

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การจัดทำแผ่นพับการดูแลเด็กตัวเหลือง

เสนอโดย

นางสาวทัศนีย์ ไหลหาโคตร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 207)
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 3-7 สิงหาคม พ.ศ. 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคปอดอักเสบในเด็ก (childhood pneumonia) เป็นโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง อาจทำให้เกิดความพิการหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุของการตายเป็นอันดับหนึ่งในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ในแต่ละปีจะมีเด็กทั่วโลกที่เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบปีละ 2.4 ล้านคน ในประเทศกำลังพัฒนาพบโรคปอดอักเสบในเด็ก มากกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว 12-15 เท่า สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราการป่วยของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.2 ต่อปี และส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วหลังจากเริ่มป่วย ผู้ป่วยเด็กที่รอดชีวิตอาจจะประสบกับภาวะแทรกซ้อน หากมิได้แก้ไขจะทำให้มีผลกระทบต่อการเรียนรู้เติบโตของเด็ก และอาจก่อให้เกิดความพิการขึ้นได้

โรคปอดอักเสบ หมายถึง การอักเสบติดเชื้อของเนื้อปอด รวมทั้งหลอดลมและถุงลม เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส ไมโคพลาสมาและปรสิต หรือเกิดจากการสูดสำลักน้ำลาย เศษอาหารหรือน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร การอักเสบอาจจะเริ่มจากเนื้อปอดหรืออาจจะลุกลามมาจากส่วนบนของระบบทางเดินหายใจ

สาเหตุ สาเหตุของโรคนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส หรือเชื้อแบคทีเรีย มีเพียงส่วนน้อยที่อาจเกิดจากการแพ้ หรือการระคายเคืองต่อสารที่สูดดมเข้าไป เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคปอดอักเสบเข้าสู่ร่างกายได้หลายวิธี เช่น การสูดหายใจเข้าไป การสำลัก การกระจายของเชื้อตามกระแสเลือดไปสู่ปอด ในภาวะปกติระบบหายใจในร่างกายจะมีกลไกในการป้องกันไม่ให้มีสิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคเข้าสู่หลอดลม หรือถุงลมปอด โดยร่างกายมีภูมิคุ้มกันเป็นอวัยวะในการกรองเชื้อโรคและฝุ่นละอองไม่ให้เข้าสู่ปอดและขับสิ่งต่างๆ ออกจากร่างกายโดยการไอ นอกจากนี้ในถุงลมปอดยังมีกลไกในการกำจัดเชื้อหลายอย่าง เช่น เชื้ออาจถูกกำจัดออกจากร่างกายโดยเม็ดเลือดขาวหรือระบบภูมิคุ้มกันมาทำลายเชื้อโรค ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ติดเชื้อโดยการสูดสำลักเอาเชื้อก่อโรคที่อยู่บริเวณคอเข้าไปในหลอดลมส่วนปลาย หรือถุงลมปอด เกิดการอักเสบของเนื้อปอด เนื้อปอดถูกทำลายทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลงทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจนได้ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ช่วงแรกอาจเป็นแค่หวัด มีไข้ธรรมดา ต่อมาอาจลุกลามเป็นปอดอักเสบได้ ผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสส่วนมากอาการไม่รุนแรงอาจดีขึ้นได้เองและมีอัตราการเสียชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับเชื้อแบคทีเรีย

พยาธิสรีรภาพ

การอักเสบของปอดในระยะแรกจะมีน้ำภายในเส้นเลือด เม็ดเลือดขาวไหลเข้าสู่ถุงลมต่อมาจะมีเม็ดเลือดขาวชนิดมาโครเฟจ (macrophage) เข้าไปบริเวณที่มีการอักเสบเพื่อกำจัดเชื้อโรค และขับออกสู่ระบบน้ำเหลือง เนื้อปอดส่วนที่มีการอักเสบจะแข็งเป็นผลให้การยืดหยุ่นและการเข้าออกของก๊าซลดลง ทำให้เนื้อปอดบางส่วนไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้ตามปกติเกิดภาวะขาดออกซิเจนตามมา การอักเสบของเนื้อปอดที่

มีการติดเชื้อทำให้เยื่อปอดอักเสบและมี การสร้างสารคัดหลั่งมากขึ้นมีผลทำให้ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น และขัดขวางขบวนการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด ทำให้อากาศผ่านเข้าสู่ปอดลดลง หากพยาธิสภาพมีความรุนแรงมากทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง และคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจนและเกิดภาวะเลือดเป็นกรดขึ้น ในรายที่มีพยาธิสภาพของเนื้อปอดมากอาจทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวได้

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยปอดอักเสบแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ อายุของผู้ป่วยและความรุนแรงของโรค ซึ่งอาการที่พบบ่อยมีดังนี้

1. อาการไข้ ไข้สูงหนาวสั่น ไข้อาจสูงลอยอยู่หลายวันหรือไข้ขึ้นๆลงๆ
2. อาการไอ มักมีอาการไอบาง ยกเว้นในเด็กที่ขาดสารอาหารขั้นรุนแรงอาจไม่มีอาการไอหรือไอน้อยมากเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแอ
3. หายใจเร็ว เป็นอาการเริ่มแรกของปอดอักเสบเนื่องจากมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือด
4. หอบเหนื่อย มีอาการแสดงที่สำคัญคือ ปีกจมูกบาน ชายโครงบวม
5. ในทารกส่วนมากจะไม่มีลักษณะเฉพาะ ผู้ป่วยบางรายมีไข้หรือไม่มีไข้ก็ได้ อาจมีอาการอาเจียน ซึม ไม่ยอมดื่มน้ำหรือนม

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้

1. การซักประวัติ อาการสำคัญ ได้แก่ ไข้ ไอ หอบ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารน้อยลง
2. การตรวจร่างกาย พบ อาการไข้ อาการไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียงผิดปกติ เช่น เสียงกรอบแกรบ (crepitation) เจ็บหน้าอก ท้องอืด

อัตราการหายใจที่ผิดปกติในกลุ่มอายุต่างๆในเด็กดังต่อไปนี้

อายุแรกเกิด - 2 เดือน อัตราการหายใจไม่เกิน 60 ครั้งต่อนาที

อายุ 2 - 12 เดือน อัตราการหายใจไม่เกิน 50 ครั้งต่อนาที

อายุ 12 เดือนถึง 5 ปี อัตราการหายใจไม่เกิน 40 ครั้งต่อนาที

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด การตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย การถ่ายภาพรังสีทรวงอก

การรักษา

1. ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีอาการไม่รุนแรงมาก เช่น มีไข้ ไอ หายใจเร็วไม่มากนัก แพทย์อาจจะให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในกรณีที่สงสัยว่าปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย

2. ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี สมควรรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของโรค อาการและอาการแสดง ความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ ภาวะพร่องออกซิเจน และพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2.1 การให้ออกซิเจน แพทย์จะพิจารณาให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่เขียวมาก ซึม กระวนกระวาย ไม่ยอมดื่มนมและน้ำ หายใจเร็วมากกว่า 70 ครั้งต่อนาที

2.2 การให้น้ำและอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ช่วยลดความเหนียวของเสมหะ และสามารถขับเสมหะออกจากร่างกายโดยการไอ ลดการคั่งค้างของเสมหะที่อุดกั้นทางเดินหายใจในเด็ก และเป็นการทดแทนการสูญเสียน้ำจากร่างกายซึ่งเกิดจากภาวะไข้สูงและหายใจเร็ว

2.3 ยาปฏิชีวนะ เพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ การเลือกยาในกลุ่มใดต้องพิจารณาอายุของผู้ป่วย ประวัติการสัมผัสเชื้อ โอกาสเชื้อคือยาและอาการอื่นๆ ประกอบด้วย

2.4 การรักษาอื่นๆ คือการให้ยาลดไข้ การเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ การให้ยาขยายหลอดลม

3. ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่พิจารณารับไว้ในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่มีอาการเฉียบพลัน ไอมากและมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย

การพยาบาล

1. ตรวจวัด และบันทึกสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

2. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น อาการเหนื่อยหอบ ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าอกช่วยหายใจ มีการคั่งรังของหน้าอก ออกนุ้ม ซีด ถ้าพบความผิดปกติรีบรายงานแพทย์เพื่อรับการรักษา

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ส่งเสริมการได้รับออกซิเจนและลดการใช้ออกซิเจนของผู้ป่วยเมื่ออาการดีขึ้น ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

4. การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการเคาะปอดดูดเสมหะ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ประเมินเสียงลมหายใจเข้าและลมหายใจออกจากปอด

5. ฝ้าระวังและป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย สังเกตอาการขาดสารน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง กระหม่อมนูน ตาลึกโหล กระวนกระวาย

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกชนิด

10. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การพยาบาลที่ได้รับ การตรวจวินิจฉัยที่สำคัญ การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ การปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. แนวคิดองค์รวม การให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือการตระหนักเห็นความสำคัญของความเกี่ยวพันที่กลมกลืนกันของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล
2. การพยาบาลตามแนวทางของการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยบูรณาการบทบาทของครอบครัว ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ประกอบกับความร่วมมือระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว มาเป็นแนวทางให้การพยาบาล
3. กรอบแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDAมาใช้ในการวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา สาเหตุและข้อมูลสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกปัญหา

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคปอดอักเสบในเด็กเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปัญหาสำคัญของโรคปอดอักเสบในเด็กคือเมื่อเป็นแล้วทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วและผู้ป่วยเด็กที่รอดชีวิตอาจประสบกับภาวะแทรกซ้อนหากมิได้รับการแก้ไขจะทำให้มีผลกระทบต่อการเรียนรู้เติบโตของเด็กและอาจก่อให้เกิดความพิการขึ้นได้ จึงได้นำเสนอ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 1 ปี 5 เดือน มาด้วยอาการ มีไข้ ไอมีเสมหะ มีน้ำมูก หายใจหอบเหนื่อย กินได้น้อยซึมลง 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบจึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมให้การรักษาโดยการพ่นยาขยายหลอดลมและเคาะปอดดูดเสมหะ หลังการพ่นยาขยายหลอดลม ให้ออกซิเจนผ่านกล่องครอบศีรษะ ยาลดไข้ ยาละลายเสมหะ ยาลดน้ำมูก ยาปฏิชีวนะ และยาลดไข้ จากการติดตามประเมินผลการพยาบาลและเยี่ยม จำนวน 4 ครั้ง มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 6 ข้อ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมดได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยอาการทุเลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ใน วันที่ 7 สิงหาคม 2553 เวลา 12.30 น. พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ปกครองในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การมาตรวจตามแพทย์นัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนการนัด แพทย์นัดตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ในวันที่ 11 สิงหาคม 2553 เวลา 8.30 น. ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม รวมนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รับใหม่ผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินวันที่ 3 สิงหาคม 2553 เวลา 20.10 น. ผู้ป่วย มีอาการ ไอบ่อย มีเสียงเสมหะในลำคอ มีน้ำมูกไหล หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย 50 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 38 องศา

เซลล์เซียส อัตราการเต้นของชีพจร 130 ครั้งต่อนาที จากการตรวจร่างกายฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง medium crepitation และ expiration rhonchi อ่อนเพลีย

2. ได้รับการรักษาโดยการพ่นยาขยายหลอดลมและเกาะปอดดูดเสมหะหลังการพ่นยา ให้ออกซิเจนผ่านในกล่องครอบศีรษะปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที ให้อาหารละลายเสมหะ ยาลดน้ำมูก ยาลดไข้ และยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำ Ampicillin 250 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจ 30 ครั้งต่อนาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ไอนาน ๆ ครั้ง ไม่มีเสมหะ ไม่มีน้ำมูก วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 99 ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ

4. แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ให้คำแนะนำผู้ป่วยครอบครัวในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน เรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนการนัด การมาตรวจตามแพทย์นัด

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการ ดังนี้

กรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 1 ปี 5 เดือน HN 6418/52 AN 8735/53 น้ำหนัก 10.2 กิโลกรัม มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2553 เวลา 20.10 น. ด้วยอาการ มีไข้ ไอมีเสมหะ มีน้ำมูก หายใจหอบเหนื่อย กินได้น้อย ซึมลง 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบจึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ไอบ่อยมีเสียงเสมหะในลำคอ มีน้ำมูกไหล หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย 50 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 130 ครั้งต่อนาที จากการตรวจร่างกายฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง medium crepitation และ expiration rhonchi แพทย์ให้เจาะเลือดตรวจ Complete blood count ผลการตรวจ พบว่า Hemoglobin 11.5 กรัมเปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 11-14 กรัมเปอร์เซ็นต์) Hematocrit 34.5 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 35-45 เปอร์เซ็นต์) White blood cell 7,940/ul (ค่าปกติ $4.5-10.7 \times 10^3$ /ul) Neutrophil 27.4 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-65 เปอร์เซ็นต์) Lymphocytes 64.9 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20-40 เปอร์เซ็นต์) ส่งเอกซเรย์ปอด ผลการตรวจ พบ infiltration both lung วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 92 แพทย์ให้การรักษาโดยการพ่นยาขยายหลอดลม ventolin 0.5 มิลลิลิตร ผสมกับ 0.9 % normal saline 2.5 มิลลิลิตร พ่นทุก 4 ชั่วโมง และเกาะปอดดูดเสมหะหลังการพ่นยาขยายหลอดลม วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ให้ออกซิเจนผ่านในกล่องครอบศีรษะ ปริมาณ 10 ลิตรต่อนาที ให้อาหารละลายเสมหะ Disol syrup 2.5 มิลลิลิตร รับประทาน 3 เวลาหลังอาหาร ยาลดไข้ Paracetamol syrup 5 มิลลิลิตร เมื่อมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/N/3 500

มิลลิลิตร อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มีโอกาสเกิดภาวะร่างกายขาดออกซิเจนเนื่องจากการหายใจ ไม่มีประสิทธิภาพจากทางเดินหายใจหดรัดและมีการกักของเสมหะในปอด ดูแลให้ยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ลดการกักของเสมหะโดยให้ยาละลายเสมหะ เกาะปอดดูดเสมหะ และให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ติดตามผลค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน ถ้าผิดปกติหรือต่ำกว่า ร้อยละ 95 รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยลดลง หายใจ 30 ครั้งต่อนาที มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงร้อยละ 99 มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและมีอาการหอบเหนื่อย ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กระตุ้นให้รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง พบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น 10 ซ้อนโต๊ะ รับประทานอาหารนมได้ 5 ออนซ์ มีโอกาสเกิดภาวะชักจากไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้เพื่อบรรเทาอาการและป้องกันการชัก วัคซีนัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกายลดลง 37 องศาเซลเซียส ไม่เกิดอาการชักเกร็ง บิดามารดาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ บิดามารดามีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของบุตร ให้คำแนะนำบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และอธิบายทุกครั้งที่ทำกิจกรรมการพยาบาล เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามและมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล หลังให้คำแนะนำบิดามารดา มีความวิตกกังวลลดลงสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในการรักษามากขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้อย่างต่อเนื่อง

วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยมีอาการไอบ่อย มีเสียงเสมหะในลำคอ มีน้ำมูกข้นสีเหลือง หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย 46 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 97 ฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง medium crepitation และ expiration rhonchi ให้พ่นยาขยายหลอดลม ออกซิเจน หลังพ่นยาผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยลดลง 40 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 99 ดูแลให้ได้รับยาลดน้ำมูก pseudoephedrine syrup 2.5 มิลลิลิตร รับประทาน 3 เวลา หลังอาหาร ยังมีไข้ต่ำ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส รับประทานได้แต่นมและน้ำรับประทานข้าวได้น้อย ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและกระตุ้นให้รับประทานอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและนมได้มากขึ้น มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มคือ มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำ Ampicillin 250 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ประเมินอาการติดเชื้อโดยการวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย

วันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยมีอาการไอบ่อย มีเสียงเสมหะในลำคอ มีน้ำมูกน้อยลง หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อยลดลง 36 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 97 ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง medium crepitation และ expiration

rhonchi คูแลฟ่นยาขยายหลอดลมต่อเนื่อง เริ่มรับประทานอาหารและนมได้มากขึ้น อาการอ่อนเพลียลดลง ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยมีอาการไอลดลง หน้าตาสดชื่น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจ 34 ครั้งต่อนาที ฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง medium crepitation และ expiration rhonchi ลดลง วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 99 คูแลฟ่นยาขยายหลอดลมต่อเนื่อง สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ แพทย์หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำสิ้นสุดปัญหาที่มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย คูแลใส่ injection plug เพื่อฉีดยาปฏิชีวนะต่อ คูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะให้ครบตามแผนการรักษา อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ปัญหาบิดามารดาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อและบิดามารดา มีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของบุตร เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ บิดามารดา มีความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องปลอดภัย

วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ไอนานๆครั้ง ไม่มีเสมหะ ไม่มีน้ำมูก วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 99 ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน หยุดยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ให้เป็นยารับประทานต่อบ้าน Amoxicilline (125 mg) 5 มิลลิกรัม รับประทาน 3 เวลาหลังอาหาร Bromhexine 2.5 มิลลิกรัม รับประทาน 3 เวลา หลังอาหาร pseudoephedrine 2.5 มิลลิกรัม รับประทาน 3 เวลา หลังอาหาร Ventolin 2.5 มิลลิกรัม รับประทานทุก 6 ชั่วโมง และ Paracetamol 5 มิลลิกรัม รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาที่มีไข้ และ นัดตรวจเพื่อติดตามอาการในวันที่ 11 สิงหาคม 2553 เวลา 8.30 น. ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านแก่บิดามารดาในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การมาตรวจตามแพทย์นัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ก่อนวันนัด รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 1 ปี 5 เดือน มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2553 เวลา 20.10 น. ด้วยอาการมีไข้ ไอมีเสมหะ มีน้ำมูก หายใจ หอบเหนื่อย กินได้น้อย ซึมลง 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบจึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ไอบ่อยมีเสียงเสมหะในลำคอ มีน้ำมูกไหล หายใจครืดคราด หายใจหอบเหนื่อย 50 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 130 ครั้งต่อนาที จากการตรวจร่างกายฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง medium crepitation และ expiration rhonchi แพทย์ให้เจาะเลือดตรวจ Complete blood count เอกซเรย์ปอด ให้การรักษาโดยการพ่นยาขยายหลอดลม และเคาะปอดดูดเสมหะหลังการพ่นยา ให้ออกซิเจนผ่านกล่องครอบศีรษะ ยาละลายเสมหะ ยาลดน้ำมูก ยาปฏิชีวนะและยาลดไข้

จากการศึกษาติดตามประเมินผลการพยาบาลและเยี่ยมจำนวน 4 ครั้ง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ มีโอกาสเกิดภาวะร่างกายขาดออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากทางเดินหายใจหดรัดเกร็งและมีการคั่งของเสมหะในปอด มีการติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย หายใจหอบเหนื่อย และมีไข้สูง มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากไข้สูง บิดามารดาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ บิดามารดามีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของบุตรเนื่องจากการเป็นกรเจ็บป่วยครั้งแรก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมดได้รับการแก้ไขผู้ป่วย อาการทุเลาลงไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 7 สิงหาคม 2553 เวลา 12.30น. แพทย์นัดตรวจ เพื่อติดตามผลการรักษา ในวันที่ 11 สิงหาคม 2553 เวลา 8.30 น. ห้องตรวจผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ปกครองในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การมาตรวจตามแพทย์นัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ก่อนการนัด รวมนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและพัฒนาตัวเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กทำให้มีปัญหาในการสื่อสารไม่สามารถบอกอาการเจ็บป่วยแก่บิดามารดา แพทย์และพยาบาลได้ และการที่ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กยังไม่มีความคิด ความเข้าใจ การรับรู้ในการเผชิญปัญหา และการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นคนแปลกหน้า ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย สภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากบ้าน และอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล ร้องไห้ งอแง อีกทั้งบิดามารดามีความวิตกกังวลและสงสารบุตรจึงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้มีปัญหาในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร คำแนะนำในการดูแลบุตรขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อกลับบ้านแก่บิดามารดาการรักษาพยาบาลและประโยชน์ของการให้การพยาบาล พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการเข้าไปเล่นกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มีโอกาส ทำให้ผู้ป่วย บิดามารดาให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาลมากขึ้น

10. ข้อเสนอแนะ

1. จัดโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองขณะรอตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โดยเน้นผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่สำคัญ เช่น โรคปอดอักเสบ โรคหอบหืด การจัดทำบอร์ดนิทรรศการ ทำเอกสาร

แผนพับเกี่ยวกับโรกระบบทางเดินหายใจ การดูแลตนเองเบื้องต้น การป้องกันการติดเชื้อโรคและการติดต่อที่สำคัญ ทั้งในโรงพยาบาล บ้านและชุมชน

2. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยลดอัตราวันนอนโรงพยาบาลและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กซึ่งมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย

3. บุคลากรการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กควรได้รับการศึกษาอบรมเพิ่มเติมในด้านทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเพื่อความมั่นใจและความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว พยาบาลควรมีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ความเข้าใจการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก มีมาตรฐานและคู่มือปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรกระบบทางเดินหายใจทั้งในผู้ป่วยเด็กวิกฤติและเด็กป่วยทั่วไป และมีการพัฒนาและปรับปรุงเป็นระยะ

ขอรับรองว่าเป็นข้อความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)..... *ทัศนีย์ ไหลหาโคตร*
(นางสาวทัศนีย์ ไหลหาโคตร)

ผู้ขอรับการประเมิน
(วันที่)..... 23 ส.ย. 2555

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความ เป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... *นวลน้อย*
(นางสาวนวลน้อย อัครเดชา)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร
(วันที่)..... 24 ส.ย. 2555

(ลงชื่อ)..... *LLH*
(นายพิพัฒน์ เกียรติวัฒนศิริ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร
(วันที่)..... 24 ส.ย. 2555

หมายเหตุ

ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ 3 สิงหาคม 2553 – วันที่ 7 สิงหาคม 2553 คือ นางคลยา สุขสมปอง ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ หัวหน้าพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ในช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ 3 สิงหาคม 2553 – วันที่ 7 สิงหาคม 2553 คือ นางอัจฉรา สุประดิษฐ์ ปัจจุบันพ้นจากตำแหน่งเนื่องจากเกษียณอายุราชการ

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวทัศนีย์ ไหลหาโคตร**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการพยาบาล) ชำนาญการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 207) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร
สำนักการแพทย์

เรื่อง การจัดทำแผนปฏิบัติการดูแลเด็กตัวเหลือง

หลักการและเหตุผล

ภาวะตัวเหลืองเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด โดยพบได้ถึงร้อยละ 25 – 50 ของทารกแรกเกิด ภาวะตัวเหลืองเกิดจากการมีสารสีเหลืองที่มีชื่อว่าบิลิรูบิน(bilirubin)ในร่างกายมากเกินไปปกติ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีโอกาสตัวเหลืองมากกว่าทารกที่มีอายุครรภ์ครบกำหนด จากการศึกษาพบว่าในระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังคลอดทารกครบกำหนดจะมีอาการตัวเหลืองถึงร้อยละ 60 และพบมากขึ้นในทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 80 และในทารกแรกเกิดจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 จะมีค่าปกติของบิลิรูบินในเลือดสูงกว่าค่าปกติในผู้ใหญ่ ร้อยละ 30 ของทารกแรกเกิดจะมีอาการตัวเหลืองที่มองเห็นได้ในวันที่ 2, 3 และ 4 ของชีวิต ดังนั้นทารกแรกเกิดจำนวนมากจึงมีอาการตัวเหลืองที่เป็นปกติ และทารกแรกเกิดส่วนหนึ่งที่มีอาการตัวเหลืองมากกว่าปกติในระยะแรกเกิด ทารกอาจมีอาการซึม ไม่ดูดนม ร้องเสียงสูงและอ่อนแรง และถ้าระดับบิลิรูบินสูงมากๆอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองซึ่งจะมีอาการร้องกวนมาก ชักเกร็งกระตุกและอาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หรืออาจทำให้เกิดความพิการของร่างกายมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ามีโอกาสที่จะเกิดภาวะความฉลาดลดลง หูหนวก พัฒนาการช้า ซึ่งเกิดจากการที่สมองถูกทำลายจากสารบิลิรูบิน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธรให้การดูแลผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิด - อายุ 15 ปี จากสถิติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่เข้ารับการรักษา ในปี 2553 มีจำนวน 85 ราย ซึ่งทารกแรกเกิดตัวเหลืองจะได้รับการส่องไฟรักษา และเพื่อให้การส่องไฟรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด ผิวหนังของทารกต้องสัมผัสกับแสงไฟมากที่สุด ทารกต้องถอดเสื้อผ้าออกหมดและนอนอยู่ใต้แผงไฟ และเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากแสงไฟต่อดวงตา ทารกต้องถูกปิดตาทั้งสองข้าง ซึ่งทั้งหมดนี้สร้างความวิตกกังวลให้กับบิดามารดาของทารกเป็นอย่างมาก

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้บิดามารดาและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาเด็กตัวเหลือง
2. เพื่อลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการตัวเหลือง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากทฤษฎีการการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่มีแนวคิดว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้มีความสำคัญในการสร้างพลัง

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กไม่สามารถเรียนรู้ เข้าใจด้วยตัวเอง และอีกทั้งยังไม่สามารถดูแลตัวเอง การให้ความรู้ความเข้าใจแก่บิดามารดาผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เรียนรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ การจัดทำสื่อการให้ความรู้แก่บิดามารดา ครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยการส่งไฟ สามารถทำได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็น วีดิทัศน์ แผ่นพับให้ความรู้ ซึ่งผู้จัดทำมีแนวคิดในการทำแผ่นพับให้ความรู้ตามเอกสารการสอนการดูแลเด็กตัวเหลืองขึ้น เนื่องจากแผ่นพับมีข้อดีที่มีค่าใช้จ่ายในการผลิตน้อย มีขนาดเล็กสามารถหีบและพกพาไปได้สะดวก และสามารถเลือกเวลาในการอ่านได้ตามสะดวก รวมทั้งสามารถหีบขึ้นมาอ่านได้หลายครั้ง เท่าที่ต้องการ โดยจัดทำแผ่นพับให้มีสีสัน น่าสนใจ โดยควรมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ อาการตัวเหลือง สาเหตุ อันตรายจากตัวเหลือง การรักษา คำแนะนำเมื่อทารกได้รับการส่งไฟ คำแนะนำเมื่อทารกกลับบ้าน เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เสนอปัญหาแนวคิดและขอความร่วมมือในการดำเนินงานในที่ประชุมของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
2. ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาเพื่อขออนุมัติจัดทำแผนการสอนและแผ่นพับสำหรับแจกแก่บิดามารดา
3. จัดทำแผนการสอนและแผ่นพับเรื่องการดูแลเด็กตัวเหลือง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความต่าง ๆ นำมาปรับปรุงเนื้อหาให้ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้ และจัดทำแบบทดสอบความรู้สำหรับบิดามารดา มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ โดยให้ตอบคำถามด้วยการกาเครื่องหมาย ถูกหรือผิดหน้าข้อความ ดังนี้ ปริมาณสารเหลืองที่เรียกว่าบิลิรูบินสูงมากจะทำให้เกิดสมองพิการแบบถาวรหรือปัญญาอ่อน การเปลี่ยนถ่ายเลือดทำให้เหลืองลดลงเร็วจึงได้รับความนิยมมากกว่าการส่งไฟ ขณะส่งไฟควรให้เด็กอยู่ใกล้กับหลอดไฟมากที่สุดเพื่อจะได้เหลืองลดลงเร็วขึ้น ต้องปิดตาเด็กทุกรายที่รักษาด้วยการส่งไฟและเมื่อผ้าปิดตาหลุดควรแจ้งพยาบาล ขณะส่งไฟไม่ให้ใส่เสื้อผ้าและไม่ทาแป้ง ถ้าเด็กมีถ่ายอุจจาระเป็นสีเขียวเหลวและมีผื่นขึ้นต้องรีบแจ้งพยาบาล ควรให้เด็กดื่มนมจนอิ่มเพื่อให้เด็กได้นอนอยู่ใต้หลอดไฟให้นานที่สุด ควรเปลี่ยนท่าให้เด็กทุก 2-3 ชั่วโมงเพื่อให้ได้รับแสงไฟทุกส่วน ควรให้เด็กดื่มน้ำด้วยจะตัวเหลืองลดลงเร็ว อาการที่ควรพาเด็กมาพบแพทย์หลังจากกลับบ้านคือตัวเหลืองมากขึ้น ซึม คุณคนมน้อยลงและสำรอกนม ซึ่งเนื้อหาทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและกุมารแพทย์ 3 ท่าน
4. จัดกลุ่มให้ความรู้ตามเอกสารการสอนการดูแลเด็กตัวเหลืองแก่บิดามารดา ครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยการส่งไฟ ระหว่างทารกรับการรักษาในโรงพยาบาล เกี่ยวกับโรค การรักษา การพยาบาล การปฏิบัติตัวเมื่อทารกตัวเหลือง และการป้องกันทารกกลับมาเป็นซ้ำ
5. การประเมินผลหลังการให้ความรู้โดยให้บิดามารดาตอบแบบทดสอบความรู้ที่จัดทำไว้ ตรวจสอบและให้คะแนนภายหลังทำแบบทดสอบ ถ้ามีคะแนนต่ำกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ ต้องทบทวนการให้ความรู้ใหม่ เพราะบิดามารดาอาจไม่เข้าใจได้

6. แจกแผ่นพับให้บิดามารดานำไปอ่านที่บ้านภายหลังการสอน และให้เบอร์โทรศัพท์ไว้สำหรับติดต่อสอบถามกรณีมีปัญหาเมื่อทารกได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บิดามารดาทารกแรกเกิดตัวเหลืองมีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษา

2. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยอาการตัวเหลืองลดลง
ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราบิดามารดามีความรู้เรื่องการดูแลเด็กตัวเหลือง ≥ 80 เปอร์เซ็นต์

2. อัตราทารกแรกเกิดตัวเหลืองกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน < 5 เปอร์เซ็นต์

(ลงชื่อ)..... *กัตติยา ไหลหาโคตร*

(นางสาวกัตติยา ไหลหาโคตร)

ผู้รับการประเมิน

(วันที่)..... *23* *พ.ย.* 2555