

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืด
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการพ่นยาโดยใช้การนันทนาการในเด็ก
วัยก่อนเรียน (อายุ 3 – 6 ปี)

เสนอโดย

นางสาวสุนิสา พ่วงสมบูรณ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 696)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม พ.ศ.2548 ถึง วันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2548)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.1 ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคหอบหืด

คำจำกัดความ

โรคหอบหืด เป็นโรคที่มีอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ แล้วทำให้เกิดอาการตีบแคบของหลอดลม เช่น แน่นหน้าอก ไอ หายใจมีเสียงวี๊ดๆ หายใจลำบาก มีการบวมของเยื่อหุ้มหลอดลม รวมทั้งมีเสมหะมากในหลอดลม อาการดังกล่าว อาจหายใจเองหรือจากการให้การรักษา นอกจากนี้อาจพบ Fibrosis ในชั้นใต้ของ basement membrane ของหลอดลมในผู้ป่วย บางรายซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลงอย่างถาวร (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2549 : 63)

กายวิภาคและพยาธิสรีรวิทยาของโรค

ทางเดินหายใจส่วนล่างประกอบด้วย หลอดลมใหญ่ หลอดลมแยก และปอด โดยหลอดลมใหญ่ตั้งอยู่ทางด้านหน้าของหลอดอาหารตั้งต้นจากกล่องเสียงตรงระดับกระดูกสันหลังส่วนคอท่อนที่ 6 ทอดลงไปถึงระดับกระดูกสันหลังส่วนอกท่อนที่ 5 แล้ว แยกออกเป็น 2 หลอดซ้ายขวา เรียกว่า หลอดลมแยก ซึ่งจะทอดยาวลงไปในเรื่องปอดซ้ายขวา ทารกแรกเกิดจะมีการพัฒนาส่วนต่างๆของระบบหายใจอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะแลกเปลี่ยนอากาศได้พอเพียงกับความต้องการของร่างกายโดยท่อทางเดินหายใจจะเพิ่มขนาดจากสั้นไปยาวจากแคบไปกว้าง การอุดตันในทางเดินหายใจจึงเกิดในเด็กเล็กง่ายกว่าเด็กโต นอกจากนี้ความต้านทานของการหายใจในทางเดินหายใจ ของเด็กเล็กยังสูงกว่า จึงต้องใช้แรงดันในการที่จะทำให้อากาศถูกดันผ่านทางเดินหายใจไปยังถุงลมปอด เพื่อทำหน้าที่แลกเปลี่ยนอากาศเป็นไปได้อย่างขึ้นในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จะมีเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อทางเดินหายใจส่วนปลายเล็กได้สัดส่วนกับส่วนต้นฉะนั้นเมื่อเกิดโรคหอบหืดในเด็กกลุ่มนี้ จะมีอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงมากกว่าเด็กโต (เรณู พุกบุญมี, 2534:24)

ส่วนของท่อทางเดินหายใจส่วนล่าง ที่ทำให้เกิดสภาวะของโรคหืดที่สำคัญคือ หลอดลมซึ่งเป็นอวัยวะที่เป็นกล้ามเนื้อเรียบ โดยมีระบบประสาทอัตโนมัติทำหน้าที่ควบคุมการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบประกอบด้วย 3 กระบวนการ ทางสารสื่อประสาท ผ่านตัวตอบรับ ของกล้ามเนื้อเรียบ ดังนี้ (เสาวนีย์ จำเดิมแผด็จศึก 2542 : 1221)

1. vagal effects (เกิดจาก muscurinic and cholinergic mechanisms ทำให้กล้ามเนื้อเรียบหดตัว
2. adrenergic mechanisms ผ่าน beta adrenergic receptor ซึ่งอยู่ที่กล้ามเนื้อเรียบและเยื่อหุ้มเซลล์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว

3. non – adrenergic and non – cholinergic โดยผ่านทาง peptide neurohumoral transmitter ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว

ในกรณีที่เกิดความบกพร่อง จะทำให้หลอดเลือดทำหน้าที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าเร็วกว่าปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 อย่าง คือ

1. ปฏิกิริยาไวเกินของหลอดเลือดต่อสิ่งเร้า ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดเกิดการเกร็งตัว พร้อมกับการขยายตัวของต่อมผลิตสารเมือกที่อยู่ใต้เยื่อบุทางเดินหายใจ จึงทำให้เสมหะเพิ่มปริมาณ และความเหนียวมากขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ เราสามารถได้ยินเสียงวี๊ด ขณะหายใจออก

2. การอักเสบของหลอดเลือดทำให้เยื่อบุทางเดินหายใจหนาขึ้น กล้ามเนื้อเรียบใหญ่ขึ้น พบแมสท์เซลล์ อีโอสิโนฟิล นิวโทรฟิล ในชั้นของเยื่อรอบนอก หากมีการอักเสบรุนแรงจะพบว่ามีเยื่อรอบนอกหลุดลอกหลุดออกมาด้วย จะทำให้ออกซิเจนในกระแสเลือดลดลง แต่คาร์บอนไดออกไซด์ไม่เพิ่ม ถือเป็นภาวะวิกฤตของโรคหืด ก่อให้เกิดภาวะความเป็นกรดจากการหายใจ อาจนำไปสู่ภาวะการหายใจล้มเหลวเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

สาเหตุ โรคหอบหืดเกิดได้จากหลายสาเหตุ มีสาเหตุสำคัญ 3 อย่าง คือ กรรมพันธุ์เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องถึงร้อยละ 50-60 มีโรคภูมิแพ้อื่นๆ รวมทั้งการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

อาการและอาการแสดง โรคหอบหืดมีอาการทั่วไปคือ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หายใจเสียงวี๊ด โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (ปกติ วิชยานนท์ และคณะ, 2543 :175) คือ 1) ระดับมีอาการเป็นครั้งคราว 2) ระดับมีอาการรุนแรงน้อย 3) ระดับมีอาการรุนแรงปานกลาง 4) ระดับมีอาการรุนแรงมาก

การรักษา การรักษาโรคหอบหืดจำแนก ได้เป็น 3 แนวทางหลักๆ ดังนี้คือ การรักษาโรคหอบหืดในระยะเฉียบพลันการรักษาโรคหอบหืดในระยะเรื้อรัง และการป้องกันโรคหอบหืด ซึ่งในแต่ละแนวทางมีขั้นตอนและรายละเอียดในการใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไป

ภาวะแทรกซ้อน มีดังนี้คือ ภาวะปอดแฟบ การติดเชื้อของปอดและหลอดเลือด ภาวะถุงลมพอง ภาวะปอดทะลุ ภาวะปอดบวมน้ำ และภาวะหัวใจล้มเหลว

การพยาบาล

1. ขณะมีอาการหอบหืด วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมง ประเมินความรุนแรงการหอบ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการเขียวของสีผิว ตรวจวัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วย ผลคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด ฟันยาขยายหลอดเลือด และสังเกตอาการใจสั่น มือสั่น จากผลข้างเคียงของยา ให้ยาแก้แพ้ชนิดสเตียรอยด์ชนิดเข้าหลอดเลือดดำ ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอละลายเสมหะชนิดรับประทาน ดูแลให้ออกซิเจนชนิด cannular อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที จัดทำอนัตริษะสูงไม่เกิน 45 องศา จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเต็มที่

2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการอุดตันของทางเดินหายใจ และการได้รับสารน้ำที่น้อยหรือมากเกินไป ประเมินความสามารถการระบายเสมหะ ช่วยระบายเสมหะโดยการเคาะผนังอก การใช้

แรงสั้นสะเทือน และการดูดเสมหะ ให้ยาแก้ไอละลายเสมหะ กระตุ้นให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ สังเกตสีของเสมหะและปริมาณ

3. ขณะมีไข้เช็ดตัวลดไข้ ยาลดไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา จัดน้ำหวาน น้ำผลไม้ที่ผู้ป่วยชอบเป็นมือเสริม อาหารอ่อนย่อยง่ายตามวัย บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ชั่งน้ำหนักวันละครั้ง
5. ดูแลความสะอาดช่องปากและร่างกาย จัดแยกจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่นๆ
6. การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกัน ประเมินความรู้ความเข้าใจของบิดามารดา ให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด การช่วยเหลือขณะเกิดอาการหอบ วิธีการป้องกันการใช้ยาอย่างถูกต้องฝึกการบริหารการหายใจโดยการเป่าลูกโป่งที่มีเสียง การร้องเพลง การจัดทำระบายเสมหะการเคาะผนังอก การใช้แรงสั้นสะเทือน

คำแนะนำก่อนกลับบ้าน มีดังนี้ จัดให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยบอกให้ทราบสาเหตุของการเกิดโรคหอบหืด สารก่อภูมิแพ้และวิธีการหลีกเลี่ยง การรักษาความสะอาดของช่องปากและร่างกาย หลีกเลี่ยงโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ จัดอาหารที่มีประโยชน์และดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา จัดการเล่นที่เหมาะสมกับโรค เช่น ร้องเพลง เป่าลูกโป่ง ให้สังเกตอาการบ่งชี้ของการหอบ เช่น ไอ และหายใจเสียงดังมากขึ้นในเวลากลางคืน อาการไม่ดีขึ้นภายหลังได้รับยาขั้นต้นให้นำเด็กมาโรงพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาและการพยาบาลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ

Hydrocortisone สรรพคุณเป็นยาในกลุ่มสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีความสำคัญต่อร่างกาย

Ventolin สรรพคุณ เป็นยาขยายหลอดลม รักษาอาการหดรัดของหลอดลม เช่น โรคหอบหืด

Flemex สรรพคุณ เป็นยาละลายเสมหะ ช่วยทำให้เสมหะเหลวลงขับออกได้ง่ายขึ้น

Ketotifen สรรพคุณ เป็นยาแก้แพ้ ป้องกันการอักเสบของหลอดลม ใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน

Chlorpheniramine สรรพคุณ เป็นยาแก้แพ้ ใช้บรรเทาอาการแพ้ต่างๆจากการหลั่งของ histamine

Paracetamol สรรพคุณ เป็นยาแก้ปวดและลดไข้

prednisolone สรรพคุณ เป็นยาลุ่ม สเตียรอยด์ ใช้แก้แพ้ แก้อักเสบ

3.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน

3.2.1 ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon function health patterns) ซึ่งกอร์ดอนได้สร้างกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพว่าด้วยเรื่องของสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความสำเร็จในศักยภาพมนุษย์ (สาตี เฉลิมวรรณพงศ์, 2544 : 42)

3.2.2 แนวคิดองค์รวม การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ การตระหนักให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตที่กลมกลืนแยกออกจากกันไม่ได้ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

จากแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคหอบหืดในประเทศต่างๆ เพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทยใน กรุงเทพมหานคร พบว่าอุบัติการณ์ของโรคหอบหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 13 ในปี พ.ศ. 2538 เป็น ร้อยละ 14.5 ในปี พ.ศ. 2544 โดยพบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 10 เกิดในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง นับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม รวมทั้งเศรษฐกิจ

อาการเหนื่อยหอบ เกิดจากลักษณะของโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมทำให้หลอดลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทำให้เกิดอาการจากการตีบแคบของหลอดลม เช่น หายใจมีเสียงวี๊ด มีการบวมของเยื่อหุ้มหลอดลม และมีเสมหะมากในหลอดลม อาการจะทุเลาได้ด้วยการให้ยาขยายหลอดลม นอกจากนี้อาจพบพังศืดในชั้นใต้เยื่อหุ้มของหลอดลมซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลงอย่างถาวร โรคหอบหืดเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น กรรมพันธุ์ โรคภูมิแพ้ สิ่งแวดล้อม การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การออกกำลังกาย ขาดวิตามิน การเปลี่ยนแปลงของอากาศ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร และ website เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาล

2. กรณีศึกษา เลือกผู้ป่วยและศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน โดยเป็นผู้ป่วยเด็กหญิงไทย HN 6863-47 AN 88-48 อายุ 1 ปี 11 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2548 เวลา 08.30 น. ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ต่ำๆ 1 วัน ไอ มีน้ำมูกใส มีเสมหะ หายใจเร็ว มารดาได้รับประทานยาและพ่นยาเดิมที่บ้าน อาการไม่ดีขึ้น 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ได้มาพ่นยาฝอยละออง Ventalin 3 ครั้ง ครั้งละ 1 nebulizer อาการไม่ดีขึ้น จึงรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยเด็กพิเศษ

แรกรับผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย จมูกบาน หนังตาถ่วงมีสีคล้ำ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/60 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 14.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 82 เซนติเมตร ผลการตรวจภาพรังสีปอด พบ hyperaeration

รับไว้ในความดูแลเมื่อ วันที่ 2 มกราคม 2548 แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาพ่นขยายหลอดลม ยาสเตียรอยด์ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอละลายเสมหะ ยาลดไข้ และยาสเตียรอยด์รับประทาน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%/D/N/5 ได้ออกซิเจนชนิด cannular เจาะเลือดตรวจนับเม็ดเลือดเคมีคลินิก ตรวจปัสสาวะ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพตามอาการที่เปลี่ยนแปลงระหว่างอยู่โรงพยาบาลพบปัญหาทางการพยาบาล 6 ปัญหา ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมด ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 6 มกราคม 2548 รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

3. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษามาจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการและนำเสนอตามลำดับขั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยมีข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาดังนี้

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย HN 6863-47 AN 88-48 อายุ 1 ปี 11 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2548 เวลา 08.30 น. ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ต่ำๆ 1 วัน ไอ มีน้ำมูกใส มีเสมหะหายใจเร็ว มารดาให้รับประทานยาและพ่นยาเคมีที่บ้าน อาการไม่ดีขึ้น 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ได้มาพ่นยาฟอยละออง Ventalin 3 ครั้ง ครั้งละ 1 nebuler อาการไม่ดีขึ้น จึงรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยเด็กพิเศษ

แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย จมูกบาน หน้าตาล่าง มีสีคล้ำ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/60 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 14.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 82 เซนติเมตร ผลการตรวจภาพรังสีปอด พบ hyperaeration รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2548

การวินิจฉัย โรคหอบหืดเฉียบพลัน การประเมินแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนที่ผิดปกติ 6 แบบแผนดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ปี 11 เดือน ในความดูแลของบิดา มารดา คลอดครบกำหนด ได้รับวัคซีนครบถ้วน มีประวัติหอบหืด ตั้งแต่อายุ 6 เดือน ต้องพ่นยาเป็นระยะ ๆ เมื่อมีการเจ็บป่วยมารดาจะพามารักษาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง พัฒนาการทางด้านร่างกายสมวัย ประวัติครอบครัวมีบิดาและยาย เป็นโรคหอบหืด มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่บ้างครั้ง บ้านอยู่ในชุมชนในการเจ็บป่วยครั้งนี้มารดาพามาโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อย จากการตรวจร่างกายพบมีไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย จมูกบาน มีเสียงวี๊ดขณะหายใจออก หน้าตาล่างมีสีคล้ำอ่อนเพลีย

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ คุณคนผสมระหว่างมือ ช่วงมีอาการหายใจหอบเหนื่อยรับประทานลดลงกึ่งหนึ่งจากเดิม คลื่นไส้อาเจียน บางครั้งมีอาเจียนหลังไอ

3. กิจกรรมการออกกำลังกาย เมื่ออยู่บ้านการอาบน้ำ แต่งตัว มารดาจะเป็นผู้ดูแลให้ ชอบวิ่งเล่นและนั่งเล่นของเล่นที่บิดามารดาจัดให้ ช่วงมีอาการหอบหืดไม่สามารถวิ่งเล่นได้ ส่วนมากจะนอนบนเตียง

4. การนอนหลับพักผ่อน ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยจะนอนเวลาประมาณ 20.00 น. และตื่นเวลา 06.00 น. 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลช่วงกลางคืนผู้ป่วยนอนกระสับกระส่ายเมื่ออาการหอบหืดเพิ่มมากขึ้น

5. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ครอบครัวของผู้ป่วยมีสมาชิกบารายสูบบุหรี่ สัมพันธภาพโดยรวมดี เด็กมีมารดาคอยดูแลตลอดเวลา เมื่อมารดาไม่อยู่จะร้องไห้เสียงดังและคื่นร่นต่อต้าน ไม่เล่น ซึมลง

6. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ร่างกายมีความสัมพันธ์กับจิตใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายก็จะมีผลกระทบหรือเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ ในรายนี้พบว่าเด็กจะร้องไห้เสียงดัง เมื่อแยกจากมารดา ขณะที่ให้การรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นความวิตกกังวลต่อการพลัดพรากตามวัย และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลล้วนเมื่อให้การรักษาพยาบาล เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อต้าน กอดมารดาไว้แสดงให้เห็นว่าเด็กไม่สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม

การรักษา

1. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 5%D/N/4 เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการหยด 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง นาน 2 วัน และในอัตรา 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง นาน 1 วัน และหยุดการให้สารน้ำเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารปกติ

2. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนผ่านเครื่องทำความชื้นชนิด cannular อัตราการไหลของก๊าซ 3 ลิตรต่อนาที เป็นเวลา 2 วัน และให้สูดดมได้ทันทีเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

3. ผู้ป่วยได้รับการพ่นยาฝอยละออง Ventolin solution 0.7 มิลลิลิตร เจือจางกับ 0.9% NSS 2.3 มิลลิลิตร สูดดมทุก 6 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยนาน 2 วัน หลังจากนั้นปรับเป็นสูดดมทุก 8 ชั่วโมง และสูดดมทุก 12 ชั่วโมง ตามลำดับ ยาฉีด Hydrocortisone 100 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทันที จากนั้นปรับเป็นขนาด 70 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง นาน 2 วัน หลังจากนั้นปรับเป็นทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน Flemex ¼ ช้อนชา รับประทาน ¼ ช้อนชา รับประทาน 3 เวลา หลังอาหาร prednisolone 1 tab รับประทาน 3 เวลา หลังอาหาร Paracetamal syrup 1½ ช้อนชา รับประทานเมื่อมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง

การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการหอบหืด โดยสังเกตจากอาการหอบ การใช้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว
2. ให้ยาพ่นฝอยละออง Ventolin solution 0.7 มิลลิลิตร เจือจางกับ 0.9% NSS 2.3 มิลลิลิตร สูดดมเพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม
3. จัดให้ผู้ป่วยนอนในเตียงบริเวณที่เงียบสงบ ปิดผ้าม่าน ปิดไฟหัวเตียง
4. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงไม่เกิน 45 องศาหนุนหมอนถึงช่วงไหล่ ดูแลเสมหะ
5. ให้ยา Hydrocortisone, Prednisolone, Flemex, Ventolin solution ชนิดพ่น เพื่อบรรเทาการอักเสบของทางเดินหายใจ อาการไอ และการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิบน้ำอุ่นเป็นระยะเพื่อป้องกันการไอจากเสมหะเหนียวตัว
7. สังเกตอาการของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ได้แก่ การหายใจต้องใช้แรงมาก ไอเสียงก้อง ได้ยินเสียงวี๊ดขณะหายใจ สีผิวซีด ตามปลายมือปลายเท้า

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 4 มกราคม 2548)

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะ การขาดออกซิเจนในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมง สังเกตการดิ่งรั้งของกล้ามเนื้อหน้าอก สีผิว ระดับความรู้สึกตัว
2. ตรวจวัดค่าออกซิเจนของผู้ป่วยด้วย Oxygen sat monitor

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 45 องศา ดูแลเสมหะ เพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดกั้น
4. ดูแลให้ออกซิเจนผ่านเครื่องทำความชื้นชนิด cannular อัตราการไหลของก๊าซ 3 ลิตรต่อนาที
5. ดูแลให้ออกซิเจนขณะพ่นยาโดยให้อัตราการไหลของก๊าซ 6 – 8 ลิตรต่อนาที
6. จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุดเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญให้เกิดพลังงาน
7. ประเมินผลการได้รับออกซิเจน โดยการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพวัดค่า Oxygen saturation และสีผิว

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 4 มกราคม 2548)

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำเนื่องจากการสูญเสียน้ำจากการหอบ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดน้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบถึงความจำเป็นของการได้รับสารน้ำ
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆ โดยจัดหาเครื่องดื่มประเภท น้ำหวาน น้ำผลไม้ ที่ผู้ป่วยชอบ
3. ให้สารน้ำ 5% D/N/4 ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และป้องกันการติดเชื้อ
4. ดูแลความสบาย และสุขอนามัยของผู้ป่วยระหว่างให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
5. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทั้งสารน้ำที่ให้ทางปาก ทางหลอดเลือดดำ สารน้ำที่สูญเสียจากร่างกายปัสสาวะ อุจจาระ และซั่งน้ำหนักตอนเช้าวันละครั้ง
6. ประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ เพื่อให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะน้ำเกิน

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 4 มกราคม 2548)

ปัญหาที่ 4 ไม่สบายเนื่องจากภาวะไข้

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. อุณหภูมิร่างกายลดลง
2. ผู้ป่วยสบายขึ้น ไม่ซึม เล่นได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เช็ดตัวลดไข้ โดยปฏิบัติดังนี้ 1) ปิดเครื่องปรับอากาศ พัดลม เพราะทำให้มีอาการหนาวสั่นได้ 2) ถอดเสื้อผ้าออกให้หมด แล้วคลุมส่วนที่ยังไม่ได้เช็ดด้วยผ้าห่มบางๆ เปิดเช็ดทีละส่วน 3) ใช้น้ำอุ่นเช็ดนาน 15-20 นาที เพราะช่วยให้ผิวหนังระบายความร้อนได้ดีและป้องกันการเกิดอาการหนาวสั่นระหว่างเช็ดตัว ใช้ผ้าเช็ดตัวที่ชุ่มลู่บนแขน ขา ลำตัวโดยลูบเข้าหาหัวใจ ใช้ผ้าอุ่นหลายๆผืนวางพักตามคอ ข้อพับ รักแร้ ใต้ขา ขาหนีบ เพราะเป็นที่รวมของเส้นเลือด ถ้าหนาวสั่นมากให้หยุดทันที สักครู่จึงเริ่มเช็ดตัวใหม่
2. ให้ยา Paracetamol syrup 1½ ช้อนชา รับประทาน เพื่อลดไข้ และให้ต่อเนื่องได้ทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างถูกต้องตามที่กำหนดและจัดหาน้ำหวาน น้ำผลไม้ หรือเครื่องดื่มที่เด็กชอบให้ดื่มมากๆ เพราะร่างกายขาดน้ำจะทำให้ไข้สูงมากขึ้น

4. ใส่เสื้อผ้าที่ระบายความร้อนได้ง่าย แนะนำมารดาไม่ให้ห่มผ้าหนาเพราะจะทำให้ไข้สูงขึ้น
การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 4 มกราคม 2548)

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภาวะปอดแฟบ
 เนื่องจากภายหลังการได้รับการรักษาโรคหอบหืดขั้นต้นแล้วอาการยังไม่ทุเลา

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภาวะปอดแฟบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยแปร่งฟันเช้าและก่อนนอนเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากช่องปากลงไปทางเดินหายใจ
2. จัดอาหารอ่อนย่อยง่าย นมเป็นมือเสริมดูแลให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายผู้ป่วย
3. ล้างมือก่อนและหลังการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อสู่ผู้ป่วย เปลี่ยนชุดพันยาของผู้ป่วยเมื่อมีการปนเปื้อน
4. จัดแยกผู้ป่วยอยู่ในส่วนที่ไม่มีผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจอื่นๆ
5. ช่วยระบายเสมหะโดยการเคาะผนังอก การใช้แรงสั่นสะเทือนและการดูดเสมหะ สังเกตสีของเสมหะและปริมาณ
6. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการผิดปกติ เช่น อาการหอบเหนื่อย
7. ให้ยา Hydrocortisone, Prednisolone, Flemex, Ventolin solution ชนิดพ่น เพื่อบรรเทาการอักเสบของทางเดินหายใจ อาการไอ และการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 6 มกราคม 2548)

ปัญหาที่ 6 บิดาและมารดาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืดที่เป็นอยู่

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

มารดาและครอบครัวของผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืดที่เป็นอยู่ สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้เหมาะสม ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ถึงสาเหตุ การรักษา การป้องกัน และแนวทางในการดูแลตนเอง
3. เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ส่วนผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกโดยใช้การเล่นเป็นสื่อ
4. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดอาการหอบหืดที่บ้าน
5. จัดสนทนากาการที่เหมาะสมกับวัยของเด็ก และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 4 มกราคม 2548)

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ได้ให้การพยาบาลและติดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 5 วัน และเยี่ยมจำนวน 4 ครั้ง พบปัญหาทั้งหมด 6 ปัญหา ได้รับการแก้ไขทั้งหมดพร้อมได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยหายจากอาการหอบหืด บิดามารดามีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหอบหืด ตระหนักความสำคัญในการป้องกันสาเหตุของโรค สามารถประเมินอาการหอบหืดและใช้ยาขึ้นต้นที่บ้านได้ ซึ่งจะสามารถลดความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ป่วยมีพัฒนาการและการเรียนรู้ด้านต่างๆ ได้อย่างสมบูรณ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นคู่มือการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นคู่มือประกอบการนิเทศน์ งานบุคลากรทางการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
3. เป็นเอกสารประกอบการสอนนักศึกษาจากสถาบันต่างๆ ที่มีฝึกปฏิบัติงาน
4. เป็นเอกสารต้นแบบประกอบการสอน และให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งประชาชนทั่วไป

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยเป็นเด็กปฐมวัย ผ่านการให้การพยาบาลที่ต้องทำโดยเร่งด่วนและต้องแยกจากมารดาไม่สามารถเตรียมเด็กให้เผชิญกับการทำหัตถการได้ เด็กเกิดความเครียดและความวิตกกังวลสูงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. บิดามารดาขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหอบหืด รวมทั้งการดูแลและการปฏิบัติ ตัวอย่างถูกต้อง เช่น การพ่นยา เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการพ่นยามารดาจะหยุดให้ทันที
3. ขณะผู้ป่วยมีอาการหอบหืดเฉียบพลันต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด บุคลากรพยาบาลมีจำนวนน้อย ภาระงานมากและลักษณะหอผู้ป่วยเด็กพิเศษเป็นห้องที่ไม่สามารถสังเกตอาการผู้ป่วยได้ทุกกระยะทำให้ประเมินอาการได้ยาก
4. อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการติดตามอาการ เช่น Oxygen sat monitor ต้องนำมาจากหอผู้ป่วยอื่น ทำให้การประเมินผู้ป่วยล่าช้าขาดความชัดเจนรวดเร็ว

10. ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาล สามารถนำเทคนิคการเล่นตามวัยและจัดหาหรือดัดแปลงอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ชุดพ่นยาให้เป็นหน้ากากรูปสัตว์ เพื่อลดความเครียดจากการรักษาพยาบาล
2. จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดให้กับบิดามารดาและเปิดโอกาสให้ครอบครัววางแผนการดูแลผู้ป่วยกับทีมพยาบาลเพื่อสร้างมิติมุมมองใหม่ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและครอบครัว

3. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีเพิ่มให้เหมาะสมกับภาระงาน และลักษณะของหอผู้ป่วยเด็กพิเศษ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเอง

4. หอผู้ป่วยพิเศษควรมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างครบถ้วน เพื่อช่วยในการประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และให้การรักษาได้อย่างสมบูรณ์

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ แก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของ คณะกรรมการ และได้ดำเนินการปรับปรุง

ลงชื่อ *สุนิสา พ่วงสมบูรณ์*
(นางสาวสุนิสา พ่วงสมบูรณ์)
พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
ผู้ขอรับการประเมิน
.....24...../.....มิ.ย...../.....2552.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *สุนิสา พ่วงสมบูรณ์*
(นางสุนิสา พ่วงสมบูรณ์)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. (ด้านการพยาบาลทั่วไป)
รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
(วันที่) ..24...../.....มิ.ย...../.....2552.....

(ลงชื่อ) *ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์*
(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)
(ตำแหน่ง) ผู้ตรวจราชการ 9
ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัย
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
(วันที่)26...../.....มิ.ย...../.....2552.....

หมายเหตุ 1 ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้ขอรับการประเมิน โดยตรง เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรนักรับราชการแพทย์และสาธารณสุข รุ่นที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2552 ถึงวันที่ 28 สิงหาคม 2552

2 แก้ไขระยะเวลาการดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการประเมินผลงาน สายงานการพยาบาล วิชาชีพ ระดับ 7 ครั้งที่ 2 /2550 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550

เอกสารอ้างอิง

- ปกิต วิชยานนท์ และมนตรี ตูจันดา. “การรักษาโรคหอบหืดแบบเฉียบพลันในเด็ก”. ในวินัย สุวดี, อรุณ วงษ์ธีราชกูร์, และ พิภพ ตีรภิญโญ, บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินทางกุมารเวชศาสตร์, 166 – 175. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์, 2540.
- มุกดา หวังวีรวงศ์. “Asthma” ในศรีสุภลักษณ์ สิงหาณิช ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน สมจิต ศรีอุดมขจรและสมใจ กาญจนางค์สกุล, บรรณาธิการ. ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. 63 – 74 . กรุงเทพมหานคร : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
- สาตี เฉลิมวรรณพงศ์. ภาวะบวมการพยาบาล : หลักการและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร : อัล ลายด์เพรส จำกัด , 2544.
- เสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก. “โรคหืด.” ใน สำหรี จิตตินันท์, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 3, 1211 – 1229. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวสุนิสา พ่วงสมบุญ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช.(ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 696) ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

เรื่อง โครงการ การเพิ่มประสิทธิภาพการพ่นยาโดยการใช้หน้ากากในเด็กก่อนวัยเรียน(อายุ 3-6 ปี)

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 3 – 6 ปี) ที่ได้รับการรักษาด้วยการพ่นยานั้น ส่วนมากมิได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการพ่นยา เนื่องจากอาการของเด็กเองที่ต้องได้รับการรักษาในทันที จึงสร้างความเครียดและความวิตกกังวลสูงให้แก่เด็ก จากการผูกยึดการแยกจากบิดามารดา หรือผู้ที่เด็กไว้วางใจ เมื่อมีการพ่นยาในครั้งต่อไปผู้ป่วยจะต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกัน บิดามารดาผู้ป่วยเองจะขอยุติการรักษาด้วยการพ่นยาทันทีเพราะสงสารผู้ป่วย ส่งผลกระทบทำให้การพ่นยาขาดประสิทธิภาพไม่ครบตามแผนการรักษาพยาบาล อาการของผู้ป่วยทุเลาช้าใช้เวลาในการรักษาพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจอารมณ์ และสังคมของเด็กตามมา จนกระทั่งทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาความไว้วางใจต่อบุคลากรที่ให้การดูแลอีกต่อไป (Ashwill & Droste 1997) จึงจัดทำโครงการการเพิ่มประสิทธิภาพการพ่นยาโดยการใช้หน้ากาก นำทฤษฎีการเล่นเป็นการชดเชยสิ่งที่ขาดหายไป อาศัยลักษณะเฉพาะของเด็กวัยก่อนเรียนที่ชอบเล่นของเล่น สำนวจั่นคว้าเลียนแบบผู้อื่น มีความคิดสร้างสรรค์ ชอบจินตนาการรวมทั้งให้บิดามารดา และบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมเล่นเป็นต้นแบบในการพ่นยากับเด็กและการเล่นตามวัย จะช่วยลดความกลัว สร้างความไว้วางใจที่ดี เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและสามารถพ่นยาได้ครบตามแผนการรักษา โดยปราศจากการบังคับด้วยวิธีการผูกมัด ช่วยเพิ่มทักษะในการปรับตัว และสอนให้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 3 – 6 ปี) มีความพร้อมที่จะได้รับการพ่นยา
2. ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 3 – 6 ปี) ได้รับการรักษา พยาบาลด้วยการพ่นยาอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กที่ต้องรับการรักษาด้วยการพ่นยา

เป้าหมาย

ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 3-6 ปี) ที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการพันยาทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กพิเศษ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากทฤษฎีการเล่นต่างๆที่ใช้ประกอบกันในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านภาวะวิกฤติของช่วงการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสามารถปรับตัวเข้ากับการรักษาพยาบาล สิ่งแวดล้อม และสามารถกลับบ้านด้วยสุขภาพจิตที่สมบูรณ์มากที่สุด

ทฤษฎีการเล่นที่นำมาใช้มีดังนี้

1. ทฤษฎีกำลังเหลือ หรือทฤษฎีพลังงานเกินความต้องการ (Surplus energy Theory) หรืออาจมีผู้เรียกตามชื่อผู้ตั้งทฤษฎีนี้ว่า ทฤษฎีสเปนเซอร์ (Spencer Schiller) ซึ่งกล่าวถึงคนเราว่ามีทั้งการสะสมและใช้พลังงาน นอกเหนือจากการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน เด็กยังต้องการการเล่นอีกด้วย

เด็กถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยก็ตาม หากแรงผลักดันจากพลังงานที่มีอยู่ในตัวเมื่ออาการเริ่มทุเลาความต้องการการเล่นจะเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ นอกจากจะนำของเล่นที่เด็กชอบมาให้เล่นแล้วอุปกรณ์การพันยาจะจัดเป็นชุดการเล่นเพื่อการรักษาควบคู่กับการเล่นของเด็ก

2. ทฤษฎีนันทนาการ (Recreation Theory) คนเราต้องมีการพักผ่อนหรือการแสวงหาความบันเทิงใจ ซึ่งเป็นความต้องการตามธรรมชาติ จะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีชีวิต ซึ่งถ้าขาดพัฒนาการอาจจะมีผลให้กิจกรรมอื่นๆเสื่อมประสิทธิภาพลง การกระทำกิจกรรมนันทนาการมักจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ

เมื่อเด็กเริ่มเล่นด้วยความสมัครใจ การรักษาจะเป็นส่วนหนึ่งของการเล่น ไม่ใช่เป็นการบังคับ ก่อให้เกิดความสนุกสนานและความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาอื่นๆ ตามมานอกจากการพันยา

3. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic) เกี่ยวกับทฤษฎีนี้ฟรอยด์และอีริกสัน เน้นถึงความสำคัญของผลประโยชน์ที่เด็กจะได้รับการจากการระบาย (cathartic) โดยการเล่นฟรอยด์กล่าวว่า เมื่อเด็กเล่นเด็กจะทำทุกสิ่งทุกอย่างซ้ำๆ ซากๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความประทับใจในชีวิตจริง ตัวอย่างเช่น เด็กถูกทำโทษเนื่องจากวิ่งไปในถนนที่ขูดยานวิ่งไปมาอย่างซวกๆ จะปรากฏให้เห็นเมื่อเด็กเล่นกับตุ๊กตา เด็กจะใช้คำพูดตุ๊กตาในลักษณะท่าทางเช่นเดียวกันกับที่เขาได้รับมาแล้วทำให้เด็กรู้สึกสบายใจขึ้น การที่เด็กมีประสบการณ์ซ้ำๆ ซากๆ เปิดโอกาสให้เด็กได้ระบายความรู้สึกต่อต้านความรู้สึกที่ไม่ดีออกมา และทำให้เด็กทำนายไว้ได้ว่า ถ้าวิ่งออกไปในถนนอีกก็จะถูกดุอีกอย่างแน่นอนทฤษฎีชี้ให้เห็นว่าการที่เด็กได้เล่นเด็กได้นั้นคือการมองการเล่นในแง่ของนักจิตวิเคราะห์นั่นเอง

นำการเล่นตามวัยและเพศมาใช้ควบคู่กับการเล่นเพื่อการพันยา เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้ระบายความรู้สึกต่อต้านความรู้สึกโกรธ วิตกกังวล กลัว ผ่านการเล่นของเด็กลดการต่อต้านขณะพันยา

4. ทฤษฎีความคิดความเข้าใจ (cognitive) ตามทฤษฎีนี้เด็กเล่นเป็นวิธีการที่จริงๆ แล้วก็คือ การสำรวจและซึมซับเข้าไปในโครงสร้างของจิตใจปิอาเจท์ (Piaget) ได้บอกถึงความแตกต่างของการเล่นและการเลียนแบบไว้คือ เมื่อเด็กเล่นจะเกิดการเลียนแบบขึ้นเมื่อการซึมซับและการปรับโครงสร้างสมมูลกันก็จะเกิดการปรับตัวด้านสติปัญญาขึ้น ตัวอย่างการปรับตัวด้านสติปัญญา เมื่อเด็กค้นพบโดยกระบวนการทางจิตว่าจะเอาลูกเกดออกจากขวดได้โดยการเทออก นั่นก็คือกระบวนการปรับตัวด้านสติปัญญาเกิดขึ้นแล้ว เมื่อเด็กเกิดความชำนาญขึ้น และทำซ้ำแล้วซ้ำอีก ก่อให้เกิดความสนุกสนาน ปิอาเจท์อธิบายว่า ถ้าเด็กได้สังเกตคนอื่นทำแล้วทำตามนั้นเป็นการเลียนแบบ ไม่ว่าจะการเล่น การเลียนแบบ หรือการปรับตัวด้านสติปัญญา จากการสังเกตในช่วงสั้นๆ จะไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าเด็กกำลังทำอะไร ทฤษฎีนี้การเล่นจะสัมพันธ์กันกับพัฒนาการด้านสติปัญญา

เด็กวัยก่อนเรียนมีลักษณะเฉพาะคือ ชอบเล่นเลียนแบบผู้อื่น มีความคิดสร้างสรรค์ชอบจินตนาการ จึงนำบิดามารดาและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งพยาบาลผู้ให้การดูแลร่วมเล่นกับชุดการเล่นเพื่อการศึกษาด้วยการ扮ยา เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเลียนแบบตาม เกิดความพึงพอใจ สนุกสนานเพลิดเพลิน เกิดการเรียนรู้ และเป็นการรักษา

วิธีการ扮ยา

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองเข้าใจถึงวิธีการและประโยชน์ของการ扮ยาฝอยละออง
2. ประกอบกระเปาะ扮ยาให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง
3. ให้ยาตามแผนการรักษาลงในกระเปาะ扮ยา
4. ต่อประเปาะ扮ยากับหน้ากากสูดดม
5. ต่อสาย扮ยากับเครื่องให้ออกซิเจน
6. นำหน้ากากสูดดมไปครอบบริเวณใบหน้าของผู้ป่วย โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งพิงพนัก
7. เปิดอัตราการไหลของก๊าซ 6 – 8 ลิตร/นาที
8. ให้ผู้ป่วยหายใจตามปกติในขณะที่扮ยา โดยเคาะกระเปาะ扮ยาเป็นระยะเพื่อไม่ให้ยาติดค้างในกระเปาะ
- 9.扮ยาแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 10 นาที ฟันจนกระทั่งไม่เห็นฝอยละอองยา และยาไม่เหลืออยู่ในกระเปาะนั่นคือ扮ยาเสร็จขั้นตอน หากระหว่างการ扮ยาฝอยละออง ยามีความหนาแน่นน้อย จะต้องสำรวจสิ่งต่อไปนี้
 - 9.1 จุดต่อบริเวณต่างๆ ของชุด扮ยาหลุดหรือไม่
 - 9.2 กระเปาะ扮ยาประกอบและอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องหรือไม่ หากพบรีบแก้ไขโดยเร็ว

แนวทางการดำเนินการ

1. โครงการนี้ดำเนินการโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กพิเศษ และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบิดามารดาและผู้ดูแลผู้ป่วย

2. ขั้นตอนการดำเนินการ

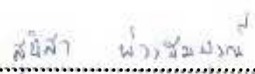
- 2.1 จัดทำโครงการเสนอขออนุมัติจากผู้บังคับบัญชา
- 2.2 ศึกษาความรู้จากตำราและ website
- 2.3 ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
- 2.4 จัดเตรียมชุดการเล่นฟันยา และอุปกรณ์การเล่นเด็กวัยก่อนเรียนในการนัดพบการ
- 2.5 นำชุดอุปกรณ์การเล่นฟันยา และของเล่นอื่นตามวัย มาใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับบริการฟันยาโดยเริ่มต้นการเล่นพร้อมกับบิดามารดาและพยาบาล
- 2.6 ประเมินผลโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยเด็กได้รับการฟันยาอย่างครบถ้วน เกิดผลสัมฤทธิ์ในการรักษาพยาบาลที่ดี
2. ลดภาวะเครียด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติในการฟันยาผู้ป่วยเด็ก
3. เสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่เด็กในการดูแลรักษาพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละ 80 ผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 3-6 ปี) ที่ได้รับการฟันยาอย่างมีประสิทธิภาพ

ลงชื่อ.....

(นางสาว สุนิสา พ่วงสมบุญ)

พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....24 ../ มิ.ย. ../ 2552..

เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารย์ และรัตนารักษ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, แนวคิดพื้นฐาน

ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส , 2548.

ประพัฒน์ ถักษณพิสุทธิ์ . เกมสัพลศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, (2), 2521.

สาตี เถลิมวรรณพงศ์. กระบวนการพยาบาล : หลักการและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร :

อัลลายด์เพรส จำกัด , 2544.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4.

กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ.พรีนติ้ง, 2539.