

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผนการสอน การเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะในผู้ป่วย
เด็กเล็ก โรคระบบทางเดินหายใจ

เสนอโดย

นางสาวณัฐกานต์ เอียวสารักษ์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 394)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 วัน (ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 8 มิถุนายน 2553)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ปอดอักเสบเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบติดเชื้อของเนื้อปอด ซึ่งประกอบด้วยหลอดลมฝอยส่วนปลาย ถุงลมตลอดจนเนื้อเยื่อโดยรอบ การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 ในประเทศกำลังพัฒนา ประเทศไทยพบได้ถึงร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยเด็กอายุ น้อยกว่า 5 ปี ที่มาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง

สาเหตุ โรคปอดอักเสบเกิดจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เชื้อที่ทำให้เกิดโรคส่วนมากเป็น เชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย มีส่วนน้อยที่เกิดจากเชื้ออื่นๆ เช่น *mycoplasma pneumoniae*, *chlamydia pneumoniae*

พยาธิสรีรภาพ ปอดอักเสบในเด็กส่วนใหญ่มักเป็นตามหลังการติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจ ส่วนบน ซึ่งทำให้ภูมิคุ้มกันเฉพาะที่ในทางเดินหายใจเสียไป คือไวรัสจะทำลายขนกวัด (cilia) และเซลล์เยื่อ ผนังทางเดินหายใจทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสลามลงไปถึงทางเดินหายใจส่วนล่าง เกิดการอักเสบเข้าไปในชั้น เนื้อปอดและถุงลมปอด ลักษณะการอักเสบเป็นแบบกระจายเป็นจุดทั่วทั้งกลีบปอด (patchy infiltration) อาจกระจายไปปอดข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง การอักเสบดังกล่าวทำให้เซลล์เยื่อผนังทางเดินหายใจตาย และหลอดลมมีเสมหะเพิ่มขึ้นในหลอดลมเล็กๆและถุงลมปอด การระบายอากาศในปอดถูกอุดกั้นซึ่งเป็น สาเหตุของภาวะขาดออกซิเจน ถ้าเป็นรุนแรงก็อาจเกิดภาวะหายใจวายได้

อาการและอาการแสดงแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. ชนิดไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย โดยใช้หลักเกณฑ์อัตราการหายใจ ดังนี้ อาการหายใจหอบในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน หายใจตั้งแต่ 60 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป เด็กอายุ 2-11 เดือน หายใจ ตั้งแต่ 50 ครั้งต่อนาทีขึ้นไปและเด็กอายุ 1-5 ปี หายใจตั้งแต่ 40 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป

2. ชนิดรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการไอและหายใจแรงมากจนทรวงอกส่วนล่างบริเวณลิ้นปี่ตลอด ชายโครงบวมเข้าขณะหายใจเข้า จะมีอาการหอบร่วมด้วยหรือไม่ก็ตามแพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

3. ชนิดรุนแรงมาก เด็กจะมีเสียงหายใจผิดปกติ อาจมีเสียงวี๊ด (wheezing) เวลาหายใจออก ไม่กินนมและน้ำ ซึม ปลุกตื่นยาก หายใจหอบเหนื่อยมากจนริมฝีปากเขียว ชัก หรือในเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 เดือนถือว่ารุนแรงมากทุกราย เด็กอาจมาด้วยไข้สูงไม่กินนมหรือน้ำ โดยอาจไม่มีอาการไอ แพทย์จะรับไว้ รักษาในโรงพยาบาลเพราะมีอันตรายได้มากอาการจะเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

การวินิจฉัย สามารถวินิจฉัยจากสิ่งต่างๆเหล่านี้

1. ประวัติ

1.1 ประวัติการคลอด เช่น เด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย <1,500 กรัม หรือมีประวัติคลอดก่อนกำหนด

1.2 ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ เด็กที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคทางสมองหรือมีภาวะทุพโภชนาการ

2. การตรวจร่างกาย พบ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หน้าอกบวม ออกโป่ง ฟังปอดได้ยินเสียงลมผ่านปอดได้น้อย ได้ยินเสียง crepitation, wheezing, rhonchi

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจทางโลหิตวิทยา พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาว <9,000 หรือ >20,000 cell/mm³ ถ่ายภาพรังสีปอดมีฝ้าขาว (infiltration) ตรวจเสมหะโดยการย้อมสีและเพาะเชื้อเพื่อหาสาเหตุ นำเลือดไปเพาะเชื้อหาสาเหตุ

การรักษา รักษาตามอาการดังนี้

1. ชนิดไม่รุนแรง ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส อาจจะไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ต้องกระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำมากๆ วัคซีนภูมิร่างกายวันละสองถึงสามครั้ง รับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัด ห้ามซื้อยาแก้ไอรับประทานเอง ให้คอยตรวจดูสีริมฝีปากและเล็บว่ายังคงสีชมพูอยู่หรือไม่ หากมีสีคล้ำควรรีบพบแพทย์ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆและไม่งดอาหาร พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงเด็กต้องสังเกตอาการ ถ้าอาการมากขึ้นจะต้องพาไปพบแพทย์ใหม่หรือ 2 วันแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นต้องพาไปตรวจซ้ำอีกครั้ง ส่วนมากอาการจะดีขึ้นและค่อยๆ ทุเลาลงในหนึ่งสัปดาห์ อาการที่ไม่ดีขึ้นหรือเลวลงได้แก่ หอบเหนื่อยมากขึ้น หายใจต้องออกแรงมากขึ้นหรือมีอาการของภาวะป่วยหนักอื่นๆ เช่น เด็กซึม ไม่กินนมหรือน้ำ ชัก ซึ่งจะต้องรักษาในโรงพยาบาล

2. ชนิดรุนแรงและรุนแรงมาก สาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรียหรืออาการเป็นมาก เช่น ไข้สูง หอบเหนื่อยมาก ไอมาก แพทย์จะให้นอนโรงพยาบาลและตรวจทางโลหิตวิทยา เคมีคลินิก เพื่อพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในกรณีที่ให้สารน้ำแล้วแต่เสมหะยังเหนียวพิจารณาให้ยาขับเสมหะหรือยาละลายเสมหะและให้ยาพ่นขยายหลอดลมในรายที่ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing หรือ rhonchi แต่ในผู้ป่วยเด็กที่มีเสมหะคั่งค้างในหลอดลมและไม่สามารถไอออกได้ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะปอดแฟบร่วมด้วยการทำกายภาพบำบัดตรวจออกจะช่วยให้การระบายเสมหะดีขึ้น บางรายอาจต้องให้ออกซิเจนในรายที่หายใจเหนื่อย หายใจเร็ว หอบ มีอาการเขียวหรืออ่อนเพลีย ซึมไม่กินนมและถ้าอาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวหรือหยุดหายใจ ควรพิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาลภาวะปอดอักเสบ แบ่งเป็น 2 กรณี

1. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง อาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ เหนื่อยหอบ มีเสมหะ แต่ยังสามารถสื่อสารได้ดี อาการของโรคไม่รุนแรงแพทย์ให้การรักษาและรับยากลับไปรับประทานที่บ้าน การพยาบาล คือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน ได้แก่

1.1 การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น เหนื่อยหอบมากขึ้น ไอมาก มีเสมหะมาก ไข้สูง

1.2 การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้กลับมาพบแพทย์

1.3 หลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เช่น อากาศชื้น การสัมผัสกับคนที่ติดเชื้ออยู่แล้ว

1.4 ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้กลับมาพบแพทย์

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง แพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยและแนะนำการรักษาในโรงพยาบาล การพยาบาล คือ

2.1 ประเมินสภาพผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ

2.2 ประเมินอาการผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซและภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด เช่น หายใจเร็ว หอบเหนื่อย จมูกบาน รอบปากเขียว เมื่อพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือได้ทันที

2.3 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและมีการระบายเสมหะที่ดี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระบายอากาศที่ดีของปอด โดยจัดให้ออนสิริระสูงเพื่อกะบังลมห้อยตัว ปอดขยายตัวได้ดี หายใจสะดวก ทำกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อให้ของเหลวออกจากถุงลมและหลอดลม ช่วยลดภาวะปอดแฟบและทำให้พื้นที่การแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมเพิ่มขึ้น ดูแลเสมหะในช่องจมูกและปากเมื่อมีเสมหะค้าง

2.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ส่งเสริมการได้รับออกซิเจนโดยวางแผนการพยาบาลให้เป็นระบบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

2.5 ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารและยาตามแผนการรักษา

2.6 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกชนิด

2.7 ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เปิดโอกาสให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้ซักถามและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

2.8 วางแผนการจำหน่ายก่อนกลับบ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 25-30 ในจำนวนนี้เป็นเด็กขวบปีแรกถึงร้อยละ 50 ในเด็กที่เป็นโรคหัด ไอ จะมีโรคปอดอักเสบเกิดขึ้นได้ 1 ใน 30-50 ราย ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 10-20 เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดจากการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรียและเชื้ออื่นๆ อาจเกิดหลังจากมีการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งอาจเป็นในปอดโดยตรงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ มีผลทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ เกิดภาวะขาดออกซิเจน อาจเกิดหายใจว้ายและซ็อกได้ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ความสามารถเข้าใจพยาธิสภาพของโรค ประเมินอาการได้รวดเร็ว ติดตามอาการอย่างใกล้ชิดให้ได้รับการแก้ไขถูกต้องทันที่และมีประสิทธิภาพจะช่วยลดความ

รุนแรงของโรคได้ รวมถึงเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและเสียชีวิตในที่สุด ตลอดจนการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่บิดามารดา ให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้บิดามารดามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะได้รับการรักษาและเมื่อกลับบ้าน

กรณีศึกษานี้เป็นผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 10 เดือน 26 วัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 30 พฤษภาคม 2553 ด้วยอาการ ไข้สูง ไอ หายใจหอบเหนื่อย ที่ห้องตรวจฉุกเฉินได้รับการรักษาพ่นยาขยายหลอดลมแบบฝอยละออง 2 ครั้ง อาการหอบเหนื่อยไม่ดีขึ้น रिมีฝีปากคล้ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 78 (ค่าปกติ ร้อยละ 95-100) ผลตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบฝ้าขาวที่ปอดด้านขวา ได้รับการดูแลรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร วินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ ได้รับการรักษาใส่ท่อหลอดลมคอทางปากต่อกับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 6 วัน เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนทางจมูก 2 วัน งดการให้ออกซิเจนได้ ผู้ป่วยหายใจได้เองปกติ ร่วมกับได้รับยาปฏิชีวนะ 7 วัน รวมระยะเวลาในการรักษาพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รับผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร วันที่ 30 พฤษภาคม 2553 เวลา 23.40 น. ด้วยอาการ ไข้สูง หายใจมีการดึงรั้งของผนังทรวงอก มีอาการหอบเหนื่อย ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก
2. ได้รับการรักษาใส่ท่อหลอดลมคอทางปากต่อกับเครื่องช่วยหายใจและได้ยาลดไข้กับเช็ดตัวลดไข้
3. ให้สารน้ำชนิด 5%D/N/3 500 มิลลิลิตร ผสมโปแตสเซียมคลอไรด์ 10 mEq. อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำโดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำ (infusion pump) และให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 500 มิลลิกรัมผสม 5%D/W 50 มิลลิลิตรในกระบอกฉีดยา (syringe) ขนาด 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที ทุก 24 ชั่วโมงโดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางกระบอกฉีดยา (syringe pump)
4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 10 วัน ดูแลให้การพยาบาลตามปัญหาทางการพยาบาลที่พบ พร้อมทั้งให้คำแนะนำบิดามารดาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดอักเสบ
5. ให้คำแนะนำ สอน สนับสนุนและจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บิดามารดาได้ดูแลบุตรด้วยตนเอง เมื่อกลับบ้าน นัดมาตรวจติดตามอาการและการรักษา ที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม ตึกผู้ป่วยนอก วันที่ 10 มิถุนายน 2553 เวลา 08.00 น.

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 10 เดือน 26 วัน น้ำหนัก 10 กิโลกรัม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2553 เวลา 23.15 น. เลขที่ภายนอก 29004/52 เลขที่ภายใน 10364/53 ด้วยอาการ ไข้ ไอ มีน้ำมูก 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มารดาพาไปคลินิกได้ยาลดไข้ แก้ไอ ลดน้ำมูก มารับประทานอาการไม่ดีขึ้น ไข้สูง ไอมากขึ้น หายใจหอบเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล ที่ห้องตรวจฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยเด็กหายใจเร็วหอบเหนื่อย ผ่นังทรวงอกปุ่ม ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing , crepitation ได้รับการรักษาพ่นยาขยายหลอดลมแบบฝอยละออง 2 ครั้ง อาการหอบเหนื่อยไม่ดีขึ้น रिฝปากคล้ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนัง ร้อยละ 78 (ค่าปกติ ร้อยละ 95-100) แพทย์ให้การรักษาโดยใส่ท่อหลอดลมคอทางปากและย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวลา 23.40 น. อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยกระสับกระส่าย มีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส หายใจมีการคั่งรังของผนังทรวงอก หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 182 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 86 จึงช่วยหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบอัตโนมัติ ตั้งค่าการช่วยหายใจ 50 ครั้งต่อนาที แรงดันสูงสุดขณะหายใจเข้า 25 เซนติเมตรน้ำ แรงดันบวกขณะหายใจออก 6 เซนติเมตรน้ำ อัตราการไหลของออกซิเจน 20 ลิตรต่อนาที ระยะเวลาหายใจเข้า 0.6 วินาที ความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 100 ผู้ป่วยยังมีอาการดิ้น กระสับกระส่าย หายใจเร็วหอบเหนื่อยไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ให้ยา Fentanyl 10 microgram ทางหลอดเลือดดำและเช็ดตัวลดไข้ หลังให้ยา 10 นาทีผู้ป่วยไม่ดิ้นและกระสับกระส่ายหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี อุณหภูมิร่างกายลดลง 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจช้าลง 52 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 98 ส่งถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบฝ้าขาวที่ปอดด้านขวา แพทย์วินิจฉัยเป็นปอดอักเสบ จากการให้การพยาบาลพบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

วันที่ 30 พฤษภาคม 2553 เวลา 23.40 น. ผู้ป่วยมีปัญหาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีการอักเสบของเยื่อปอดทางเดินหายใจทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ จากการสังเกตและตรวจร่างกายพบลักษณะการหายใจมีการคั่งรังของผนังทรวงอกและปึกจมูกบาน หายใจหอบ อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อนาที ผลค่าก๊าซในเลือด pH 7.50 (ค่าปกติ pH 7.35-7.45) PaCO₂ 32.2 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ PaCO₂ 40-50 มิลลิเมตรปรอท) PaO₂ 65.5 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ PaO₂ 35-50 มิลลิเมตรปรอท) HCO₃ 26.4 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ HCO₃ 18-24 มิลลิโมลต่อลิตร) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 86 เสมหะมีปริมาณมากลักษณะข้นมีสีเหลือง คูแผลให้การพยาบาล สังเกตการหายใจ สีผิว วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทางผิวหนังเฝ้าระวังสัญญาณชีพจากเครื่องติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ปรับค่าการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ตรงตามแผนการรักษาเพื่อแก้ไขความเป็นด่างในเลือด ลดแรงดันสูงสุดขณะหายใจเข้าเป็น 20 เซนติเมตรน้ำ แรงดันบวกขณะหายใจออก 5 เซนติเมตรน้ำและลดความเข้มข้นออกซิเจนครั้งละร้อยละ 20 ทุก 2 ชั่วโมงได้จนถึงร้อยละ 40 และติดตามค่าก๊าซในเลือดเพื่อปรับค่าการทำงานของเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา จัดทำอนศิริระสูง 45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี เสมหะลักษณะข้นมีสีเหลือง คูแผลให้ได้รับยา Ventolin 1 มิลลิกรัมผสม 0.9%NSS 3 มิลลิกรัม พ่นฝอยละอองทุก 6 ชั่วโมงร่วมกับคูแผล

เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ ให้การพยาบาลด้วยท่าที่อ่อนโยน สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลรวดเร็วขณะดูดเสมหะและจัดเปลี่ยนท่านอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ลดความเจ็บปวด ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ภายหลังให้การพยาบาล ลักษณะการหายใจไม่หอบเหนื่อยไม่มีการดิ่งรั้งของผนังทรวงอก อัตราการหายใจ 50-60 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 130-140 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิตเท่ากับ 90/50-110/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 97-100 ผลก๊าซในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยสามารถยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจในวันที่ 4 มิถุนายน 2553 เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนทางจมูก 2 วัน และงดการให้ออกซิเจนได้ในวันที่ 7 มิถุนายน 2553 หายใจได้ปกติ ไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 98-100 ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 7 มิถุนายน 2553

วันที่ 30 พฤษภาคม 2553 เวลา 23.40 น. ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอทางปาก เนื่องจากผู้ป่วยเด็กเล็กอายุ 10 เดือน 26วัน คั้นกระสับกระส่าย ร้องไห้เมื่อสัมผัสถูกท่อหลอดลมคอทางปาก ขณะจัดเปลี่ยนท่านอน ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ให้การพยาบาลดูแลผูกยึดผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ปลอดภัยให้ผู้ป่วยสงบและอธิบายให้บิดามารดาเข้าใจถึงความจำเป็นในการผูกยึดผู้ป่วย เฝ้าระวังผิวหนังบริเวณที่ถูกผูกยึดไม่ให้เกิดรอยแดง ช้ำ โดยคลายผ้าที่ผูกยึดทุก 2 ชั่วโมงนานครั้งละ 5-10 นาที ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอทางปากให้อยู่ตำแหน่งที่ถูกต้องทุกครั้งที่คุณัดและจัดเปลี่ยนท่าผู้ป่วย เปลี่ยนพลาสติกที่ยึดติดท่อหลอดลมคอทางปากในวันที่ 3 มิถุนายน 2553เนื่องจากเปียกเสมหะ คุณแลยึดตั้งท่อวงจรเครื่องช่วยหายใจกับโครงยึดท่อเครื่องช่วยหายใจ (Loganbow) ซึ่งเป็นนวัตกรรมของหน่วยงานในการป้องกันการดิ่งรั้งของท่อหลอดลมคอทางปากกับท่อวงจรเครื่องช่วยหายใจและการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอทางปาก หลังได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่เกิดท่อหลอดลมคอทางปากเลื่อนหลุด ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 4 มิถุนายน 2553

วันที่ 30 พฤษภาคม 2553 เวลา 23.40 น. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ประเมินอาการพบผู้ป่วยมีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส ซึม หายใจหอบเหนื่อย ผลตรวจรังสีทรวงอกพบฝ้าขาวที่ปอดด้านขวา ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation เจาะเลือดส่งตรวจโลหิตวิทยา ซีโมโกลบิน 13 กรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือด 36.9 เปอร์เซ็นต์ ระดับเม็ดเลือดขาว 18,200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เกร็ดเลือด 307,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร(ค่าปกติซีโมโกลบิน 12-16 กรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือด 34-35 เปอร์เซ็นต์ ระดับเม็ดเลือดขาว 4,000-11,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เกร็ดเลือด 150,000-400,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) เสมหะมีปริมาณมากลักษณะข้นมีสีเหลืองส่งเพาะเชื้อพบเชื้อ gram positive cocci in chain คุณแลบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ล้างมือก่อนและหลังการให้การพยาบาลทุกครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปลอดภัยและถูกต้องตามหลักการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คุณแลให้ได้รับยา Ceftriaxone 500 มิลลิกรัมผสม 5%D/W 50 มิลลิลิตรในกระบอกฉีดขนาด 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที ทุก 24 ชั่วโมงโดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางกระบอกฉีดยาเป็นระยะเวลา 7 วัน และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเช่น หลอดเลือดดำอักเสบ ผื่นแพ้ แนะนำบิดามารดา

ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้งเพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ไม่ซึม หายใจไม่หอบเหนื่อย เสมหะสีขาวใส ปริมาณเล็กน้อย ฟังเสียงปอดไม่มีเสียง crepitation ผลการตรวจทางรังสีทรวงอกไม่พบฝ้าขาว ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 7 มิถุนายน 2553

วันที่ 30 พฤษภาคม 2553 เวลา 23.40 น. ผู้ป่วยมีภาวะขาดความสมดุลอิเล็กโทรลิต์ จากภาวะหายใจหอบเหนื่อยและง่วงนอนและอาหารทางปาก เจาะเลือดส่งตรวจเคมีคลินิก โซเดียม 141 มิลลิโมลต่อลิตร โปแตสเซียม 3.2 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 109 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 24 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติโซเดียม 136-145 มิลลิโมลต่อลิตร โปแตสเซียม 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 100-110 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 22-32 มิลลิโมลต่อลิตร) ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5%D/N/3 500 มิลลิลิตรผสมโปแตสเซียม คลอไรด์ 10 mEq. อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำ ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารตามแผนการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2553 เริ่มให้นมปริมาณ 60 มิลลิลิตรทางสายยางให้อาหารทางปากทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยรับนมได้ดี ตรวจสอบจำนวนนมที่เหลือค้าง (gastric content) ทุกมื้อก่อนให้นม ไม่มีนมเหลือค้างในกระเพาะอาหาร ไม่มีอาการท้องอืดตึง ปรับลดอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วันที่ 5 มิถุนายน 2553 เพิ่มปริมาณนมเป็น 120 มิลลิลิตรทางสายยางให้อาหารทางปากทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยรับนมได้ดี ไม่มีอาการท้องอืดตึงหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ขณะได้รับสารน้ำเฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุก 1 ชั่วโมงไม่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ไม่พบ peak T-wave bradycardia วันที่ 6 มิถุนายน 2553 ถอดสายยางให้อาหารทางปาก ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มนมปริมาณ 160 มิลลิลิตรจำนวน 6 มื้อและ โจ๊ก 2 มื้อต่อวัน ผู้ป่วยดื่มนมได้ดี ไม่มีสำลัก รับประทานอาหารได้ปริมาณ 1 ส่วน 4 ถาดต่อมื้อ ไม่มีอาเจียน ไม่มีอาการท้องอืดตึง ติดตามประเมินความสมดุลของสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมงจำนวนสารน้ำเข้าออกสมดุล ปริมาณสารน้ำเข้า 320 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออก 250-300 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนักทุกวัน วันละ 1 ครั้งในเวลา 06.00 น. วันที่ 7 มิถุนายน 2553 เจาะเลือดส่งตรวจเคมีคลินิก ผลตรวจ โซเดียม 140 มิลลิโมลต่อลิตร โปแตสเซียม 3.8 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 108 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 24 มิลลิโมลต่อลิตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 7 มิถุนายน 2553

วันที่ 30 พฤษภาคม 2553 เวลา 23.55 น. บิดามารดามีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของบุตรเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของบุตรและต้องนอนโรงพยาบาล จากการสังเกตและซักถามพบว่า บิดามารดาของผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของบุตรและผู้ป่วยไม่เคยรับการรักษาที่ต่อนอนโรงพยาบาล ให้การพยาบาลโดยให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ประเมินความรู้ความเข้าใจของบิดามารดาเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของบุตร เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร จัดให้บิดามารดาได้พูดคุยกับกุมารแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษาพร้อมลงชื่อในเอกสารยินยอมรับการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แนวทางการดูแล อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

ทุกครั้งที่เขาเยี่ยมบุตร เปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมได้ตามเวลาที่กำหนด มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยอธิบายและให้ลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนผ้าอ้อมและจัดท่านอนให้ผู้ป่วย อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลังจากให้การพยาบาลบิดามารดาของผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปในวันที่ 2 มิถุนายน 2553

วันที่ 7 มิถุนายน 2553 เวลา 10.00 น. บิดามารดาขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อยอาจป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม ให้การพยาบาลโดยเปิดโอกาสให้บิดามารดาแสดงความรู้สึกและซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร แนะนำและอธิบายถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การหายใจหอบเหนื่อย มีการดื่มน้ำของผนังทรวงอก มีอาการเขียวคล้ำ ซึมลง ไม่ดูดนม มีไข้ ท้องเสีย เป็นต้น ถ้ามีอาการเหล่านี้ต้องพามาพบแพทย์ทันที อธิบายให้บิดามารดาเห็นความสำคัญของการพามาตรวจตามนัด การสอนโดยวิธีการสาธิตการเช็ดตัวลดไข้ การจัดทำระบายเสมหะและดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง การรับประทานยาต่อที่บ้าน วัคซีนป้องกันโรคที่ควรได้รับในแต่ละช่วงอายุและการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ป้องกันการติดเชื้อ ตลอดจนให้เบอร์โทรศัพท์ที่บิดามารดาสามารถติดต่อปรึกษาพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง บิดามารดาสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 8 มิถุนายน 2553 เวลา 13.00 น. นัดตรวจติดตามอาการและการรักษาวันที่ 10 มิถุนายน 2553 ที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม ตึกผู้ป่วยนอก เวลา 08.00 น. รวมระยะเวลาการพยาบาลจำนวน 10 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จัดทำกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 10 เดือน 26 วัน มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอมากขึ้น หายใจหอบเหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ที่ห้องตรวจฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็กหายใจหอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 88 ได้รับการรักษาพ่นยาขยายหลอดลมแบบฝอยละออง 2 ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น มีหายใจหอบเหนื่อย ชายโครงบวม ริมฝีปากคล้ำ อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 78 แพทย์ให้การรักษาโดยใส่ท่อหลอดลมคอทางปากและย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2553 เวลา 23.40น. อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย มีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส หายใจมีการดื่มน้ำของผนังทรวงอก หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 182 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 86 ถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบฝ้าขาวที่ปอดด้านขวา เจาะเลือดส่งตรวจโลหิตวิทยาเพาะเชื้อในกระแสเลือดและในเสมหะ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบ ได้รับการรักษาใส่ท่อหลอดลมคอทางปากต่อกับเครื่องช่วยหายใจในระยะแรก ผู้ป่วยมีอาการคืน กระสับกระส่าย หายใจหอบเหนื่อยไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจได้รับยา Fentanyl 10 microgram ทางหลอดเลือดดำและเช็ดตัวลดไข้ หลังได้รับยาผู้ป่วยสงบลงดูสบายหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดีรวมระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ 6 วัน เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนทางจมูก 2 วัน จดการให้ออกซิเจนได้หายใจได้เองปกติ ร่วมกับได้รับยาปฏิชีวนะ 7 วัน เพื่อแก้ไขภาวะปอดอักเสบ จดน้ำและอาหารทางปากได้รับสารน้ำ

ทางหลอดเลือดดำแก้ไขภาวะขาดความสมดุลของอิเล็กโทรลิตในร่างกาย หลังได้ให้การพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก หายใจได้ปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังร้อยละ 95-100 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีใช้ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ รับประทานอาหารและนมได้ดี ไม่มีสำลักอาเจียน รวมระยะเวลาการรักษาพยาบาลจำนวน 10 วัน ได้ให้การพยาบาลศึกษาติดตามเยี่ยมและประเมินผลการพยาบาล 6 ครั้ง ในระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาล 6 ปัญหา ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้บิคารมามีความเข้าใจคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง นัดตรวจติดตามอาการ ที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม ดึกผู้ป่วยนอก วันที่ 10 มิถุนายน 2553 เวลา 08.00น.

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก
2. นำปัญหาและผลลัพธ์ที่ได้จากกรณีศึกษามานำเสนอให้กับบุคลากรในหน่วยงานเพื่อเป็นการฟื้นฟู ความรู้และพัฒนาคุณภาพบุคลากรในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเด็กเล็กไม่สามารถสื่อสารถึงความรู้สึกเจ็บปวดและความต้องการของตนเองได้ทำให้ผู้ป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ต้องใช้ทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีความละเอียด รอบคอบ มีความสามารถในการสังเกต ได้ให้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อประเมินสภาวะและ ความต้องการของผู้ป่วย เกิดความรวดเร็วในการวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถให้ความช่วยเหลือและ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

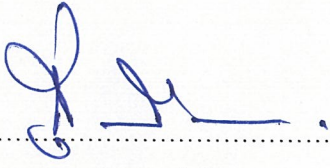
10. ข้อเสนอแนะ


1. ผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วย จะได้รับการทำหัตถการหลายอย่างที่ก่อให้เกิดความ เจ็บปวดแต่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้พยาบาลรับรู้ถึงความเจ็บปวดได้ จึงควรให้มีการอบรมฟื้นฟูการใช้ แบบประเมินความเจ็บปวดในเด็กกับบุคลากรในหน่วยงานทุกคนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน สามารถใช้แบบประเมินได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมกับอาการ ลดภาวะความเจ็บปวด ให้ความร่วมมือกับการรักษาได้ดี
2. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตบิคารมามีความวิตกกังวลสูงในเรื่องความเจ็บป่วยของบุตรทั้ง ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและการดูแลภายหลังจำหน่าย ทางหน่วยงานควรจัดกลุ่มให้บิคารมามีความ เจ็บป่วยคล้ายกัน ได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพื่อลดความวิตกกังวล เรื่องความเจ็บป่วยของบุตร

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ ..ณัฐกานต์ ..ไฉยวสานุรักษ์..
(นางสาวณัฐกานต์ ไฉยวสานุรักษ์)
ผู้ขอรับการประเมิน
06 ส.ย. 2555

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ....
(นางสุภาณี นาควิเชียร)
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
06 ส.ย. 2555

ลงชื่อ ....
(นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
06 ส.ย. 2555

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวณัฐกานต์ เอียวสาอนุรักษ์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 394) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง แผนการสอน การเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็กโรคระบบทางเดินหายใจ

หลักการและเหตุผล

ภาวะการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจของผู้ป่วยเด็กมักเป็นปัญหาสำคัญในการขัดขวางการระบายอากาศ ทำให้ปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้ตามปกติ ส่งผลให้ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีเสมหะมากจนอุดกั้นต่อทางเดินหายใจ ในเด็กจะต้องดูแลเรื่องนี้เป็นพิเศษเนื่องจากเด็กมีขนาดต่อทางเดินหายใจเล็กกว่าผู้ใหญ่ ทำให้เด็กแสดงอาการที่รุนแรงและเกิดอย่างรวดเร็วมากกว่าผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเดียวกัน นอกจากนี้ถ้ากลไกป้องกันตัวเองของปอด (pulmonary defense mechanism) ซึ่งมีหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ อันได้แก่ กระบวนการสร้างสารเมือกและขนกวัด (mucociliary escalator) และกลไกการไอ หากเกิดความอ่อนแอจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เกิดการอักเสบ มีการสะสมเสมหะมากและเหนียวหนืดมากขึ้น การไออย่างเดียวยังไม่สามารถขับเสมหะที่มีจำนวนมากได้เอง จึงจำเป็นต้องอาศัยเทคนิคของกายภาพบำบัดทรวงอกและการระบายเสมหะให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งอาจกระทำได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง จากสถิติพบว่าอัตราการมารับบริการของผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจของหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้ป่วย 77 ราย ปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้ป่วย 86 ราย ปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วย 90 ราย ซึ่งในผู้ป่วยจำนวนนี้ร้อยละ 20.5 ป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากการขาดประสิทธิภาพในการขับเสมหะจากพยาธิสภาพของโรคปอดเรื้อรัง โรคพิการทางสมอง โรคกล้ามเนื้อกระดูกสันหลังฝ่อลีบ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 28 วัน ด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย เสมหะคั่งค้างอุดกั้นทางเดินหายใจมากกว่าร้อยละ 5 ผู้ป่วยบางรายอาการรุนแรงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าเกิดจากการผู้ดูแลผู้ป่วยทำการระบายเสมหะไม่ถูกต้อง หน่วยงานยังไม่มีการจัดทำแผนการสอนให้บุคลากรทางการพยาบาลใช้ ทำให้บุคลากรมีวิธีการสอนที่แตกต่างกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงได้จัดทำแผนการสอนเรื่องการเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็กโรคระบบทางเดินหายใจ เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรมีแผนการสอนเป็นแนวทาง

เดียวกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการเคาะปอดและดูดเสมหะที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. บุคลากรในหน่วยงานใช้เป็นสื่อการสอนการเคาะปอดและการดูดเสมหะในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กโรคระบบทางเดินหายใจ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กโรคระบบทางเดินหายใจที่ต้องการ การเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

แผนการสอนการเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็กโรคระบบทางเดินหายใจ เป็นอีกบทบาทของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเจ็บป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน โดยนำทฤษฎีการพยาบาลและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถอธิบายเป้าหมายและเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและเป็นไปในทางเดียวกัน ช่วยให้เห็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลได้อย่างชัดเจน ทั้งยังเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล

ในที่นี้ได้้นำทฤษฎีและกรอบแนวคิดมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem , 1995) เน้นความสามารถและความต้องการการดูแลของบุคคล มุ่งช่วยเหลือให้บุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้สามารถสนองความต้องการการดูแลตนเองได้อย่างพอเพียงและคงอยู่ตลอดไปได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและมีความสุขของบุคคลนั้นๆ

ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP) ทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) กล่าวคือ เมื่อผู้รับข้อมูลได้รับข้อมูลผ่านสื่อชนิดต่างๆทำให้เกิดความรู้เมื่อเกิดความรู้ย่อมจะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

ขั้นวางแผนหรือเตรียมการ มีวิธีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์สาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ โดยวิเคราะห์กระบวนการสอนที่ปฏิบัติในปัจจุบัน
2. นำปัญหาที่พบเสนอต่อที่ประชุมของหน่วยงานหออภิบาลผู้ป่วยหนักุมารเพื่อขอความร่วมมือและกำหนดแนวทางในการจัดทำแผนการสอน

3. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสารทางการแพทย์และพยาบาล งานวิจัย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการเคาะปอดและดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะที่บ้าน
4. จัดทำแผนการสอน ซึ่งประกอบด้วย
 - 4.1 ความหมายและความสำคัญของการเคาะปอดและดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะ
 - 4.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย
 - 4.3 การเตรียมอุปกรณ์
 - 4.4 วิธีการปฏิบัติในการเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะ
 - 4.5 การทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ
5. จัดทำแบบบันทึกการสอนสำหรับรวบรวมข้อมูลและประเมินผลการสอนเป็นแบบเติมเครื่องหมายถูกลงในตารางแบบบันทึกการสอน ซึ่งประกอบด้วย หัวข้อเรื่องที่สอน วันที่ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติ เข้าใจ ไม่เข้าใจ จำนวน 6 ข้อ
6. จัดทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะ เป็นแบบเติมเครื่องหมายถูกและผิด จำนวน 10 ข้อ
7. นำแผนการสอน แบบบันทึก แบบทดสอบ ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงของเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
8. ทดลองสอนผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 ราย ประเมินผลการทดลอง ประชุมผู้ร่วมงาน นำเสนอแผนการสอนเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการให้เป็นแนวทางเดียวกัน
9. ทำการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเคาะปอดและดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะที่บ้าน ระหว่างรับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบแต่ละเวรพร้อมทั้งติดตามประเมินผลและส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลเวรต่อไป
10. ประเมินผลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินผลการสอนและแบบทดสอบความรู้ที่สร้างขึ้น นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาแผนการสอนให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีสื่อการสอนเรื่องการเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็ก โรคระบบทางเดินหายใจ
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในหน่วยงานในการสอนการเคาะปอดและการดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็ก โรคระบบทางเดินหายใจ
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และเกิดความมั่นใจสามารถเคาะปอดและดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะสำหรับเด็กเล็กได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอนมีความรู้ความสามารถทำการเคาะปอดและดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะได้อย่างถูกต้อง $\geq 80\%$
2. อัตราบุคลากรในหน่วยงานใช้เป็นสื่อการสอน การเคาะปอดและดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็กโรคระบบทางเดินหายใจ $\geq 80\%$

ลงชื่อ..... ณัฐกานต์ เอี้ยวสาณูรักษ์

(นางสาวณัฐกานต์ เอี้ยวสาณูรักษ์)

ผู้ขอรับการประเมิน
06 ธ.ย. 2555