

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 23 สิงหาคม 2566

รวมระยะเวลาการดูแล 6 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อที่มีุงกลายเป็นพาหะนำโรค โดยทั่วไปมักจะระบาดในช่วงฤดูฝนในประเทศไทยเริ่มมีการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ.2501 มีรายงานผู้ป่วย 2,158 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 8.8 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราตาย 13.90 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ ลักษณะการดำเนินของโรคคือไข้สูง มีอาการเลือดออกและอาจเกิดภาวะช็อกทำให้เสียชีวิตได้โรคไข้เลือดออกจัดเป็นภาวะฉุกเฉิน⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีภาวะรูสดีดี พุดรู้เรื่องอาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีภาวะปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก⁽³⁾ ปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการรักษาไข้เลือดออกโดยเฉพาะ การรักษาโดยทั่วไปจึงเป็นการรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งจะได้ผลดีถ้าได้รับการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาวิกฤตประมาณ 24-48 ชั่วโมงที่มีการรั่วของพลาสมา จึงต้องได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเพื่อแก้ไขอาการผิดปกติอย่างทันที่

จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ในปี 2563 - 2566 จำนวน 2 ราย, 0 ราย, 0 ราย, 0 ราย⁽⁴⁾ ตามลำดับ จากสถานการณ์การเสียชีวิตดังกล่าวเพื่อป้องกัน การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวก่อนวัยอันสมควร ลดการเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและลดผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลและประเมินซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะวิกฤต ที่มีภาวะช็อกพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออก พยาธิสรีรวิทยา การดำเนินของโรค ทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับต่อเนื่องตามระยะของโรคอย่างใกล้ชิด ครอบครัวมีประสิทธิภาพ ทำให้บรรลุเป้าหมาย จึงได้จัดทำเอกสารวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ที่มีภาวะช็อก เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และพยาบาลหอผู้ป่วยที่ดูแลเด็กป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้ใช้ประโยชน์ในการดูแล ผู้เด็กโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

โรคไข้เลือดออก : ความหมายของโรค⁽⁵⁾

ไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีมียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อสู่คนอื่นได้โดยยุงตัวเมียที่ดูดเลือดจากผู้ติดเชื้อไข้เลือดออกจะทำให้มีการติดเชื้อในทางเดินอาหารของยุงตัวนั้น ต่อมา 8-10 วัน ไวรัสจะแพร่ไปยังส่วนต่างๆของตัวยุงรวมถึงในน้ำลายของยุงเมื่อยุงมีเชื้อไปกัดคนใหม่ก็จะเข้าวงจรตามธรรมชาติของการเกิดโรค ระยะฟักตัวของโรค 3-14 วัน ส่วนใหญ่ 4-7 วัน มี 4 ซีโรไทป์ คือ DEN1, DEN2, DEN3, DEN4 เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดหนึ่งจะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดนั้นตลอดไป⁽⁶⁾

พยาธิสรีรวิทยา⁽⁵⁾ เมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเดงกี เชื้อไวรัสจะแบ่งตัวและเพิ่มจำนวนมากขึ้นในเซลล์โมโนไซต์(monocytes) และแมคโครฟาจ(macrophages) เมื่อเซลล์โมโนไซต์ตายลง จะมีสารบางอย่างถูกปล่อยออกมาซึ่งมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยไม่สามารถเก็บน้ำและโปรตีนได้ตามปกติและยังมีการเปลี่ยนแปลงของแมสต์เซลล์(mast cell) มีการหลั่งสารฮีสตามีน(histamine) ทำให้การซึมผ่านของสารน้ำผ่านผนังหลอดเลือดฝอยเพิ่มขึ้นสารน้ำที่ซึมผ่านออกนอกหลอดเลือดเหล่านี้จะไปอยู่ตามอวัยวะต่างๆของร่างกายซึ่งส่วนใหญ่อยู่ช่องท้องและเยื่อหุ้มปอด ปริมาณพลาสมาในร่างกายลดลง ปริมาณเม็ดเลือดแดงเข้มข้นขึ้น และยังมีการกระตุ้นคอมพลีเมนต์(complement) ร่วมกับเซลล์โมโนไซต์ที่มีไวรัสปล่อยสารโมโนไคน์(monokines)และ thromboplastin มีผลต่อการกลไกการแข็งตัวของเลือดทำให้เกิดเลือดถูกใช้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงมีเกล็ดเลือดลดลงและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (disseminated intravascular coagulation: DIC) ในระยะช็อกได้

อาการทางคลินิก⁽⁷⁾

1. Dengue fever (DF) มีอาการไข้เกิดขึ้นเฉียบพลันร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ข้อ จากอาการปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ/ปวดกระดูก มีผื่น อาการ เลือดออก (มีจุดเลือดออกที่ ผิวน้ำ petechiae, เลือดกำเดา) การทดสอบความเปราะบางของเส้นเลือดได้ผลบวก (tourniquet test) ร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว $\leq 5,000$ เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร มีค่าความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น 5-10%
2. Dengue hemorrhagic fever (DHF) มีไข้เกิดขึ้นเฉียบพลันและ สูงลอย 2-7 วัน มีอาการเลือดออกอย่างน้อย Positive tourniquet test หรืออาการเลือดออกอื่นๆร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ คือ จำนวนเกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร มีหลักฐานการรั่วของพลาสมาดูจากมีการเพิ่มขึ้นของค่าความเข้มข้นของเลือด $\geq 20\%$ เมื่อเทียบกับค่าความเข้มข้นของเลือดเดิม
3. Dengue Shock Syndrome (DSS) ผู้ป่วย DHF ที่มีภาวะช็อก พบอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการ คือ มีอาการซีพจรเบาเร็ว ความดันซีพจรแคบ (pulse press) ≤ 20 มิลลิเมตรปรอท ระยะการคืนกลับของเลือด ในหลอดเลือดฝอย(Capillary refill time) ≥ 2 วินาที หรือมีอาการกระสับกระส่าย

การดำเนินของโรค⁽⁷⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1.ระยะไข้ (Acute febrile stage) มีไข้สูงลอย 2-7 วัน มักมีอาการปวดกล้ามเนื้อ บางรายมีหน้าแดง (flushed face) อาจมีจุดเลือดออกหรือมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular บางรายมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาจมีปวดท้องหรือมีตับโตโดยเฉพาะช่วงท้ายของระยะไข้

2.ระยะวิกฤต(critical stage) เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมาโดยการรั่วของพลาสมาประมาณ 24-48 ชั่วโมง ในช่วงปลายระยะไข้จนถึงระยะไข้ลด ผู้ป่วยบางรายจะมีระบบการไหลเวียนล้มเหลว/ภาวะช็อก ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆกับการมีไข้ลดลงอย่าง

3.ระยะฟื้นตัว (convalescent stage) เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมีอาการขึ้นตัวอย่างรวดเร็วในเวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ตรวจพบความดันโลหิตปกติ ชีพจรเต้นช้าลงและแรงขึ้น ค่า hematocrit ลดลงคงที่ อาจตรวจพบผื่น(convalescent rash) ที่มีลักษณะเป็นวงกลมเล็กๆสีขาวท่ามกลางผื่นสีแดงและมีอาการคัน

การวินิจฉัยโรค⁽⁷⁾ องค์การอนามัยโลกได้เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยไข้เลือดออก ดังนี้

- 1.ไข้เฉียบพลันและสูงลอยนาน 2-7 วัน
- 2.ผลการตรวจ Tourniquet test ได้ผลบวกร่วมกับอาการเลือดออก
- 3.เกล็ดเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100,000เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
- 4.เม็ดเลือดขาวต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
- 5.พบการรั่วของพลาสมา เช่น เลือดเข้มข้น(hemoconcentration)ทำให้ค่า hematocrit มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ของปกติ ระดับโปรตีน/อัลบูมินในเลือดต่ำ มีการคั่งของน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด และเยื่อช่องท้อง

โรคไข้เลือดออกแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ

Grade I ไม่มีภาวะช็อก ตรวจพบผล Tourniquet test ได้บวก มีการรั่วของพลาสมา

Grade II ไม่มีภาวะช็อก แต่มีภาวะเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว เลือดกำเดาหรืออาเจียน/ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/สีดำ

Grade III มีภาวะช็อก โดยมีชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ หรือความดันโลหิตต่ำหรือมีตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย

Grade IV มีภาวะช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิตไม่ได้ จับชีพจรไม่ได้ (profound shock)

**หมายเหตุ : grade I และ grade II แตกต่างจากโรคอื่นๆตรงที่มีการรั่วของพลาสมาพร้อมกับจำนวนเกล็ดเลือดที่มีค่า $\leq 100,000$ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ส่วนระดับความรุนแรง grade III และ grade IV ถือว่าเป็น Dengue Shock Syndrome (DSS)

การรักษา⁽⁵⁾ ให้การรักษาตามอาการและประคับประคองตามระยะของโรค ดังนี้

1. ระยะไข้ ให้ยาลดไข้ ห้ามให้ยาแอสไพริน ให้จิบน้ำเกลือแร่ครั้งละน้อยๆแต่บ่อยๆ ถ้ายังพอดื่มน้ำได้ ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำไม่จำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2. ระยะวิกฤต ให้สารน้ำทดแทนแก่ผู้ป่วยจากการสูญเสียน้ำพลาสมาของระบบไหลเวียน ในรายที่ไม่มีภาวะช็อก hematocrit เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 พิจารณาให้ 5% D/NSS หรือเพิ่ม 5% Ringer acetate ประมาณเท่ากับ maintenance + 5% deficit โดยพิจารณาปริมาณของสารน้ำตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งดูจาก hematocrit สัญญาณชีพและปริมาณของปัสสาวะ (urine output >0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง) และดูค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะปรับลดอัตราการไหลและปริมาณของสารน้ำทางหลอดเลือดดำพิจารณาตาม hematocrit ตลอดเวลา 24-48 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหรือเลือดออกให้การรักษาด้วยสารน้ำ พลาสมา หรือสาร colloid (Dextran-40) ให้สารน้ำเป็น isotonic salt solution เช่น 5%D/R Acetate 10 ml/kg/hr. ในรายที่ช็อกหรือให้ 0.9% NSS 10-20 ml/kg เป็น bonus ในรายที่เป็น profound shock

3. ระยะฟื้นตัว เมื่อน้ำและโปรตีนกลับคืนหลอดเลือดปรับลดอัตราของสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามอัตราของการรั่วของพลาสมา ถ้าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและค่า hematocrit อยู่ในระดับปกติหยุดการให้สารน้ำ

การพยาบาล⁽⁸⁾

1. การประเมินด้านร่างกาย

1.1 การแยกแยะและคัดกรองเด็กป่วยและเด็กที่มีภาวะเสี่ยงให้ได้โดยเร็วดังนี้

1.1.1 การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติการป่วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชน สมาชิกในครอบครัว สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย แหล่งน้ำขัง ประวัติการรับการรักษาก่อนหน้านี้และผลการตอบสนองต่อการรักษา ประวัติอาการและอาการแสดง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อ่อนเพลีย

1.1.2 การตรวจร่างกาย หากตรวจในระยะไข้ จะพบไข้สูงลอย 38.9-40.6 องศาเซลเซียส อาจตรวจพบเยื่อปอดแดง คออักเสบ ต่อมทอนซิลโต ตับโตมากกว่า 2 เซนติเมตร พบผื่นตามร่างกาย ประมาณวันที่ 2-6 ของการติดเชื้อ ผื่นจะเริ่มขึ้นจากบริเวณทรวงอก กระจายไปใบหน้าและลำตัว เมื่อสิ้นสุดระยะไข้อุณหภูมิร่างกาย จะลดลงสู่ระดับปกติแต่อาจพบจุดเลือดออกขึ้นตามร่างกาย โดยในระยะไข้เมื่อทดสอบด้วยTourniquet test จะให้ผลบวก การทดสอบใช้ขนาด cuff 2/3 ของแขน (วัดจากต้นแขนบริเวณหัวไหล่ถึงข้อศอก) โดยบีบ cuff ให้ระดับความดันเท่ากับผลรวมค่า systolic และ diastolic หาร 2 รัศมีไว้ 5 นาที คลาย cuff รอ 1 นาที แล้วนับจุดเลือดออกในพื้นที่ 1 ตารางนิ้ว ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 10 จุดหมายถึงให้ผลเป็นบวก ควรระวังการแปลผลลงโดยเฉพาะในวันที่ 1-2 ของระยะไข้จะไวต่อการแปลผล (sensitivity) ในระยะไข้วันที่ 1,2,3 เท่ากับร้อยละ 53, 91 และ 99 ตามลำดับ แต่มีความเฉพาะเจาะจง (specificity) ในวันที่ 1 และ 2 ของระยะไข้ เท่ากับร้อยละ 76 และ 74 ดังนั้น การทำ Tourniquet test ควรทำวันที่ 2-3 ของระยะไข้

1.1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อตรวจ complete blood count พบเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลล์ต่ำลงแต่เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะชนิด atypical lymphocyte ร้อยละ 54 ของผู้ป่วยมีค่าเอนไซม์ในตับเพิ่มสูงขึ้น ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดต่ำลง (Thrombo-cytopenia) โดยพบค่า platelet counts น้อยกว่า 100,000 ต่อไมโครลิตร

2. การติดตามประเมินภาวะช็อกและการป้องกันภาวะช็อกดังนี้

2.1 จากการประเมินอาการและอาการแสดงในระยะช็อกพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่ระยะช็อก โดยการประเมินการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะช็อกเช่น สัญญาณชีพที่ผิดปกติไป การลดลงของอุณหภูมิร่างกาย การเต้นของชีพจรที่เร็วขึ้นแต่เบาลง การลดลงของ Pulse pressure ที่น้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill นานกว่าปกติ 2 วินาที ระดับการรับรู้สติที่เปลี่ยนแปลงไป รอบท้องที่เพิ่มขึ้น ตับโต การมี เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ตลอดจนการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะ Hematocrit และความเข้มข้นของปัสสาวะ เพื่อสามารถรายงานอาการผิดปกติได้อย่างทันท่วงที และผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันหรือแก้ไขภาวะช็อกดังนี้

3.1 ดูแลให้ได้รับการทดแทนสารน้ำจากการสูญเสีย น้ำ พลาสมาของระบบไหลเวียน โดยการให้สารน้ำเลือด หรือพลาสมาต้องผ่านเครื่องควบคุมปริมาณการไหล เพื่อให้ได้รับอย่างเพียงพอทันเวลา และป้องกันการได้รับเกินความต้องการ หากการให้สารน้ำมากเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกินได้ สิ่งบ่งชี้ถึงภาวะน้ำเกินในระยะที่มีการรั่วของพลาสมา คือ ความดันโลหิตสูง ชีพจรเร็ว ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลงหายใจเหนื่อยหอบ ท้องอืดบวม ตาบวม

3.2 การดูแลเมื่อมีเลือดออก การเกิดเลือดออกภายนอกได้แก่ มีเลือดกำเดาให้ผู้ป่วยนั่งก้มหน้า บีบจมูกไว้ประมาณ 5-10 นาทีปล่อยแล้วทำซ้ำจนกระทั่งหายใจทางปากร่วมกับการประคบเย็น บริเวณหน้าผาก อาเจียนเป็นเลือดถ่ายเป็นเลือดให้รายงานแพทย์ทราบแพทย์อาจให้ยาลดการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร เช่น Ranitidine ถ้ามีเลือดออกเกินร้อยละ 10 ของเลือดทั้งหมดในร่างกายต้องให้เลือดเกล็ดเลือดตามอาการ ที่สูญเสียการมีประจำเดือนมากพิจารณาให้ยา Primolut-N เพื่อหยุดประจำเดือนในกรณีเกิดเลือดออกภายในไม่สามารถมองเห็นได้ต้องอาศัยการประเมินจากสัญญาณชีพโดยการสังเกตอาการจะพบว่าภายหลังได้รับสารน้ำชดเชยทางหลอดเลือดแล้วอาการไม่ดีขึ้น ชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ หรือความดันโลหิตต่ำลง ระดับรูสติลดลง หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าซีดเขียว ตัวเย็น O₂Sat < 95% Hematocrit ลดลง การพยาบาลต้องรายงานแพทย์ทราบเพื่อการพิจารณาเจาะเลือด Blood Grouping และ Cross matching จองเลือดและให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา งดอาหารที่มีสีน้ำตาล เพื่อป้องกันการประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารคลาดเคลื่อน

3.3 ตรวจติดตามสัญญาณชีพ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hematocrit และความถ่วงจำเพาะของน้ำปัสสาวะเป็นระยะเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อกหรือภาวะน้ำเกิน ด้วยการประเมินสัญญาณชีพ ทุก 10-15 นาที ถ้าอาการเลวลง และห่างขึ้น ทุก 2-4 ชั่วโมงเมื่ออาการดีขึ้น ตรวจ Capillary filling time ประเมินปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายโดยเฉพาะปัสสาวะ หากอาการไม่ดีขึ้นประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความเพียงพอ ของปริมาณน้ำในหลอดเลือด โดยควรมีปริมาณปัสสาวะอย่างน้อย 0.5-1 ml/kg/hr. ติดตามค่า ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะควรมีค่า อยู่ระหว่าง 1.005-1.030 ตรวจหาค่า Hematocrit วันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่า เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

4. การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะฟื้นตัวในกรณีการรับเด็กป่วยไข้เลือดออกเดงกีช็อกไว้รักษา ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ควรดูแลระยะต้นแล้วส่งต่อไปสู่โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถที่ดีกว่า ระหว่างการส่งต่อต้องติดตามอาการช็อกเป็นระยะ โดยการประเมินค่าสัญญาณชีพ ชดเชยสารน้ำตาม แผนการรักษาพร้อมประสานงานข้อมูลอาการ ความรุนแรงของโรคการดูแลรักษาที่ได้รับกับโรงพยาบาลที่ รับย้ายเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพ้นระยะช็อกผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นตัวพลาสมาหยุดรั่ว ออกนอกหลอดเลือด การดูแลที่จำเป็นคือการป้องกันได้รับสารน้ำเกิน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการ ความดันโลหิต เพิ่มขึ้น pulse pressure กว้างกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว หายใจลำบาก ฟังปอดพบ เสียงผิดปกติ เช่น Crepitation บวมโดยเฉพาะบริเวณหนังตา ท้องอืดแน่น กระสับประส่ายพยาบาลต้อง ติดตามสัญญาณชีพต่อไปอีกระยะหนึ่งจนกว่าจะพบค่าปกติ ตรวจ Hematocrit พบค่าลดลง บันทึก จำนวนปัสสาวะพบว่าปัสสาวะออกเพิ่ม อาการทั่วไปดีขึ้นเริ่มมีความอยากอาหาร สามารถให้เด็กป่วย รับประทานอาหารได้ตามความต้องการ ผื่นคันไม่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ไม่นานจะหายไป ถ้ามีอาการคันต็ด เล็บเด็กป่วยให้สั้นและหมั่นล้างมือ อาจได้รับยาantihistamine ลดอาการคัน

5. การป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกดังนี้

5.1 การให้ความรู้หลังจากการเจ็บป่วยเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคไข้เลือดออกเดงกี เนื่องจากไวรัสก่อโรคมียังถึง 4 สายพันธุ์ การป้องกันยุงกัด และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชนด้วยการ กำจัดแหล่งน้ำสะอาดขังหรือเปลี่ยนน้ำใหม่ทุก 7 วัน

5.2 การป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในเด็ก ปัจจุบันได้มีการนำวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกมา ใช้ในประเทศไทยชื่อว่า DENGVASIA เป็นวัคซีนเชื้อเป็นที่ทำให้ อ่อนฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อไข้เลือดออกทั้ง 4 สายพันธุ์ วิธีการใช้ให้ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังปริมาณ 0.5 ml จำนวน 3 เข็ม ห่างกัน 6 เดือนในแต่ละเข็ม โดยใช้ฉีดในช่วงอายุ 9-45 ปี

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

เด็กหญิงไทยอายุ 8 ปี 4 เดือน รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนวันที่ 18 สิงหาคม 2566 เวลา 10.10 น. มาด้วยอาเจียนมีเศษเลือดปนอาหาร อ่อนเพลียมาก ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัย โรคเป็น Dengue shock syndrome แรกรับที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เข้าสู่ระยะวิกฤตของโรค ระดับความรู้สึกตัวปกติ อ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำและเศษอาหาร 2 ครั้ง บ่นปวดท้อง อุณหภูมิกาย 37.9 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ด้วยความนุ่มนวล อุณหภูมิกายลดลง เหลือ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 97/62 มิลลิเมตรปรอท ให้ 5% D/NSS 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ 80 ml /hr. ควบคุมการไหลผ่านเข้าเครื่อง ควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ, omeprazole 20 mg IV และ ondansetron 3.5 mg IV อาการคลื่นไส้ลดลงไม่อาเจียน อาการปวดท้องทุเลาจนนอนพักได้ เวลา 12.00 น. ติดตามค่า Hematocrit เท่ากับ 45% เกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ 27,000 cell/mm³ แนะนำงดอาหารสีด้าสีแดง งดแปรงฟัน บ้วนปากบ่อยๆ ไม่พบอาการเลือดออก อุณหภูมิกาย 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท capillary refill เท่ากับ 2 วินาที ปรับอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/NSS 100 ml /hr. นาน 2 ชั่วโมง เวลา 14.00 น. ติดตามค่า Hematocrit เท่ากับ 44% ระหว่างสังเกตอาการ เวลา 16.21 น. พบว่ามีอาการปวดท้องมากขึ้น ปลายมือ ปลายเท้าเย็น กระสับกระส่าย บ่นหายใจไม่อิ่ม ค่า Hematocrit สูงมากเท่ากับ 48 % อุณหภูมิกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 124 ครั้ง/นาที เบาเร็ว ไม่ชัดเจน อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/70 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure แคบ capillary refill เท่ากับ 3 วินาที Oxygen saturation 95% ดูแลให้ Oxygen cannula 3 lit/min จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา รายงานแพทย์ ทันทีดูแลให้ 0.9% NSS 250 ml drip in 1hr. ติดตามสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนครบ 1 ชั่วโมง เวลา 17.21 น. ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ อุณหภูมิกาย 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นช้าลง 90 ครั้ง/นาที ฟังได้ ชัดเจน อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98% ความดันโลหิต 115/86 มิลลิเมตรปรอท capillary refill < 2 วินาที ปัสสาวะสีเหลืองฟางออกจำนวน 810 ml/ 6 hrs. ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ 1.010 ค่า Hematocrit เท่ากับ 45% ไม่พบอาการซีดลง พุดจาสับสน กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว เหงื่อออก ปลายมือปลายเท้าเย็นหรือหายใจหอบเหนื่อย Pulse pressure > 20 เวลา 18.00 น. ปรับอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/NSS 125 ml /hr. capillary refill < 2 วินาที ติดตามค่า Hematocrit อยู่ในระหว่าง 42 -43 % อุณหภูมิกาย 37-37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 90- 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24-28 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98-100 % ความดันโลหิต 100/60- 110/70 มิลลิเมตรปรอท capillary refill < 2 วินาที ปัสสาวะสีเหลืองฟางออกจำนวน 350-810 ml/ 8 hrs. ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ 1.000-1.010 เวลา 20.00 น.

ปรับลดอัตรา การไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5% D/NSS 100 ml /hr. วันที่ 19 สิงหาคม 2566 เวลา 04.30 น. ปรับลดอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5% D/NSS 75 ml /hr. เวลา 09.20 น. 5% D/NSS 50 ml /hr. เวลา 12.00 น. ปรับลดอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/NSS 25 ml /hr. เวลา 18.00 น. เริ่มดื่ม น้ำและรับประทานอาหารได้ 1/2 ถาดต่อมือ ไม่พบภาวะเลือดออกทั้ง Internal- External Bleeding มีอาการคันที่แขนขา แสดงถึงการเข้าสู่ระยะพักฟื้น ค่า Hematocrit เท่ากับ 38% อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98-100 % ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 860 ml/8hr. หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หยุดการติดตามค่า Hematocrit ให้ยา Calamine lotion ทาผื่น แนะนำให้ตัดเล็บให้สั้นไม่ควรเกาให้ใช้วิธีการลูบเบาๆแทน เพื่อป้องกันผิวหนังถลอกและเกิดการติดเชื้อ อาการคันทุเลาลง ฟังเสียงปอด decrease breath sound Right lung ติดตามการหายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 24-28 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98-100 % วันที่ 20 สิงหาคม 2566 เวลา 09.10 น. พบเปลือกตา 2 ข้างบวมเล็กน้อย ท้องไม่อืด ส่ง Chest X-ray พบ bilateral pleural effusion ดูแลจัดท่านอนให้ศีรษะสูง 45 องศา ติดตามอัตรา การหายใจไม่พบอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98-100% ปัสสาวะออก 400-1,200 ml/8hr. ฟังเสียงปอด decrease breath sound ดีขึ้น เวลา 12.00 น. หยุดการให้ Oxygen วันที่ 21 สิงหาคม 2566 สีหน้าสดชื่น ริมฝีปากไม่แห้งแตก ชุ่มชื้นดี รับประทานอาหาร 1/2 ถาด ต่อมือ เปลือกตาบวมเล็กน้อย ท้องไม่อืด ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่พบอาการเลือดออก อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 82-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98 % ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 400-1,000ml/8hr. ค่า Hematocrit 37% เกล็ดเลือด 114,000 cell/mm³ วันที่ 22 สิงหาคม 2566 เปลือกตาบวมเล็กน้อย ท้องไม่อืด ไม่ปวดท้อง ไม่พบอาการเลือดออก อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 82-100 ครั้ง/นาที หายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98 % ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 23 สิงหาคม 2566 สีหน้าสดชื่น ริมฝีปากชุ่มชื้น เปลือกตาไม่บวม ท้องไม่อืด อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที Oxygen saturation 98 % ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบอาการเลือดออก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมวันที่นอนโรงพยาบาล 6 วัน รวมวันที่อยู่ในความดูแล 6 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1.ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
- 2.เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่ยากและซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกซ้อกกรายนี้ ถ้าไม่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ประเมินและการประเมินซ้ำอย่างทันท่วงที แก่ไข้ดูแลให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็วแล้วภาวะซ้อกจะอยู่นาน การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้อวัยวะสำคัญสูญเสียหน้าที่และอาจทำให้เสียชีวิต
- 3.ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วยและแผนการดูแลรักษาของแพทย์
- 4.ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
- 5.ปรึกษาพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกและกุมารแพทย์ผู้รักษา
- 6.นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
- 7.วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
- 8.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
- 9.สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
- 10.จัดทำเป็นเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้อง
- 11.เผยแพร่ผลงานในวารสาร OPEN ACCESS สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว:
www.sko.moph .go.th/research/ โดยใช้รหัสการเผยแพร่ที่ 10/11/2566 เผยแพร่: 10 พฤศจิกายน 2566. 1-21.

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะซ้อก ให้ได้รับความปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อนป้องกันการเสียชีวิต

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะซ้อก จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในการดูแลตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม 2566 เวลา 10.10 น.ถึงวันที่ 23 สิงหาคม 2566 เวลา 15.00 น.รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 6 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะซ้อก ได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามระยะของโรคอย่างใกล้ชิด ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ ติดตามอาการและอาการแสดง รวมถึงสัญญาณชีพจนได้รับความปลอดภัย ทำให้บรรลุเป้าหมาย แก่ไข้ภาวะซ้อกพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำและข้อมูลต่างๆ ได้รับการดูแลทางด้านจิตใจเพื่อคลายความวิตกกังวลจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยความปลอดภัย

6.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กใช้เลือดออกได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กใช้เลือดออกที่มีภาวะซ็อก และประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กใช้เลือดออกที่มีภาวะวิกฤต ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

7.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเด็กใช้เลือดออกอยู่ในภาวะวิกฤตที่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว พยาบาลผู้ดูแล ต้องมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการประเมิน และมีการตัดสินใจที่รวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม รายงานอาการให้ทัน่วงทีเพื่อแก้ไขภาวะซ็อกด้วยความรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยจากระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดผ่านพื้นระยะวิกฤต

8.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1.ผู้ป่วยเด็กรับไว้ในระยะวิกฤต มีความไม่สุขสบาย จากการเจ็บป่วยทำให้พูดน้อยมีความยุ่งยากในการซักประวัติ ต้องสอบถามข้อมูลหรือซักประวัติจากญาติ

2.ผู้ป่วยเด็กอยู่ในภาวะวิกฤตทำให้อาการมีความวิตกกังวลสูง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาในระยะแรกจึงต้องสร้างสัมพันธภาพให้ไว้วางใจ โดยพูดคุยดูแลใกล้ชิด พร้อมให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ญาติด้วยทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสร้างความร่วมมือในการดูแลให้พื้นระยะวิกฤตจนปลอดภัย

9. ข้อเสนอแนะ

1.จากการศึกษาผู้ป่วยใช้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการประเมินที่ถูกต้อง รวดเร็วตามระยะของโรค มีระบบการปรึกษาแผนการรักษาและระบบการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน รับไว้รักษาต่อยุทธศาสตร์แพทย์และทีมการดูแลที่มีประสบการณ์ทำให้ผ่านระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย

2.การให้คำแนะนำและข้อมูลต่างๆด้วยทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติเนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีความยุ่งยากในการดูแล

3.พัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในทีมงานอยู่เสมอ พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถ ของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการแพทย์มาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนมีการฝึกฝนด้วยการจำลองสถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยกุมารเวชกรรมได้ทัน่วงที

10. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานในวารสาร OPEN ACCESS สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว :
www.sko.moph.go.th/research/ โดยใช้รหัสการเผยแพร่ที่ 10/11/2566 เผยแพร่: 10 พฤศจิกายน
2566. 1-21.

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวเสาวณี คำคุณ ผู้เสนอมีส่วนส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....เสาวณี คำคุณ.....

(นางสาวเสาวณี คำคุณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่)..... 22 / ธันวาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเสาวณี คำคุณ	เสาวณี คำคุณ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางพิมรภัทร เพ็ชรพะเนา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

(วันที่) 25 / 5 / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

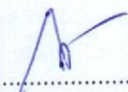
(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ด่านปริดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 26 / 5 / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 27 / 5 / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ลงชื่อ) 

(นายธราพงษ์ กัปโป)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(ตำแหน่ง)

(วันที่) 9 ก.พ. 2567

แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุง (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน
2. หลักการและเหตุผล

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในและต่างประเทศ จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 415 ล้านคนในปี 2558 และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 642 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 3-5 และเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 95 สำหรับประเทศไทย ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน 3.5 ล้านคน โดย 1.1 ล้านคน ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน และคาดว่าในปี 2578 จะมีคนเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นสูงถึง 4.6 ล้านคน โดยแต่ละวันจะมีคนไทยมากกว่า 180 คน ที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน สำหรับโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น พบอุบัติการณ์ที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes) ซึ่งร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ หรือสร้างได้แต่ไม่เพียงพอ ต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลินเท่านั้น⁽¹⁾ สาเหตุเกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินเนื่องจากเบตาเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจึงต้องได้รับอินซูลินทดแทนตลอดชีวิตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด⁽²⁾ ซึ่งแตกต่างจากเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes) ที่ร่างกายสามารถสร้างอินซูลินได้ แต่เซลล์ต่างๆ ของร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินมักพบร่วมกับโรคอ้วนหรือภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มว่าเด็กและวัยรุ่นจะพบเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นจากปัญหาภาวะโภชนาการเกินและขาดการออกกำลังกาย⁽¹⁾

โรคเบาหวานในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเฉียบพลันจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป และในระยะยาวหากไม่สามารถดูแลตนเองตามแนวทางการรักษาได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติ ต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ ตา ไต หัวใจ หลอดเลือด รวมถึงระบบประสาท⁽¹⁾

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในปี 2564- 2566 มีผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาจำนวน 1,115 ราย, 1,251 ราย, และ 2,072 ราย จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes) จำนวน 7 ราย, 7 ราย, 12 ราย⁽³⁾ ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้น มีสถิติวันนอนรักษา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes) เฉลี่ย 7 วัน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมพบว่ามีความยุ่งยากซับซ้อน จากปัญหาที่เด็กและผู้ดูแลหลักต้องมารับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานซึ่งรักษาไม่หายขาด โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 1

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ซึ่งต้องรักษาโดยการฉีดยาอินซูลินตลอดชีวิต ส่งผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลทั้งต่อผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลหลัก อีกทั้งขบวนการดูแลรักษาที่ต้องเตรียมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการดูแลรักษา ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดยาอินซูลินตลอดชีวิต⁽²⁾ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม หมวดยาอาหารแลกเปลี่ยนซึ่งจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เฉียบพลันจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงผิดปกติ รวมทั้งการฝึกทักษะในการดูแลตนเองในเรื่องการเจาะเลือด การฉีดยาด้วยตนเองหรือผู้ดูแลหลัก การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น เครื่องตรวจเลือด โดยเป้าหมายในการรักษาเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานและผู้ดูแลหลักได้รับความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างเพียงพอ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

จากการทบทวนปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีทั้งเด็กที่อายุน้อยไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องอาศัยผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งขาดความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยเด็กเบาหวานในวัยรุ่นเป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เริ่มเข้าใจถึงเหตุและผลและนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง⁽²⁾ เมื่อวิเคราะห์และทบทวนปัญหาพบว่า การให้ความรู้หรือคำแนะนำยังไม่ครอบคลุมทุกปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ปฏิบัติยังเข้าใจไม่ตรงกันและปฏิบัติหลากหลายรูปแบบตามความเข้าใจ อาจเนื่องมาจากการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนหรือการวางแผนจำหน่ายทำโดยพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยใกล้จำหน่ายกลับบ้าน การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะให้ความรู้ในขณะนั้น ในเรื่อง การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การใช้ยา การมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเป็นการให้ความรู้ในผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก ไม่สามารถจดจำได้หมด

ดังนั้นผู้ขอประเมิน จึงมีแนวคิดจัดทำเรื่องการพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน เนื่องจากการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จำเป็นต้องมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้สามารถดูแลตนเองต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้านได้ โดยเลือกกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ โดยยึดหลักกรอบแนวคิดดังนี้ D: Disease เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับโรคเบาหวานในเด็กถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเองและแก้ไข ปัญหาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำผิดปกติ เพื่อมิให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้นจนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ M: Medication การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับความรู้

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ(ต่อ)

เกี่ยวกับยาของตนเองอย่างละเอียดโดยประสานเภสัชกรในการร่วมสอนให้ความรู้เรื่องการใช้อยาเบาหวานในผู้ป่วยแต่ละราย ข้อควรระวังในการใช้ยา การจัดเก็บและคงสภาพยาเบาหวานที่เหมาะสม ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา E: Environment and Economic การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่พื้กอาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงชุมชนแออัดและบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ ควรเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบเพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุและเกิดบาดแผลกับผู้ป่วยได้ T: Treatment การฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล แปลผลระดับน้ำตาล บันทึกระดับน้ำตาลในสมุดประจำตัวเบาหวาน การเตรียมและฉีดยาอินซูลิน รวมทั้งการประเมินซ้ำหากไม่ผ่านในหัวข้อความรู้หรือการปฏิบัติใดต้องสอนหรือสาธิตซ้ำจนมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความรู้มีทักษะในการดูแลตัวเองที่เพียงพอก่อนจำหน่าย H: Health การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ คือ

1. ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ก่อนออกกำลังกายควรรับประทานอาหารว่างก่อน ถ้ามีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็น ควรหยุดพักและดื่มน้ำหวาน การออกกำลังกายทำให้ร่างกายสามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ดีขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง
2. ผู้ป่วยเด็กสามารถไปโรงเรียนได้ตามปกติ ปฏิบัติกิจกรรมตามความเหมาะสม ถ้าต้องออกแรงมากควรรับประทานอาหารว่างก่อน ขณะเรียนหรือปฏิบัติกิจกรรมรู้สึกหิวข้าว ใจสั่นให้รับประทานอาหาร
3. ควรใส่รองเท้าที่นุ่มสบาย ไม่ควรเดินเท้าเปล่า ไม่ควรแช่เท้าในน้ำอุ่น ก่อนนอนควรตรวจเท้าทุกวันถ้ามีแผลควรรีบพบแพทย์และตัดเล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอโดยตัดเล็บเป็นแนวตรง
4. เมื่อมีปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตควรวางวิธีผ่อนคลายอย่างเหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย หรือการได้ระบายปัญหาให้บุคคลที่ไว้ใจเพราะความเครียดทำให้น้ำตาลสูง
5. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง O: Outpatient referral การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งวัน เวลา สถานที่ รวมถึงการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่หรือ สถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบ Thai COC โดยมอบหมายพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ในการติดตามเยี่ยม สอบถาม ทวนสอบความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักปรึกษาข้อมูลปัญหาเมื่อกลับบ้านผ่านช่องทางโทรศัพท์ประจำหอผู้ป่วย และติดตามการReadmit ภายใน 28 วัน D: Diet การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับอาหารและหมวดอาหารแลกเปลี่ยน โดยประสานนักโภชนาการร่วมสอนให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ให้เลือกอาหารได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานในเด็กผ่านรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D

วันที่	รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D	กิจกรรมการสอน	ลงชื่อผู้สอน/ผู้รับการสอน
วันที่ 1	D: Disease	-ดูแลในภาวะวิกฤตร่วมกับให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก	ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้แรกรับ) ผู้รับการสอน.....
วันที่ 2	D: Disease	-ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับโรคเบาหวานในเด็กถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ผลของโรคเบาหวานต่อระบบต่างๆของร่างกาย การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง และแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำผิดปกติ เพื่อมิให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้นจนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ	ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้าหรือเวรบ่าย) ผู้รับการสอน.....
วันที่ 3	M: Medication	-การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับยาของตนเองอย่างละเอียดโดยประสานเภสัชกรในการร่วมสอนให้ความรู้เรื่องการใช้ยาเบาหวานในผู้ป่วยแต่ละราย ข้อควรระวังในการใช้ยา การจัดเก็บและคงสภาพยาเบาหวานที่เหมาะสม ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา	ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้าหรือเวรบ่าย) ผู้รับการสอน.....

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานในเด็กผ่านรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D (ต่อ)

วันที่	รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D	กิจกรรมการสอน	ลงชื่อผู้สอน/ผู้รับการสอน
	T: Treatment	<p>- การฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล แผลผลระดับน้ำตาล บันทึกระดับน้ำตาลในสมุดประจำตัวเบาหวาน การเตรียมและฉีดยาอินซูลิน รวมทั้งการประเมินซ้ำหากไม่ผ่านในหัวข้อความรู้หรือการปฏิบัติใดต้องสอนหรือสาธิตซ้ำจนมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความรู้มีทักษะในการดูแลตัวเองที่เพียงพอก่อนจำหน่าย</p> <p>- ทดลองให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักสาธิตย้อนกลับวิธีการฉีดยา Insulin ตำแหน่งการฉีดยา สาธิตโดยการใช้ตุ๊กตาผ้า</p>	<p>ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้า) ผู้รับการสอน.....</p>
	M: Medication	- ทบทวนเรื่อง M: Medication	<p>ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้าและเวรบ่าย) ผู้รับการสอน.....</p>
วันที่ 4	D: Diet	<p>- การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร หมวดอาหารแลกเปลี่ยน โดยประสานนักโภชนาการร่วมสอนให้ความรู้ให้สามารถเลือกอาหารได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีที่ทัศนภาพพลิกหรือโมเดลอาหาร</p>	<p>ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้า) ผู้รับการสอน.....</p>
	T: Treatment	- ทบทวนเรื่อง T: Treatment	<p>ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้าและเวรดึก) ผู้รับการสอน.....</p>

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานในเด็กผ่านรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D (ต่อ)

วันที่	รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D	กิจกรรมการสอน	ลงชื่อผู้สอน/ผู้รับการสอน
	T: Treatment M: Medication D: Diet	-ทบทวนเรื่อง T: Treatment -ทบทวนเรื่อง M: Medication -ทบทวนเรื่อง D: Diet	ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้า และเวรดึก) ผู้รับการสอน..... ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรบ่าย) ผู้รับการสอน.....
วันที่ 6	O: Outpatient referral T: Treatment M: Medication	- การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทราบถึง ความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งวัน เวลา สถานที่ รวมถึงการติดต่อขอความ ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่หรือ สถานพยาบาล ใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจน การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผ่านระบบ Thai COC โดยมอบหมาย พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ในการ ติดตามเยี่ยม สอบถาม ทวนสอบความ เข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลักเมื่อกลับบ้านในวันที่ 1,3 และ 7 หลังจำหน่าย หรือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ปรึกษาข้อมูลปัญหาเมื่อกลับบ้านผ่าน ช่องทางโทรศัพท์ประจำหอผู้ป่วย และ ติดตามการReadmit ภายใน 28วัน -กรณีผู้ป่วยเป็นวัยเรียนให้ข้อมูลแก่ญาติ ในการประสานงานกับครูที่โรงเรียนเพื่อให้ การสนับสนุนช่วยเหลือวัยรุ่นเบาหวานอย่าง เหมาะสม -ทบทวนเรื่อง T: Treatment -ทบทวนเรื่อง M: Medication	ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้า) ผู้รับการสอน..... ผู้สอน..... (พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้า และเวรดึก) ผู้รับการสอน.....

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานในเด็กผ่านรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D (ต่อ)

วันที่	รูปแบบ	กิจกรรมการสอน	ลงชื่อผู้สอน/ผู้รับการสอน
วันที่ 7	D-M-E-T-H-O-D	<p>-ก่อนจำหน่ายกลับบ้านทบทวนกระบวนการให้ความรู้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D</p> <p>-empowerment เพื่อสร้างความมั่นใจในผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก</p> <p>-มอบสมุดบันทึกการเจาะน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานในเด็กและให้นำสมุดบันทึกผลน้ำตาลในเลือดและอาการผิดปกติมาพบแพทย์ในวันนัดทุกครั้ง</p>	<p>ผู้สอน.....</p> <p>(พยาบาลเจ้าของไข้เวรเช้าหรือเวรบ่ายหรือเวรดึกที่จำหน่าย)</p> <p>ผู้รับการสอน.....</p>

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
2. เพื่อให้มีการใช้แนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานในทีมการพยาบาล
3. เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 67 ถึง เดือน กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
2. ผู้ป่วยผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. จัดทีมผู้รับผิดชอบเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ทบทวนความรู้จากตำรางานวิจัยทางวิชาการ
3. จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน
4. ประชุมชี้แจงการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานในหน่วยงาน
5. นิเทศติดตามการปฏิบัติ
6. รวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคที่พบ
7. วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด
8. สรุปประเมินผลลัพธ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้สามารถดูแลตนเองต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจำนวน 1 ฉบับ
2. มีการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน มากกว่าร้อยละ 90
3. จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานภายใน 28 วัน เป็น 0

(ลงชื่อ).....เสาว์ณี คำคุณ.....

(นางสาวเสาว์ณี คำคุณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๒ / สิ้นทอม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน