

รายงานสรุปการอบรมระยะสั้น “การพยาบาลเวชปฏิบัติ”

วันที่ ๒๕ – ๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๕

ณ โรงแรมมารวยการ์เดน

เสนอ

กองการพยาบาลสาธารณสุข

จัดทำโดย

นางสุกัญญา ศิวายพรหมณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๗
นางบงกชพร นิรमानสกุล ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๐
นางสาวสิริหทัย มุลวณิชย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๑
นางนิจวรรณ จารุวัฒน์สกุล ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๑
นางนิตรา จิตรระพรหมา ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๑
นางณัฐสมน วุฒิสมาบูรณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๒
นางสุชาดา จีรังศรีพานิช ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓
นางสาวพรทิพย์ จิตรจำนงค์ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓
นางสาวอรุณี ปโยราศิสกุล ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๒
นางบุญรัตน์ พงศ์ภัณฑารักษ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๕
นางชมชร เหมือนจีน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๙
นางสายฝน เลิศวาสนา ศูนย์บริการสาธารณสุข๖๕
นางสาวกนิษา กลิ่นนฤนาท ศูนย์บริการสาธารณสุข๖๕
นางสาววินัส นิสภาธร ศูนย์บริการสาธารณสุข๖๕

คำนำ

โครงการอบรมระยะสั้น “การพยาบาลเวชปฏิบัติ” ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๕ โดยภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดอบรมขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์สุขภาพและความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความรู้และทักษะทั้งด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และสามารถประเมินปัญหาสุขภาพชุมชนเพื่อวางแผนจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในชุมชน โดยเฉพาะการจัดการโรคเรื้อรังได้

คณะผู้จัดทำได้สรุปเนื้อหาความรู้ต่างๆ ที่ได้รับจากการอบรม หากมีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้จัดทำต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย คณะผู้จัดทำจะนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ และให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ

คณะผู้จัดทำ
กรกฎาคม ๒๕๕๕

สารบัญ

	หน้า
เรื่องที่ ๑ พยาบาลเวชปฏิบัติกับประชาคมอาเซียน ๒๕๕๘	๑
เรื่องที่ ๒ กฎหมายและจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติ ๔	
เรื่องที่ ๓ การใช้ยากับพยาบาลเวชปฏิบัติ ๖	
เรื่องที่ ๔ พยาบาลเวชปฏิบัติกับการจัดการภัยพิบัติ ๙	
เรื่องที่ ๕ ปัญหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน : การคัดกรองและการตัดการ	๑๒
เรื่องที่ ๖ ความผิดปกติทางพัฒนาการเด็กที่พบบ่อยในเด็ก : การคัดกรองและแนวทางการดูแล	๑๖
เรื่องที่ ๗ การพัฒนางานประจำจากผลงานวิจัย และ การพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ	๒๒
เรื่องที่ ๘ การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน	๒๕
เรื่องที่ ๙ โรคจากการประกอบอาชีพและการเฝ้าระวังในชุมชน	๒๙
เรื่องที่ ๑๐ การดูแลระดับประคองในชุมชน	๓๕

พยาบาลเวชปฏิบัติกับประชาคมอาเซียน ๒๕๕๘

โดย ดร.กฤษฎา แสงวงศ์

Asean Economic Community ๒๐๑๕ เป็นการรวมตัวกันเพื่อเปิดการค้าเสรี ระหว่างประเทศสมาชิก ๑๕ ประเทศในแถบอาเซียน ใช้ชื่อเรียกรย่อๆว่า AEC

ประเภทของการค้าและบริการที่จะมีการเปิดเสรี มี ๑๒ สาขา ได้แก่

๑. บริการด้านธุรกิจ
๒. บริการด้านสื่อสารคมนาคม
๓. บริการด้านการก่อสร้างและวิศวกรรมที่เกี่ยวข้อง
๔. บริการด้านการจัดจำหน่าย
๕. บริการด้านการศึกษา
๖. บริการด้านสิ่งแวดล้อม
๗. บริการด้านการเงิน
๘. บริการด้านสุขภาพและบริการทางสังคม
๙. บริการด้านการท่องเที่ยวและบริการที่เกี่ยวข้อง
๑๐. บริการด้านนันทนาการและการกีฬา
๑๑. บริการด้านการขนส่ง
๑๒. บริการด้านอื่นๆ

วัตถุประสงค์ของการรวมประชาคมอาเซียน

เพื่อให้แต่ละประเทศมีความเข้มแข็งที่จะไปแข่งขันกับกลุ่มอื่นๆระดับโลก ซึ่งจะออกมาในรูปของตลาดเดียวกัน และอยู่บนฐานของการผลิตเดียวกัน ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายอย่างอิสระของสินค้า (Goods), บริการ (Service), การลงทุน (Investment), เงินทุน (Capital) และแรงงาน (Skilled Labor) ซึ่งจะเห็นได้จากในปัจจุบันสินค้าบางชนิดเริ่มมีราคาถูกลงเนื่องจากมีสินค้าเข้ามาขายมากขึ้น ปลอดภัย ในขณะที่เดียวกันก็มีสินค้าของไทยส่งออกไปขายในประเทศต่างๆแถบนี้มากขึ้น

ปัจจุบันรูปแบบบริการที่มีการเปิดแบบเสรี ๑๐๐% แล้ว ได้แก่ บริการด้านการศึกษา

สำหรับบริการที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ ที่อยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ กายภาพบำบัด, Para-medic, คลินิก, ทันตกรรม, โรงพยาบาล, ดูแลคนชรา, สปา, นวดบำบัด, เสริมสวย, ลอจิสเตีย และนวดผ่อนคลาย นอกจากนี้จะส่งผลไปถึงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประกันสุขภาพ ท่องเที่ยว ที่พัก บริการอาหาร และเครื่องดื่ม ยา วิตามิน วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ อาหารเสริม สมุนไพรไทย ตำรับยาพื้นบ้าน เครื่องสำอางค์ต่างๆ ด้วย

รูปแบบการค้าบริการ

๑. การให้บริการข้ามพรมแดน เช่น การปรึกษาข้ามประเทศ ข้ามจังหวัด โดยใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารต่างๆ
๒. การเดินทางไปบริโภคในต่างประเทศ เช่นมีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารับการรักษาในประเทศมากขึ้น
๓. การจัดตั้งธุรกิจในประเทศ เช่น อนุญาตให้เปิดแผนกต่างชาติได้ ๑ แผนกในโรงพยาบาล

๔. การให้บริการข้ามพรมแดนโดยบุคคลธรรมดา เช่น พยาบาลไทยสามารถเดินทางไปทำงานในประเทศสมาชิกได้

ASEAN Community กับวิชาชีพพยาบาล

ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Service (MRA)

ประเทศไทยได้เริ่มมีการลงนามร่วมกันมาตั้งแต่ปี คศ .๒๐๐๖ ซึ่งได้มีการกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพใน MRA ไว้ดังนี้

๑. ต้องสำเร็จการศึกษาในหลักสูตรระดับพยาบาลวิชาชีพและสถาบันที่ได้รับการรับรอง เนื่องจากส่วนใหญ่พยาบาลประเทศในกลุ่มสมาชิกมีระดับการศึกษาขั้นต่ำไม่เท่ากันและสถาบันส่วนใหญ่ไม่มีการรับรอง ประเทศสมาชิกจึงต้องไปปรับมาตรฐานให้ใกล้เคียงกัน

๒. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจาก Nursing Regulatory Authority ของประเทศต้นทาง

๓. มีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ อย่างน้อย ๓ ปี อย่างต่อเนื่องก่อนการขอเข้าทำงานในประเทศใดๆ ในASEAN

๔. ไม่มีประวัติการกระทำผิด ด้านมาตรฐานและจรรยาบรรณ

๕. สามารถสอบปรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ในประเทศปลายทางตามกฎหมายของแต่ละประเทศ

ผลดี/ผลเสียของMRA

ผลดี

๑. กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวเพื่อไปทำงานในประเทศอาเซียนอื่น
๒. ตลาดผู้ให้บริการด้านสุขภาพขยายตัวมากขึ้น
๓. เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ

ผลเสีย

๑. เพิ่มปัญหาการขาดแคลนแพทย์ พยาบาล ภายในประเทศจากInternal brain drain
๒. เกิดการแข่งขันจากแพทย์ พยาบาล ของประเทศอาเซียนอื่น จะมีการทดแทนด้วยแพทย์พยาบาลที่Lower pay
๓. รัฐบาลไม่สามารถใช้กฎระเบียบภายในเพื่อปกป้องผู้ประกอบการวิชาชีพภายในประเทศได้อีกต่อไป ปรบ.วิชาชีพจะเป็นเกราะภายในต่อไปได้หรือไม่

การเตรียมความพร้อมและมาตรการของสภาวิชาชีพเพื่อรองรับผลกระทบจากการเข้าเป็นประชาคมอาเซียน

๑. สร้างความเข้าใจกับสมาชิก
๒. วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา ศึกษามาตรการการจ้างงานของประเทศใน ASEAN
๓. วางแผนการผลิต รักษาสมดุลความต้องการกำลังคน ให้บริการใคร ให้บริการอะไร ให้บริการอย่างไร เนื่องจากแนวโน้มลักษณะของประชากรไทยที่จะมีกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น
๔. ส่งเสริมการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขัน เกิดเป็น Thai Nurse Brand พัฒนาผู้นำ/ผู้บริหารทางการพยาบาล สนับสนุนการพัฒนาการจัดการศึกษา

ความท้าทายและโอกาส

การสร้าง Thai Nurse Brand

สมรรถนะของพยาบาลไทย

บัณฑิตที่มีความรู้ดี ทักษะสูงและหลากหลาย

-บัณฑิตที่ใช้ชีวิตแบบไม่เตรียมเผชิญความเสี่ยงกับการมีงานหรือหางานทำยาก หรือมีค่านิยมที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาตนเอง จะเป็นอุปสรรคอย่างมากในศตวรรษที่ ๒๑

Thainess /Thai Hospitality

การบริหารจัดการเพื่อรักษาคนดี

การพัฒนาบุคลากร มีอาชีพ ใครก็แทนไม่ได้

เตรียมคนให้พร้อมเป็นเจ้าของกิจการ เช่น ธุรกิจดูแลคนชรา

ส่งออกการศึกษาพยาบาล ซึ่งในอนาคตมีแนวคิดที่จะให้ใช้ ASEAN Licence เพื่อให้สามารถเดินทางไปประกอบอาชีพได้ในประเทศในกลุ่ม ปัจจุบันมีกลุ่มอาชีพวิศวกรและสถาปนิกได้มีการนำไปใช้แล้ว

ในปัจจุบันตำแหน่งของไทยในการให้บริการสุขภาพในอาเซียนยังอยู่ในระดับที่สูงเนื่องจากมีระดับความสามารถหรือเทคโนโลยีค่อนข้างสูง แต่อัตราค่าบริการด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ

กฎหมายและจรรยาบรรณในการปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติ

โดย นางวารุณี สุรนินวงศ์

ที่ปรึกษาด้านกฎหมายสภาการพยาบาล

พยาบาลในสถานะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิชาชีพที่มีความเสียสละต่อสังคม นอกจากการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยเจตนาดี มีความรู้ ความสามารถในวิชาชีพแล้ว พยาบาลจะต้องมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่หรือผลมาจากการปฏิบัติหน้าที่ด้วย หากถูกฟ้องร้องจะอ้างว่าไม่รู้กฎหมาย เพื่อให้ตนพ้นจากความรับผิดชอบย่อมไม่ได้ ดังนั้น การมีความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อพยาบาลอย่างน้อยที่สุดควรจะต้องศึกษากฎหมายดังต่อไปนี้

๑. กฎหมายวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นกฎหมายที่ควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพฯ หากกระทำผิดก็อาจถูกลงโทษด้านจรรยาบรรณ
๒. กฎหมายอาญา เป็นกฎหมายที่ใช้ฟ้องร้องให้ผู้ที่กระทำความผิดในทางอาญาต้องรับโทษ ลักษณะของโทษจะหนักหรือเบาขึ้นอยู่กับเจตนาที่กระทำและผลของการกระทำ
๓. กฎหมายแพ่ง เป็นกฎหมายที่ใช้ฟ้องร้องผู้กระทำความผิดในทางแพ่ง ส่วนใหญ่จะฟ้องความผิดฐานละเมิด เพื่อให้ผู้กระทำความผิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหาย การฟ้องร้องกรณีนี้หากพยาบาลเป็นข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐและเกิดกระทำผิดในขณะปฏิบัติหน้าที่ ผู้เสียหายจะต้องฟ้องหน่วยงานของรัฐโดยตรงเพื่อให้ชดใช้ค่าสินไหม ทดแทนเท่านั้น จะฟ้องพยาบาลผู้กระทำความผิดไม่ได้ หรือจะเลือกวิธียื่นคำขอต่อหน่วยงานของรัฐให้พิจารณาชดใช้ค่าสินไหมทดแทนก็ได้ คือมีทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่นั่นเอง
๔. กฎหมายระเบียบข้าราชการพลเรือน เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลที่เป็น ข้าราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายดังกล่าวได้กำหนดในเรื่องการรักษาวินัยและเรื่องการค้าเงินทางวินัย ข้าราชการ ในกรณีที่พยาบาลกระทำผิดในเรื่องจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพ หรือกระทำความผิดในทางอาญา หรือกระทำความผิดในทางแพ่งก็ตาม ผู้บังคับบัญชาอาจยกเรื่องดังกล่าวมาพิจารณาเพื่อดำเนินการทางวินัยได้ด้วย
๕. กฎหมายสถานพยาบาล เป็นกฎหมายที่ใช้ควบคุมสถานประกอบกิจการสถานพยาบาลซึ่งพยาบาลสามารถไปประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน หรือเป็นผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล หรือเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลบางประเภทได้

การพยาบาลเฉพาะทาง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ๑๐ สาขา

- เน้นสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง และดูแลส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก
- ฝึกอบรมในหลักสูตรและสาขาต่างๆ ที่สภาการพยาบาลกำหนด
- ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิปัตร์ในสาขาต่างๆ

กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพพยาบาล

- การประกอบวิชาชีพ
- จริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- องค์กรวิชาชีพ
- การถูกเรียกร้อง

การปฏิบัติต่อผู้มารับบริการ

- ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพกับผู้รับบริการ
- ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและไม่ประมาท
- การรายงานแพทย์ผู้สั่งการรักษา
- บันทึกทางการพยาบาล
- ต้องศึกษาและพัฒนาตนเอง
- ต้องทำงานด้วยความอดทนและพัฒนาวิชาชีพ

มาตรฐานวิชาชีพพยาบาล

- มาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๔๕
 - มาตรฐานบริการพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทไม่รับค่าจ้าง พ.ศ. ๒๕๔๘
 - มาตรฐานบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๔๘
 - มาตรฐานบริการในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ พ.ศ. ๒๕๔๘
 - มาตรฐานบริการพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๔๙

การปฏิบัติงานพยาบาลเวชปฏิบัติ

- ทำการรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล
- ให้ภูมิคุ้มกันโรคตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- ให้ยาตามคู่มือการใช้ยาที่สภาการพยาบาลกำหนดจ่ายได้ ๑๙ รายการ

การใช้ยาสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

โดย รศ. ลัดดาวัลย์ ผิวทองงาม

ยาลดความดันโลหิตสูง

เป้าหมายการรักษา

๑. ลดความเสี่ยงต่ออัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือด หัวใจและสมอง
๒. ควบคุม BP (เป้าหมาย JNC VII)
 - ในผู้สูงอายุให้ลดระดับ < ๑๔๐/๙๐ mmHg
 - ในผู้ป่วยอายุน้อย วัยกลางคน โรคเบาหวานหรือโรคไตให้ลด < ๑๓๐/๘๐ mmHg

ยาควบคุมความดันโลหิต

๑. Diuretic ลด Sodium และปริมาตรน้ำในร่างกาย
๒. Adrenergic-blocker ลดการทำงานของระบบประสาท Sympathetics
๓. ACE inhibitor, Angiotensin receptor blocker ขยายหลอดเลือดและลดการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย
๔. Calcium channel blocker ช่วยขยายหลอดเลือด

๑. ยากลุ่ม Diuretic

๑.๑ Hydrochlorothiazide

- เป็นยากลุ่มแรกที่ใช้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับ

ผลข้างเคียงของยา

- K ต่ำ, UA สูง, FBS สูง, Lipid สูง

๑.๒ Moduretic

- ลดการขับ Potassium

๑.๓ Furosemide

- ใช้ลดความดันกรณีความดันสูงจากภาวะบวมน้ำ

อาการข้างเคียง

- Hypokalemia ทำให้หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ
- Hyperuricemia
- พิษต่อหู
- การ Push Lasix ควร push ยาช้าๆถ้า push ยาเร็ว จะเกิดหูดับได้

๒. ยากลุ่ม Beta blockers

- Non selective beta-blocker: propranolol ๔๐-๖๐ mg แบ่งวันละ ๒-๔ ครั้ง
- Selective beta ๑ – blocker: atenolol ๒๕-๑๐๐ my OD

ผลข้างเคียง

- TG สูง, HDL ต่ำ, FBS สูง (บดบังภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วย DM)จะใช้เป็นยาขนานแรกก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เช่น postmyocardial infarctionหรือtachyarrhythmia

๒.๑ Methyl dopa (Aldomet)

- ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง
- ใช้ได้ดีในหญิงมีครรภ์
- ไม่ควรใช้ในโรคตับ, ผู้ที่มีภาวะซีมเศร้า
- ใช้ขนาด ๒๕๐ mg ๕๐๐-๒,๐๐๐ mg/day แบ่งให้วันละ ๒ ครั้ง

๓. ยากลุ่ม Calcium channel blockers

๓.๑ Amlodipine (NORVASC) ๒.๕-๑๐ mg OD

อาการข้างเคียง

- ช้อเท้าบวมเวลายืนนานๆ ตอนกลางคืนควรยกเท้าสูง ตอนเช้าเท้าจะยุบววม

๔. ยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme inhibitors

๔.๑ Enalapril ๕-๔๐ mg OD

ผลข้างเคียง

- มีอาการไอ, K สูง, ไตวาย
- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์

๕. ยากลุ่ม Angiotensin II Receptor Blockers

- ยา Losartan, Valsartan
- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์

การปรับขนาดหรือจำนวนยา

- จะกระทำได้อต่อเมื่อสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นเวลาอย่างน้อย ๑ ปี
- โดยค่อยๆ ลดขนาดยาหรือถอนยาออกอย่างช้าๆ ซึ่งมักจะทำให้ได้ในผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว
- ควรติดตามผู้ป่วยเนื่องจากความดันโลหิตอาจสูงขึ้นอีกในระยะเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังหยุดยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิต

- ลดน้ำหนักให้ BMI = ๑๘.๕-๒๓
- ทานอาหาร DASH diet (Dietary Approach to Stop HT) คือ รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวาน และลดปริมาณไขมันในอาหาร
- จำกัดเกลือในอาหาร NaCl น้อยกว่า ๒.๔ กรัม (เกลือ ๑ ช้อนชา มีโซเดียม ๒.๓ กรัม)
- การออกกำลังกายชนิด Aerobic เช่น การเดินเร็วๆ อย่างน้อย ๓๐ นาทีต่อวัน

ยาเบาหวาน

เป้าหมาย ระดับน้ำตาลหลังอาหาร ไม่น้อยกว่า ๘ ซม. < ๑๒๖ มก.ดล.(ปกติ ๗๐-๑๑๐)
ระดับน้ำตาลบนเม็ดเลือด (HbA๑C) น้อยกว่าร้อยละ ๗ (ปกติ ๔-๖)

ยาลดน้ำตาลในเลือด

๑. กระตุ้นให้ผลิต insulin เพิ่มขึ้น
๒. กระตุ้นให้ผลิต insulin ออกฤทธิ์ ดีขึ้น
๓. ยับยั้งการดูดซึ่มกลูโคส
๔. insulin

ยาต้านเกร็ดเลือด

ป้องกัน ischemic stroke MI Blood clot
Aspirin ยับยั้งการสร้าง thromboxane

ยาแก้ปวด

Opioid ใช้ได้ผลดีสำหรับพยาธิสภาพจากการกระตุ้น nociceptors ของ cutaneous หรือ deeptissue ของเนื้อเยื่อ กระดูกและข้อ และปวดจากการดึงรั้งกต visceral pain
ยา Opioid ใช้ไม่ได้ผล สำหรับ neuropathic และ deafferentation pain

Tamadol ไม่ควรใช้สำหรับปวดจากการผ่าตัด ทำฟัน มีประสิทธิภาพต่ำกว่า para ไม่ควรใช้ในเด็ก และวัยรุ่น

ไม่ควรใช้ยา non-opioid หลายตัวร่วมกัน เพราะไม่สามารถเสริมฤทธิ์กันเพื่อลดปวดได้ แต่ทำให้ผลข้างเคียงเพิ่มขึ้น หากใช้ตัวหนึ่งไม่ได้ผล จึงเปลี่ยนใช้อีกตัว

Morphine ไม่มีข้อจำกัดเรื่อง ขนาดยา ปรับตามอาการปวด

ยาโรคข้อเสื่อม ยาหลักควรเป็น acetaminophen เน้นให้ลดน้ำหนักร

NSAIDs ระงับการใช้กับผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป //โรคกระเพาะ ให้ในขนาดสูง//ได้ยา steroid
//anticoagulants

พยาบาลเวชปฏิบัติกับการจัดการภัยพิบัติ

วิทยากรบรรยาย : นายแพทย์จิระพงษ์ ศุภเสาวภาคย์

ปัจจัยที่มีความสำคัญในการประเมินความเสี่ยงในกรณีเกิดสถานการณ์ภัยพิบัติ

คือสมการ	$\text{Risk} = \frac{\text{Hazard} \times \text{Vulnerability}}{\text{Capacity}}$
โดย Risk (ความเสี่ยง)	= ผลของความเสี่ยงที่เกิดจากสถานการณ์ภัยพิบัติ
Hazard (ภัย)	= สาเหตุของอันตรายที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ ฯ
Vulnerability (จุดอ่อน)	= คุณลักษณะของชุมชนหรือระบบที่อ่อนไหวต่อการกระทบจากภัยพิบัติ
Capacity (ความสามารถในการรับสถานการณ์)	= ผลรวมของจุดแข็งและทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบที่สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการตอบสนองต่อภัยพิบัติ

การจัดการภาวะภัยพิบัติ แบ่งเป็น ๔ ขั้นตอนคือ

๑. การเตรียมการ (Preparedness) ซึ่งประกอบด้วย

Surge Capacity คือความสามารถในการปรับการปฏิบัติงานให้เข้ากับความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างทันทีทันใด การประเมินประกอบไปด้วย “๔C, ๔S และ ๓T” โดย

๔C คือ

- Command (การสั่งการ),
- Control (การบังคับบัญชา),
- Communications (การสื่อสาร) และ
- Coordination (การประสานงาน)

๔S คือ

- Space (พื้นที่สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน/ไม่ฉุกเฉิน พื้นที่การรักษาเฉพาะ)

เฉพาะ)

- Staff (เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสายงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อ

ภาวะภัยพิบัติ)

- Stuff (อุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันตัวของผู้ปฏิบัติงาน , อุปกรณ์ดูแลรักษาผู้ป่วย ,

พัสดุครุภัณฑ์อื่นๆ)

- Special (อุปกรณ์ที่จำเป็นในการตอบสนองต่อภาวะภัยพิบัติเฉพาะกรณี)

๓T คือ

- Triage (สิ่งจำเป็นในการคัดแยกผู้ป่วย เช่น พื้นที่ บุคลากร ระบบลงทะเบียน)
- Treatment (พื้นที่สำหรับให้การดูแลรักษา หน่วยสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง)
- Transport (ระบบการขนส่งผู้ป่วย)

HEICS (hospital Emergency Incident Command System) คือระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล มีหลักการโดยทั่วไป คือ

- ให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานรายงานผลไปบังผู้บังคับบัญชาเพียงคนเดียว เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนในการรายงานและทำให้การเดินทางของข่าวสารมีทิศทางที่แน่นอน
- ผู้บังคับบัญชา ๑ คน ควรมีบุคคลใต้บังคับบัญชาโดยตรง ๓ – ๗ คน เพื่อป้องกันความสับสนจากการได้รับข่าวสารมากเกินไป

๒. การตอบสนอง (Response) คือการตอบสนองในการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นโดยใช้

MIMMS (Major Decedent medical Management System) เป็นแนวทางการจัดรูปแบบการตอบสนอง เป็นระบบการบริหารจัดการ แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ

๑. ก่อนเกิดเหตุการณ์: เพื่อเตรียมการและลดผลกระทบ
๒. ระหว่างเหตุการณ์: ประกอบไปด้วยขั้นตอนปฏิบัติและ “CSCATTT” เพื่อจัดตั้งหน่วยแพทย์เผชิญเหตุ

๓. หลังเกิดเหตุการณ์: การฟื้นฟู บูรณะและการเยียวยา

CSCATTT ประกอบด้วย

๑. Command and Control การสั่งการและควบคุม
๒. Safety ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด โดยมีลำดับความสำคัญ ดังนี้
 - ๒.๑ ความปลอดภัยของตนเองและเพื่อร่วมงาน
 - ๒.๒ ความปลอดภัยของประชาชนที่อยู่โดยรอบ
 - ๒.๓ ความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บ
 - ๒.๔ ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม
๓. Communication มีหลักปฏิบัติในการสื่อสารในเหตุสาธารณภัย เป็นตัวย่อ “METHANE” ซึ่งได้แก่

My call-sign/ Major incident standby or Declared

Exact Location

Type of incident

Hazards

Access

Number and severity

Emergency services

๔. Assessment เป็นการประเมินสถานการณ์และความพร้อมของทรัพยากร.

๕. Triage เป็นการคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง เพื่อลดการสูญเสียชีวิต โดยคือหลักการ ” ทำประโยชน์มากที่สุดให้กับคนจำนวนมากที่สุด ” และต้องคำนึงไว้เสมอว่า ” อาการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ”

START Triage เป็นการคัดแยกผู้บาดเจ็บในที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็วโดยแบ่งผู้บาดเจ็บออกเป็น ๔ กลุ่ม ใช้ตัวย่อ “IDME” คือ

I = Immediate (แดง) เป็นผู้บาดเจ็บฉุกเฉินมีภาวะเป็นอันตรายต่อชีวิต จำเป็นต้องรับการรักษาทันที

D = Delayed (เหลือง) เป็นผู้บาดเจ็บที่จำเป็นต้องรับการรักษาท่อในโรงพยาบาลแต่ไม่มีภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต รอได้

M = Minimal (เขียว) เป็นผู้บาดเจ็บเล็กน้อย

E = Expectant (ดำ) เป็นผู้บาดเจ็บรุนแรงมาก จนเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ หรือโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก

Triage Sort ใช้เกณฑ์การประเมิน ๓ ข้อ คือ

๑. Respiratory rate

๒. Systolic blood

๓. Glasgow Come Scale

๖. Treatment คือ การดูแลรักษา ณ ที่เกิดเหตุ ให้คำนึงถึงความเร่งด่วนของอาการ

บาดเจ็บ

๗. Transport คือ ช่วยทางการลำเลียงผู้บาดเจ็บออกจากที่เกิดเหตุ ไปยังสถานที่ที่เหมาะสมโดยมีการลำดับความสำคัญของผู้บาดเจ็บ

๓. การบรรเทาผลกระทบจากภัยพิบัติ (Mitigation) และการเตือนภัยล่วงหน้า เป็นช่องการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อเกิดการเตรียมการตัดสินใจและตอบสนองต่อเหตุการณ์ภัยพิบัติได้อย่างเหมาะสมทันเวลา

๔. การฟื้นฟู (Recovery) เพื่อให้การดำเนินชีวิตของชุมชนกลับเข้าสู่ภาวะปกติและเพิ่มศักยภาพในการตอบสนองต่อภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

สรุป

เป้าหมายของการจัดการภาวะภัยพิบัติ คือ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บที่ได้รับผลกระทบจากภาวะภัยพิบัติได้ โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ การเตรียมการรับมือภัยพิบัติไว้ล่วงหน้า จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องสามารถคาดการณ์ เตรียมการรับมือและตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสมทันทั่วทั้งที่ เพื่อลดความสูญเสียของชีวิตและทรัพย์สินที่จะเกิดขึ้นได้

ปัญหาภาวะซึมเศร้าที่พบในชุมชน: การคัดกรองและการจัดการ

โดย รองศาสตราจารย์ นพ.มานิช หล่อตระกูล

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ความชุกในระยะ ๑๒ เดือนของโรคซึมเศร้าโดยเฉลี่ยอยู่ประมาณร้อยละ ๖ เพศหญิง มีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย ๒ เท่า

โรค panic อยู่ ๆ ใจสั่น, ผวา เป็นเหมือนโรคหัวใจ เป็นเรื่องของประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ สำหรับประเทศไทย ทั่วประเทศมีจิตแพทย์ ๕๐๐ คน ใน กทม. ๒๐๐ คน ในประเทศญี่ปุ่น มีจิตแพทย์ ๒๐,๐๐๐ คน ลอสแอนเจลิส มีจิตแพทย์ ๓,๐๐๐ คน

ลักษณะสำคัญของภาวะซึมเศร้า

๑. อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย ไม่แจ่มใส หงุดหงิดง่าย
๒. ความคิดเปลี่ยนไป เช่น คิดว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลว ไม่มีทางออก
๓. สมาธิ ความจำ ลดลง จิตใจเหม่อลอย ไม่สามารถคงความสนใจได้นาน หลงลืมง่าย
๔. มีอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ อ่อนเพลีย เดินไม่หยุด เบื่ออาหาร น้ำหนักลดหรือเพิ่ม

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

- ก. มีข้อหนึ่งข้อใดต่อไปนี้
 ๑. เบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ
 ๒. อารมณ์ซึมเศร้า
- ข. ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ ตั้งแต่ ๔ อาการขึ้นไป
 ๑. เบื่ออาหาร หรือ น้ำหนักลด หรือเพิ่มเนื่องจากกินมากเกินไป
 ๒. นอนไม่หลับ ต้องเป็นแบบ Tropical insomnia
 ๓. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
 ๔. ความคิด การเคลื่อนไหวช้า หรือกระสับกระส่าย
 ๕. สมาธิ ความจำเสื่อม
 ๖. มีความคิดอยากตาย
 ๗. รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนิตตนเอง

โดยมีอาการเหล่านี้แทบทุกวัน ติดต่อกันนานอย่างน้อย ๒ สัปดาห์

อารมณ์เศร้าอย่างไรจึงจัดว่าผิดปกติ

อารมณ์ซึมเศร้าเป็นมาจนเห็นได้ชัด ร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ข้อ ก. มีข้อใดข้อหนึ่ง และร่วมกับ ข้อ ข. อีก ๔ อาการ ที่มีความรุนแรงต้องให้การช่วยเหลือ เป็นภาวะผิดปกติ การวินิจฉัยแยกโรค

๑. ภาวะซึมเศร้าตามปกติ อาการเริ่มต้นของโรคมักเป็นอาการวิตกกังวล หรือมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย

๒. ยาหรือสารต่าง ๆ ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ที่สำคัญ ได้แก่ glucocorticoid และภาวะที่เกิดจากการหยุดเสฟแอมเฟตามีนหรือโคเคน

๓. โรคทางร่างกาย ที่พบบ่อย คือ โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคเนื้องอกในสมอง, โรคพาร์กินสัน, SLE

๔. Anxiety disorder ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย อาการที่ช่วยในการแยก คือ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

มีส่วนช่วยได้มากในกรณีที่ผู้ป่วยมีจำนวนมาก และบุคคลากรมีเวลาในการสอบถามอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้า แบบประเมินที่ได้รับความนิยมมากในปัจจุบัน ได้แก่ แบบประเมิน Patient Health Questionair (PHQ-๙)

แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย
(Patient Health Questionnaire : PHQ-๙)

ชื่อ.....

วันที่.....

ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน (ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

อาการ	ไม่เคย	มีบางวัน ไม่บ่อย	มีค่อนข้าง บ่อย	มีเกือบ ทุกวัน
๑. เบื่อทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
๒. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
๓. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป				
๔. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
๕. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
๖. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
๗. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงาน ที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
๘. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่าย จนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
๙. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี				

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า DSM-IV

คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี ๔ ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย (คะแนน = ๐) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = ๑) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = ๒) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน = ๓) หลังจากผู้ป่วยตอบแล้ว ให้รวมคะแนนจาก ข้อ ๑-๙ โดยค่าคะแนนรวม มีได้ตั้งแต่ ๐-๒๗ ถ้าผู้ป่วยมีคะแนน ตั้งแต่ ๙ ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ค่าทางสถิติของแบบประเมินที่จุดตัดนี้มี Sensitivity = ๐.๘๔, Specificity = ๐.๗๗, Positive Predictive Value (PPV) = ๐.๒๑ และ Negative Predictive Value (NPV) = ๐.๙๙

ในทางปฏิบัติเมื่อผลการคัดกรองพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนตั้งแต่ ๙ ขึ้นไป จะส่งผู้ป่วยพบแพทย์

การรักษาโรคซึมเศร้า

เป้าหมายการรักษาในระยะแรก คือ เพื่อให้อาการทุเลาลง รูปแบบการรักษา

๑. การทำจิตบำบัด ใช้ในลำดับแรกในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง อาการไม่ยุ่งยากซับซ้อน
 ๒. การรักษาด้วยยา ยาทุกชนิดไม่ได้ออกฤทธิ์ทันที จะเห็นผลหลังจากใช้ยาไปแล้ว ๑-๒ สัปดาห์
- ยาที่นิยมใช้ในปัจจุบันเป็นยา (First line drug) คือ Fluoxetine และ Sertraline ซึ่งผลิตในประเทศ ราคาถูก มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยมาก ปลอดภัยและอยู่ในบัญชียาหลัก
- ระยะ Acute กินเวลา ๖-๑๒ สัปดาห์
 - ระยะ Continuation เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ต้องรักษาต่อเพื่อป้องกันโรคกลับมากำเริบ โดยให้ยาระยะยาวต่อไปนาน ๔-๖ เดือน แล้วค่อย ๆ ลดยาลง ใช้เวลาเป็นเดือน
 - การให้ยาระยะยาว เมื่อผู้ป่วยมีประวัติบ่อยเป็นโรคซึมเศร้า ๒-๓ ครั้งขึ้นไป อาจต้องรักษากินยาวนาน ๒-๓ ปี
- ส่วนใหญ่การรักษาที่ได้ผลดี มักใช้การทำจิตบำบัดรวมกับการรักษาด้วยยา

หลักการดูแลผู้ป่วย

๑. สื่อสารให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
๒. ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจและการปรับตัว
๓. ช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ออย่าให้ผู้ป่วยเครียด
๔. ญาติมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น ญาติต้องร่วมมือ

ความผิดปกติทางพัฒนาการที่พบบ่อยในเด็ก การคัดกรองและแนวทางการดูแล

โดย แพทย์หญิงเบญญาชลิ เตชะแสนศิริ

ความผิดปกติทางพัฒนาการที่พบบ่อย

- ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
- พัฒนาการทางภาษาล่าช้า
- กลุ่มอาการออทิซึม
- โรคสมาธิสั้น
- ความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้

พัฒนาการหลัก ๔ ด้าน

- ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง
- ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก
- ด้านภาษา
- ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่

เมื่อมีเด็กมารับบริการตรวจสุขภาพ ให้สอบถามผู้ปกครองว่ามีความกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการหรือพฤติกรรมเด็กหรือไม่ แยกเป็นสองคำตอบดังนี้

มีความกังวล	ไม่มีความกังวล
<p>ประเมินเบื้องต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนปัจจัยเสี่ยง - รวบรวมข้อมูลด้านพัฒนาการที่ผ่านมา - ตรวจร่างกาย สังเกตพฤติกรรมเด็กและระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง - พิจารณาใช้แบบทดสอบคัดกรองที่เหมาะสม 	<p>ทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และสังเกตพฤติกรรมเด็กระหว่างการตรวจ</p>
<p>◆ หากสงสัยว่าผิดปกติ ให้ส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญ</p>	<p>◆ หากมีปัจจัยเสี่ยง ก็ให้คำแนะนำเบื้องต้น แล้วนัดติดตามก่อนกำหนด</p>
<p>◆ หากไม่พบความผิดปกติ ก็ให้คำแนะนำเบื้องต้น แล้วนัดติดตามก่อนกำหนด</p>	<p>◆ หากไม่มีปัจจัยเสี่ยง ให้ดูต่อว่าเป็นช่วงที่เด็กอายุ ๙,๑๘,๒๔,๓๐ เดือนหรือไม่</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ● หากไม่ใช่ ให้นัดตามตารางปกติ ● หากใช่ ให้ประเมินพัฒนาการด้วยแบบทดสอบคัดกรอง
	<ul style="list-style-type: none"> ● หากสงสัยว่าผิดปกติ ให้ส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ● หากไม่พบว่าผิดปกติ ให้นัดตามตารางปกติ

แบบประเมินคัดกรองที่นิยมใช้ในประเทศไทย

- Denver II
- อนามัย ๔๙
- การวาดรูป

แบบประเมินคัดกรองโดยการวาดรูป

- Gesell Figure Drawing
- Draw-A-Person

ข้อควรคำนึง

๑. อายุ ๗ เดือน ยังไม่พลิกจากคว่ำไปหงาย
๒. อายุ ๙ เดือน ยังไม่พลิกจากหงายไปคว่ำ
๓. อายุ ๑๐ เดือน ยังนั่งอยู่เองไม่ได้
๔. อายุ ๑๘ เดือน ยังไม่เดิน
๕. อายุ ๒ ปี ยังไม่วิ่ง
๖. อายุ ๒ ปีครึ่ง – ๓ ปี ยังไม่กระโดด
๗. อายุ ๔ ปี ยังถีบสามล้อไม่ได้

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ความหมาย

๑. ระดับเขาวงกตปัญญาดำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (ตรวจเมื่ออายุ ๖ ปีขึ้นไป)

ระดับเขาวงกตปัญญาดำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ๒ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เกณฑ์เฉลี่ย ๑๐๐ ± ๑๕ – น้อยกว่า ๗๐

ระดับความรุนแรง

เล็กน้อย (๕๐ - ๗๐) ถือเป็นกลุ่มที่เรียนได้

มาก (<๕๐) ถือเป็นกลุ่มที่เน้นฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

๒. อาการแสดงก่อน ๑๘ ปี

แนวทางคัดกรอง

- หาปัจจัยเสี่ยง
- ตรวจร่างกายดูความผิดปกติของรูปร่างหน้าตา
- สังเกตพฤติกรรมเด็ก

แนวทางการดูแล

- ส่งต่อกุมารแพทย์ หรือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความผิดปกติร่วมหรือส่งต่อเด็กเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ให้คำแนะนำสิทธิพิเศษสำหรับคนพิการ

พัฒนาการทางภาษาล่าช้า

- พฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าเด็กอาจมีภาษาล่าช้า

อายุ	พฤติกรรมพัฒนาการทางภาษา
แรกเกิด - ๔ เดือน	ไม่ตอบสนองต่อเสียงในช่วงที่เด็กกำลังตื่นดี
๕ - ๗ เดือน	ส่งเสียงน้อย หรือไม่ส่งเสียงอ้อแอ้ โต้ตอบกับผู้เลี้ยงดู
๙ - ๑๒ เดือน	ไม่หันหาเสียง ไม่ทำเสียงเลียนพยัญชนะอื่น นอกจาก “อ”
๑๕ เดือน	ไม่พูดคำที่มีความหมายอย่างน้อย ๑ คำ
๑๘ เดือน	ไม่เข้าใจหรือทำตามคำสั่งอย่างง่าย ไม่พูดคำที่มีความหมาย ๓ คำ
๒ ปี	ไม่พูดคำที่มีความหมายต่างกัน ๒ คำต่อเนื่องกัน พูดคำศัพท์น้อยกว่า ๕๐ คำ
๒ ปีครึ่ง	ไม่พูดเป็นวลียาว ๓-๔ คำ ยังทำเสียงไม่เป็นภาษา
๓ ปี	ไม่พูดเป็นประโยคสมบูรณ์ ผู้อื่นฟังภาษาที่เด็กพูดส่วนใหญ่ไม่เข้าใจ
๔ ปี	เล่าเรื่องสั้นๆไม่ได้ ผู้อื่นยังฟังภาษาที่เด็กพูดไม่เข้าใจเกินร้อยละ ๒๕

แนวทางการให้คำแนะนำกับผู้เลี้ยงดูเด็ก

๑. ออกเสียงพูดให้ชัดเจน
๒. เน้นพูดกับเด็กเป็นคำเดี่ยวๆ ให้ตรงกับเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น
๓. กระตุ้นให้เด็กออกเสียงเป็นคำพูดก่อนที่จะตอบสนอง
๔. ลดเวลาการดูโทรทัศน์ตามลำพังของเด็ก

กลุ่มอาการออทิสซึม

อาการแสดง

- ไม่หายขาด และ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการได้
- ไม่สบตา ไม่พาที ไม่ชี้นิ้ว
- ประเมินเมื่อ ๑๘ เดือน (บางคน ๑๒ เดือน เห็นอาการแล้ว)
- มีความบกพร่อง ๓ ด้าน
 ๑. ทักษะทางสังคม
 ๒. ทักษะทางภาษา
 ๓. ความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมซ้ำๆ มีความสนใจเฉพาะเรื่องบางเรื่อง ที่จำกัด ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

พัฒนาการของการแสดงความรู้สึกร่วม

อายุ	การแสดงความรู้สึกร่วม
๘ - ๑๐ เดือน	เด็กจะมองตามวัตถุหรือสถานการณ์ที่ผู้เลี้ยงดูมอง
๑๐ - ๑๒ เดือน	มองตามสิ่งที่ผู้เลี้ยงดูชี้ และมองใบหน้าผู้เลี้ยงดูด้วย
๑๒ - ๑๔ เดือน	ชี้ไปยังสิ่งที่ตนเองสนใจ เพื่อสื่อสารบอกความต้องการ และดึงความสนใจของผู้เลี้ยงดูไปที่สิ่งนั้นด้วยการมองหน้าและชี้
๑๔ - ๑๖ เดือน	เริ่มชี้ไปยังสิ่งที่ตนเองสนใจ และชี้ชวนให้ผู้เลี้ยงดูสนใจ ตามด้วยมองหน้าสลับไปมาระหว่างผู้เลี้ยงดูและสิ่งที่สนใจ

พัฒนาการทางภาษาที่บกพร่อง

การใช้ภาษา	ความเข้าใจภาษา
<ul style="list-style-type: none"> ไม่ส่งเสียงโต้ตอบกับผู้เลี้ยงดู ซึ่งปกติเริ่มตอน ๖ เดือน ไม่มีการเล่นเสียงริมฝีปาก ซึ่งปกติเริ่มเมื่ออายุ ๖ เดือน ไม่มีคำพูดเดี่ยวที่มีความหมาย ซึ่งปกติเริ่มเมื่ออายุ ๑ ปี พูดคำซ้ำๆ ซึ่งอาจพบได้ในเด็กปกติก่อน ๒ ขวบ แต่จะน้อยลงไปเรื่อยๆ เมื่ออายุมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ไม่สนใจเสียงเรียกหรือเสียงคุยของผู้อื่น จำเสียงคนเลี้ยงไม่ได้ บกพร่องหรือเปียงเบนในการใช้ภาษาท่าทาง ไม่มีการใช้ท่าทางประกอบ หรือมีน้อย ไม่เข้าใจความหมายของภาษา ขณะที่วัยเดียวกันส่วนมากเข้าใจ

เครื่องมือคัดกรอง

- แนะนำให้ทำทุกรายที่อายุ ๑๘ - ๑๔ เดือน
 ๑. CHAT สังเกต ร่วมกับถามผู้เลี้ยงดู
 ๒. M-CHAT แบบสอบถามจากผู้เลี้ยงดู ใช้สำหรับอายุ ๑๖ - ๔๘ เดือน
 ๓. STAT สังเกตพฤติกรรมเด็กเป็นหลัก ใช้สำหรับอายุ ๒ - ๓ ปี
 ๔. PDDST II แบบสอบถามจากผู้เลี้ยงดู ใช้ในเด็กต่ำกว่า ๖ ปี
- การวินิจฉัย จะประเมินตาม DSM - IV - TR

แนวทางการดูแล

- ฝึกพูด
- ให้การศึกษา (โดยอาจต้องมีหลักสูตรพิเศษ)
- ฝึกทักษะทางสังคม
- รักษาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

โรคสมาธิสั้น

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM IV TR

- อาการเริ่มก่อนอายุ ๗ ขวบ
- มีอาการมากจนเสีย function เรื่องการเรียน และ การเล่นกับเพื่อน
- มีปัญหาความสัมพันธ์ หุนหันพลันแล่น
- หายได้ถ้าไม่มีความผิดปกติ ๑๐ ขวบ หรือ วัยรุ่น

การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ครอบครัว

๑. จัดหาสถานที่สงบให้เด็กทำการบ้าน
๒. จัดตารางเวลาให้ชัดเจน
๓. ถ้ามีสมาธิสั้นมากๆ ผู้ใหญ่ควรคุมจนเสร็จ
๔. จัดกฎระเบียบบ้านของใช้ได้
๕. ให้รางวัลในกรณีทำพฤติกรรมที่ต้องการ
๖. ฝึกให้ควบคุมอารมณ์
๗. เปิดโอกาสให้เปลี่ยนอิริยาบถ
๘. เพิ่มเวลาออกกำลังกาย
๙. ฝึกให้เด็กเรียนรู้ที่จะหยุด
๑๐. อย่าไว้วางใจ พูดสั้นๆ ใช้อารมณ์

การให้คำแนะนำกับครู

๑. จัดที่นั่งหน้าชั้น โกลประตูหน้าต่าง
๒. จัดกิจกรรมเปลี่ยนกิริยาบถ
๓. ชมเลยหรือให้รางวัลเมื่อปฏิบัติดี
๔. คิดวิธีเตือนไม่ให้เด็กเสียหน้า
๕. เขียนการบ้านบนกระดาน
๖. ถ้าสั่งด้วยวาจา ควรสั่งตามขั้นตอน
๗. ตรวจสอบสมุดงานสม่ำเสมอ
๘. ถ้ามีสมาธิสั้นมาก ควรลดเวลางานให้สั้นลง
๙. หลีกเลี่ยงการใช้วาจาตำหนิ ประจาน ประณาม
๑๐. ตัดคะแนน งดพัก ทำเวร เมื่อเด็กทำผิด
๑๑. มองหาจุดดีของเด็ก และสนับสนุนให้แสดงออกถึงข้อดีของตนเอง
๑๒. พยายามสร้างบรรยากาศที่เข้าใจและเป็นกำลังใจให้เด็ก
๑๓. ควรได้รับการสอนแบบตัวต่อตัว
๑๔. ครูควรให้เวลาที่ใช้ในการสอบนานกว่าปกติ

ความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้

คำจำกัดความ

- เด็กมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าเด็กวัยเดียวกันอย่างน้อย ๒ ชั้นปี (ซึ่งทำให้วินิจฉัยได้ล่าช้า)
 - ไม่หายแต่ทุเลา
 - ไม่เกี่ยวกับสติปัญญา

ประเภทของความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้

๑. ความบกพร่องของทักษะการอ่าน : โยงเสียงกับพยัญชนะ สระ ไม่ได้
๒. สมองแยกไม่ออกเสียง ซ ฉ
๓. ความบกพร่องด้านการเขียน
 - เขียนสะกดคำ
 - บังคับกล้ามเนื้อมือให้เขียนได้ปกติ
๔. ความบกพร่องของทักษะการคำนวณ : ไม่เข้าใจจำนวน ปกติเข้าใจเมื่อ ๒ ½ ขวบ

แนวทางการดูแลให้คำแนะนำ

- อธิบายให้ผู้ปกครองและเด็กเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา และผลกระทบ
- วางแผนด้านการศึกษา
- ปรับพฤติกรรม หากมีปัญหาเรื่องงานไม่เสร็จ
- ส่งเสริมให้เด็กได้มีโอกาสพัฒนาทักษะที่ชอบหรือมีความถนัด

การพัฒนางานประจำจากผลงานวิจัย และการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ

โดยรองศาสตราจารย์ ดร.สุณีย์ ละกำป็น

- R๒R หรือ Routine to Research

หมายถึง การปรับปรุงหรือการพัฒนางานประจำ โดยใช้กระบวนการวิจัย

★ งานประจำ → สังเกต → ปัญหาที่ต้องการหาคำตอบด้วยการวิจัย

- หัวใจของ R๒R

อยู่ที่คนที่ทำงานประจำ ต้องการพัฒนางานของตัวเองให้ดีขึ้น แล้วก็ใช้กระบวนการเพื่อคิดหาวิธี โดยมุ่งตอบคำถามว่าทำอย่างไร (HOW) เพื่อให้งานในจุดนั้นทำได้ดีขึ้น

- ขั้นตอนการวิจัยทางการพยาบาล

๑. เรื่อง / ปัญหาวิจัย
 ๒. ทบทวนวรรณกรรม
 ๓. กำหนดตัวแปร
 ๔. ตั้งสมมติฐาน
 ๕. ออกแบบการวิจัย
 ๖. เก็บรวบรวมข้อมูล
 ๗. เตรียมข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์
 ๘. วิเคราะห์ข้อมูล
 ๙. แปลผลข้อมูล
 ๑๐. รายงานผลและเผยแพร่
- โดยทุกขั้นตอนต้องอยู่ในกรอบของทฤษฎี

- เริ่มต้นคิดหัวข้อวิจัยอย่างไร

๑. ความไม่พอใจในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน ให้เอากิเลสของตนเป็นที่ตั้งโจทย์ อย่าทำตัวเป็นพวก

“ทองไม่รู้ร้อน”

๒. ความพอใจหรือเป้าหมายขององค์กรซึ่งรวมถึง ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เอากิเลสของคนอื่นมาเป็นที่ตั้งโจทย์

๓. การอ่านวารสารและงานวิจัยที่ตีพิมพ์แล้ว

๔. การพบปะพูดคุยหรือการสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ทั้งเป็นการส่วนตัว หรือในการประชุมวิชาการต่างๆ

๕. การทำวิจัยซ้ำ (Replication of studies) เช่น ทำซ้ำใน settings อื่นๆ

๖. ตั้งโจทย์จากทฤษฎีเพื่อเป็นการพิสูจน์ทฤษฎีต่างๆ

- วิเคราะห์ตนเองก่อนเริ่มทำ R๒R

ตัวเราเป็นคนกลุ่มใด?	
กลุ่มที่ ๑	เก็บข้อมูลเอาไว้บ้างแล้ว แต่ยังไม่รู้ว่าจะทำอะไรต่อไป
กลุ่มที่ ๒	มีโครงการวิจัยหรือมีหัวข้ออยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มทำ
กลุ่มที่ ๓	สนใจที่จะทำงานวิจัยมาก แต่ยังไม่มีความมั่นใจ
กลุ่มที่ ๔	สนใจที่จะทำวิจัยพอควร แต่ไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่
กลุ่มที่ ๕	ไม่ต้องการทำวิจัยเลย คิดว่ายุ่งยากและไม่สนใจ

★ **กลุ่ม ๑** เก็บข้อมูลมาบ้างแล้ว

ลองเอาข้อมูลเดิมมาพิจารณา แล้วดูว่าเราจะใช้ประโยชน์อะไรได้บ้างการวิจัยเป็นแบบ survey เพื่อดูอุบัติการณ์ของปัญหาบางอย่าง

★ **กลุ่ม ๒** มีโครงการวิจัยหรือมีหัวข้ออยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มทำ

เริ่มต้นปรับโครงการเดิม โดยเขียนให้ชัดเจนขึ้น มีการทบทวนเอกสารมากขึ้น และส่งขอรุณวิจัย

★ **กลุ่ม ๓** สนใจมาก แต่ไม่รู้ว่าจะเริ่มได้อย่างไร

ดูปัญหาใกล้ตัว วิเคราะห์ปัญหาให้ชัด เริ่มพัฒนาโครงการตามขั้นตอน

★ **กลุ่ม ๔** สนใจพอควร แต่ยังไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่

อ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องมากๆ เพื่อกระตุ้นให้คิดได้ ศึกษาบทเรียนของผู้อื่น ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้เกิดการต่อยอดความคิดของตนเอง

★ **กลุ่ม ๕** ไม่ต้องการทำวิจัยเลย คิดว่ายุ่งยาก และไม่สนใจ

๑. ลองคิดใหม่อีกครั้ง

๒. ลองหาทางทำงานวิชาการประเภทอื่นๆที่เทียบเคียง

- งานทบทวนงานวิจัย

- โครงการใช้ผลการวิจัย (research utilization)

การวิจัยเป็น **“กระบวนการ”** การดำเนินการทุกอย่างเป็นไปตามขั้นตอน และแต่ละขั้นตอนมีกระบวนการที่ต่างกัน ดังนี้

กิจกรรม	ขั้นตอน
๑. ระบุหัวข้อหรือปัญหาการวิจัยและทบทวนวรรณกรรม	การคิดและการเขียนโครงร่าง
๒. กำหนดตัวแปรของการวิจัยและวิธีวัดตัวแปร	
๓. กำหนดระเบียบวิธีวิจัย	
๔. กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และเขียนโครงร่าง	
๕. ดำเนินการเก็บข้อมูล	ลงมือทำ
๖. วิเคราะห์ข้อมูล	
๗. เขียนรายงานการวิจัย	คิด วิเคราะห์ผล เขียนรายงาน
๘. เผยแพร่การวิจัย	

• งาน R๒R

- เป็นการวิจัยที่มีคำถาม มาจากการทำงานประจำ
- มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาให้งานประจำนั้นดีขึ้น
- ต้องมีการวางแผนและการดำเนินการวิจัยที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อให้ได้คำตอบที่เชื่อถือได้มากที่สุด เพื่อนำมาใช้พัฒนางาน พัฒนาการดูแลผู้ป่วย

รูปแบบวิจัยในการพัฒนางานประจำ

การวิจัยเชิงปริมาณ

- การวิจัยเชิงพรรณนา
 - หาความชุกของปัญหา
 - หาสาเหตุของปัญหาที่สนใจ
- การวิจัยเชิงทดลอง
 - นำรูปแบบใหม่มาทดลองใช้เพื่อปรับปรุง/แก้ปัญหาคือพบแล้วสังเกตหรือวัดผลที่เกิดขึ้น
 - รูปแบบอาจเป็น . . .
 - หนึ่งกลุ่มวัดผลหลังการวิจัย
 - หนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการวิจัย
 - สองกลุ่มวัดผลหลังการวิจัย
 - สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการวิจัย

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

- สัมภาษณ์เชิงลึก
- สทนากลุ่ม

เพื่อเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบบริการที่เป็นอยู่

การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน

โดย รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อชานานภาพและคณะ

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

แบบมีอาการ

Random plasma glucose \geq ๒๐๐ mg/dl

แบบไม่มีอาการ

FPG \geq ๑๒๖ md/dl ๒ ครั้ง (ต่างวันกัน)

Hb A๑C = ๖.๕ % ๒ ครั้ง (ต่างวันกัน)

หรือ ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ ๒ ชั่วโมง (๒- h OGTT) หลังการดื่มกลูโคส ๗๕ กรัม \geq ๒๐๐ mg (ต่างวันกัน)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

Atherosclerosis หลอดเลือดแดงแข็ง

-Retinopathy ตาฝ้า ตาบอด

-Nephropathy ไตวาย

-Neuropathy เท้าชา ท้องเดิน เวียนศีรษะ

-CHD (Angina/MI) โรคหัวใจ

-Stroke อัมพาต ความจำเสื่อม

Low resistance ภูมิคุ้มกันต่ำ

-Infection ติดเชื้อง่าย/รุนแรง

Foot ulcer ตัดนิ้วมือ/ข้อเท้า

Gallstones นิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบ

Fatty Liver ไขมันเกาะตับ

Gerd กรดไหลย้อน

Hytriglyceridemia ไขมันในเลือดสูง

CTS มือชา ๓ นิ้วครึ่ง

Cardiomyopathy กล้ามเนื้อหัวใจพิการ

Acute : หมดสติ

-Hypoglycemia น้ำตาลต่ำจัด

-Hyperglycemia น้ำตาลสูงจัด

-Ketoacidosis

เป้าหมายการควบคุมเบาหวาน

HbA _{1c} < ๗%	(>๘%)
Preprandial capillary plasma glucose	๗๐-๑๓๐ mg/dl
- น้ำตาลก่อนอาหาร	(<๗๐ or > ๑๕๐)
Peak postprandial capillary plasma glucose	<๑๘๐ mg/dl
- น้ำตาลหลังอาหาร	(<๑๐๐ or >๒๐๐)
- น้ำตาลก่อนนอน	๑๑๐-๑๕๐ mg/dl
BP	<๑๓๐/๘๐ mmHg
LDL-C	<๑๐๐ mg/dl
Triglyceride	<๑๕๐ mg/dl
HDL-C	Male > ๔๐ mg/dl , Female > ๕๐ mg/dl

แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

- การให้คำปรึกษา (Counselling : Individul /Group)
- การให้แรงสนับสนุนกับทางครอบครัว (Family support)
- การสร้างกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Group support)
- การเยี่ยมบ้าน (Home visit)
- การจัดการที่บ้าน (Home health care)
- การให้การดูแลโดยแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine)

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ลดปัจจัยเสี่ยง

- Lipid
- HT
- Smoking
- Albuminuria

การให้ยาร่วมกับยาตัวอื่น

- ให้ ASA ร่วมเมื่อผู้ชายมีอายุ >๕๐ ปี และผู้หญิงมีอายุ > ๖๐ ปี และมีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง
- ให้ ACE๑ เมื่อมีปัญหา Neuropathy
- ให้ ASA+ ACE๑+Statin เพื่อป้องกันCVD (ซึ่ง Statin จะช่วยชะลอการเกิด Atherosclerosis

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

	SBP(mmHG)		DBP(mmHg)
Normal	<๑๒๐	and	<๘๐
Prehypertension	๑๒๐-๑๓๙	or	๘๐-๘๙
HT stage๑	๑๔๐-๑๕๙	or	๙๐-๙๙
HT stage๒	≥๑๖๐	or	≥๑๐๐
Isolated systolic hypertension (ISHT)	≥๑๔๐	and	<๙๐

แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง

Normal BP วัดความดันโลหิตซ้ำทุก ๒ ปี

Prehypertension ปรับพฤติกรรม วัดความดันโลหิตซ้ำทุก ๑ ปี

Hypertension ขึ้นกับ

-ระดับความรุนแรง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

-อวัยวะเป้าหมายที่ถูกทำลาย (Organ target damage)

-อาการทางคลินิก (Associated clinic conditions)

การปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ลดน้ำหนัก (ลด SBP ๕-๒๐ mmHg/๑๐ กก.)

ลด Na

- NaCl < ๑ ช้อนชา (๖ กรัม/วัน)/น้ำปลา ๔.๕ ช้อนชา/ ซีอิ๊ว ๕ ช้อนชา
- NaCHO₃ -: ผงฟู ยาธาตุน้ำ โซดาไมนัท
- Na Monoglutamate -: ผงชูรส
- Na Benzoate -: สารกันบูด (ลด SBP ๒-๘ mmHg)

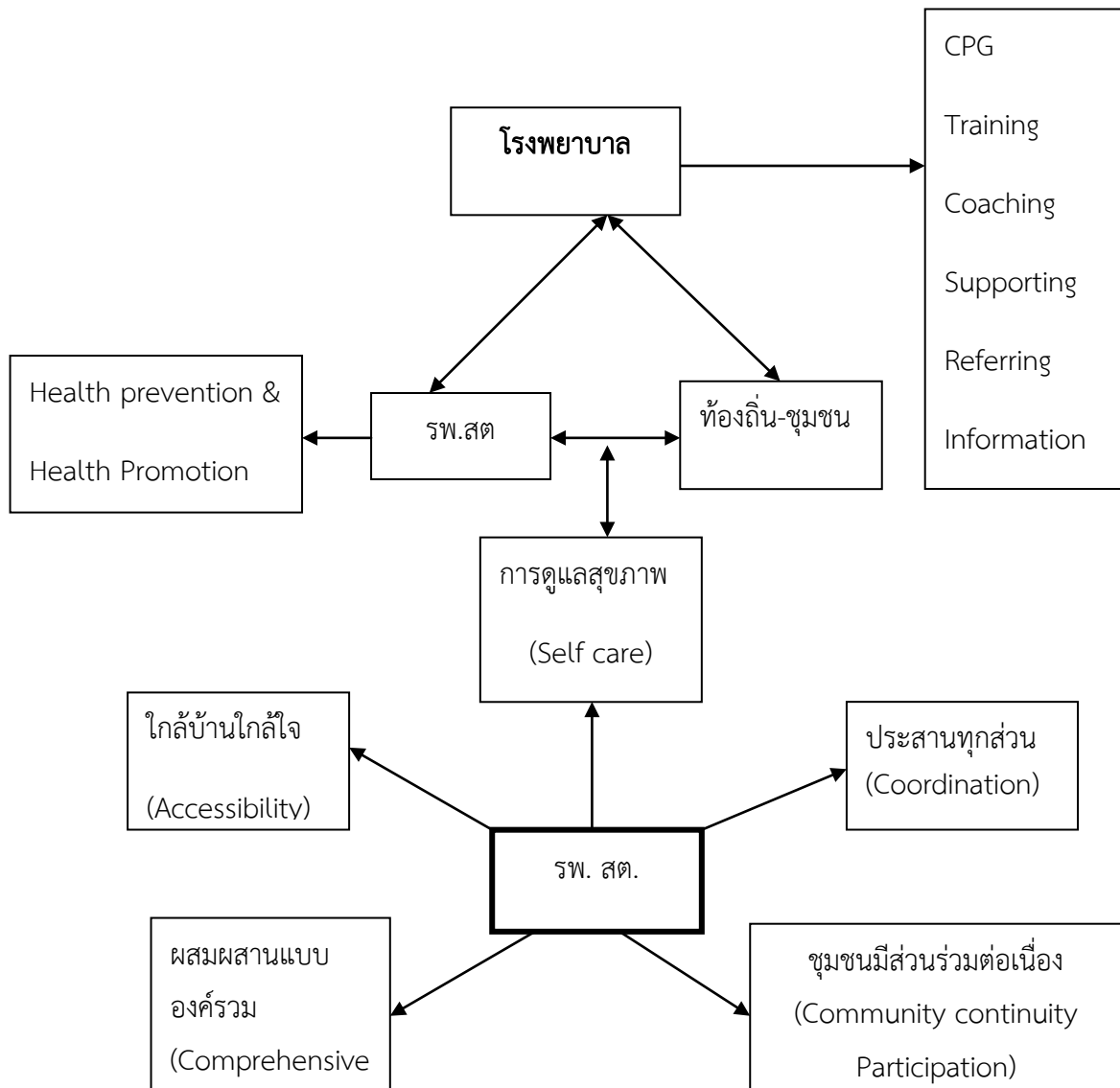
บริโภคอาหารคุมความดันโลหิต (DASH Diet)

- High fiber (กินผัก ผลไม้ เมล็ดธัญพืช)
- Low fat (กินน้ำพริกไขมันเนย อาหารไขมันต่ำ)
- ลดเนื้อแดง น้ำตาล ของหวาน (ลด SBP ๘-๑๔ mmHg)
- ออกกำลังกาย (Exercise)

งดยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูง : Steroid / NSAIDS / Pseudoephedrine / Oral pill (Estrogen)

ลด/ควบคุมปัจจัยเสี่ยง : บุหรี่ อ้วน DM Dyslipidemia (ป้องกันภาวะแทรกซ้อน)
 คลายเครียด (ป้องกันภาวะแทรกซ้อน)

ภาคีเครือข่ายกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



บทบาทของภาคีในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

การสร้างความรู้ความเข้าใจ-ความตระหนักแก่ชุมชน

ตรวจกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย

การส่งเสริมและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม๕๐ : อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อันตรราย

การติดตามตรวจเลือด วัดความดันโลหิต ที่สถานบริการ ที่บ้าน

การให้ความรู้และกำลังใจแก่ผู้ป่วยในการติดตามการรักษา การดูแลตนเอง และการใช้ยาที่ถูกต้อง

การเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน-ผลข้างเคียงของยา

การช่วยเหลือและนำส่งผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างครบวงจร เป็นองค์รวม และมีคุณภาพ ต้องอาศัยการรักษาพยาบาล

ของทั้งโรงพยาบาลควบคู่กับการดูแลที่บ้านและชุมชน โดยเครือข่ายภาคีในชุมชน

โรคจากการประกอบอาชีพและการเฝ้าระวังในชุมชน

: โดย พญ.ฉันทนา ผดุงทศ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข

การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มแรงงานในชุมชน

ประเด็น : ชุมชน ครอบครัว ตัวเรา

: ความเจ็บป่วยจากการทำงาน

: บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ

: ระบบบริการอาชีวอนามัย

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้รู้จักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อให้สามารถวินิจฉัย สอบสวน เฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ในระดับเบื้องต้น

เนื้อหาโดยสรุป

หน่วยบริการปฐมภูมิจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ ร่วมกับแกนนำกลุ่มอาชีพแรงงานนอกระบบ อาสาสมัครสาธารณสุข และ อาสาสมัคร อาชีวอนามัยชุมชน (อสอช.) ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้ คือ

1. บริการเชิงรุก (ก่อนป่วย)

- 1.1 จัดทำฐานข้อมูลแรงงานนอกระบบระดับตำบลแยกรายอาชีพ
- 1.2 ดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยเครื่องมือวิเคราะห์ความเสี่ยง (Job Safety Analysis-JSA) ให้กับกลุ่มแรงงานนอกระบบ5 กลุ่มอาชีพในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งมีจำนวนแรงงานนอกระบบมาก และมีโอกาสสูงที่จะเจ็บป่วยจากการทำงาน
- 1.3 จัดเก็บข้อมูลประเมินความเสี่ยงที่ได้จากJSA ในระบบข้อมูลปกติของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น JHCIS เป็นต้น โดยแยกเป็นรายบุคคล

1.4 เดินสำรวจบริเวณทำงานของ กลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อให้คำแนะนำ โดยเฉพาะการปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

1.5 จัดกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้กลุ่มแรงงานนอกระบบ อื่นๆ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน จัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล กิจกรรมออกกำลังกาย โดยใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. บริการเชิงรับ (หลังป่วย)

2.1 คัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยแบบคัดกรอง นบ.01 ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

2.2 หากพบว่าป่วย

2.1.1 ลงข้อมูลด้วยรหัส ICD-10 สำหรับโรคจากการประกอบอาชีพ

2.1.2 ส่งแบบรายงาน รง.506/2 ไปยังกลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.1.3 ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษายาบาลตามสิทธิ

2.1.4 หากพบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะป่วย แต่ยังไม่ป่วย หรือต้องการการตรวจเพิ่มเติมทางอาชีวอนามัยให้ส่งต่อเพื่อรับการตรวจตามความเสี่ยง ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพปอด การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน การตรวจสมรรถภาพการมองเห็น การตรวจสมรรถภาพกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านพิษวิทยา ที่หน่วยบริการระดับสูงขึ้นไป

2.1.5 เดินสำรวจบริเวณทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อให้คำแนะนำ โดยเฉพาะการปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน การปรับพฤติกรรมการทำงาน และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

2.1.6 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กลุ่มแรงงานนอกระบบอื่นๆ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน จัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล กิจกรรมออกกำลังกาย โดยใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ชุมชน ครอบครัว ตัวเรา มีความสัมพันธ์ต่อกัน อะไรที่เราทำจะมีผลกระทบต่อ ตัวเราครอบครัวชุมชน (สังคม) โดยพบว่ามีสัมพันธ์ต่อกันตลอดไม่ว่าจะเป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ ตัวอย่างเช่น หากเราผ่านไปแถวภูทับเบิก จ.เพชรบูรณ์ จะพบว่าบรรยากาศสวยงาม เห็นภาพสวนผัก สูดสายตา มี เกษตรกรกำลังเก็บผัก แต่พอเราเดินลงจากรถเพื่อสูดอากาศจะพบว่าในอากาศที่สูดจะมีกลิ่นยาฆ่าแมลง พอมองใกล้เข้าไปเราจะเห็นเป็นสวนกะหล่ำปลี เกษตรกรกำลังตัดผลกะหล่ำปลีเพื่อส่งขายในตลาดสด เห็นการผสมยาฆ่าแมลงเพื่อใช้ในแปลงผัก เกษตรกรบางคนก็กำลังฉีดยา (ใส่เสื้อฉีด สวมหมวก แต่ไม่ ปิดปากจมูก ไม่สวมถุงมือ) ทำให้มีโอกาสเกิดโรคจากการใช้ยาฆ่าแมลง ซึ่งรวมถึงคนในครอบครัวและชุมชน อาจจะเป็นการสูดดม หรือผ่านผิวหนัง และเมื่อผักไปถึงตลาดจะมีผู้สัมผัสเพิ่ม ซึ่งรวมถึงผู้บริโภคที่อาจได้รับพิษผ่านการกินหากผักล้างไม่สะอาด

การประกอบอาชีพในชุมชนแบ่งเป็นกลุ่มๆได้ ดังนี้

1. กลุ่มอุตสาหกรรม จะพบความสัมพันธ์แบบนายจ้าง ลูกจ้าง มีเรื่องของเงินเดือน กองทุนทดแทน ประกันสังคม พรบ.คุ้มครองแรงงาน เช่น
 - โรงน้ำแข็ง
 - โรงสีข้าว
 2. เกษตรกรรมจะพบความสัมพันธ์แบบครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ ไม่มีเงินเดือน และเรื่องของหลักประกันต่างๆ อาจพบความสัมพันธ์แบบนายจ้าง ลูกจ้างบ้างหากเป็นกิจการขนาดใหญ่
 3. บริการ เช่น ช่างตัดผม ช่างเสริมสวย รถรับจ้าง
 4. แรงงานนอกระบบ (ทำงานที่บ้าน) เช่น ทอผ้า ตัดเย็บเสื้อผ้า
- การประกอบอาชีพในชุมชนที่แตกต่างกันใน4กลุ่มทำให้มีความเสี่ยงในอาชีพที่แตกต่างกัน โดยอาจมีการดูแลในด้านหลักประกันสุขภาพ และกฎหมายคุ้มครองที่แตกต่างกัน พบว่า แรงงานในระบบอุตสาหกรรมจะได้รับการดูแลทั่วถึงกว่าแรงงานนอกระบบ

ในการทำงานหรือประกอบอาชีพอาจมีสิ่งคุกคามสุขภาพ (Hazards) ที่ส่งผลให้ผู้ทำงานเกิดความเจ็บป่วยจากการทำงาน เช่น สถานการณ์พิษจากพืชผักที่ได้รับจากการประกอบอาชีพเกษตรกรที่ส่งผลต่อสุขภาพมีอันตรายไม่แตกต่างจากยาเสพติด แต่พบว่าการรณรงค์ให้ประชาชนทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่ค่อยมีให้เห็นแต่มีการรณรงค์ในเรื่องของยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและมากมาย

สิ่งคุกคามสุขภาพ (Hazards)สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน โดยอาศัยการสังเกต ได้แก่

1. สภาพแวดล้อม (Environment) เดินเข้าไปก็มองเห็นสิ่งคุกคามสุขภาพ
 - 1.1 กายภาพ ได้แก่ แสง เสียง ความดันของบรรยากาศ ความร้อน ฝุ่น เช่น คนงานที่ทำงานหน้าเตาหลอม
 - 1.2 สารเคมี
 - 1.3 เชื้อโรค
2. ลักษณะงาน (Condition)
 - 2.1 ท่าทางการทำงาน เช่น งานที่ต้องทำซ้ำๆในท่าทางแบบเดิม งานที่ต้องยืนนานๆ เช่น ตำรวจจราจร พนักงานเช็คกระจก
 - 2.2 งานเครียด เช่น พนักงานธนาคารเลือด
 - 2.3 ทำงานเป็นกะ เช่น ต้องทำงานกะดึกตลอดทำให้อดนอน ไม่สดชื่น

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในด้านอาชีวอนามัย มีดังนี้

1. วินิจฉัยแยกโรคออกจากโรคทั่วไป หรือเป็นโรคจากการประกอบอาชีพ หรือโรคที่เกิดจากผลกระทบจากการประกอบอาชีพ เช่น ปวดข้อมือเนื่องจากมีอาชีพกรีดยาง
2. สอบสวนโรคหากมีการป่วยเป็นกลุ่ม/ก้อน เช่น มีคนป่วยอาการเดียวกัน จากโรงงานเดียวกัน
หลายคน
3. ประเมินโอกาสการเกิดโรค เช่น ถ้าคุณปากกัมยงหรือหีบของแบบนี้ จะปวดหลังนะคะ
4. ให้คำแนะนำเบื้องต้น
 - การปรับพฤติกรรม(ป้องกัน)
 - การปรับสภาพแวดล้อม
5. เผื่อระวังโดยการดูแลแนวโน้มการเจ็บป่วยเพื่อการป้องกัน

การค้นหาโรคจากการทำงาน โดย

1. แยกอาการเจ็บป่วยที่คล้ายกับโรคทั่วไป
 - เจ็บคอ เป็นหืด ปวดข้อมือ ตัวเหลือง ซีด ไข้ขึ้น
2. เป็นหลายคนพร้อมกัน
 - ทำงานเดียวกัน ทำหน้าที่เดียวกัน
3. สัมพันธ์กับระยะเวลาทำงานหรือสัมผัส
 - ช่วงวันหยุดเช่นเสาร์-อาทิตย์หรือไม่ได้ทำงาน อาการเจ็บป่วยหายไป
4. รักษาไม่หาย เป็นแล้วเป็นอีก
5. ต้อง “ฉุกคิด” ถึงจะเจอ

ฉุกคิด กรณีที่ 1 : เริ่มจากอาการป่วย (เชิงรับ)

- ผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือเกิดโรค(มีอาการ/อาการแสดงของพิษจากยากำจัดศัตรูพืช: พิษ AchE)
- ชักประวัติพบมีการสัมผัสยากำจัดศัตรูพืช , ผลการตรวจเลือดพบสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย (ระดับสาร AchE)
- ชักประวัติพบผู้ป่วยเป็นเกษตรกรมีการใช้ยากำจัดศัตรูพืชในการทำอาชีพเป็นประจำ (สิ่งแวดล้อม)

ตัวช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค

1. ในโรงพยาบาล
 - 1) การซักประวัติและตรวจร่างกาย
 - 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (พิษวิทยา) โดยตรวจหาสารเคมีในเลือดและในปัสสาวะ

3) การตรวจร่างกายด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่นการตรวจสมรรถภาพทางปอด ตรวจการมองเห็น
ตรวจการได้ยิน

2. ในโรงงาน/ในพื้นที่

- 1) การเดินสำรวจที่ทำงาน (walk through survey)
- 2) การตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น ปริมาณสารเคมี เสียง ฝุ่น

ฉกคิด กรณีที่ 2 : เริ่มจากความเสียง (เชิงรุก)

- พบเกษตรกรมีการใช้ยากำจัดศัตรูพืชในการทำอาชีพเป็นประจำ (สิ่งแวดล้อม)
- เกษตรกรมีการสัมผัสยากำจัดศัตรูพืช (สารเคมีเข้าสู่ร่างกาย)
- เกษตรกรได้รับผลกระทบหรือเกิดโรค (มีอาการ/ อาการแสดงของพิษจากยากำจัดศัตรูพืช: พิษ AchE)

การป้องกันการเจ็บป่วย สามารถทำได้โดย

- ลดการปนเปื้อนในสภาพแวดล้อม
- ลดการสัมผัสยากำจัดศัตรูพืชหรือสารเคมี
- ฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการสัมผัสยากำจัดศัตรูพืชหรือสารเคมี
- หากเจ็บป่วยต้องวินิจฉัยแยกโรคออกจากโรคทั่วไปและให้การรักษาและฝ้าระวังการเจ็บป่วยซ้ำ

ตัวช่วยประเมินความเสี่ยงของชุมชน

- 1) ความรู้ด้านพิษวิทยา
- 2) การเดินสำรวจ “ชุมชน”
- 3) การตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น สารเคมี เสียง ฝุ่น ท่าทางการทำงาน
- 4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูความผิดปกติของสารเคมีในเลือด หรือในปัสสาวะ
- 5) การตรวจร่างกายด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่น การตรวจสมรรถภาพปอด การมองเห็น การได้ยิน

การฝ้าระวังโรคจากการทำงาน โดย

1. Hazard surveillance
 - *Environment monitoring*
 - ระดับสารตะกั่วในอากาศที่ทำงาน
2. Exposure surveillance

- Biological monitoring
- ระดับสารตะกั่วในเลือด อาจใช้การ plot กราฟช่วยในการดูแนวโน้มระดับสารตะกั่วที่เพิ่มหรือลดลงเพื่อเฝ้าระวัง

3. Disease surveillance

- อาการพิษตะกั่วเฉียบพลัน เรื้อรัง

ระบบบริการอาชีวอนามัย

1. ส่งเสริมสุขภาพ
2. ป้องกันโรค
3. สอบสวน/ ควบคุมโรค
4. วินิจฉัยโรค/ รักษาพยาบาล
5. ฟื้นฟูสมรรถภาพ
6. ประเมินการกลับเข้าทำงานหลังป่วย
 - ทำได้หรือไม่ ควรกลับเมื่อไหร่ ถ้ากลับมาทำงานได้อีกควรเปลี่ยนแผนกหรือไม่

สรุป : ในการจัดการกับปัญหาในด้านอาชีวอนามัยอาจต้องใช้บริการประสานสืบทิศกับหน่วยงาน องค์กรต่างๆ รวมถึงประชาชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้การแก้ปัญหาสามารถทำได้จริงและเกิดความยั่งยืน

การดูแลประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย Palliative and End of life Care

การดูแลประคับประคอง (Palliative Care)

หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีการคุกคามต่อชีวิต โดยกระบวนการการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด รวมทั้งการให้การดูแลให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End stage of Life, Terminal Illness Patients)

หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการเจ็บป่วยที่มีอาการทรุดลงไปเรื่อยๆและมีความพิการส่งผลให้เสียชีวิต และรอวันตาย

แนวคิดในการดูแลประคับประคอง (Concept of Palliative Care)

เป็นแนวคิดเชิงบูรณาการการดูแลที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องแบบ Longitudinal care ซึ่งต้องใช้หลักการเชิงจริยธรรม (Ethics) และการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) รวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence - based) ร่วมด้วย

การดูแลประคับประคองใน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเทคนิคการบำบัดผสมผสาน (Palliative Care ; Complementary and Integrative Therapy)

เป็นกระบวนการผสมผสานเทคนิคการเยียวยาร่างกายตนเอง (Self Healing modalities or Holistic Modalities) โดยประยุกต์องค์ความรู้การดูแลสุขภาพเชิงองค์รวม (Holistic health care, Unorthodox) ผสมผสานกับระบบการแพทย์แผนหลักหรือการดูแลสุขภาพแผนหลัก (Conventional Medicine, Orthodox Medicine, Modern Medicine) เพื่อบำบัดดูแลรักษาเยียวยาตนเอง (Self Healing)

การเยียวยาตนเอง (Self Healing) เป็นวิธีการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม (Holistic Self care) เป็นวิธีการป้องกันการเจ็บป่วยและบำบัดการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องใช้ยา ไม่ต้องผ่าตัด ปัจจุบันเรียกวิธีการนี้ว่า การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) การแพทย์ผสมผสาน (Complementary Medicine or integrative Medicine) การดูแลทางเลือก (Alternative care) การแพทย์จิตประสานกาย (Mind - body Medicine) ปัจจุบันการแพทย์ทางเลือกบางวิธีได้รับการพิสูจน์ตามขั้นตอนวิจัยทางวิทยาศาสตร์ และนำมาใช้ในการเยียวยารักษาโรคในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเช่นการแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine) การแพทย์อายุรเวท (Ayurvea Medicine) ไคโรแพรคติก (Chiropractic) การแพทย์แผนไทย

การประยุกต์เทคนิคการบำบัดผสมผสานสำหรับการดูแลประคับประคองใน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Application of Complementary and Integrative Medicine for PalliativeCare and End stage of Life Care)

เทคนิคการแพทย์จิตประสานกาย ได้รับการยอมรับและใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๑. การปฏิบัติสมาธิ (Meditation)

เป็นวิธีการใช้หลักของการบริหารระบบประสาทสัมผัส ใช้กลไกทางวิทยาศาสตร์ เช่นการฝึกหายใจลึกๆ (Deep Breathing Exercise) หรือการใช้เทคนิคการเพ่ง (Focusing Technique) เพื่อให้บุคคลกำหนดความคิดของตนเองไว้ที่จุดใดจุดหนึ่ง การปฏิบัติสมาธิ ช่วยลดความตึงเครียด ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล และเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด

๒. การจินตภาพ (Imagery)

เป็นกระบวนการที่เน้นให้บุคคล สร้างจินตนาการที่ดี มีประโยชน์ต่อร่างกาย จิตใจ หรือวิญญาณของตนเอง โดยการสร้างภาพฝัน จำลองภาพตนเองทั้งในรูปแบบการเสริมสร้างและการทำลาย เช่นการมองตนเองในเชิงบวกเวลาเจ็บป่วย (ให้หายจากโลก หรืออยู่กับโรคอย่างมีความสุข) หรือการมองตนเองในเชิงลบ (ทำให้สภาวะของโลกเลวร้ายลง) การจินตภาพอาจช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดให้ระบบภูมิคุ้มกันของตนเองต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้

๓. การรับรู้ข้อมูลย้อนกลับ หรือไบโอฟีดแบค (Biofeedback)

เป็นวิธีการสร้างความสมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจของบุคคล การควบคุมการทำงานของร่างกาย (Self-regulation) โดยเริ่มต้นผ่อนคลาย (Relaxation) ควบคุมความเครียด (Stress management) ร่วมกับการใช้เครื่องมือ เครื่องไฟฟ้า บอกสภาวะการทำงานของร่างกาย เครื่องมือที่ใช้บอกสภาวะของร่างกาย เช่น เครื่องวัดความตึงของกล้ามเนื้อ เครื่องวัดการไหลเวียนของโลหิต เครื่องมือวัดอุณหภูมิ เครื่องมือตรวจคลื่นสมอง เครื่องมือตรวจน้ำย่อย เป็นต้น

๔. การสะกดจิต (Hypnosis)

เป็นวิธีการเหนี่ยวนำให้บุคคลอยู่ในสภาวะจิตในสภาพไร้การควบคุม ผู้ถูกสะกดจะแสดงความรู้สึก ความคิดของตนเองในสภาวะสติไร้สัมปชัญญะ วิธีนี้จะเน้นการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองที่มีอิทธิพลต่อเซลล์ทุกเซลล์ของร่างกาย

๕. การใช้ศิลปะบำบัด (Art therapy) หรือดนตรีบำบัด (Music therapy)

เป็นวิธีการใช้เสียงดนตรี ศิลปะบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้เจ็บป่วยได้รับการผ่อนคลายโดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทอัตโนมัติ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๑. การประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยตามอาการ เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย สะอึก ท้องผูก ฯลฯ

๒. การดูแลปัญหาทางจิตใจ ผู้ป่วยที่ป่วยนานๆมักมีอาการเศร้าซึมอย่างรุนแรง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ก้าวร้าว วุ่นวาย สับสน การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกท้อทั้ง ให้เวลาพูดคุย สนับสนุนให้ผู้ป่วยซักถามถึงสิ่งต่างๆ ที่สงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ควรประเมินและพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าแม้จะไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบรรยากาศที่สงบมีผู้ดูแลประจำที่ให้การดูแลต่อเนื่อง การบอกความจริงแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรจะพยายามบอกความจริงแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ ในด้านการพยาบาลเท่านั้น

๓. การดูแลด้านสังคมเศรษฐกิจ เช่น การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสะสางเรื่องต่างๆเรียบร้อยก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไป ในด้านการเงิน การงาน ฯลฯ

๔. การดูแลด้านจิตวิญญาณ ช่วยเหลือผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนตาย ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความตายอย่างสงบ ตายด้วยใจที่โปร่งเบา ตายด้วยใจที่สว่าง ปล่อยวาง ตายด้วยใจที่เกิดปัญญา ยอมรับความตาย

ด้วยการปฏิบัติสมาธิ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ปรารถนาในชีวิต ซึ่งจะนำพาจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีความสุขสงบ

สรุป

การดูแลประคับประคอง (Palliative Care) เป็นศาสตร์และศิลป์ เป็นกระบวนการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ครอบคลุม กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความสามารถในสาขาวิชาต่างๆกันและด้วยทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทส่งเสริมซึ่งกันและกัน ผลัดกันเป็นหัวหน้าทีม แล้วแต่สถานการณ์และบริบทของผู้ป่วย