

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำแผนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

เสนอโดย

นางสาวมะลิวัลย์ โพธิ์สูง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพน.49)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหนองจอก สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลงานดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคลำไส้อักเสบ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 27 เมษายน 2549 - 1 พฤษภาคม 2549)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ลำไส้อักเสบ(gastroenteritis) เป็นโรคที่พบบ่อยส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้ออะมีบา หรือเรียกว่า บิดมีตัว ที่สำคัญได้แก่ shigellosis, salmonellosis, และ amoebiasis เป็นต้น แต่ที่พบบ่อยที่สุดเป็นพวก ไวรัสซึ่งทำให้เกิดอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลันนอกจากนี้อาจจะเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนมากับอาหาร ทำให้เกิดการอักเสบที่ลำไส้ตรงและยังมีการอักเสบของผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง ที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่จัดอยู่ในพวก Inflammatory bowel diseases เช่นกัน ได้แก่

1. โรคโครห์นส์ (crohn's disease) หรือเรียกว่าลำไส้เล็กอุดตันบางส่วน(regional enteritis) เป็นการอักเสบของลำไส้ที่มีพยาธิสภาพตลอดความหนาของผนังลำไส้เกิดเป็น granuloma อาจเกิดในระบบทางเดินอาหารส่วนใดก็ได้ ตั้งแต่ปากถึงทวารหนัก แต่ส่วนใหญ่เกิดที่ลำไส้เล็กส่วนปลาย และในลำไส้ใหญ่ มักพบในผู้ที่มีอายุ 14-24 ปี จะพบได้ในเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน โดยไม่ทราบสาเหตุ
2. แผลอักเสบในลำไส้ใหญ่(ulcerative colitis) เป็นการอักเสบของลำไส้ที่มีพยาธิสภาพ คือ มี inflammation และ ulceration อยู่เฉพาะใน mucosa และ submucosa ของลำไส้เท่านั้น

อุบัติการณ์

เด็กที่มีลำไส้อักเสบจะมีอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ โดยอาจจะถ่ายเป็นน้ำ น้ำปนเนื้อเมือก หรือมูกปนเลือด ซึ่งอุจจาระร่วงในประเทศไทย เป็นโรคทางระบาดวิทยาที่พบบ่อยอันดับ 1 และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 สำหรับในเด็กพบมากในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือนที่ถูกเลี้ยงด้วยนมผสมและพบร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากอาการอุจจาระร่วงจะมีอายุน้อยกว่า 2 ปี สำหรับเด็กนั้นพบว่าถ้ามีอาการอุจจาระร่วงบ่อย ๆ ก็จะมีผลต่อการเจริญเติบโตช้าและขาดสารอาหารตามมา จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2543 พบว่ามีผู้ป่วย 924,413 ราย และมีผู้เสียชีวิต 193 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.03 ต่อ 100,000 ของประชากร ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และในภาพรวมขณะนี้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีอัตราป่วยด้วยโรคนี้เฉลี่ย 1.34 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่สาเหตุประมาณร้อยละ 70 มาจากการติดเชื้อ อาจเป็นเพราะเด็กในวัยนี้โดยเฉพาะต่ำกว่า 1 ปี ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ภูมิคุ้มกันต่ำ และยังไม่รู้จักการป้องกันโดยการรักษาความสะอาดรวมทั้งสุขอนามัยที่ไม่ดีพอ จึงทำให้ติดเชื้อง่ายกว่าวัยอื่น

สาเหตุของโรคลำไส้อักเสบ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่มีทฤษฎีต่าง ๆ อธิบายหรือชี้ถึงสาเหตุหรือ precipitating factor ที่ทำให้เกิดโรคนี้ ได้แก่

1. พันธุกรรม ประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยโรคนี้ จะมีญาติพี่น้องที่เป็นด้วย ทั้งนี้ขึ้นกับภาวะแวดล้อมและปัจจัยกระตุ้นอื่น ๆ ด้วย
2. อาหาร เชื่อว่าเป็นปัจจัยกระตุ้นอย่างหนึ่งโดยเฉพาะนม เช่น การแพ้นมวัว อาหารรสจัด
3. ปัจจัยทางจิตวิทยา ความเครียดหรืออารมณ์ที่แปรปรวนทำให้ลำไส้ทำงานมากกว่าปกติ แต่กลไกนี้มีความสัมพันธ์กับ ulcerative colitis มากกว่า crohn's disease เชื่อว่าปัจจัยด้านนี้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิด หรือทำให้โรคดำเนินอยู่แล้วมีอาการมากขึ้น
4. การอุดตันของลำไส้ใหญ่ในโรค Hirschsprung disease ซึ่งมีความผิดปกติของระบบประสาทในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่กำเนิด
5. ภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติ
6. การติดเชื้อซึ่งเป็นที่ตั้งเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส โปรโตซัว หรือพยาธิสภาพ โดยส่วนใหญ่เชื้อ Rota Virus จะเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลันในเด็ก รองลงมาได้แก่เชื้อแบคทีเรียพวก Escherichia coli , Shigella , Salmonella ตามลำดับ

พยาธิสรีรวิทยาของโรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน

1. พยาธิสรีรวิทยาของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเนื่องจากไวรัสโดยเชื้อ Rota Virus จะเข้าไปทำลาย villus cell ของลำไส้เล็ก ทำให้ villi สั้นลงจึงทำหน้าที่ผิดปกติมี glucopeNA+transportation บกพร่องระดับน้ำย่อย lactase และ disaccharidase ต่ำ ย่อยน้ำตาลได้ไม่ดี และดูดซึมคาร์โบไฮเดรตลดลง สูญเสียน้ำและเกลือแร่ในลำไส้มากขึ้น ทำให้มีอาการ ไข้ ท้องอืด ถ่ายเป็นน้ำ อาเจียนมาก อุจจาระเป็นฟอง กลิ่นเหม็นเปรี้ยว เมื่อได้รับอาหารทำให้ถ่ายมากขึ้นแต่เมื่อหยุดอาหารทำให้อาการดีขึ้นบริเวณรอบก้นของผู้ป่วยมักแดงและอักเสบ มักมีอาการไข้หวัดร่วมด้วยโดยส่วนใหญ่อาการของไข้หวัดจะเป็นอาการนำก่อนที่จะเกิดอาการอุจจาระร่วง

2. พยาธิสรีรวิทยาของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเนื่องจากแบคทีเรียแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.1 Toxin production ได้แก่พวก Vibrio cholerae และ Enterotoxigenic E.coli (ETEC) โดยเชื้อจะแบ่งตัวบนเนื้อเยื่อของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ตอนต้นและหลัง toxin ออกมากระตุ้น villus cell ซึ่งสารนี้จะไปกระตุ้นให้เกิดการหลั่งคลอไรด์และน้ำออกมาในลำไส้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำครั้งละมาก ๆ อุจจาระมีโซเดียมสูง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง อาการเริ่มแรกไม่มีไข้ แต่เมื่อเกิดภาวะขาดน้ำทำให้มีอาการไข้

2.2 Mucosa invasion ได้แก่เชื้อ Shigella , Salmonella , Campylobacter jejuni และ Enteroinvasive E.coli โดยเชื้อจะทำลายเยื่อลำไส้ทำให้เกิดการอักเสบและเซลล์ของเยื่อลำไส้ตาย

ห้อยมๆเกิดแผลเล็ก ๆ และมีการหลั่ง toxin ออกมา ผู้ป่วยจะมีอาการไข้เป็นอาการนำที่สำคัญ
ระยะแรกอุจจาระมีลักษณะเป็นน้ำเหลวจำนวนมาก ระยะหลังจะถ่ายบ่อยครั้ง ครั้งละน้อยๆมีมูกปนเลือด
ปวดเบ่ง ไข้สูง พบเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงในอุจจาระ

2.3 พยาธิสรีรวิทยาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเนื่องจากปรสิต

Giardia lamblia ยังไม่ทราบกลไกของการเกิดแต่เชื่อว่าเกิดจากการที่เชื้อจำนวนมากเกาะเยื่อบุลำไส้เล็ก
ดูโอดีนัม ทำให้ villi ถูกทำลายมีการดูดซึมอาหารลดลง มักมีอาการคืออุจจาระเป็นน้ำหรือเหลวซืด ๆ มี
กลิ่นเหม็น ท้องอืด ปวดท้อง เบื่ออาหารน้ำหนักลด ไม่มีไข้

Entamoeba histolytica กลไกคือ การรุกรานเข้าไปในเยื่อบุลำไส้ใหญ่ส่วนต้นและซิกัม และมีหลังสาร
ออกมา ทำให้เยื่อบุลำไส้ถูกทำลายเมื่อหลังสารออกมาก็นั้นจะถ่าย อุจจาระเป็นมูกปนเลือด

Strongyloides stercoralis กลไกคือมี invasion ของตัวอ่อนในระยะติดต่อไซผ่านลำไส้เข้าสู่กระแสเลือด
หรือฝังตัวอยู่ในลำไส้เล็กตอนต้น ออกไข่แล้วเจริญเป็นตัวอ่อนไซผ่านเข้าสู่กระแสเลือดเวียนเช่นนี้
ทำให้ลำไส้เล็กอักเสบและอุจจาระร่วงอาจเป็นมูกมีอาการ เป็น ๆ หาย ๆ

อาการสำคัญของโรคลำไส้อักเสบ ได้แก่ ถ่ายอุจจาระผิดปกติ โดยถ่ายเป็นน้ำ น้ำปน
เนื้อมูก หรือน้ำมูก และอาจมีอาการอื่นร่วม เช่น ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด น้ำหนักลด หรือ
เล็้งไม่โต ตัวบวมจากการสูญเสียโปรตีนทางลำไส้ โโลหิตจางจากการสูญเสียเลือดทางลำไส้

อาการอุจจาระร่วงแบ่งเป็น 2 ชนิด

1. Acute watery diarrhea ได้แก่การถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ไม่มีเลือดปน อาจมีอาการอาเจียน
และไข้ร่วมด้วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตจากการขาดน้ำอย่างรุนแรง สาเหตุที่สำคัญในเด็กในประเทศที่
กำลังพัฒนา ได้แก่ การติดเชื้อ *Escherichia coli*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*. ใน บางพื้นที่พบเชื้อ
Vibrio cholerae 01, *Salmonella* และ *Escherichia coli* กลุ่ม Enteropathogenic E.coli (EPEC)

2. Dysentery ได้แก่การถ่ายอุจจาระที่เหลวมีเลือดปน เห็นได้ด้วยตาเปล่า ปัญหาสำคัญคือ
อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และเยื่อบุลำไส้ถูกทำลาย โดยเชื้อรุกรานผ่านทางผนังลำไส้ (invasive bacteria)
สาเหตุในกลุ่มที่เป็นเฉียบพลันมักมาจากเชื้อ *Shigella* สาเหตุอื่นเช่น *Campylobacter jejuni* และส่วนที่พบ
ไม่บ่อยนักคือ Enteroinvasive E.coli หรือ *Salmonella* สำหรับเชื้อ *Entamoeba histolytica* ทำให้อุจจาระ
เป็นมูกเลือดได้ในเด็กโตหรือวัยรุ่นหนุ่มสาว แต่มักไม่พบเป็นสาเหตุในเด็กเล็ก

การวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย

1. การวินิจฉัยหาสาเหตุโดยการตรวจอุจจาระ (Stool exam) เพาะเชื้อแบคทีเรียจาก
อุจจาระ (Stool Culture)

2. การวินิจฉัยความรุนแรงจากการขาดสารน้ำ

3. การวินิจฉัยความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และกรด-ด่าง

หลักการรักษาพยาบาล

1. ป้องกันการขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เพิ่มขึ้น
2. รักษาอาการขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์
3. การให้อาหารที่เหมาะสม
4. การให้ยาต้านจุลชีพ
5. การรักษาภาวะอื่นๆที่เกิดขึ้นร่วมกันเช่นไข้สูง ภาวะโซเดียมในเลือดสูงหรือต่ำ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ และ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

ความรู้ทางเภสัชวิทยา

Ceftriaxone sodium

ข้อบ่งใช้ รักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ผิวหนัง Pharyngeal gonorrhea การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด กระดูก ข้อ ช่อกข้อ เยื่อหุ้มสมอง หูชั้นกลางในเด็ก

ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด กดการสร้างไขกระดูกทำให้เม็ดเลือดขาว เกร็ดเลือด และ Hct ต่ำ แพ้ยา เช่นผื่นคัน มีไข้ ปวดบริเวณที่ฉีด

การพยาบาล สังเกตและประเมินอาการแพ้ โดยเฉพาะในรายที่แพ้เพนิซิลลิน ถ้ามีอาการแพ้เกิดขึ้นควรหยุดยาทันที ระวังในผู้ป่วยสูงอายุ โรคไต โรคตับ ในรายที่ต้องใช้ยาในปริมาณสูงๆ ต้องติดตามดูความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เพราะยาอยู่ในรูปของโซเดียม มีปริมาณโซเดียมค่อนข้างสูง

Sodium bicarbonate

ข้อบ่งใช้ รักษา Hyperacidity ภาวะท้องเสียอย่างรุนแรง ซึ่งทำให้สูญเสีย Bicarbonate ภาวะต่างในปัสสาวะเนื่องจากยา Barbiturates , Salicylate , Methanol รักษาภาวะเฉียบพลันของ Metabolic acidosis เนื่องจากภาวะช็อก ภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง Anoxia เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคไต Cardiac arrest ป้องกันนิ้วในไตจากโรคเกาต์

ผลข้างเคียง มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ เกิดภาวะการเผาผลาญเป็นด่าง(Metabolic alkalosis) ความไม่สมดุลของเกลือแร่ เกลือโซเดียมมากเกินไป ระดับแคลเซียมและโพแทสเซียมต่ำ

การพยาบาล ให้การดูแลแนะนำผู้ป่วยดังนี้

1. ไม่ควรรับประทานยานี้พร้อมกับนมและแคลเซียม เป็นเวลานานๆ เพราะจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ สับสน ระดับแคลเซียม และฟอสฟอรัสในเลือดต่ำ เกิดนิ้วในไต เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ
2. ไม่ควรใช้ยาลดกรดในระยะยาว เพราะอาจเกิดการสะสมค้างคั่งค้างของโซเดียมและภาวะต่าง

Paracetamal

ข้อบ่งชี้ ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดหู ปวดประจำเดือน ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดฟัน
ลดไข้ จากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ไข้ในผู้ป่วยที่แพ้แอสไพริน มีปัญหาเลือดออก ได้รับยาต้านการ
แข็งตัวของเลือด โรคเก๊าต์

ผลข้างเคียง ง่วงซึมแพ้ยาเช่น มีผื่น บวม หรือมีแผลที่เยื่อช่องปาก มีไข้เป็นต้น ในขนาดที่มาก
เกินไปอาจทำให้ตับวาย และถึงแก่ความตายได้ คลื่นไส้ อาเจียน

การพยาบาล ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคตับ ถ้ามีอาการแพ้ ให้หยุดการใช้ยา ปรีกษาแพทย์

ORS

ข้อบ่งชี้ ทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียไปจากอาการท้องเสีย

ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน

การพยาบาล ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารละลายน้ำตาลและเกลือแร่อย่างถูกต้องเหมาะสมไม่ให้มาก
หรือน้อยเกินไป สังเกตอาการท้องเดิน หากมีอาการท้องเดินรุนแรงขึ้น ควรรายงานแพทย์ เพื่อให้ น้ำเกลือ
เข้าทางหลอดเลือดดำแทน

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 5 เดือน เป็นบุตรคนแรก บิดา-มารดานับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา
กรุงเทพมหานคร มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่สำคัญคือ ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำมีมูกปน 8 ครั้ง อาเจียน 5 ครั้ง
มีไข้ ไอมีน้ำมูก จากการซักประวัติมารดาพบว่า 3วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว
เป็นน้ำ 8 ครั้ง อาเจียน 5 ครั้ง รักษาที่คลินิก แพทย์ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้านอาการไม่ดีขึ้น จึงมา
โรงพยาบาล รับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจเด็กผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2549 เวลา 10.45 นาฬิกา
แพทย์ได้ทำการตรวจร่างกาย จากประวัติที่ได้รับจากมารดา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคลำไส้อักเสบ จึงรับไว้
ในโรงพยาบาลเด็กสามัญหญิง วันที่ 27 เมษายน 2549 เวลา 13.00 นาฬิกา เลขที่ผู้ป่วยนอก 2188/49
เลขที่ผู้ป่วยใน 982/49

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย ซึม สัญญาชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส
ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 6.7 กิโลกรัม จากการตรวจร่างกาย
ทั่วไปผู้ป่วยอ่อนเพลีย มีอาการซึม ผิวน้ำเหลือง ขอบตาคล้ำ การบีบตัวของลำไส้ 12 ครั้งต่อนาที มารดาผู้ป่วย
ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรมต่าง ๆ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจหา
ฮีโมโกลิน 137 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 135-145 มิลลิโมลต่อลิตร) โปแทสเซียม 4.6 มิลลิโมล
ต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) คลอไรด์ 107 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร)

ไบคาร์บอเนตต่ำ 11 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 20-30 มิลลิโมลต่อลิตร) การตรวจอุจจาระ พบเม็ดเลือดขาว 50-100 เซลล์ เม็ดเลือดแดง 2-3 เซลล์ (ค่าปกติจะไม่พบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวในอุจจาระ) การตรวจทางโลหิตวิทยาพบ เม็ดเลือดขาว 10,100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร(ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) นิวโทรฟิล 34 เปอร์เซ็นต์(ค่าปกติ 55-75 เปอร์เซ็นต์) ลิมโฟไซต์ 52 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20-35 เปอร์เซ็นต์) เกร็ดเลือด 385,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร(ค่าปกติ 150,000-400,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) แพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำ 5%D/N/5 500 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง พบปัญหาผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร การพยาบาล ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 650 มิลลิกรัมหยดทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เริ่มให้ครั้งแรกเวลา 13.30 นาฬิกา ครั้งต่อไปเวลา 10.00 นาฬิกา ของวันรุ่งขึ้นเป็นเวลา 3 วัน ขณะให้ยา และหลังจากการให้ยาสังเกตอาการข้างเคียงจากการแพ้ยา เช่นอาการผื่นแดง ระบายท้องหรือบวมตามร่างกายและ เปลือกตา อัตราการหายใจ พร้อมทั้งสังเกตตำแหน่งการให้ยาเช่นอาการบวมแดง การรื้อออกนอกเส้นเลือดเปลี่ยนตำแหน่งให้สารน้ำเมื่อมีอาการบวมแดง บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดูแลผู้ป่วยเรื่องความสะอาดของร่างกาย อุปกรณ์เครื่องใช้ เปลี่ยนผ้าอ้อมเมื่อเปื้อนอุจจาระ และทิ้งอุจจาระที่เปื้อนผ้าอ้อมสำเร็จรูปในขยะติดเชื้อ เช็ดตัวลดไข้เมื่ออุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส ให้ Paracetamal (syrup) 1/2 ช้อนชา เวลา 10.00 นาฬิกา และเวลา 18.00 นาฬิกา วันที่ 28 เมษายน 2549 และเวลา 18.00 นาฬิกา วันที่ 29 เมษายน 2549 เจาะเลือดส่งตรวจทางโลหิตวิทยาและเก็บอุจจาระส่งตรวจวันที่ 30 เมษายน 2549 และติดตามผล รายงานแพทย์เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลง หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย และเปลือกตา ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.3-37.5 องศาเซลเซียส ถ่ายอุจจาระลดจำนวนครั้งลงเหลือ 4 ครั้งต่อวันจนถึงวันที่ 30 เมษายน 2549 ไม่มีอุจจาระเหลว ไม่มีอาเจียน ไม่มีซั๊ก ผล เม็ดเลือดขาว 9,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิล 45 เปอร์เซ็นต์ ลิมโฟไซต์ 36 เปอร์เซ็นต์ เกร็ดเลือด 380,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ตรวจอุจจาระพบเม็ดเลือดขาว 2-3 เซลล์ ไม่พบเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ แพทย์ให้หยุดยาปฏิชีวนะ Ceftriazone วันที่ 30 เมษายน 2549 เวลา 10.00 นาฬิกา

ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ เนื่องจากการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบระดับไบคาร์บอเนตต่ำ 11 มิลลิโมลต่อลิตร การพยาบาลดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/5 500 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ แนะนำและกระตุ้นมารดาให้ผู้ป่วยดื่มนมมากกว่า 10 ออนซ์ สลับกับผงเกลือแร่ 10 ออนซ์ต่อวัน บันทึกน้ำหนักตัววันละครั้ง เวลา 08.00 นาฬิกา บันทึกจำนวนครั้งและลักษณะของอุจจาระ พร้อมทั้งประเมินสภาพร่างกาย การหายใจ ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2-3 ชั่วโมง ประเมินอาการทางระบบประสาท เช่น อาการชักเกร็ง ชีพ กระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ประเมินการทำงานของไต บันทึกปริมาณของปัสสาวะที่ออกทุกเวร โดยนำผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่

เป็ยกปีสสาวะมาซัง เจาะเลือดส่งตรวจหาฮีเล็คโตรไลต์วันที่29เมษายน 2549และติดตามผล รายงาน แพทย์ทันทีเมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลง หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ยังมีอาการชักเกร็ง สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.3-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 110- 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง26- 28ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท คีมนมได้ 10 ออนซ์ และผงเกลือแร่ได้ 6 ออนซ์ต่อวัน ปีสสาวะออกจำนวน 200 ซี.ซี. ภายใน 8 ชั่วโมง ผลโซเดียม 137 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.5 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 108 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนต 10 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์มีคำสั่งการรักษาเพิ่มเติมให้ 7.5% NaHCO₃ การพยาบาล ให้ 7.5%NaHCO₃ 8 มิลลิลิตร+0.9%NSS 8 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ ภายใน30นาที เวลา 09.30 นาฬิกา และเวลา 16.00 นาฬิกา ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการใช้เครื่อง Infusion Pump ตรวจสอบการทำงานของเครื่องและจำนวนสารละลาย ที่ผู้ป่วยได้รับทุก 15 นาที ขณะให้ยาและหลังการให้ยา สังเกตอาการข้างเคียง โดยประเมินความรู้สึกตัว การหายใจ ประเมินอาการทางระบบประสาท เช่นอาการกระตุกหรือชักเกร็ง ปริมาณน้ำเข้าและปริมาณ น้ำออก ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีจำนวน 2 ครั้ง ทุก30นาทีจำนวน 1 ครั้ง จากนั้นทุก 2-3 ชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจช่วงเวลา 18.00 นาฬิกา หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ยังมีอาการอ่อนเพลีย ซึม ไม่มีอาการชักเกร็ง หรือกระตุก อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 28-30 ครั้งต่อนาที ปริมาณน้ำเข้าจำนวน 350 ซี.ซี. ปริมาณน้ำออกจำนวน 280 ซี.ซี.ใน8 ชั่วโมง ผลโซเดียม 139 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.3 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 103 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนต 21 มิลลิโมลต่อลิตร ยังคงให้สารน้ำ 5%D/N/5 500 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ ลดอัตราการไหลเหลือ 14 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จนถึง 1 พฤษภาคม 2549 แพทย์มีคำสั่งให้หยุดการให้สารน้ำผู้ป่วย หลังให้การพยาบาลพบว่า สารน้ำและฮีเล็คโตรไลต์ในร่างกาย อยู่ในภาวะสมดุล

ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบคือ มารดามีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วยของบุตร และปฏิเสธการ ให้สารน้ำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนตำแหน่งใหม่ การพยาบาลเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับมารดา ดูแล เอาใจใส่ ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เรื่องการรักษาความสะอาดผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องใช้ และการทึง ผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เปื้อนอุจจาระในขณะคิดเชื่อ พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับอาการ การรักษา บอกรหัสผลของ การให้การพยาบาล ด้วยการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง ทำทางเป็นมิตร ปลอดภัยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ ชักถามและให้ระบายความรู้สึก คอยช่วยเหลือมารดาในการดูแลผู้ป่วย และใช้ผู้มีความชำนาญในการให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วย เพื่อให้มารดารู้สึกไว้วางใจ พร้อมทั้งนัดมาพบแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา หลังจากมารดาได้รับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาล มีความวิตกกังวลลดลง ให้ความ ร่วมมือในการรักษาพยาบาลดีขึ้น

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแล เป็นเวลา 5วัน หลังให้การพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยไม่มีอาการไข้ ไม่มีอาการ อุจจาระเหลว ไม่มีอาเจียน คีมนมได้ สารน้ำและฮีเล็คโตรไลต์ในร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล มารดาคลาย วิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยของบุตรและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

วันที่ 1 พฤษภาคม 2549 พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสดับเป็นโรคซ้ำได้ ให้คำแนะนำและสอนดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่การดูแลรักษาความสะอาด ถ้าเด็กดื่มนมจากขวด ต้องทำความสะอาดขวดนม และจุกนมโดยการต้ม น้ำที่ใช้ผสมนมควรเป็นน้ำที่ต้มสุก ล้างมือให้สะอาด ก่อนการเตรียมผสมนม ทั้งอุจจาระลงชักโครก ผ่าอ้อมสำเร็จรูปที่เป็นอุจจาระใส่ถุง มัดปากถุงก่อนทิ้งขยะ การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ ให้สะอาด ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และสังเกตอาการผิดปกติ ของผู้ป่วย เช่น มีไข้ และยังถ่ายอุจจาระเหลว อาเจียน ให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้ แนะนำการใช้ยา ที่จะไปรับประทานต่อที่บ้าน โดยให้ยา Paracetamol (syrup) รับประทานครั้งละ 1/2 ช้อน เวลา มีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง และนัดมาพบแพทย์ ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2549 เวลา 08.00 นาฬิกา ที่ตึกผู้ป่วยนอก

5. ผู้ร่วมดำเนินงาน - ไม่มี -

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นเวลา 5 วัน มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร หลังจากให้การพยาบาลแล้ว พบว่า ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอุจจาระเหลว ไม่มีอาเจียน ดื่มนมได้ผลการ ตรวจเลือดทางโลหิตวิทยา เม็ดเลือดขาว 9,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิล 45 เปอร์เซนต์ ลิมโฟไซต์ 36 เปอร์เซนต์ เกร็ดเลือด 380,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ตรวจอุจจาระพบเม็ดเลือดขาว 2-3 เซลล์ ไม่พบเม็ดเลือดแดง อุณหภูมิร่างกาย 36.3-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 110-120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26-28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ปัญหาผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง หลังให้การพยาบาลแล้วพบว่า สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล ผลเลือดทางเคมีคลินิก โซเดียม 139 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.3 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 103 มิลลิโมลต่อลิตร ไบคาร์บอเนต 21 มิลลิโมลต่อลิตร มารดามีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วยของบุตร และปฏิเสธการให้สารน้ำทุกครั้ง หลังให้การพยาบาล มารดาคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ และกลับบ้านได้ มารดาผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถบอกถึงการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้อักเสบอย่างถูกต้องและรวดเร็วขณะอยู่โรงพยาบาล ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่าย ระหว่างรับการรักษา

2. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศและพัฒนาคุณภาพงานของบุคลากรทางการพยาบาล

3. เพื่อเป็นแนวทางทำให้ความรู้มีแบบแผนกับมารดาผู้ป่วย

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบพบว่าปัญหาที่สำคัญคือผู้ป่วยมีภาวะ ไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ผลตรวจทางเคมีคลินิก พบไบคาร์บอเนตต่ำ 10 มิลลิโมลต่อลิตร ประกอบกับผู้ป่วยเป็นเด็กทารกอายุ 5 เดือน ต้องเฝ้าระวังระบบการหายใจ เช่น อาการหายใจเร็ว หอบเหนื่อย อาการทางระบบประสาทเช่น ชักเกร็ง ซึม และติดตามผลไบคาร์บอเนต รับประทาน แพทย์ทราบทันที ให้สารละลาย 7.5%NaHCO₃ 8 มิลลิลิตร+NSS 8 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 30 นาที ให้โดยใช้เครื่อง Infusion Pump มีการตรวจสอบการทำงานของเครื่องและจำนวน สารละลายที่ผู้ป่วยได้รับ ทุก 15 นาที รวมทั้งสังเกต ประเมินอาการข้างเคียงขณะให้ยา และหลังจากให้ยา เช่น ประเมินความรู้สึกตัว ประเมินอาการทางระบบประสาท เช่น อาการซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระตุก หรือชักเกร็ง ตรวจสอบวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจำนวน 2 ครั้ง ทุก 30 นาทีจำนวน 1 ครั้ง จากนั้นทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมินระบบการหายใจ เช่น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ จะประเมินได้ยาก เนื่องจากเด็กร้องกวนทุกครั้ง เมื่อมีการให้การพยาบาล ต้องประเมินเวลาหลับ หรือมีของเล่นเพื่อเบี่ยงเบน ความสนใจ วางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกันให้มากที่สุด ประเมินการทำงานของไต บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกเวร โดยการนำผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่เปียกปัสสาวะมาชั่ง และเมื่อพบ อาการเปลี่ยนแปลง ต้องรีบรายงานแพทย์อย่างรีบด่วน

มารดามีความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วยของบุตรและปฏิเสธการให้สารน้ำทุกครั้ง เมื่อมีการ เปลี่ยนตำแหน่งการให้ใหม่ เนื่องจากเด็กป่วยมีเส้นเลือดที่เล็ก และคล้ำได้ยาก ทำให้การเปลี่ยนตำแหน่ง การให้สารน้ำเป็นไปได้ยาก และต้องเปลี่ยนตำแหน่งใหม่บ่อยครั้ง จึงต้องตรวจสอบบริเวณที่ให้ยาปฏิชีวนะ และติดยึดตำแหน่งการให้สารน้ำ ไม่ให้เลื่อนหลุดและรั่วออกนอกเส้นเลือด พร้อมทั้งอธิบายให้มารดา ทราบแผนการรักษา ให้การช่วยเหลือ ในการดูแลบุตร พร้อมทั้งปลอบโยน ให้กำลังใจแก่มารดา เพื่อให้ คลายความวิตกกังวล และใช้ผู้มีความชำนาญในการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำกับเด็ก เพื่อให้มารดาเกิด ความไว้วางใจ

10. ข้อเสนอแนะ

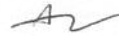
10.1 ควรมีการส่งต่อให้กลุ่มงานอนามัยชุมชนติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและประเมินความรู้และ พฤติกรรมการเลี้ยงดูผู้ป่วยที่บ้านของบิดามารดาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

10.2 มีการจัดทำแผนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

10.3 มีการฝึกทักษะและเพิ่มความเชี่ยวชาญในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยเด็ก

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
 เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ




(นางสาวมะลิวัลย์ โพธิ์สูง)

ผู้ขอรับการประเมิน

4 / ธันวาคม / 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ



(นางสมบูรณ์ คุณวิโรจน์พานิช)

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลหนองจอก สำนักงานแพทย์

4 / ธันวาคม / 2551

ลงชื่อ



(นายประพาสน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจอก

4 / ธันวาคม / 2551

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวมะลิวัลย์ โพธิ์สูง**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ว ด้านการพยาบาล
(ตำแหน่งเลขที่ รพน. 49) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหนองจอก สำนักงานแพทย์
เรื่อง จัดทำแผนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้อักเสบ
(แก้ไขตามมติคณะกรรมการ ประเมินผลงานสายงานการพยาบาล วิชาชีพ ระดับ 6 (ชุดที่2) เมื่อวันที่ 28
สิงหาคม 2551)

หลักการและเหตุผล

โรคลำไส้อักเสบเป็นกลุ่มอาการที่เกิดได้หลายสาเหตุเป็นการติดเชื้อทั้งจาก แบคทีเรีย ไวรัสและ
พยาธิ ที่พบบ่อยที่สุดเป็นการติดเชื้อไวรัสซึ่งทำให้เกิดอาการอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน นอกจากนี้อาจจะ
เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนมากับอาหารทำให้เกิดการอักเสบที่ลำไส้โดยตรง เด็กที่มีลำไส้อักเสบ
จะมีอาการถ่ายเหลวผิดปกติ โดยอาจจะถ่ายเป็นน้ำ น้ำปนเนื้อมูก หรือมูกเลือดและอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย
เช่น มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด น้ำหนักลด หรือเลี้ยงไม่โต ตัววม อาจสูญเสียโปรตีน
ทางลำไส้ โลหิตจางจากการสูญเสียเลือดทางลำไส้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการถ่ายเหลวและอาเจียนมากทำให้เสี่ยง
ต่อการเกิดภาวะการขาดน้ำมากที่สุด ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่อาจจะมีผลต่อชีวิตได้
จากสถิติพบว่าอัตราการเกิดโรคลำไส้อักเสบในผู้ป่วยเด็ก ตึกสามัญหญิง โรงพยาบาลหนองจอกใน
ปีงบประมาณ 2548 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,756 คน พบได้ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 ปีงบประมาณ 2549
จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,513 คน พบได้ถึง 35 คน คิดเป็นร้อยละ 2.32 ผู้จัดทำได้ตระหนักถึง
ความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้อักเสบจึงได้จัดทำแผนการสอนนี้ขึ้นเพื่อเป็นประ โยชน์
ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้อักเสบ
2. เพื่อให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก
โรคลำไส้อักเสบได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

แนวคิดทฤษฎี การพยาบาลของ โอเร็มคือ การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พยาบาลเป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค อาการ และการแสดง การรักษา สามารถนำความรู้เกี่ยวกับ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้อักเสบไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ลดระยะการนอนรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถแนะนำ สมาชิกในครอบครัว ดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อให้สุขภาพกลับดีขึ้น อยู่ได้อย่างมีความสุข จึงได้จัดทำแผนการสอนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้อักเสบ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการจัดทำแผนการสอนประกอบด้วย

โดยมีขั้นตอนการดำเนินการจัดทำแผนการสอนประกอบด้วย

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมแผนการสอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้อักเสบแล้วนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาวิชาการ
2. นำแผนการสอนนั้นมาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับเวลาและเพิ่มเติมในส่วนที่สำคัญ
3. สร้างแบบวัดความรู้ ความเข้าใจ แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความครอบคลุมความตรงในเนื้อหา
4. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย/ผู้เรียนคือพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลทุกคนในโรงพยาบาลหนองจอก

ขั้นปฏิบัติจริง

กิจกรรมการสอนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้อักเสบใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 ชั่วโมงแบ่งเป็น 4 ชั้นคือ

1. ชั้นสร้างความสนใจ ใช้เวลา 15 นาที

อภิปรายซักถามผู้เรียน ชี้แจงจุดมุ่งหมาย ระยะเวลาในการสอนการพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบ และวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบโดยใช้แบบทดสอบวัดความรู้ก่อนเรียน

2. ชั้นการสอน แบ่งกิจกรรมการเรียนการสอนออกเป็น 3 ชั่วโมง

ชั่วโมงที่ 1 (เวลา 08.15 - 08.50 นาฬิกา) ให้ความรู้เกี่ยวกับ

- คำจำกัดความ อุบัติการณ์ที่พบ
- พยาธิสรีรวิทยา พร้อมทั้งสรุปอาการที่พบบ่อยของโรคลำไส้อักเสบ

ชั่วโมงที่ 2 (เวลา 08.50-09.30 นาฬิกา) ให้ความรู้เกี่ยวกับ

- การวินิจฉัย
- การประเมินความรุนแรงของการขาดน้ำระดับต่างๆ
- หลักการรักษาพยาบาล

ชั่วโมงที่ 3 (เวลา 09.30-11.30 นาฬิกา) ให้ความรู้เกี่ยวกับ

- บทบาทของพยาบาล
- ปัญหาทางการพยาบาลที่พบบ่อยและแนวทางการพยาบาล

แบ่งกลุ่มเรียนออกเป็น 5 กลุ่ม อภิปรายในกลุ่มถึงข้อวินิจฉัยและแนวทางการพยาบาลและนำเสนอผลการอภิปรายที่ได้ในกลุ่ม

3. ขึ้นสรุป ใช้เวลา 15 นาที

นำอภิปรายซักถามเพื่อสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคดาวน์ซินโดรม

4. ขึ้นประเมินผล ใช้เวลา 15 นาที

ผู้เรียนทำแบบทดสอบวัดความรู้หลังการเรียนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคดาวน์ซินโดรม

อุปกรณ์ประกอบการเรียนการสอน

1. เครื่องฉายโปรเจกเตอร์
2. กระดาษ A4
3. ปากกาเคมี

การวัดผลและการประเมินผล

1. ประเมินจากการมีส่วนร่วมอภิปรายในการซักถาม
2. แบบทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลัง

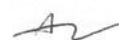
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคดาวน์ซินโดรมได้ถูกต้อง
2. พยาบาลสามารถนำความรู้ไปพัฒนาเรื่องการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคดาวน์ซินโดรมเพิ่มขึ้น 80%

(ลงชื่อ)



(นางสาวมะลิวัลย์ โพธิ์สูง)

ผู้ขอรับการประเมิน

4 / ธันวาคม / 2551