

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพ
มากขึ้น
เรื่อง การพัฒนาการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจ

เสนอโดย

นางอารี พิกุลขาว
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพน. 189)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหนองจอก
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลโรคปอดอักเสบในเด็ก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 25 กรกฎาคม 2551 – 28 กรกฎาคม 2551)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นการอักเสบของเนื้อปอดชั้นในสุด ซึ่งทำให้หลอดลมฝอยส่วนปลายสุด (terminal respiratory bronchiole) และถุงลมปอด (alveoli) เต็มไปด้วย exudate ทำให้ปอดไม่สามารถรับออกซิเจนได้เพียงพอ ปอดอักเสบพบในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ พบประมาณร้อยละ 10 ของเด็กที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ โรคนี้จัดว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากที่สุดของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับหนึ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ แรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย พิกัดแต่กำเนิด อายุน้อย เป็นต้น หรือจากการไปพบแพทย์ซ้ำ เมื่อไปถึงก็มีอาการรุนแรงมากจนมีภาวะหายใจล้มเหลวและอาจให้การดูแลรักษาไม่ทันทั่วถึง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลต้องมีความสามารถในการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและสามารถให้การรักษาได้ถูกต้องและทันทั่วถึง เพื่อให้เด็กรอดชีวิตและไม่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจตามมา เช่น โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดลมโป่งพอง เป็นต้น

สาเหตุ

ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และอาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น การสำลัก การนอนนานๆ

ปอดอักเสบสามารถแบ่งออกได้หลายชนิด ดังนี้

1. แบ่งตามสาเหตุที่ทำให้เกิด

1.1 ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (bacterial pneumonia) เป็นสาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น Streptococcus pneumoniae เกิดจากเชื้อ β - hemolytic Streptococci กลุ่ม A พบได้ในทุกกลุ่มอายุ pneumococcal pneumonia เกิดจากเชื้อ pneumococci (Streptococcus pneumoniae) พบมากในเด็กอายุ 1-4 ปี Staphylococcal pneumonia เกิดจากเชื้อ Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis พบในเด็กแรกเกิด – 2 ปี

1.2 ปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส (Viral pneumonia) ที่พบบ่อย respiratory syncytial virus และ parainfluenza . adenovirus พบได้ในทุกกลุ่มอายุ พบบ่อยในเด็กอายุ 2 – 3 ปี

1.3 ปอดอักเสบจากพยาธิ (parasitic pneumonia) เช่น E. histolytica

1.4 ปอดอักเสบจากเชื้อรา (fungal pneumonia) เช่น *Candida aspergillus* ,
Cryptococcus neoformans

1.5 ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspirate pneumonia) เช่น สำลักน้ำคร่ำ หรือ สำลัก
สารเคมี

1.6 ปอดอักเสบจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี (hypostatic pneumonia) เช่น ผู้ป่วย
ที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย ต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ

2. แบ่งตามตำแหน่งที่เกิด

2.1 การอักเสบของเนื้อปอดเป็นหย่อมๆ (bronchopneumonia)

2.2 การอักเสบของเนื้อปอดเป็นกลีบ (lobar pneumonia)

2.3 การอักเสบของเนื้อปอดในผนังของถุงลม (interstitial pneumonia)

3. แบ่งตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นก่อนหลัง

3.1 ปอดอักเสบในระยะแรก (primary pneumonia) เป็นการอักเสบของปอดที่ไม่มี
พยาธิสภาพของโรคมามาก่อน

3.2 ปอดอักเสบในระยะหลัง (secondary pneumonia) เป็นการอักเสบของปอดที่มี
พยาธิสภาพอื่นๆอยู่ก่อนแล้ว เช่น มีการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนบนก่อน การติดเชื้อในกระแสเลือด

พยาธิสรีรวิทยา

ปอดอักเสบในระยะแรกจะเริ่มมีของเหลวคั่ง บวม ละมีเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น ในถุงลมปอดจะ
มีของเหลวที่เกิดจากการอักเสบของปอดคั่งอยู่ ต่อมาจะมี macrophage ที่บริเวณที่มีการอักเสบ เพื่อกำ
จัดเชื้อเหล่านี้ และกำจัดออกสู่ระบบน้ำเหลือง ปอดอักเสบส่วนนี้ก็จะเริ่มแข็ง เป็นผลให้ความจุปอดและ
ความยืดหยุ่นของปอดลดลง จะพบเยื่อหุ้มปอด มีเสมหะจำนวนมากในถุงลมและทางเดินหายใจ ทำให้ทาง
เดินหายใจอุดตัน เลือดที่ไหลผ่านปอดส่วนนั้น จะไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซซึ่งกันและกันกับถุงลมปอด ซึ่ง
จะทำให้เด็กได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอตามมา

อาการและอาการแสดง

อาการของปอดอักเสบมีลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับชนิด
ของเชื้อที่เป็นสาเหตุ อายุ ตำแหน่งที่เกิดการอักเสบ แต่โดยทั่วไปเด็กจะมีไข้สูงอย่างเฉียบพลันและหนาว
สั่น บางรายมีอาการปวดศีรษะนำมาก่อน 3 - 4 วัน ไอแห้งๆ สั้นๆ เจ็บหน้าอก ต่อมาจะมีเสมหะอาจมีสี
สนิมเนื่องจากมีเลือดปนออกมา หลังจากนั้นจึงจะเป็นสีเหลืองปนหนอง หายใจเร็ว ตื่น หอบเหนื่อย จะ
เห็นหน้าอกบุ๋ม ชายโครงบุ๋ม ขณะหายใจเข้ามีอาการเจ็บหน้าอก ท้อง คอ (pleuropulmonary pain)

เป็นๆ หายๆ จะทำให้เจ็บปวดมากขึ้น ตำแหน่งที่เจ็บมักอยู่ตรงบริเวณที่มีปอดอักเสบ เกิดจากการกระตุ้นปลายประสาทที่มาเลี้ยงผนังช่องอก อาจมีอาการท้องอืดเนื่องจากมีการอักเสบของเนื้อปอดส่วนล่าง บริเวณติดกับกระบังลม ฟังปอดจะได้ยินเสียงกรอบแกรบ และเสียงอืด

การตรวจวินิจฉัยโรค

1. การตรวจนับเม็ดเลือดขาว รายที่มีสาเหตุมาจากแบคทีเรีย มักพบว่ามีจำนวนเม็ดเลือดขาวพวกนิวโทรฟิลสูงขึ้น ส่วนการติดเชื้อไวรัสจะมีลิมโฟไซต์สูง

2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอกอาจมีความจำเป็น จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ ถ้าพบลักษณะของ pneumatocele มักเกิดจากเชื้อ Staphylococcus ลักษณะปอดแข็งทั้งกลีบปอด มักเกิดจากเชื้อ Streptococcus pneumoniae และถ้าพบลักษณะ interstitial infiltration มักจะเกิดจากการติดเชื้อไวรัส

3. การตรวจหาเชื้อแบคทีเรียจากการเพาะเชื้อจากเลือด โดยย้อมและเพาะเชื้อจาก specimen จากส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น จากเลือด เสมหะ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ควรเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อในทารกที่อายุน้อยกว่า 2 เดือนทุกราย เนื่องจากอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดสูง และเพาะเชื้อจากเสมหะจากส่วนล่างของหลอดลมคอ

ภาวะแทรกซ้อน

ปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย มักพบภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยกว่า ปอดอักเสบที่เกิดจากสาเหตุอื่น ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1. น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด พบได้บ่อยที่สุด
2. หนองในช่องเยื่อหุ้มท้อง
3. มีลมและมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นผลจากการอักเสบอย่างรุนแรงของปอด ทำให้มีการทำลายเนื้อปอดเป็นถุงหรือเป็นฝี แล้วแตกทะลุไปในช่องเยื่อหุ้มปอด เด็กจะมีอาการเจ็บหน้าอก และหอบเหนื่อยขึ้นในทันที เชื้อ Staphylococcus ทำให้ปอดมีลมและแตกออกได้
4. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ จะมีอาการเจ็บหน้าอกบริเวณเหนือหัวใจและทรวงอกส่วนล่าง ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อขยับตัวหรือไอ ในรายที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจมาก อาจมีแรงดันในช่องเยื่อหุ้มหัวใจสูงจึ้นกว่าปกติ

การรักษาทั่วไป

รักษาโดยการให้ออกซิเจนและความชื้นเมื่อหายใจหอบ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องได้รับการดูแลโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอเพื่อป้องกัน

ภาวะขาดน้ำ และเพื่อช่วยละลายเสมหะโดยให้ดื่มน้ำมากๆ ในกรณีที่มีอาการหายใจเร็ว หอบเหนื่อย มีไข้สูง และดื่มน้ำได้น้อย อาจพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และควรระมัดระวังไม่ให้เกิดภาวะน้ำเกินซึ่งจะทำให้เกิด pulmonary edema ตามมาได้ กำจัดเสมหะด้วยการทำกายภาพบำบัดทรวงอก ถ้าหากเสมหะเหนียวขับออกลำบาก อาจพิจารณาให้ยาละลายเสมหะร่วมด้วยในเด็กโต แนะนำส่งเสริมการไอและการหายใจที่ถูกต้องวิธี

การรักษาตามอาการ

1. ให้ยาปฏิชีวนะ โดยพิจารณาจากเชื้อที่เป็นสาเหตุ
2. ในรายที่ไม่ทราบเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาศัยข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น อายุ ประวัติการสำลัก น้ำคร่ำ ตำแหน่งของการติดเชื้อก่อนเป็นปอดอักเสบ สภาพแวดล้อม การกระจายของเชื้อในชุมชน นั้นๆ โดยทั่วไปจะให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในโรคปอดอักเสบ

การพยาบาล

1. ให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่ร่างกาย ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน โดยจะพิจารณาจากความผิดปกติของระดับออกซิเจนในกระแสเลือด (Oxygen saturation) อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ
2. พ่นยาขยายหลอดลม ได้แก่ ventolin nebulizer เป็นการพ่นเพื่อนำฝอยละอองยา ร่วมกับความชื้น ไปพร้อมๆ กับออกซิเจนที่หายใจเข้าไปช่วยขยายหลอดลม ทำให้ทางเดินหายใจโล่งลดอาการเหนื่อยหอบ
3. จัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ
 - กระตุ้นให้ดื่มน้ำบ่อยๆ โดยเฉพาะน้ำอุ่นจะช่วยทำให้การระบายออกของเสมหะดีขึ้น ถ้าได้รับน้ำน้อยจะทำให้เสมหะเหนียว ยากต่อการขับออก ส่งผลให้ทางเดินหายใจไม่โล่ง การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
 - Aerosal therapy เป็นการพ่นแบบการใช้ละอองน้ำพ่น เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นทำให้เสมหะอ่อนตัว และขับออกได้ง่ายขึ้น
 - การเคาะปอดหรือ การสั่นสะเทือน เพื่อช่วยระบายเสมหะ ป้องกันการอุดตันของท่อทางเดินหายใจ
 - การดูดเสมหะ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอหรือขับเสมหะออกเองได้ เช่น ผู้ป่วยเด็กเล็ก หรือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีความจำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ ระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 10-15 วินาที เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจนได้ แรงดันที่ใช้ 60-100 มม.ปรอท ในขณะที่ทำการดูดเสมหะ หากพบว่าผู้ป่วยเหนื่อยมากให้ทิ้งช่วงพักเป็นระยะ ๆ

4.สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคปอดอักเสบ เป็นโรคที่พบได้บ่อย ความรุนแรงของโรคเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ง่ายจากสถิติ พบว่า โรคปอดอักเสบในเด็ก อยู่ในอันดับที่ 4 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองจอก ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ พบว่าเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคมاتตลอดทุกปี ซึ่งเกิดจากการอักเสบของเนื้อปอด พยาธิสภาพที่เกิดจะพบบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลายและ อัลวีโอลี พบได้ในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ โรคนี้จัดเป็นโรคที่มีความสำคัญ และเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากที่สุด ของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กในชนบทจะป่วยและตายจากภาวะปอดอักเสบ 2 - 3 เท่าของเด็กในเมือง ปัจจัยเสี่ยงของเด็กเหล่านั้น ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักแรกเกิดน้อย พิการแต่กำเนิด หรือ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า ทำให้มีอาการรุนแรงมาก ทำให้การดูแลรักษาไม่ทันท่วงที เกิดภาวะหายใจล้มเหลว

การศึกษาผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 3 ปี 5 เดือน สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ น้ำหนัก 15 กิโลกรัม ส่วนสูง 102 เซนติเมตร เลขที่ผู้ป่วยนอก 11194/48 มาโรงพยาบาลหนองจอก วันที่ 25 กรกฎาคม 2551 แรกรับที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม เวลา 10.00 น. มาด้วยอาการไข้ ไอมีเสมหะ น้ำมูกใส หายใจเหนื่อยหอบ ร้องกวนเป็นพักๆ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายได้ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 50 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท เซ็ตตัวลดไข้ ลงบันทึกอการสำคัญและสัญญาณชีพในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ส่งเข้าพบแพทย์ตั้งเอกซเรย์ปอด และ เจาะ CBC จากผลเอกซเรย์ปอด พบ bilateral perihilar infiltration ผลการตรวจเลือด Hb = 12.2 gm% (ค่าปกติ = 12 - 16 gm%), Hct = 35.7 % (ค่าปกติ = 36 - 48 %), WBC = 17,410 cell/cu.mm (ค่าปกติ = 5,000 - 10,000 cell/cumm.), Platelets count = 341,000 cells/cu.mm. (ค่าปกติ = 140,000 - 400,000 cell /cumm), Neutrophil = 66 % (ค่าปกติ = 55 - 75 %), Lymphocyte = 24.7 % (ค่าปกติ = 25 - 35 %), Eosinophil = 0.9 % (ค่าปกติ = 1 - 3 %), Basophli = 0.9 % (ค่าปกติ = 0 - 1 %), Monocyte = 7.5 % (ค่าปกติ = 2 - 6 %) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การรักษาของแพทย์ โดย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5 % D/N/3 500 มิลลิลิตร อัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, ยาพ่นขยายหลอดลม ventolin solution จำนวน 0.5 มิลลิลิตร ผสม normal saline จำนวน 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 6 ชั่วโมง, ยา paracetamol syrup รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา เวลา มีไข้ ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง, ยา bisolvon syrup รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร, ยา ventolin syrup รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร, ยา ceftriazone 500 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง

ให้ออกซิเจน mask with bag 5 ลิตรต่อนาที จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 28 กรกฎาคม 2551 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาลทั้งหมด 4 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

- ไม่มี

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการศึกษา ค้นคว้า และจัดทำผลงานตั้งแต่แรกจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงานทั้งหมด 100 %

จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 3 ปี 5 เดือน สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ น้ำหนัก 15 กิโลกรัม ส่วนสูง 102 เซนติเมตร เลขที่ผู้ป่วยนอก 11194/48 มาโรงพยาบาลหนองจอก วันที่ 25 กรกฎาคม 2551 แรกรับที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม เวลา 10.00 น. มาด้วยอาการไข้ ไอมีเสมหะ น้ำมูกใส หายใจเหนื่อยหอบ ร้องกวนเป็นพักๆ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายได้ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 50 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท เช็ดตัวลดไข้ พร้อมทั้งสอนมารดาในการเช็ดตัวลดไข้ เพื่อช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกาย ป้องกันภาวะชักจากไข้สูง หลังเช็ดตัวลดไข้ วัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำได้ 37.9 องศาเซลเซียส ลงบันทึกอาการสำคัญและสัญญาณชีพในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ส่งเข้าพบแพทย์ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาได้ทันเวลาที่ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ และมีไข้ แพทย์สั่งให้ยาลดไข้ paracetamol syrup 1 ซ้อนชา รับประทาน เวลา 10.15 น. และส่งเอกซเรย์ปอด , เจาะ CBC ผลเอกซเรย์ปอด พบ bilateral perihilar infiltration ผลการตรวจเลือด Hb = 12.2 gm% (ค่าปกติ = 12 – 16 gm%) , Hct = 35.7 % (ค่าปกติ = 36 – 48 %) , WBC = 17,410 cell /cu.mm (ค่าปกติ = 5,000 – 10,000 cell /cumm.) , Platelets count = 341,000 cells /cu.mm. (ค่าปกติ = 140,000 - 400,000 cell /cumm.) , Neutrophil = 66 % (ค่าปกติ = 55 – 75 %) , Lymphocyte = 24.7 % (ค่าปกติ = 25 – 35 %) , Eosinophil = 0.9 % (ค่าปกติ = 1 – 3 %) , Basophli = 0.9 % (ค่าปกติ = 0 – 1 %) , Monocyte = 7.5 % (ค่าปกติ = 2 – 6 %) จากผลเอกซเรย์ปอด และ ผลการตรวจเลือด พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ และ รับไว้รักษาในโรงพยาบาล แจ้งให้มารดาทราบถึงระเบียบการปฏิบัติตัวขณะนอนอยู่โรงพยาบาล ประสานงานกับพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาเบื้องต้นก่อน ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยให้ยาพ่นขยายหลอดลม ventolin solution จำนวน 0.5 มิลลิลิตร ผสม normal saline จำนวน 3 มิลลิลิตร และประเมินอัตราการเต้นของหัวใจที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา ventolin ได้

หลังผู้ป่วยได้รับยาพ่นยาขยายหลอดลม อาการเหนื่อยหอบลดลงเล็กน้อย อัตราการหายใจ 48 ครั้งต่อนาที ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกายทางปลายนิ้ว ได้ 97 เปอร์เซ็นต์ ให้ออกซิเจน mask with bag 5 ลิตรต่อนาที ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่ร่างกาย ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน เวลา 11.30 น. ติดต่อประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าเวรประจำหอผู้ป่วยสามัญชาย เพื่อส่งต่อเกี่ยวกับอาการและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนการรักษาต่อเนื่องของแพทย์ โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5 % D/N/3 500 มิลลิลิตร ในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, ยาพ่นขยายหลอดลม ventolin solution จำนวน 0.5 มิลลิลิตร ผสม normal saline จำนวน 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 6 ชั่วโมง, ยา paracetamol syrup รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา เวลาที่มีไข้ ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง, ยา bisolvon syrup รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร, ยา ventolin syrup รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร, ยา ceftriazone 500 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง และให้ ออกซิเจน mask with bag 5 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ทางหอผู้ป่วยสามัญชาย เตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยและให้การพยาบาลดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ขณะที่นำส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญชายได้ติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งเตรียม self-inflating lung bag with mask เพื่อให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตระหว่างทาง ผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วยสามัญชายโดยไม่เกิดภาวะวิกฤตระหว่างทาง การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 26 กรกฎาคม 2551 เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยยังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5 % D/N/3 500 มิลลิลิตร ในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงอยู่ และยังมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 44 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกายทางปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 98 - 99 % มารดาวิตกกังวลเรื่องผู้ป่วยมีไข้สูง แนะนำให้มารดาเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 27 กรกฎาคม 2551 เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยคาเข็มไว้ทางหลอดเลือดดำ (on lock) แทนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบน้อยลง อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที ไอมีเสมหะข้นสีขาว แนะนำมารดากระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและระบายออกง่าย การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 28 กรกฎาคม 2551 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยวิ่งเล่นได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ไอมีเสมหะนานๆ ครั้ง ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส บิดา มารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน อธิบายให้ บิดา มารดา เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เช่น การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการรับประทานอาหารให้ครบหลัก 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ โดยเฉพาะโปรตีนมีมากในเนื้อสัตว์ ไข่แดง ถั่ว ซึ่งเป็นสารอาหารหลักของร่างกาย ช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อต่างๆ เพื่อการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ การรับวัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก

โพลิโอ กระตุ้นครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 ปี การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจซ้ำ หลีกเลี่ยงสิ่งที่มีโอกาสทำให้เกิดอาการระคายเคือง เช่น ฝุ่นละออง ควันบุหรี่ อากาศเย็น การติดเชื้อจากบุคคลอื่นๆ แนะนำให้มาพบแพทย์ทันทีถ้ามีอาการไข้สูง ไอมีเสมหะเหนียวข้นสีเหลืองหรือสีเขียว อาการหายใจลำบากเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว อ่อนเพลียมาก ซึมลง และให้มาตรวจตามแพทย์นัด แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ กรณีเกิดความไม่มั่นใจหรือเกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เช่น สถานพยาบาลใกล้บ้าน เบอร์โทรศัพท์สายตรงของโรงพยาบาลหนองจอก ที่สามารถโทรสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า บิดา มารดา มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้านมากขึ้น จากการสอบถามกลับ บิดา มารดา สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง และมีทัศนคติดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 28 กรกฎาคม 2551 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 3 ปี 5 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2551 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำหน่ายวันที่ 28 กรกฎาคม 2551 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาลทั้งหมด 4 วัน จากการติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วย พบปัญหาดังนี้ 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากมีไข้สูง 3. บิดา มารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หลังจากรับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น วิ่งเล่นได้โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 26-28 ครั้ง/นาที ไอนานๆ ครั้ง มีเสมหะเล็กน้อย ฟังปอดไม่พบเสียง Wheezing ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ บิดา มารดา มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 28 กรกฎาคม 2551 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 วัน และนัดผู้ป่วยให้มาใน วันที่ 4 สิงหาคม 2551 เพื่อติดตามอาการหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการติดตาม ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่เด็กผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม อาการทั่วไปดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ไม่มีไอ วิ่งเล่นได้ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก
2. เป็นแนวทางในการควบคุมมาตรฐานการพยาบาลเพื่อให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพ และประสิทธิภาพมากขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบ สิ่งที่สำคัญคือ การให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตในระยะแรก ซึ่งได้แก่ อาการมีไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบ ถือเป็นอาการสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขโดยเร็วที่สุด การดูแลรักษาที่ล่าช้าจะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่เสียชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลนับว่าเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล รวมทั้งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เมื่อกลับบ้าน


จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเสียงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมีไข้สูงเสียงต่อการเกิดภาวะเกิดภาวะชักได้ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข หรือช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและทันท่วงที อาจทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะอื่นๆ เช่น สมอง หรือเสียชีวิตได้ การเข้าถึงผู้ป่วยเป็นไปได้ยากในช่วงวันแรก เนื่องจากความกลัวและไม่ไว้วางใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยจึงไม่ยอมให้ความร่วมมือ ต่อด้านการรักษา ร้องไห้ตลอด ดิคมารดาทำให้การรักษาพยาบาลเป็นไปได้ยาก

10. ข้อเสนอแนะ

ส่งเสริมให้มีการอบรม พี่นุ การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตอย่างสม่ำเสมอ โดยการ

1. มีการทบทวนความรู้เรื่องการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ อยู่เสมอ
2. จัดให้มีการซ้อมแผนการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยในภาวะวิกฤต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. มีการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ บิดา มารดา อย่างต่อเนื่อง ที่แผนกกุมารเวชกรรม เพื่อเตรียมความพร้อมของบิดา มารดา ในการเลี้ยงดูบุตรเมื่อกลับบ้าน
4. มีการวางแผนการบริการในเชิงรุก ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามผลภายหลังให้การรักษาพยาบาล

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

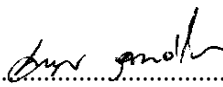
(ลงชื่อ) 

(ตำแหน่ง) (นางอารี พิภูลขาว)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 18 พฤศจิกายน 2552

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางสมบุรณ์ คุณวิโรจน์พานิช)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลหนองจอก สำนักงานแพทย์

(วันที่) 18 พฤศจิกายน 2552

(ลงชื่อ)..... 

(นายประพาสน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองจอก)

(วันที่) 18 พฤศจิกายน 2552

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางอารี พิภูลชาว

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพน.189) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหนองจอก สำนักงานแพทย์
เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจ

หลักการและเหตุผล

จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของเด็กไทย จากการติดเชื้อ โดยปอดอักเสบในเด็กเล็กส่วนใหญ่จะเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียมากที่สุด ที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อแบคทีเรียในกลุ่มสเตรปโตคอคคัส นิวโมเนีย หรือที่คนส่วนใหญ่รู้จักในชื่อของ นิวโมคอคคัส ซึ่งโดยปกติจะมีอยู่ในโพรงจมูก ลำคอ บริเวณคอหอยของทุกคน แต่เนื่องจากร่างกายมีภูมิคุ้มกันป้องกัน จึงสามารถควบคุมเชื้อไม่ทำให้เกิดโรค แต่เมื่อร่างกายอ่อนแอลง เชื้อเหล่านี้จะมีการแบ่งตัวมากขึ้น ร่างกายไม่สามารถกำจัดได้ทันทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย สำหรับความรุนแรงของโรคปอดอักเสบมีความสัมพันธ์กับอายุของเด็ก ตลอดจนชนิด ปริมาณของเชื้อที่ได้รับ และระดับภูมิคุ้มกันของเด็ก โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ อันตรายจะมีมากขึ้น เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ดังนั้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาจเป็นอันตรายรุนแรงมากขึ้น โอกาสที่เด็กจะเสียชีวิตมีมากขึ้น นอกจากนี้ อาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ เช่นในรายที่มีอาการไข้สูงมากๆ อาจจะมีภาวะชักร่วมด้วย หรือในรายที่ไอบามากจนหอบ คัดมนมและน้ำไม่ได้ จะเกิดภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร หรือในเด็กบางรายไอบามาก หอบเหนื่อย มีอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า ซึ่งเกิดจากภาวะขาดออกซิเจน พยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเพื่อประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่าง รวดเร็ว ถูกต้อง และได้มาตรฐาน

จากสถิติโรงพยาบาลหนองจอก ปี 2551 มีผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก 54,557 คน และมีผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาโรงพยาบาล ด้วยโรคปอดอักเสบ 286 คน คิดเป็นร้อยละ 5 จากเหตุผลดังกล่าวผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดติดเชื้อ จึงได้มีแนวคิดในการจัดทำ คู่มือการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจขึ้น เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่รวดเร็ว เหมาะสมและได้ตามมาตรฐานการพยาบาล

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้เป็นเอกสารสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ได้ศึกษาและสามารถวินิจฉัยและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
2. พยาบาลปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินระบบทางเดินหายใจได้อย่างถูกต้องไปในทิศทางเดียวกัน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจได้รับการดูแลตามคู่มือ อย่าง รวดเร็ว ได้มาตรฐาน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม คือ การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมได้ด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็น ในการตอบสนองความต้องการและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพดีขึ้น อยู่ได้อย่างมีความสุข

จากเหตุดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำคู่มือการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินระบบทางเดินหายใจ เพื่อใช้ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ไว้เป็นแนวทางเพื่อให้พยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ได้มาตรฐาน และไปในทิศทางเดียวกัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประชุมบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อ ค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจร่วมกัน
2. ขออนุญาตหัวหน้า ในการจัดทำคู่มือการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจ
3. ร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานทบทวนความรู้ และหาข้อมูลจากตำรา เพื่อจัดทำคู่มือ
4. จัดทำคู่มือการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจ ไว้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน ก่อให้เกิดมาตรฐานและประสิทธิภาพมากขึ้น
5. ประชุมชี้แจงผู้ร่วมงานเพื่อนำเสนอ คู่มือ การดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจ
6. ทดลองใช้คู่มือในหน่วยงาน พร้อมทั้งเก็บบันทึกข้อมูลที่มีปัญหาเพื่อนำไปสู่การพัฒนา
7. แก้ไขข้อบกพร่อง ที่พบในการใช้คู่มือร่วมกันในหน่วยงาน
8. นำคู่มือการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจ ฉบับแก้ไขกลับมาใช้ใหม่

- 9. เก็บสถิติผู้ป่วยหลังการใช้คู่มือ เพื่อประเมินและพัฒนา คู่มือต่อไป
- 10. ประเมินผลหลังการใช้คู่มือการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1. ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางระบบหายใจได้รับการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ไม่เกิดภาวะวิกฤต และโรคแทรกซ้อนตามมา
- 2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 3. พยาบาลมีคู่มือในการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจ มีมาตรฐานไปในทิศทางเดียวกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1. บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติตามมาตรฐาน คู่มือการดูแลเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 100

(ลงชื่อ)
 (นางอารี พุกุลขาว)
 (ตำแหน่ง) ผู้ขอรับการประเมิน
 (วันที่) 18 พฤศจิกายน 2552