chronic kidney disease)

ปัจจุบัน The National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives (NKF-K/DOQI) ได้แบ่งระยะของโรคไตออกเป็น ๕ ระยะ ตามระดับของ glomerular filtration rate (GFR) และหลักฐานของโรคไต (National Kidney Foundation ๒๐๐๒) (ตารางที่ ๑)(ผศ.นพ. สุรศักดิ์ ,๒๕๖๑)
ตารางที่ ๑ ไตเสื่อมระยะต่างๆ

Stage	Definition
๑	GFRZ ๙๐ ml/minute/๑.๗๓ m with evidence of kidney damage
๒	GFR ๖๐-๘๙ ml/minute/๑.๗๓ m with evidence of kidney damage
๓	GFR ๓๐-๕๙ ml/minute/๑.๗๓ m
๔	GFR ๑๕-๒๙ ml/minute/๑.๗๓ m
๕	GFR < ๑๕ ml/minute/๑.๗๓ m๒ or dialysis-dependent

โรคไตไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุที่ไตโดยตรงหรือจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูง ถ้าหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจนเกิดโรคไตไตเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ ก็จะทำให้กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน และมีการรักษาที่ยุ่งยาก มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ซึ่งได้แก่ การล้างไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้อง) และปลูกถ่ายไต(นพ. ประเสริฐ ,๒๕๕๗)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน บทนำ

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ไตมีการทำงานลดน้อยลงกว่าร้อยละ ๑๕ ของปกติซึ่งหน้าที่หลักในการขับน้ำและของเสียในร่างกายนั้นจะลดลงจนไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะไม่สามารถรักษาด้วยการคุมอาหารหรือรับประทานยาและจำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งพยาธิสภาพของโรคนี้เกิดจากการเสื่อมของไต และการถูกทำลายของหน่วยไต มีผลให้อัตราการกรองทั้งหมดลดลง และการขับถ่ายของเสียลดลง ปริมาณCreatinine และ Urea Nitrogen ในเลือดสูงขึ้น ทำให้ไตเสียความสามารถในการปรับความเข้มข้นปัสสาวะ ปัสสาวะถูกขับออกไปอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตไม่สามารถดูดกลับเกลือแร่ต่างๆได้ ทำให้สูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกายจากการที่ไตถูกทำลายมากขึ้น และการเสื่อมหน้าที่ของหน่วยไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง จะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน อึดอัด หอบ เหนื่อย ปัสสาวะออกน้อยลงหรือไม่ปัสสาวะเลย เป็นต้น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ทั่วโลกตระหนักถึงสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยจะต้องทุกข์ทรมานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก ทั่วโลกพบการเสียชีวิตจาก โรคไตมากถึง ๑.๔ ล้านคน ใน ค.ศ. ๒๐๑๙ เพิ่มขึ้น ๒๐% จาก ค.ศ. ๒๐๑๐ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ ๑ ใน ๑๐ ของโลก๑ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกประเทศเผชิญและกำลังมีแนวโน้ม จากการคาดประมาณภายในปีค.ศ. ๒๐๓๐ จะมีผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่ต้องการบำบัดทดแทนไตร้อยละ ๗๐ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์ในปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ๑,๐๖๒,๗๕๖ คน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๕ มากถึง ๘๕,๐๖๔ คน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๓ จำนวน ๔๖๔,๔๒๐ ราย ระยะ ๔ จำนวน ๑๒๒,๓๖๓ ราย และระยะที่ ๕ ที่ต้องล้างไตมากถึง ๗๐,๔๗๔ ราย (กรมควบคุมโรค ,๒๕๖๗) ซึ่งเป็นภาระในการจัดบริการสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก นอกจากนี้ ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา ไตจะเสื่อมลงจนเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) จะมีของเสียคั่งในกระแสเลือด ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีการดูแลรักษา ที่ยุ่งยาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็สูงมาก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

บทนำ(ต่อ)

ซึ่งเป็นการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไต ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษา เป็นการกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากเลือด โดยนำเลือดที่มีของเสียออกจากตัวผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ แล้วผ่านตัวกรองในเครื่องไตเทียมที่จะช่วยกรองของเสียและน้ำด้วยกลไกการแพร่ออกจากเลือด เมื่อเลือดผ่านตัวกรองแล้วจะกลายเป็นเลือดดีและกลับสู่ร่างกาย โดยกระบวนการทั้งหมดนี้ จะถูกควบคุมโดยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis machine) การฟอกเลือดแต่ละครั้งต้องใช้เวลาประมาณ ๔ ชั่วโมง และต้องทำการฟอกเลือดอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒-๓ ครั้ง

ศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลนาจะหลวยดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน ๗๖ ราย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลปี๒๕๖๖พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมได้นอนโรงพยาบาลสาเหตุจากภาวะน้ำเกินจำนวน๑๒ ราย ทางผู้จัดทำจึงได้ศึกษาคณะนิศึกษาที่มีพฤติกรรมนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะน้ำเกิน พบว่าสาเหตุของการนอนโรงพยาบาลนั้นร้อยละ ๑๐๐ มาจากขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัว ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม

๒. เพื่อศึกษาแนวทางการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ๑ ราย

๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

๔. ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล

๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

๖. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

๘. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

๙. เผยแพร่ผลงาน

เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะน้ำเกินสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๒. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม มีอัตราการนอนโรงพยาบาลจากสาเหตุภาวะน้ำเกิน ร้อยละ ๐

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

แบบประเมินความพึงพอใจในการให้บริการ

ด้านความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ
๑. มาตรฐานการให้บริการ	๑๐๐ %
๒. ทักษะ และความรู้ของผู้ให้บริการ	๘๐ %
๓. ความตั้งใจและพร้อมที่จะให้บริการตลอดเวลาของเจ้าหน้าที่	๑๐๐ %
๔. อุปกรณ์ทางการแพทย์	๘๐ %
๕. การได้รับความสะดวกสบายในการรับบริการ	๑๐๐ %
๖. ความพึงพอใจโดยรวม	๑๐๐ %

๕.๒ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในรายนี้ซึ่งมีโรคประจำตัวเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม กินยาอย่างสม่ำเสมอไม่ขาดยา พบว่าปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลหลายครั้งและรวมถึงครั้งนี้คือมีภาวะน้ำและของเสียคั่งซึ่งได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการทำ Hemodialysis ๓ ครั้ง/สัปดาห์ ภาวะซีด ความดันโลหิตสูง ภาวะระดับเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล และมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดไม่สมดุล ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินที่สำคัญ คือการดูแลของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้ ทักษะในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จนอาการทุเลาลง สามารถกลับบ้านได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดอย่างรวดเร็วถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ แรกเริ่ม ประเมินปัญหา วางแผนให้การพยาบาลและป้องกันความเสี่ยงต่างๆที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องควบคุมและสอน แนะนำ ในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการเลือกรับประทานอาหารและการควบคุมอาหาร ด้านความพร้อมของครอบครัวและทักษะของผู้ดูแลและให้คำแนะนำส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดความวิตกกังวลและลดอุปสรรคในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๑) ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน
- ๒) เป็นแนวทางแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- ๓) เป็นเอกสารประกอบการศึกษา ค้นคว้า สำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ศึกษาตงาน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ๑) มีของเสียคั่งในเลือดจากภาวะไตวายเรื้อรัง ต้องได้รับการบำบัดด้วยวิธีทำ Hemodialysis เพื่อช่วยให้มีการขจัดของเสียที่คั่งอยู่ในร่างกาย ขจัดน้ำส่วนเกินจากร่างกาย รักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่ต่างๆ
- ๒) มีภาวะซีดจากการขาดฮอร์โมนอีริโทรโพอิติน ที่ร่างกายเคยสร้างได้จากไต และมีการคั่งของของเสียในร่างกายส่งผลยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดง อายุเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดงลดลงจึงต้องให้เลือดและยาอีริโทรโพอิติน (erythropoietin, EPO) เพื่อช่วยลดความรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจและหลอดเลือดและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ๑) มีของเสียคั่งในเลือดจากภาวะไตวายเรื้อรัง ต้องได้รับการบำบัดด้วยวิธีทำ Hemodialysis เพื่อช่วยให้มีการขจัดของเสียที่คั่งอยู่ในร่างกาย ขจัดน้ำส่วนเกินจากร่างกาย รักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่ต่างๆ
- ๒) มีภาวะซีดจากการขาดฮอร์โมนอีริโทรโพอิติน ที่ร่างกายเคยสร้างได้จากไต และมีการคั่งของของเสียในร่างกายส่งผลยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดง อายุเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดงลดลงจึงต้องให้เลือดและยาอีริโทรโพอิติน (erythropoietin, EPO) เพื่อช่วยลดความรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจและหลอดเลือดและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ
- ๓) ภาวะไตวายเรื้อรังมีผลทำให้ไม่สามารถขับน้ำและเกลือแร่จากร่างกายได้ น้ำและเกลือแร่สะสมมากผิดปกติทำให้ความดันโลหิตสูงได้
- ๔) ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การให้คำแนะนำบนความเชื่อของผู้ป่วยที่ว่ากินน้ำเยอะๆจะช่วยให้ไตขับของเสียได้ดี ทำให้ต้องใช้เวลาอธิบายและเปลี่ยนความเชื่อให้เป็นความเข้าใจ

๙. ข้อเสนอแนะ

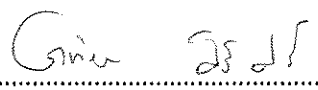
การให้การพยาบาลในการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้นจึงควรนำมาใช้กับผู้ป่วยในระยะยาวและควรมีการประเมินผลและการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของตนเองเพื่อส่งเสริมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างยั่งยืน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวอาทิตยา ศิริศรี สักส่วนของผลงาน ๑๐๐ %
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางสาวอาทิตยา ศิริศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ


(วันที่) 29/..... ๒๕๖8

ผู้ขอประเมิน

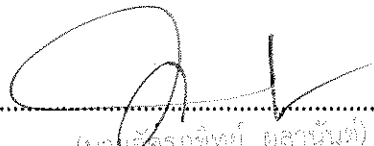
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอาทิตย์ยา ศิริศรี	


ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางทองเพชร สอมสข)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจะหลวย
(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล
29 มี.ค. 2568

(ลงชื่อ) 
(นางฉัตรภรณ์ ชิตนันทน์)
(ตำแหน่ง) รองหัวหน้ากลุ่มงานการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะหลวย
(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
29 มี.ค. 2568


(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
- ๕ มี.ค. ๒๕๖๘

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

๑. เรื่อง การป้องกันภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย : แผ่นพับ

๒. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ด้วยอาการ เหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะน้ำเกินที่คุกคามชีวิต มีหลักฐานว่าการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดอัตราการเข้ารักษาโรงพยาบาลและอัตราการตายได้ โดยทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ๓ ด้าน ดังนี้ ๑) การจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง ๒) การติดตามอาการภาวะน้ำเกินและอาการแสดงด้วยตนเอง และ ๓) การรักษาสมดุลน้ำการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองเป็นความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่งของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และมีคุณภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย แนวปฏิบัติบทความวิชาการ และตำราเกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินร่วมกับการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลCINAHL, PubMed, Google scholar, Ovid, Thailand digital journals, ThaiLIS, ProQuest Nursing กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ End stage renal disease ,guideline volume overload, dietary sodium restriction, management volume overload, fluid overload ,monitoring daily body weight, diuretic adjustment ,self-monitoring , อาหารเค็ม อาหารโซเดียมสูง ,การติดตามอาการด้วยตนเอง ,การจัดการยาขับปัสสาวะ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบrandomized controlled trails (RCT) Systematic review และ Meta-analysis ของงานวิจัยแบบ RCT และแนวปฏิบัติโดยพบว่า การจัดการน้ำเกินในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถจัดการกับภาวะน้ำเกินได้นั้นจึงต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับ ๑) การจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง ๒) การติดตามอาการน้ำเกินด้วยตนเอง ๓) การรักษาสมดุลน้ำเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนี้

๑. การลดปริมาณโซเดียมที่รับประทาน ทำได้หลายวิธี ได้แก่

๑.๑ ตรวจสอบปริมาณโซเดียมต่อหน่วยบริโภคบนฉลากของซอสปรุงรส อาหารสำเร็จรูป และขนมถุง เพื่อหลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง

๑.๒ หลีกเลี่ยงการใช้เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสต่างๆ และผงชูรส (แม้ไม่เค็มแต่มีโซเดียมสูง) ในการปรุงอาหาร ๗๕ เปอร์เซ็นต์ของการบริโภคเกลือเกินความจำเป็นของคนไทยมาจากการใช้เครื่องปรุงรสและถ้าทำได้ควรปรุงอาหารทานเอง เพราะเราสามารถที่จะจำกัดการใช้เครื่องปรุงรสได้มากกว่าการซื้อหรือทานอาหารนอกบ้าน ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสต่างๆ ได้แสดงในตารางที่ ๑ และแสดงปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหารจานเดียวที่นิยมรับประทานในตารางที่ ๒

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)
ตารางที่ ๑ แสดงปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสชนิดต่างๆ

ชนิด	ปริมาณ	โซเดียม (มิลลิกรัม)
เกลือ	๑ ช้อนชา	๒,๐๐๐
น้ำปลา	๑ ช้อนชา	๕๐๐
ผงปรุงรส	๑ ช้อนชา	๕๐๐
ผงชูรส	๑ ช้อนชา	๔๙๐
ซีอิ๊วขาว	๑ ช้อนชา	๔๐๐
ซอปรุงรส	๑ ช้อนชา	๔๐๐
ผงฟู	๑ ช้อนชา	๓๔๐
ซอสหอยนางรม	๑ ช้อนโต๊ะ	๔๕๐
น้ำจิ้มสุกี้	๑ ช้อนโต๊ะ	๒๘๐
ซอสพริก	๑ ช้อนโต๊ะ	๒๒๐
น้ำจิ้มไก่	๑ ช้อนโต๊ะ	๒๑๐
ซอสมะเขือเทศ	๑ ช้อนโต๊ะ	๑๔๐

ตารางที่ ๒ แสดงปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหารจานเดียวที่นิยมรับประทาน

ชื่ออาหาร	ปริมาณโซเดียม (มิลลิกรัม)
ก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็กหมู	๑,๑๐๑
สุกี้	๑,๐๘๕
ก๋วยเตี๋ยวผัดไทย	๑,๑๙๐
ข้าวหมูแดง	๘๑๓
ข้าวมันไก่	๘๐๐
กระเพราไก่ไข่ดาว	๘๑๓
ข้าวขาหมู	๙๐๐
ส้มตำไทยใส่ปู	๑,๕๒๐
ต้มยำกุ้ง	๙๗๖

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

๒. การติดตามอาการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง ประกอบด้วย การสังเกตอาการที่ผิดปกติจากภาวะน้ำเกิน การประเมินอาการบวม การชั่งน้ำหนัก การตวงและบันทึกจำนวนน้ำดื่ม การสังเกตหรือการตวงและบันทึกจำนวนน้ำปัสสาวะ และการจัดการยาขับปัสสาวะ

๒.๑ การสังเกตอาการที่ผิดปกติจากภาวะน้ำเกิน

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องรู้จักและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน โดยผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการน้ำเกิน ได้แก่ เหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือต้องลุกมานั่งหอบตอนกลางคืน หากเริ่มมีอาการดังกล่าว ผู้ป่วยควรแจ้งให้บุคลากรสุขภาพทราบโดยเร็วก่อนอาการกำเริบรุนแรง ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นและต้องประเมินอาการบวมด้วยตนเองด้วยการกดที่หน้าแข้งด้านหน้า โดยสมาคมหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำว่าหากมีอาการ ๒ อาการขึ้นไปให้รีบปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

๒.๒ การชั่งน้ำหนักประจำวัน

การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติเป็นสิ่งที่ควรแนะนำในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวเป็นอาการที่บ่งบอกถึงอาการที่แย่ลง และมีความเสี่ยงในการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปัสสาวะออกน้อยมากหรือไม่มีปัสสาวะแล้ว ถ้าหากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า ๓ กิโลกรัม (น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า ๑ กิโลกรัมต่อวัน) มักจะมีอาการบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง อาการเหล่านี้จะมีความรุนแรงตามน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และเมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้นมาก เมื่อรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องมีการดึงน้ำออกจากร่างกายมากและรวดเร็ว ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ทัน ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตต่ำ หรือ ตะคริวและมักจะมีอาการเพลียได้ ส่วนในผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านช่องท้องหากทำได้สม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพมักไม่ค่อยเกิดภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากมีการขับน้ำจากการล้างไตผ่านช่องท้องอยู่ตลอด ยกเว้นแต่ไม่คุมน้ำและล้างไตไม่สม่ำเสมอหรือไม่ถูกวิธี ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมักจะยังมีปัสสาวะออกดีหรือยังตอบสนองด้วยการให้ยาขับปัสสาวะ จึงไม่ค่อยเจอภาวะบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้น เว้นแต่การทำงานไตทรุดรุนแรงอย่างรวดเร็ว (นพ.อำนาจ)

๒.๓ การประเมินความดันโลหิต

ความดันโลหิตเป็นค่าที่บอกระดับสารน้ำในร่างกาย ที่ชี้วัดว่าร่างกายมีภาวะน้ำเกินหรือขาดน้ำ และสามารถบอกการ perfusion ของอวัยวะที่สำคัญได้ด้วย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะได้รับยาลดความดันโลหิตสูง และยาขับปัสสาวะประกอบกับความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลงจึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความดันโลหิตต่ำได้ ดังนั้น ผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องมีการวัดความดันโลหิตประจำวัน

๓. การรักษาสมดุลน้ำ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการติดตามสถานะน้ำในร่างกาย (fluid status) ด้วยตนเอง โดยวิธีการ ดังนี้

๓.๑ สังเกตอาการจากภาวะน้ำเกิน อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ บวมตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ท้องบวม แน่นอึดอัด นอนราบไม่ได้ และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และอาการของภาวะขาดน้ำ เช่น หน้ามืด วิงเวียนความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การทำงานของไตแย่ลง มีการบันทึกสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย บันทึกน้ำหนักตัวที่เหมาะสม คือ ขณะไม่มีภาวะน้ำเกิน และไม่มีภาวะขาดน้ำ และชั่งน้ำหนักตัวทุกวันหรือทุกครั้งก่อน-หลังได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

๓.๒ การจำกัดน้ำ โดยดูจากน้ำหนักตัว ปริมาณปัสสาวะที่ออกต่อวัน ควรชั่งน้ำหนักทุกวัน น้ำหนักตัวควรคงที่หรือเปลี่ยนแปลงไม่มาก ถ้าน้ำหนักตัวมากขึ้นต้องลดปริมาณเครื่องดื่มให้น้อยลง (รายที่ยังมีปัสสาวะออกดีอาจไม่มีปัญหาเรื่องบวม ยังสามารถทานน้ำเครื่องดื่มได้ตามปกติ แต่ไม่ควรเกิน ๒-๓ ลิตรต่อวัน)

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

๓.๓ การจัดการยาขับปัสสาวะ เมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะน้ำเกินผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการปรับยาขับปัสสาวะตามคำแนะนำของแพทย์ ยาขับปัสสาวะนี้ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีระดับโพแทสเซียมสูงเพิ่มขึ้น เช่นกล้วย ส้ม พบว่าการที่ผู้ป่วยสามารถปรับยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเอง และมีการติดตามน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอหลังจากให้ความรู้ จะสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลได้ดีกว่าการได้รับการรักษาตามปกติ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน
- ๒) เป็นแนวทาง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันหรือเมื่อมีภาวะน้ำเกิน
- ๓) เป็นเอกสารประกอบการศึกษา ค้นคว้า สำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ศึกษาตงาน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

- ๑) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ชัดเจน ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- ๒) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการโดยรวมร้อยละ ๑๐๐

ต่อคุณภาพการพยาบาล

- ๑) พยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๒) ทีมการพยาบาลและภาคีเครือข่ายสามารถพัฒนาความรู้ ความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) *Gan 2525*

(นางสาวอาทิตย์ยา ศิริศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) / /

ผู้ขอประเมิน

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(/) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

เห็นชอบตามเสนอ



(ลงชื่อผู้ประเมิน) (นาย อธิกร ภูมิพิชัย ฝล.ส.บ.น.ต.)

(.....) (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาระหลาย

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

(วันที่)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

29 มี.ค. ๒๕๖๘

๕ มี.ค. ๒๕๖๘

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(/) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

- อภ.ทง.ฟว.ช.ท.ค.ช. ส.ร.ค.ร.

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ร้อยตรี (สรมงคล มงคลละลีย์)

(.....)

(ตำแหน่ง) รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฎิบัติราชการแทน

(วันที่) ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

W. S. M. K. ๒๕๖๘

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง

๔.๔ สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงหลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยการแนะนำของพยาบาล

๔.๕ ร่วมจัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานกุมารเวชกรรม โดยการจัดทำแนวทางการพยาบาลเรื่องชักจากไข้สูง การเซ็ดตัวลดไข้ และมีแนวปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

๔.๖ ร่วมพัฒนาการจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ รถ Emergency อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพในหน่วยงานกุมารเวชกรรม และอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีความเพียงพอพร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉินได้ตลอดเวลา เพื่อลดความเสี่ยงของปัญหาอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ในภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน

๔.๗ ร่วมพัฒนาการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยงานกุมารเวชกรรม ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี แสงและเสียง เพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีความสะดวกในการปฏิบัติงาน ป้องกันการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น

๔.๘ ร่วมดำเนินการจัดทำเอกสาร คู่มือ ตำรา สื่อเอกสารเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ การพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ วิธีการหรือประยุกต์เทคโนโลยีเข้ามาใช้เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กรสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ - ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปัจจุบันภาวะชักจากไข้สูง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยในเด็กและเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เด็กมีโอกาสที่จะเกิดอาการชักซ้ำได้ ซึ่งอันตรายที่เกิดจากภาวะชักจากไข้สูง มีผลทำให้สมองขาดออกซิเจนซึ่งจะทำให้พัฒนาการผิดปกติได้ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบกับผู้ปกครองทำให้เกิดความเครียดความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง จะทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแล ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและช่วยป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาชักซ้ำได้

ภาวะชักจากไข้สูง หมายถึง อาการชักที่เกิดในเด็กขณะที่มีไข้หรือมีอุณหภูมิร่างกายสูง โดยสาเหตุของไข้ไม่ได้มาจากการติดเชื้อของสมอง ส่วนใหญ่จะมีอาการชักเกิดขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกที่เริ่มมีไข้
พยาธิสภาพ

ภาวะไข้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมในเซลล์ประสาทสมอง ทำให้เซลล์ประสาทไวต่อการที่จะเกิดอาการชักได้มากขึ้นทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุและความเจริญของสมองด้วยซึ่งอายุที่มากขึ้นมีโอกาสเกิดไข้ได้น้อยลงทำให้เกิดอาการชักได้น้อยลง นอกจากนี้อุณหภูมิของไข้ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดอาการชัก โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๗๕ ของเด็กที่ชักจะมีอุณหภูมิสูงเกิน ๓๙ องศาเซลเซียส

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

สาเหตุ

เกิดจากการติดเชื้อในระบบต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หูชั้นกลางอักเสบ ภาวะอาหารหรือลำไส้อักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือ อาจเกิดภายหลังจากการให้วัคซีนคางทูม หัด หัดเยอรมัน เป็นต้น ไวรัสที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะชักจากไข้สูง ได้แก่ influenza A, respiratory syncytial virus(RSV) และ adenovirus เป็นต้น

ชนิดของภาวะชักจากไข้สูง

ภาวะชักจากไข้สูง แบ่งเป็น ๒ ชนิด คือ

๑.อาการชักจากไข้ชนิดไม่ซับซ้อน (simple febrile convulsion หรือ primary febrile convulsion)

พบได้บ่อยที่สุด พบร้อยละ ๘๕ มีลักษณะคือ

๑.๑ ก่อนมีอาการชัก ระบบประสาทและพัฒนาการมีลักษณะปกติ

๑.๒ ขณะมีอาการชัก จะเกิดอาการชักกระยะสั้นๆ ส่วนใหญ่ประมาณ ๒-๓ นาที ไม่เกิน ๑๕ นาที

และลักษณะการชักเป็นแบบชักทั้งตัว

๑.๓ ภายหลังกาการชัก จะไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท

๒.อาการชักจากไข้ชนิดซับซ้อน (complex febrile convulsion หรือ secondary febrile convulsion)

พบได้น้อย พบได้ร้อยละ ๑๕ มีลักษณะคือ

๒.๑ ก่อนมีอาการชัก ระบบประสาทและพัฒนาการมีลักษณะผิดปกติ เช่น มีสมองเล็ก เป็นต้น

๒.๒ ขณะมีอาการชักจะมีอาการชักเป็นระยะเวลาสั้นๆ เป็นเวลามากกว่า ๑๐-๑๕ นาที หรือมีอาการชักเกิดขึ้นซ้ำภายใน ๒๔ ชั่วโมง และลักษณะการชักเป็นแบบเฉพาะที่หรือทั้งตัว

๒.๓ ภายหลังกาการชัก อาจพบว่ามีภาวะผิดปกติทางระบบประสาท เช่น อัมพาตครึ่งซีก(todd's paralysis) เป็นต้น

๒.๔ มีประวัติบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวมีลมชักแบบลมบ้าหมู(afebrile convulsion,epileptic seizures)

อาการและอาการแสดง

เมื่อมีไข้สูงมากเด็กจะตัวร้อน หน้าแดง มึนงง สับสน และมีอาการชัก ลักษณะของการชัก มีอาการเกร็งหรือกระตุก ไม่รู้สึกตัว กล้ามเนื้อที่แขนขา ใบหน้า และส่วนต่างๆของร่างกายบิดเกร็ง และสิ้น ตาจะกลอกไปด้านหลัง ส่วนใหญ่จะไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระได้ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป อาจมีอาการหายใจลำบาก หายุดหายใจประมาณ ๓๐ วินาที ซึ่งอาจทำให้มีอาการเขียวเล็กน้อย ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการชักน้อยกว่า ๑ นาที แต่อาจใช้เวลาถึง ๕ นาที ได้ภายหลังจากการชักเด็กจะนอนหลับเนื่องจากสมองมีความเหนื่อยล้าและต้องการฟื้นตัว จากนั้นเด็กจะฟื้นกลับสู่ภาวะปกติ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการชักซ้ำ

๑.อายุ ถ้าอายุน้อยจะมีอัตราการชักซ้ำสูงกว่าเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูงครั้งแรกเมื่ออายุมากแล้วโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีอาการชักครั้งแรกในช่วงอายุก่อน ๑ ปี

๒. สภาพของระบบประสาทและพัฒนาการ เด็กที่มีความบกพร่องทางระบบประสาท หรือพัฒนาการช้า มีโอกาสจะเกิดภาวะชักซ้ำ เมื่อมีไข้สูงได้มากกว่าเด็กที่มีระบบประสาทหรือพัฒนาการปกติ

๓. ประวัติครอบครัว เด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีประวัติสมาชิกมีภาวะชักโดยไม่มีไข้ จะมีโอกาสชักซ้ำได้มากกว่าเด็กที่เกิดในครอบครัวที่ไม่มีประวัติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง

การรักษาแบ่งเป็น ๒ ระยะ

๑. ระยะที่กำลังมีอาการชักในกรณีที่มีการชักนาน หลักการรักษา คือ ทำให้หยุดชักให้เร็วที่สุดเพื่อให้ไม่มีภาวะสมองขาดออกซิเจน โดยแพทย์จะให้ยา diazepam เข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ได้ทุก ๑๕ นาที ถ้ายังไม่หยุดชัก แพทย์อาจให้ diazepam สอนเหน็บทางทวารหนัก

๒. ระยะหลังจากหยุดอาการชักแพทย์จะตรวจร่างกายและชักประวัติเพื่อหาสาเหตุและประเภทของอาการชัก และปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอาการชักซ้ำจากไข้สูง

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง

๑. เช็ดตัวลดไข้ร่วมกับการให้ยาลดไข้ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการเช็ดตัว โดยการสาธิตและสอนให้ญาติสามารถเช็ดตัวได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะชักจากไข้สูง

๒. เมื่อมีอาการชัก ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดให้นอนราบไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง คลายเสื้อผ้าให้หลวม ไม่ห่มผ้า ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเมื่อเด็กมีอาการเขียวขณะชักระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุระหว่างการชักเกร็ง และประเมินสัญญาณชีพหลังจากหยุดชัก

๓. ในกรณีที่มีการเจาะน้ำไขสันหลังช่วยแพทย์จัดทำเด็กและดูแลให้เด็กนอนราบ ๖-๑๐ ชั่วโมงหลังเจาะน้ำไขสันหลัง ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตการณ์รุ่มซึมของน้ำไขสันหลังบริเวณที่เจาะ ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งติดตามและประเมินผลการตรวจน้ำไขสันหลัง อิเล็กโทรไลต์ ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๔. เมื่อผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น โปแทสเซียมคลอไรด์เข้าทางหลอดเลือดดำ โดยมีการติดตามสัญญาณชีพขณะและหลังการให้ยา พร้อมทั้งคอยสังเกตอาการข้างเคียงจากยา

๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์และแนะนำให้ญาติดูแลผู้ป่วยให้ได้รับน้ำสลับกับน้ำเกลือแร่ เพื่อป้องกันการขาดสารน้ำในร่างกาย

๖. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

๗. ให้การดูแลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ให้คำแนะนำเรื่องการดูแล การเฝ้าระวังการชักตัวลดไข้ ส่งเสริมและเป็นกำลังใจให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง :กรณีศึกษา

หลักการและเหตุผล

อาการชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion) เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในเด็กเล็กช่วงอายุ ๖ เดือนถึง ๕ ปี ส่วนใหญ่จะมีอาการชักเกิดขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกที่เริ่มมีอาการไข้ แม้ว่าอาการชักจากไข้ไม่ได้เป็นปัญหาที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ไม่มีผลต่อความผิดปกติของระบบประสาทและพัฒนาการของเด็ก แต่หากมีอาการชักติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า ๑๕ นาทีขึ้นไปจนมีภาวะขาดออกซิเจน หรือมีอาการชักซ้ำติดต่อกันหลายครั้งในการเจ็บป่วยครั้งเดียว อาจมีผลกระทบต่อสมองที่กำลังเติบโตส่งผลให้สมองเสียหายแบบถาวรได้ ซึ่งเด็กที่เคยชักจากไข้สูงมาแล้วมีโอกาสที่จะกลับมาชักอีกถึงร้อยละ ๒๐-๕๐ และเด็กที่มีอาการชักจากไข้สูงมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคลมชักได้สูงกว่าเด็กทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามถ้ามีการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้องก็สามารถป้องกันมิให้มีอาการชักซ้ำได้ และหากเด็กชักซ้ำจะส่งผลกระทบต่อตามมาหลายประการ พยาบาลมี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

บทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินสภาพเด็กเมื่อแรกจับ มีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของไข้ให้การดูแลเด็กขณะชัก จัดการเรื่องไข้และป้องกันการชักซ้ำ ตลอดจนเตรียมผู้ดูแลในการจัดการเรื่องไข้ที่บ้านและการช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นหากมีอาการชักจากไข้สูงเกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูงเพื่อป้องกันไม่ให้ชักซ้ำเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ดูแล การให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองเด็กในเรื่องที่จำเป็น เช่น ปฐมพยาบาลขณะเกิดอาการชัก การป้องกันอันตรายจากการสำลัก

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะชักซ้ำ การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกวิธี รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะชัก การเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลเด็กที่มีภาวะชักได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบรุนแรงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น และที่สำคัญยังสามารถลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อีกด้วย นอกจากนี้ยังลดความวิตกกังวลของบิดา มารดาและญาติ ผู้ปกครองเห็นความสำคัญในการดูแลบุตรสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องเพื่ออนาคตจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากสถิติผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพิบูลมังสาหารระหว่างปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ (๖ เดือน) ซึ่งมีจำนวน ๒,๓๐๕ ๑,๘๘๒ และ ๑,๑๙๓ (๖ เดือน) รายตามลำดับและจากสถิติมีผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะชักจากไข้สูงจำนวน ๖๒ , ๗๐ และ ๔๖ รายคิดเป็นร้อยละ ๒.๖๘ , ๓.๕๓ และ ๓.๘๕ ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มาด้วยชักจากไข้สูงมีความวิตกกังวลมากกลัวบุตรหลานมีอาการทางระบบประสาทและมีผลต่อพัฒนาการ แต่ผู้ปกครองยังให้การดูแลบุตรขณะมีไข้และช่วยเหลือเบื้องต้นขณะชักไม่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อมีภาวะชัก ซึ่งหากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลบุตรในขณะชักจะก่อให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนขณะชักตามมาได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยชักจากไข้สูงโดยปรับเปลี่ยนกระบวนการจากเดิมที่มุ่งเน้นเพียงการรักษาพยาบาลเป็นการส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตลอดจนพัฒนาศักยภาพบิดามารดา หรือผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ตามหลักการเสริมพลัง(empowerment) ให้มีความรู้เกิดทักษะในการดูแลบุตร เสริมสร้างความมั่นใจให้มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลบุตรได้เมื่อเกิดอาการชักโดยมุ่งเน้นให้อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการเดิม/โรคเดิมลดลง รวมถึงจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการเจ็บป่วยลดลงและลดความวิตกกังวลของบิดามารดาและญาติได้

วัตถุประสงค์

๑. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา/ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการชักซ้ำในเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่มีไข้สูงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย
๓. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ในเชิงป้องกันและดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักซ้ำจากไข้สูงได้ถูกต้อง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาลในหน่วยงาน พบว่าปัญหาการชักซ้ำในผู้ป่วยที่มีไข้สูงเป็นปัญหาที่มีผลกระทบสูง
๒. นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไข
๓. มีการวางแผนการทำงานก่อนปฏิบัติงานทุกครั้ง
๔. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยความจริงใจ ค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย
๕. ให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ยึดหลักกระบวนการพยาบาลและC๓THER

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๖. ใช้ Guide line ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะชัก
๗. กำหนดแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุม
๘. กำหนดรูปแบบการวางแผนจำหน่าย(D/C Planning) ผู้ป่วยชักจากไข้สูง
๙. นำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล
๑๐. ปรึกษาปัญหาที่พบร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา หาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
๑๑. มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ผลการเปรียบเทียบข้อมูล การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion) ที่เข้ารับการรักษาที่งานพยาบาลผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารปี ๒๕๖๕ จำนวน ๖๒ ราย ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๗๐ ราย ปี๒๕๖๗ จำนวน ๔๖ ราย (๖เดือน)

ตารางผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ปี ๒๕๖๕ (ร้อยละ)	ปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ)	ปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ) ๖ เดือน
อัตราการชักซ้ำของเด็กที่มีไข้สูงขณะนอน โรงพยาบาล	๐	๘.๐๖ (๕ ราย)	๑.๔๒ (๑ ราย)	๒.๑๗ (๑ ราย)
อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะชักจากไข้สูง ภายใน ๒๘ วัน	๐	๓.๒๒ (๒ ราย)	๐ (๐ ราย)	๐ (๐ ราย)
บิดามารดา/ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กที่ ชักจากไข้สูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและ แผนการรักษาให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมใน การดูแลรักษาพยาบาล การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง	> ๘๕%	NA	NA	๘๑.๓๐ (๔๒ ราย)
บิดามารดา/ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กที่ ชักจากไข้สูงมีความพึงพอใจในบริการ	> ๘๕%	NA	NA	๘๕.๖๕ (๔๔ราย)

จากตารางผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ แสดงข้อมูลเปรียบเทียบตัวชี้วัดที่สำคัญ และเป้าหมายของ -อัตราการชักซ้ำของเด็กที่มีไข้สูงขณะนอนโรงพยาบาลระหว่างปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ (๖ เดือน) ซึ่งมีจำนวน ๕ , ๑ และ ๑ รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๘.๐๖ , ๑.๔๒ และ ๒.๑๗ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

- อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะชักจากไข้สูงภายใน ๒๘ วัน ระหว่างปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ (๖ เดือน) ซึ่งมีจำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๒๒ ส่วน ในปี ๒๕๖๖-๒๕๖๗ (๖ เดือน) ไม่พบผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะชักจากไข้สูงภายใน ๒๘ วัน

- บิดามารดา/ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กที่ชักจากไข้สูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง ในปี ๒๕๖๗ (๖ เดือน) จำนวน ๔๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๐ เป็นการประเมินหลังอธิบายเกี่ยวกับโรคและสาเหตุการเช็ดตัวลดไข้

- บิดามารดา/ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กที่ชักจากไข้สูงมีความพึงพอใจในบริการ ในปี ๒๕๖๗ (๖ เดือน) จำนวน ๔๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๖๕ เป็นการประเมินหลังอธิบายเกี่ยวกับโรคและสาเหตุการเช็ดตัวลดไข้

จึงพอสรุปได้ว่าการรักษาพยาบาลและการประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้นรวมถึงการให้คำแนะนำผู้ปกครองในการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น ตลอดจนผู้ปกครองมีความรู้ในการป้องกันการเจ็บป่วย หรือสามารถที่จะสังเกตอาการผิดปกติต่างๆของบุตรหลานได้ ทำให้มารับการตรวจรักษาได้รวดเร็วขึ้น ทำให้ลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีกทางหนึ่ง

เชิงคุณภาพ

๑. พยาบาลมีทักษะและความรู้เพิ่มมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะชักจากไข้สูง
๒. มีการปรับปรุงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะชักจากไข้สูงพร้อมทั้งทบทวนกระบวนการคุณภาพตามหลัก PDCA ทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะชักจากไข้สูงมีมาตรฐานที่ดียิ่งขึ้น
๓. มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนและครอบคลุม
๔. มีมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลที่มีความถูกต้อง และครอบคลุมในทุกด้าน
๕. ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองและญาติ ตั้งแต่แรกรับระหว่างการรักษา ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย
๖. พัฒนาศักยภาพความสามารถของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
๗. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพรักษาฟื้นฟู และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่อยู๋โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้
๘. ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ต่อหน่วยงานและองค์กร

เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็กภาวะชักจากไข้สูงที่ปฏิบัติได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ขณะนอนโรงพยาบาลมีมารดาเป็นคนเฝ้า แต่เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยจะอยู่กับยายเป็นหลักซึ่งยายอายุมากขณะนอนโรงพยาบาลไม่ได้มาเฝ้าผู้ป่วย การให้ความรู้ต่างๆการสอนเกี่ยวกับการดูแลเด็กเมื่อมีอาการชัก การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง จะต้องสอนมารดาของผู้ป่วยและมารดาต้องไปสอนยายอีกครั้งเมื่อกลับบ้าน

๘. ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังเรื่องไข้และเรื่องชักต่อเนื่องที่บ้านซึ่งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมารดาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาแต่กลับบ้านช่วงกลางวันผู้ป่วยต้องไปโรงเรียน มารดาไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ทำงานจะกลับมาเวลากลางคืน หลังจากผู้ป่วยกลับจากโรงเรียนจึงต้องอยู่กับยายมารดาจึงมีความกังวลและไม่มั่นใจว่าเมื่อผู้ป่วยมีไข้หรือมีอาการชักยายจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องหรือไม่ มารดาจึงปรึกษาเรื่องที่จะดูแลผู้ป่วยอยู่หลายครั้ง พยาบาลให้คำแนะนำกับมารดาโดยให้มารดาทบทวนวิธีการเช็ดตัวลดไข้และการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการชัก มารดาสามารถอธิบายและปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงให้ความมั่นใจว่ามารดาสามารถสอนยายให้ดูแลผู้ป่วยได้ พร้อมทั้งให้มารดานำคู่มือเกี่ยวกับ การเช็ดตัวลดไข้ การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการชักติดตัวขณะไปโรงเรียน ให้มารดาแจ้งครูที่โรงเรียนถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการชัก

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยเด็ก อาการเจ็บป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ร่วมกับปัญหาในการสื่อสารโดยเฉพาะในเด็กเล็ก ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเด็ก มีทักษะในการประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลง และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้สามารถนำมาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ เป็นผู้ที่ช่างสังเกต เอาใจใส่ต่ออาการแสดงต่างๆของเด็ก โดยไม่คิดว่าเป็นการกระทำเพื่อเรียกร้องความสนใจและเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยน

๒. การส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล การพัฒนาศักยภาพและการเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำโดยไม่มีเหตุอันควร ลดการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและเวลา

๓. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งปันประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเดียวกันหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันภายใต้การให้คำแนะนำของทีม

๔. จัดโครงการเสริมสร้างสุขภาพให้กับผู้ปกครองหรือญาติ เพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะไข้สูง ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

๕. จัดทำแผ่นพับ สื่อ VDO การสอน เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูงและการเช็ดตัวลดไข้ เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจง่ายและสามารถนำไปดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางปริยาภรณ์ ดอนสิงห์ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ปริยาภรณ์ ดอนสิงห์*

(นางปริยาภรณ์ ดอนสิงห์)

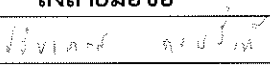
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 2 / ม.ค. / 2561

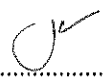
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑.ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางปรียาภรณ์ ดอนสิงห์	
๒.ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ(ถ้ามี).....	
๓.ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ(ถ้ามี).....	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางรุ่งนภา ชมเมือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 3 / มี.ค. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายทอง คำศรี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

(วันที่) 6 / มี.ค. / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- ๕ มี.ค. ๒๕๖๘

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ระดับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะชักจากไข้สูง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญในเด็กเล็กช่วงอายุ ๖ เดือนถึง ๕ ปี นอกจากจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันแล้ว ถ้าเด็กมีอาการชักซ้ำอีกก็อาจมีผลต่อเด็กในอนาคต คือ ทำให้สมองขาดออกซิเจน สมองและพัฒนาการผิดปกติได้ จำเป็นต้องให้การรักษาพยาบาลอย่างทันที่ทันที่ จากการศึกษา จะพบอุบัติการณ์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนชาย:หญิงเท่ากับ ๑.๒-๑.๔:๑ ซึ่งเด็กที่เคยชักจากไข้ สูงมาครั้งหนึ่งแล้ว ประมาณร้อยละ ๓๓ มีโอกาสชักซ้ำได้อีกเมื่อมีไข้สูง นอกจากภาวะชักจากไข้สูงทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังมีผลกระทบต่อผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรหลาน จากสถิติโรคที่พบบ่อยในหน่วยงาน ในปี ๒๕๖๕ -๒๕๖๗ (๖ เดือน) พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้สูงมาอนโรงพยาบาล จำนวน ๖๒ , ๗๐ และ ๔๖ รายตามลำดับ ถือว่าเป็นโรคที่พบบ่อยในหน่วยงาน และผู้ป่วยที่มีภาวะชักจากไข้สูงขณะมาอน ในโรงพยาบาล มีการชักซ้ำในหน่วยงาน จากสถิติปี ๒๕๖๕ -๒๕๖๗ (๖ เดือน) มีผู้ป่วยที่ชักซ้ำจำนวน ๕ , ๑ และ ๑ รายตามลำดับ ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีการชักซ้ำเนื่องจากผู้ปกครองไม่เห็นถึงความสำคัญของการเช็ดตัวลดไข้ และยังเช็ดตัวลดไข้ไม่ถูกวิธี บุคลากรในหน่วยงานยังสอนเกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ให้แก่ผู้ปกครองไม่เป็นแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้สื่อการสอนเรื่องภาวะชักจากไข้สูงในหน่วยงานยังมีจำนวนไม่มากพอที่จะสื่อกับผู้ปกครองให้เข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ เนื่องจากผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การให้ความรู้โดยใช้แผ่นพับและสื่อการสอนด้วย VDO เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้สูง การดูแลเด็กเมื่อมีอาการชักจากไข้สูง การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกวิธี และการเสริมพลังอำนาจ จะทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและมีความสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาชักซ้ำได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ทฤษฎีนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและบทบาทของครอบครัว โดยกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี” โดยทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองเท่าที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำ เพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เนื่องจากทฤษฎีนี้มีจุดเน้นสอดคล้องกับผู้ป่วยที่ศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้นำทฤษฎีนี้มาใช้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวโดยให้ผู้ปกครองและบุคคลในครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรหลานที่มีภาวะชักจากไข้สูง และกระตุ้นให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการเช็ดตัวเพื่อลดไข้ และการรับประทานยาลดไข้เมื่อผู้ป่วยมีไข้ เพื่อป้องกันการชักซ้ำ การให้ข้อมูลที่เหมาะสมโดยเฉพาะข้อมูลที่จัดทำเป็นคู่มือ เอกสารแผ่นพับ VDO สื่อการสอน ช่วยสร้างความมั่นใจและความเข้าใจในการปฏิบัติตัวทำให้ลดความกังวลให้กับผู้ป่วยและผู้ปกครอง อีกทั้งเป็นการช่วยลดระยะเวลาการอธิบายผู้ป่วยและผู้ปกครองอีกด้วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขั้นตอนการจัดทำสื่อการสอนเพื่อสอนการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง

๑. เสนอปัญหา เรื่องการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง ในที่ประชุมภายในหน่วยงาน เพื่อขออนุญาตจัดทำแผ่นพับและ VDO สื่อการสอน เพื่อสอนการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูงและการเช็ดตัวลดไข้

๒. การค้นคว้าและรวบรวมเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง เพื่อจัดทำแผ่นพับเพื่อให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง

๓. การจัดพิมพ์แผ่นพับและ VDO สื่อการสอน ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

๓.๑ ความรู้เรื่องภาวะชัก หมายถึง อาการชักที่เกิดในเด็กขณะที่มีไข้หรือมีอุณหภูมิร่างกายสูง โดย สาเหตุของไข้ไม่ได้มาจากการติดเชื้อของสมอง ส่วนใหญ่จะมีอาการชักเกิดขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรก ที่เริ่มมีไข้

๓.๒ สาเหตุของภาวะชัก ซึ่งมีหลายสาเหตุ ได้แก่ ภาวะไข้ ความผิดปกติสมดุกลเนื้อร้าย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดเชื้อในระบบต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หูชั้นกลาง อักเสบ ภาวะแพ้ยาหรือแพ้สารเคมี หรืออาจเกิดภายหลังจากการให้วัคซีนคางทูม หัด หัดเยอรมัน เป็นต้น

๓.๓ ลักษณะของอาการชัก มีหลายลักษณะ เช่น เกร็ง กระตุก ตาลอย ส่วนใหญ่จะไม่สามารถควบคุม การขยับถ่าย ปัสสาวะหรืออุจจาระได้ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป หมดสติ เป็นต้น

๓.๔ การปฏิบัติตัวเมื่อเด็กมีไข้ วิธีการเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกต้อง โดยใช้ผ้าเช็ดตัวชุบน้ำบิดพอหมาด เช็ดหน้า แขน ขา ลำตัว โดยเช็ดเข้าหาหัวใจ ใช้เวลาประมาณ ๑๕-๓๐ นาที ร่วมกับการรับประทานยาลดไข้ทุก ๔-๖ ชั่วโมง กระตุ้นให้เด็กรับประทานน้ำ นม อย่างเพียงพอ และรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

๓.๕ การปฏิบัติตัวเมื่อเด็กมีอาการชัก โดยจัดทำนอนที่ปลอดภัยจากการชัก ห้ามสอดใส่อุปกรณ์ใดๆเข้าปาก และเช็ดตัวลดไข้ร่วมด้วย

๓.๖ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๓.๗ นำแผ่นพับความรู้ที่ได้ทำขึ้นไปใช้เป็นสื่อในการสอน

๓.๘ ประเมินผลหลังให้ความรู้การดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง กับผู้ปกครอง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๒. ผู้ปกครองสามารถเผยแพร่ความรู้เชิงป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักซ้ำจากไข้สูงได้ถูกต้อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการชักซ้ำของเด็กที่มีไข้สูงขณะนอนโรงพยาบาล เท่ากับ ๐

๒. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะชักจากไข้สูงภายใน ๒๘ วัน เท่ากับ ๐

๓. บิดามารดา/ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กที่ชักจากไข้สูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาล การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง > ๘๕%

๔. บิดามารดา/ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กที่ชักจากไข้สูงมีความพึงพอใจในบริการ > ๘๕%

(ลงชื่อ) /นางสาว..... ลงชื่อ.....

(นางปริยาภรณ์ ตอนสิงห์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)...../...../...../2564

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่กรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓.ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ร้อยตรี สมนึก มงคลศิริ
(.....)
(สมนึก มงคลศิริ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

(ตำแหน่ง).....

(วันที่)..... 14/3/2556