

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช.(ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคอักเสบที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี

เสนอโดย

นางพรภินันท์ ศิษยศาสตร์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว

(ตำแหน่งเลขที่ รพว. 148) (ด้านการพยาบาล)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 8 วัน (ตั้งแต่วันที่ 21 พฤศจิกายน 2553 ถึงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

คำจำกัดความ

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) หมายถึง โรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งประกอบด้วยหลอดลมฝอยส่วนปลาย ถุงลม ตลอดจนเนื้อเยื่อโดยรอบ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 ในประเทศกำลังพัฒนา (หฤทัย กมลภรณ์, 2549)

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาปอด

ระบบการหายใจประกอบด้วยทางเดินหายใจ ปอด ทรวงอก การไหลเวียนเลือดในปอดและระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจและกล้ามเนื้อรอบหลอดลม การที่จะมีอากาศไหลเข้าหรือออกจากปอด ถุงลมต้องขยายหรือยุบเพื่อให้เกิดแรงดันอากาศ ในการนี้ปอดใช้กล้ามเนื้อทรวงอกและกะบังลม เพื่อเปลี่ยนแปลงปริมาตรของทรวงอกโดยอาศัยระบบประสาทในการควบคุมสั่งงานในยังระบบกล้ามเนื้อหายใจ อีกต่อหนึ่ง และทำให้หน้าที่ของปอดบรรลุผลอย่างสมบูรณ์ (เลียงชัย ลิมลือมวงค์, 2538)

พยาธิสรีรภาพ

เชื้อโรคเข้าสู่หลอดลมส่วนปลายหรือถุงลมได้หลายวิธี ได้แก่

1. จมูกเป็นอวัยวะส่วนแรกที่จะมีการกรองเชื้อโรคและฝุ่นละอองไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนปลาย
2. บริเวณกล่องเสียงจะมีปฏิกิริยา เพื่อที่จะป้องกันการสำลักเข้าสู่ปอด
3. ถ้าหากมีการสำลัก ร่างกายจะมีปฏิกิริยาโดยการไอ เพื่อขับไล่สิ่งต่างๆ เหล่านั้นให้ออกจากร่างกาย
4. มีเซลล์หลังเยื่อเมือกช่วยจับเชื้อเมือกเพื่อที่จะจับและขับเชื้อโรคออกจากร่างกาย
5. ในกรณีที่มีเชื้อโรคเข้าไปในถุงลมปอดก็จะถูกกำจัดโดยเม็ดเลือดขาวชนิดมาโครเฟจย์ในถุงลม
6. แบคทีเรียที่เข้าสู่ปอดจะถูกกำจัดโดยระบบภูมิคุ้มกันในปอด
7. สิ่งแปลกปลอมต่างๆ ในปอดที่ถูกกำจัดแล้วจะถูกลำเลียงผ่านระบบน้ำเหลืองเพื่อขับถ่ายออกจาก

ร่างกาย

สาเหตุ

สาเหตุของการเกิดปอดอักเสบ เกิดจากการติดเชื้อหลายชนิด ได้แก่

1. ไวรัส เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี พบร้อยละ 90 เชื้อที่พบได้แก่ RSV (respiratory syncytial virus), influenza virus type A, parainfluenza type 1, 2, และ adenovirus
2. แบคทีเรีย ที่พบบ่อย ได้แก่ group B streptococcus, Staphylococcus aureus, Streptococcus

pneumonia, Haemophilus influenza type B ปัจจุบันสาเหตุจากเชื้อ Streptococcus pneumonia และ Haemophilus influenza type B อาจลดลงเนื่องจากการฉีดวัคซีนป้องกันเชื่อดังกล่าว

3. เชื้ออื่นๆ เช่น mycoplasma pneumonia, Chlamydia pneumonia

ลักษณะอาการ โรคปอดอักเสบในเด็ก

1. อาการของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบขึ้นอยู่กับเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ อายุของผู้ป่วยและความรุนแรงของโรค
2. อาการที่สำคัญของโรคปอดอักเสบในเด็กส่วนใหญ่ ได้แก่ ไข้สูง หนาวสั่น ไข้อาจสูงลอยหลายวันหรือ ไข้อาจขึ้นๆ ลงๆ ไอ หายใจหอบเหนื่อย มีอาการแสดงที่สำคัญคือ จมูกบาน การบวมของช่องระหว่างซี่โครง
3. อาการในเด็กทารกส่วนมากจะไม่มีลักษณะเฉพาะ ผู้ป่วยบางรายอาจมีไข้หรือไม่มีไข้ก็ได้ อาจมีอาการซึม อาเจียน และไม่ยอมดูดนมหรือน้ำ
4. มีอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงสภาพของเนื้อปอดที่เริ่มแข็งตัวกว่าปกติ เช่น เสียงกรอบแกรบเกิดจากลมหายใจวิ่งผ่านหลอดลมที่ขรุขระด้วยการอักเสบ ที่มักได้ยินช่วงสุดท้ายของการหายใจเข้า เกิดจากหลอดลมอักเสบ และมีเสมหะหรือน้ำอยู่ในหลอดลม

6. อาการท้องอืด เกิดจากมีการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณส่วนล่างที่ติดกะบังลม

7. อาการแสดงอื่นๆ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้องเบาๆ ซิพจนเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว

ผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ

- 1) เด็กที่อายุน้อย 2) น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย เด็กคลอดก่อนกำหนด 3) ภาวะทุพโภชนาการ 4) เด็กที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคทางสมอง 5) เด็กที่มีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำหรืออยู่ในชุมชนแออัด สุขาภิบาลไม่ดี 6) ได้รับควันบุหรี่จากคนรอบข้าง 7) เด็กที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็กที่มีเด็กมากๆ ทำให้อากาศถ่ายเทไม่สะดวกก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ อาการสำคัญได้แก่ ไข้ ไอ หอบ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารน้อยลง
2. ตรวจร่างกาย พบอาการ ไข้ ไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียงผิดปกติ เช่น เสียงกรอบแกรบ เจ็บหน้าอก ท้องอืด
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว การตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย
4. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก

การรักษา

การรักษาแบ่งออกเป็น การรักษาโดยทั่วไป ได้แก่ ร่างกายได้รับสารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ ทั้งทางปากและทางหลอดเลือดดำ ให้ออกซิเจนชนิดละอองความชื้น การทำกายภาพบำบัดทรวงอก ส่งเสริมการไอ ให้อาบน้ำอุ่น การรักษาแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ

การพยาบาล วัตถุประสงค์ดังนี้

1. ให้น้ำเยื่อได้รับออกซิเจนพอเพียง

2. คงไว้ซึ่งการไหลเวียนเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ

3. สนับสนุนให้กลไกการปรับตัวของร่างกายทำหน้าที่ได้อย่างปกติ

การปฏิบัติการพยาบาล

1. การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองต่างๆ ได้ จำเป็นต้องมีวิธีการหลายๆ อย่าง เพื่อแก้ไขภาวะนี้ อาการหายใจลำบากก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวล ทำที่ของพยาบาลจึงควรมีความสงบเยือกเย็น ไม่กลัวหรือตื่นเต้นเกินไป เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื้อมั้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอย่างมีศักดิ์ศรี เช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้าที่สะอาด การนอนบนที่นอนที่ไม่อับชื้น เป็นต้น

2. การช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวบ้าง จะทำให้การระบายของเสมหะดีขึ้น กระตุ้นให้เกิดการไอได้มากขึ้น พยาบาลจึงควรจัดทำที่เหมาะสมและเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอยู่บ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยให้ผู้ป่วยได้ลุกจากเตียงได้เร็วที่สุด เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่

3. การกำจัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ การขาดน้ำจะทำให้เสมหะเหนียว ยากต่อการขับออกส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง บทบาทการพยาบาลจึงเริ่มต้นตั้งแต่ การพยาบาลรักษาทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือได้รับน้ำอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะน้ำอุ่น จะช่วยทำให้การระบายออกของเสมหะดีขึ้น

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. แนวคิดองค์รวม การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือการตระหนักและให้ความสำคัญของความเกี่ยวพันที่กลมกลืนแยกออกจากกันไม่ได้ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารย์และรัตนารักษ์ สิริวัฒน์ชัยพร, 2548)

2. แนวคิดของ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน แต่ละแบบแผน คือ พฤติกรรมของบุคคลทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม ที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลทั้งคน ที่ทำให้บุคคล อยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ (สุปราณี วศินอมร, 2535)

3. กรอบแนวคิด การวินิจฉัยทางการพยาบาลของ สมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA)

4. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม การพยาบาลเป็นการช่วยปฏิบัติการดูแลตนเองแทนบุคคล เมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้ และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้นๆ

5. การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยบูรณาการบทบาทของครอบครัว ชีวิตความเป็นอยู่ ประกอบกับความร่วมมือระหว่างพยาบาล เด็ก ครอบครัว มาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคปอดบวมเป็นโรคที่พบได้ทั่วไป เกิดได้กับคนทุกวัย เป็นโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง บางครั้งอาจทำให้เกิดความพิการ หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุของการตายเป็นอันดับหนึ่งในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี (WHO, 2009)

สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่พบได้มากและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เพราะอัตราป่วยและอัตราตายสูง ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2542 – 2548 อัตราการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็กไม่ได้ลดลง และอัตราตายในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ก็ไม่ได้ลดลงเท่าที่ควรเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว (อัตราการป่วยของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.2 ต่อปี)

ขั้นตอนการดำเนินการ :

1. ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
2. เลือกศึกษาผู้ป่วยเด็กเพศชาย อายุ 5 เดือน มาโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ด้วยอาการไอมีเสมหะ เหนื่อยหอบ เป็น 5-6 วันก่อนมา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ ได้ให้การรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พ่นยาขยายหลอดลม ให้ออกซิเจนสูดดมแบบละอองพ่น ให้ยาละลายเสมหะ ยาลดไข้ ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ได้ปฏิบัติตามการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ โดยได้เยี่ยมติดตามอาการจำนวน 5 ครั้ง พบว่ามีปัญหาขณะอยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด 5 ปัญหา ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด และจำหน่ายวันที่ 28 พฤศจิกายน 2553 รวมผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและนัด พ่นยาที่แผนกกุมารเวชกรรม วันละ 1 ครั้ง รวม 3 วัน นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 7 ธันวาคม 2553 เวลา 08.00 น. ที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรมชั้น 2 พร้อมประวัติการนอนโรงพยาบาล

3. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมจัดทำเป็นเอกสารวิชาการ นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบ ทบทวน ความถูกต้องและเหมาะสมของผลงาน เนื้อหา ตัวอักษร และรูปแบบทั้งก่อนและหลังพิมพ์ นำเสนอตามลำดับขั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 5 เดือน น้ำหนัก 5.9 กิโลกรัม มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ไอมีเสมหะ เหนื่อย หอบ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2553 เวลา 07.58น. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ และรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยสามัญ 3 HN :6452/53 AN:4585/53 อาการแรกเริ่มอ่อนเพลีย ไอบ่อย หายใจหอบเหนื่อย 36 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 142 ครั้งต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 97 จากการตรวจร่างกาย ฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียงวี๊ด ภาพถ่ายทางรังสีทรวงอกพบ Perihilar infiltration ผลตรวจทางโลหิตวิทยา พบ ฮีโมโกลบิน 11.2 Hct. 33.7 WBC 17,000 Neutrophils 31 Lymphocyte 55 และผลตรวจเพาะเชื้อจากเลือดไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการรักษาโดยการพ่นยาขยายหลอดลม ventolin solution 0.2 มิลลิลิตรผสมกับ 0.9 % normal saline ให้ได้ 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 4 ชั่วโมง ให้สูดดมออกซิเจนชนิดละอองความชื้น 10 ลิตร ต่อนาที ให้ยาละลายเสมหะ bromhexine 2.5 มิลลิลิตร รับประทาน 3 เวลาหลังอาหาร ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Ampicillin 180 มิลลิกรัมฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ยาลดไข้ Paracetamol drop ขนาด 100 มิลลิกรัม ต่อ 1 มิลลิลิตร รับประทาน 0.6 มิลลิลิตร เมื่อมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2553 พ่นยาขยายหลอดลม ventolin solution 0.2 มิลลิลิตรผสมกับ 0.9 % normal saline ให้ได้ 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 4 ชั่วโมง ให้สูดดมออกซิเจนชนิดละอองความชื้น 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจหอบ ลดลง 38 ครั้งต่อนาที ใช้เริ่มลดลง 37.8 องศาเซลเซียส ยังไอมีเสมหะสีขาวขึ้น วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 96-97 แพทย์ให้งดอาหารและน้ำทางปากยกเว้นยา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2553 พ่นยาขยายหลอดลม ventolin solution 0.2 มิลลิลิตรผสมกับ 0.9 % normal saline ให้ได้ 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 4 ชั่วโมง ให้สูดดมออกซิเจนชนิดละอองความชื้น 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยหายใจหอบลดลง 30 ครั้งต่อนาที มีไข้ต่ำๆ 37.6 องศาเซลเซียส ไอมีเสมหะลดลง เริ่มคุนอนมได้ 2-3 ออนซ์ต่อมือ วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 98-99

วันที่ 24 พฤศจิกายน 2553 พ่นยาขยายหลอดลม ventolin solution 0.2 มิลลิลิตรผสมกับ 0.9 % normal saline ให้ได้ 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 6 ชั่วโมง ให้สูดดมออกซิเจนชนิดละอองความชื้น 8 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยไม่หอบ ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะลดลง คุนอนมได้ดี 4 ออนซ์ต่อมือ วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 98-99

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2553 พ่นยาขยายหลอดลม ventolin solution 0.2 มิลลิลิตรผสมกับ 0.9 % normal saline ให้ได้ 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการ ให้สูดดมออกซิเจนทางจมูก 2 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยไม่หอบ ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะลดลง คุนอนมได้ดี 4-6 ออนซ์ต่อมือ วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 98-99 ผลการตรวจเพาะเชื้อจากเลือดไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด

วันที่ 26 พฤศจิกายน 2553 พ่น 0.9 % normal saline 3 มิลลิลิตร ทุก 6 ชั่วโมง ให้สูดดมออกซิเจนทางจมูก 2 ลิตรต่อนาทีเมื่อมีอาการหอบ ผู้ป่วยไม่หอบ ไม่มีไข้ ไอลดลง คุนอนมได้ดี 4-6 ออนซ์ต่อมือ วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 97-99 แพทย์วางแผนการรักษาให้กลับบ้านพรุ่งนี้ (27 พฤศจิกายน 2553) ให้คำแนะนำแก่บิดามารดา ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วันที่ 27 พฤศจิกายน 2553 ผู้ป่วยไม่หอบ ไม่มีไข้ ไอนานครั้ง คุนอนมได้ดี วัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงได้ร้อยละ 98-99 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษาอีก 1 สัปดาห์ ทบทวนความรู้กับบิดามารดา ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอนพบว่า มีแบบแผนผิดปกติ 5 แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยเด็กอยู่ในความดูแลของบิดามารดา มีประวัติเป็นเด็กคลอดก่อนกำหนดจากมารดา G1P1A0 อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ ฝากตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลกลาง น้ำหนักแรกเกิด 1,400 กรัม แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเด็กคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (Preterm with birth asphyxia) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและนอนรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด ใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่วันที่

11 มิถุนายน 2553 ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2553 ให้ oxygen เมื่ออายุได้ 2 เดือน ได้รับวัคซีนครบตามอายุ ในการเจ็บป่วยครั้งนี้มารดาพาไปรักษาที่คลินิกใกล้บ้านก่อน ได้ยามารับประทานไม่ดีขึ้น จึงพามาโรงพยาบาล

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ผู้ป่วยรับประทานนมผสม รวมทั้งกลางวันและกลางคืนเฉลี่ยประมาณ 30 ออนซ์ ในระหว่างเจ็บป่วยอ่อนเพลีย มีไข้ รับประทานนมได้น้อยลง บางครั้งโอดมาก อาเจียนออกหมด ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการณ้สูญเสียน้ำ

แบบแผนที่ 3 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

มีการเคลื่อนไหวของทรวงอกเร็วและแรง อัตราการหายใจเร็ว 46 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจหอบลึก ผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบาก เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

แบบแผนที่ 4 การพักผ่อนนอนหลับ

ผู้ป่วยหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อยเนื่องจากมารดาต้องเช็ดตัวลดไข้ และต้องพ่นยา ร่วมกับการดูดเสมหะทุก 4 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจากการรักษาพยาบาล

แบบแผนที่ 5 การปรับตัวและความทนต่อความเครียด

ผู้ป่วยร้องกวนทุกครั้งที่จะเช็ดตัวลดไข้ พ่นยาและดูดเสมหะ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เพราะกลัวความเจ็บปวดและสิ่งไม่คุ้นเคย ทำให้บิดามารดามีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะร่างกายขาดออกซิเจนเนื่องจากทางเดินหายใจหดรัดเกร็งและมีการคั่งของเสมหะในปอด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

ได้ส่งเสริมให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและเพิ่มเนื้อที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ดีในปอด โดยการปฏิบัติดังนี้ ให้สูดดมออกซิเจนชนิดละอองความชื้น จัดทำนอนพักให้ศีรษะสูง หนุนใต้ไหล่ด้วยผ้าหรือหมอนอย่างพอเหมาะ ให้ทางเดินหายใจเปิดโล่งและกระบังลมหย่อน เปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง ทำให้ลดการคั่งของเสมหะ ติดตามภาวะที่เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน โดยการติดตั้งอุปกรณ์วัดความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้องวิธีตามสภาพอาการของเด็กป่วยและแผนการรักษา รวมทั้งสังเกตสีผิวของเยื่อปาก เปลือกตาและผิวหนังโดยเฉพาะที่เล็บ ติดตามประเมินผลการหายใจทั้งลักษณะ ความลึก อัตราการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกในการหายใจอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาและติดตามประเมินผลโดยการวัดค่าสัญญาณชีพที่สำคัญอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต และติดตามแผนการรักษาหรือความรุนแรงของอาการ

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอาการขาดออกซิเจน ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสียงเสมหะ ลักษณะการหายใจปกติ อัตราการหายใจประมาณ 16-24 ครั้งต่อนาที ฟังปอดทั้ง 2 ข้างไม่ได้ยินเสียง crepitation ผล Chest x-ray ปกติ

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 25 มิถุนายน 2553 เวลา 10.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการชักเนื่องจากภาวะไข้สูง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะชัก

กิจกรรมการพยาบาล

ได้ทำการเช็ดตัวลดไข้ เพื่อระบายความร้อน จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่ถ่ายเทอากาศได้ดี สวมใส่เสื้อผ้าไม่หนาจนเกินไป ให้สูดดมออกซิเจนชนิดละอองพ่น 10 ลิตรต่อนาที เพื่อช่วยลดการเผาผลาญในร่างกาย ที่เกิดจากการไอและหายใจลำบาก ดูแลความสุขสบายให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุด ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากความกังวลต่างๆ เพื่อช่วยลดการเผาผลาญในร่างกาย ลดอัตราการผลิตความร้อนโดยจัดบรรยากาศในห้องพักเงียบสงบ ลดความกลัวของผู้ป่วยโดยให้บิดามารดาอยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย พยาบาลมีท่าทีที่อ่อนโยนเป็นมิตรให้ความมั่นใจผู้ป่วยและบิดามารดา ดูแลให้ยาลดไข้เพื่อป้องกันการเกิดไข้สูง ติดตามการประเมินผลหลังได้รับยาโดยการวัดอุณหภูมิหยาบหลังให้ยาไปแล้ว 20-30 นาที และติดตามวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมงและให้คำแนะนำแก่บิดามารดาในเรื่องภาวะชักที่อาจเกิดจากการมีไข้สูง อันตรายถ้าเกิดมีการชัก การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้องและการให้ยาลดไข้อย่างถูกต้อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย คุณคนมได้ 2-3 ออนซ์ต่อมื้อ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8-37.4 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะชัก นอนหลับได้นาน 3-4 ชั่วโมง ปริมาณปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ความเข้มข้นของปัสสาวะเท่ากับ 1.002 ไม่มีภาวะชัก

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2553 เวลา 10.30 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ลดการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

กิจกรรมการพยาบาล

ลดการแพร่กระจายเชื้อเชื้อ โดยให้การพยาบาลด้วยหลักปลอดเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ให้เด็กและญาติล้างมือบ่อยๆ เพื่อสร้างสุขนิสัยที่ดีสามารถป้องกันเชื้อโรค แยกเด็กป่วยออกจากโรคติดเชื้ออื่นๆ หรือจัดเตียงให้นอนเป็นสัดส่วน โดยแยกเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อทำลายเชื้อโรคในร่างกายอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยผล WBC อยู่ระหว่าง 5,000 -10,000 เซลล์ต่อตารางเซนติเมตร สอนบิดามารดาให้รู้จักการป้องกันโรค โดยการปิดปาก จมูกเวลาไอ จาม หรือเมื่อพบผู้อื่นไอ จามรด เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและเพื่อลดโอกาสในการกลับเป็นโรคระบบหายใจซ้ำเมื่อกลับไปบ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกายลดลง โดยดูจาก ใช้ลดลง 36.0-37.4 องศาเซลเซียส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ WBC 9,800 เซลต่อตารางเซนติเมตร

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2553 เวลา 10.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร เนื่องจากไม่ยอมดื่มนมและมีไข้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

ส่งเสริมให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ให้ดื่มนมบ่อยๆ ติดตามความชุ่มชื้นและความยืดหยุ่นของเยื่อช่องปากและผิวหนังทุกวัน ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักก่อนอาหารเช้าทุกวันด้วยเครื่องชั่งเดียวกัน ที่ได้มาตรฐานและเวลาที่ชั่งเดียวกัน บันทึกจำนวนน้ำเข้าออก รวมถึงติดตามค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะให้อยู่ระหว่าง 1.010-1.020 เพื่อประเมินการสูญเสียน้ำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยดื่มนมได้ 3-4 ออนซ์ต่อมื้อ ริมฝีปากชุ่มชื้นไม่แห้งแตก ความตึงตัวของผิวหนังปกติไม่เหี่ยวแห้ง อุณหภูมิร่างกาย อยู่ระหว่าง 36.8-37.4 องศาเซลเซียส การบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกสมดุลกัน ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะเท่ากับ 1.010

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 23 พฤศจิกายน 2553 เวลา 14.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 บิดามารดาขาดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อและมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของบุตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ญาติมีความรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเพื่อความไว้วางใจกับผู้ป่วยและบิดามารดา อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อให้เข้าใจและสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพเด็ก ด้วยท่าที่เป็นกันเองและภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในบ้าน หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น กำจัดความชื้นในห้องนอน ซึ่งเป็นแหล่งสะสมฝุ่นละอองและเชื้อโรค แนะนำวิธีการป้องกันการติดเชื้อ

การประเมินผล

บิดามารดาสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อได้อย่างถูกต้อง สนใจที่จะเรียนรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขในการเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2553 เวลา 18.00 น.

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตาม และประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน และเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 6 ครั้ง พบปัญหาทั้งหมด 5 ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมด โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ ลดระยะเวลา และค่าใช้จ่ายในระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ญาติผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องขณะอยู่โรงพยาบาลรวมถึงสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำได้
4. สามารถนำประสบการณ์ไปศึกษาค้นคว้าและประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยปอดอักเสบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. เป็นประโยชน์ต่อตนเองในการกระตุ้นความตื่นตัวต่อการศึกษาค้นคว้าเพื่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและความก้าวหน้าในงานวิชาชีพพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ต้องใช้ความพยายามเรื่องการใช้ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ป่วยเด็กเล็กยังพูดไม่ได้ ไม่มีความคิด ความเข้าใจ การรับรู้หรือการเผชิญปัญหาจึงทำให้เกิดความยุ่งยากในการพยาบาล

อุปสรรคในการดำเนินการ


การสื่อสารกับเด็กอายุ 5 เดือน และการตรวจร่างกายรวมถึงการประเมินตาม 11 แบบแผนเป็นไปได้ยากมากเนื่องจากเด็กไม่ให้ความร่วมมือ และยังพูดไม่ได้

10. ข้อเสนอแนะ

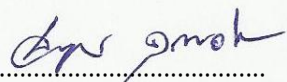
ควรจัดให้มี

1. การให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ทักษะการสื่อสารกับเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ทักษะ การเคาะปอดและการระบายเสมหะตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นอย่างดี
2. ให้ความรู้แก่ญาติหรือประชาชนทั่วไปในเรื่องการดูแลผู้ป่วยตามศักยภาพ การเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง การป้องกันและสังเกตอาการที่เกิดจากภาวะพร่องออกซิเจน
3. ควรมีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบให้มีคุณภาพมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

 (นางพรภินันท์ ศิษยศาสตร์)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 4 / พ.ย. / 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

 (นางสมบุรณ์ คุณวิโรจน์พานิช)
 ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
 4 / พ.ย. / 2554

ลงชื่อ.....

 (นายสมชาย จິงมีโชค)
 ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
 4 / พ.ย. / 2554

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2550). **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2549**.สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ :ม.ป.พ.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา,อภิญญา เพียรพิจารย์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร.(2548).**แนวคิดพื้นฐานทฤษฎี
และกระบวนการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส.
- ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2549). **คู่มือการใช้ยาในเด็ก**.
กรุงเทพฯ :บียอน เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- เลียงชัย ลิมลือมวงส์.(2547).**การตรวจรักษาโรคทั่วไป**.พิมพ์ครั้งที่ 2.พิมพ์ดี.
- สุปราณี วศินอมร.(2535).**การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ**.พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ: เจริญผล.
- หฤทัย กมลภรณ์.(2549) “Pneumonia.” ใน **อรุณวรรณ พุทธิพันธ์ และคณะ (บรรณาธิการ).The Essentials
of pediatric Respiratory Care**. กรุงเทพฯ:คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.หน้า 413-423.
- Orem, M.(1995) **Nursing Diagnosis :Process and Application**. New York: McGraw Hill.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางพรภินันท์ ศิษยศาสตร์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพว. 148) สังกัด กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
สำนักงานแพทย์

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี

หลักการและเหตุผล

โรคปอดอักเสบเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข โดยในปี ค.ศ. 2000 พบว่าทั่วโลกมีเด็กที่เป็นปอดอักเสบประมาณ 156 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี (WHO.2009) ในประเทศไทยพบว่าอัตราการตายของเด็กโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เพิ่มสูงขึ้น โดยปี 2548 และ 2549 เท่ากับ ร้อยละ 3.6 และ 4.2 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค.2550) (อัตราการป่วยของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.2 ต่อปี) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจจะประสบกับภาวะแทรกซ้อน หากมิได้แก้ไขจะทำให้มีผลกระทบต่อเจริญเติบโตของเด็กและก่อให้เกิดความพิการขึ้นได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราการตายสูงจากรายงานสถิติการนอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุของโรค 5 อันดับแรกในหอผู้ป่วยสามัญ 3 โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ปีงบประมาณพ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเป็นอันดับ 1 มีจำนวน 108 ราย ในจำนวนเด็กป่วยทั้งหมด 578 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.68 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2553 พบผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ 122 ราย ในจำนวนเด็กป่วยทั้งหมด 708 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.23 ตามลำดับ (สถิติหอผู้ป่วยสามัญ 3. 2553) เนื่องจากขนาดของทางเดินหายใจของเด็กที่แคบกว่าผู้ใหญ่ และเด็กไม่สามารถขับเสมหะที่มีจำนวนมากและเหนียวได้ด้วยตนเอง ทำให้มีการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดการขัดขวางการระบายอากาศ ปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้ตามปกติ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีเสมหะคั่งค้าง โดยในปี 2553 พบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) 9.26 ต่อ 1000 Vent-days อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Pneumonia non vent) 0.35 ต่อ 1000 Vent-days (งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี.2553) อัตราการเกิดปอดแฟบร้อยละ 0.24 ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยปอดอักเสบต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นโดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 6 วัน(สถิติหอผู้ป่วยสามัญ 3. 2553)

จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยปอดอักเสบ การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี พยาบาลทุกคนจะต้องมีความรู้และทักษะในเรื่องการจัดทำ การเคาะปอดและการระบายเสมหะ ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเป็นอย่างดี รวมถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามศักยภาพ จึงได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการ

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบให้มีคุณภาพมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Pneumonia : HAP) ปอดแฟบ และเพื่อแก้ไขภาวะ การหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน
2. เพื่อลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี
3. เพื่อสร้างความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ
4. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี

เป้าหมาย

ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การศึกษาครั้งนี้ในครั้งนี้ ผู้จัดทำได้ใช้ความรู้ทางวิชาการและแนวคิดจาก

1. การรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง ต่อเมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทน หรือกระทำให้กับผู้ป่วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือให้สุขภาพกลับดีขึ้น แลอยู่ได้อย่างปกติสุข (Taylor,1994)

2. การพยาบาล (Nursing) เป็นบริการแก่นมนุษย์อย่างหนึ่งในสังคม โดยมีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นบริการสุขภาพที่มีจุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล การพยาบาลนั้นเป็นการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแทนบุคคลเมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้ และช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และมีความสุขของบุคคลนั้นๆ (Orem,1995)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูลจากห้องสมุดและเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง
2. จัดตั้งคณะทำงานในหน่วยงานเพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกัน
3. ประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน
4. ดำเนินการตามขั้นตอน

4.1 จัดให้มีวิทยากรเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

4.2 จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติ โดยพัฒนาอุปกรณ์และสื่อการสอน ในเรื่องของ

4.2.1 อุปกรณ์ในการเคาะปอด ตามขนาดอายุของเด็ก คือ ที่เคาะปอดสำหรับเด็ก (Cup) ทั้งขนาดของเด็กเล็กและเด็กโต เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเคาะปอด จัดเตรียมหมอนและเบาะสำหรับจัดทำ (Postural drainage) ตามวิธีการจัดทำที่ถูกต้อง จัดเตรียมผ้าขนหนูสำหรับรองหน้าอกผู้ป่วยก่อนเคาะ ผ้าห่อตัวเด็กในกรณีที่เด็กร้อง ดิ้นมากและไม่ให้ความร่วมมือ ตัวดูดเสมหะ (MU-TIP) สำหรับดูดน้ำมูกในจมูก

4.2.2 สื่อการสอนต่างๆ ได้แก่ ภาพหรือแผ่นพลิกในการจัดทำระบายเสมหะ โดยปิดภาพไว้ในห้องหัตถการ เพื่อให้เวลาดูดเสมหะได้มีการจัดทำตามภาพที่ปิดไว้ จัดทำแผ่นพับเกี่ยวกับการเคาะปอด, การจัดทำ การเคาะปอดในเด็กเล็ก การจัดทำการเคาะปอดในเด็กโต และเมื่อลูกกรกต้องดูดเสมหะ เพื่อเป็นเอกสารประกอบความรู้ในการทำกายภาพบำบัดทรวงอก จัดทำแผ่นการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านของผู้ป่วยปอดอักเสบ จัดทำคู่มือ การสอนสุขศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบ ติดป้ายบอกค่าแรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะในเด็กแต่ละวัย ทำแนวทางการปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบตั้งแต่รับใหม่จนกลับบ้านร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

4.3 นำแนวทางที่จัดทำขึ้นไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

4.4 ทดลองปฏิบัติอย่างน้อย 3 เดือน

5.นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง และจัดทำเป็นเอกสาร

แนวทางการปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ

กรณีรับใหม่

5.1มีการแจกเอกสารสำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบซึ่งจะมีแผ่นพับเรื่อง ปอดอักเสบ การเคาะปอด การจัดทำ การดูดเสมหะ การหยอด 0.9% NSS

5.2มีการทำการประเมินการหายใจ (Respiratory assessment) ก่อนทุกราย และการทำทางเดินหายใจ ให้โล่ง (clear airway) ก่อนที่จะพ่นยาทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเต็มที่ แต่ถ้าเสมหะเหนียวอาจพิจารณาพ่นยา 0.9 % NSS จำนวน 3-4 มิลลิลิตร ก่อนทำทางเดินหายใจให้โล่ง

5.3 แจก 0.9%NSS ทุกสาย สอนและสาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยลองปฏิบัติให้ดู เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ที่จะหยอด 0.9 % NSS เพื่อให้ น้ำมูกที่เหนียวเหลวลง ขับออกได้ง่ายขึ้น โดยเบื้องต้น

5.4ในเด็กทารก 3-5 หยด เด็กเล็ก 0.5 มิลลิลิตร และเด็กโต 1-3 มิลลิลิตร

5.5ทุกเวรเช้า เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ในการพ่นยา เคาะปอด ดูดเสมหะผู้ป่วย จะทำหน้าที่ในการสอนสุขศึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับปอดอักเสบ การจัดทำในการเคาะปอด การเคาะปอด การดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง การหยอด 0.9 % NSS โดยสอนเป็นรายกลุ่ม หรือรายบุคคลตามความเหมาะสม และให้ญาติผู้ป่วยปฏิบัติให้ดูว่าญาติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่

5.6 จัดทำ เกาะปอด คุณดุษะ หลังพ้นยาทุกครั้ง และในกรณีผู้ป่วยที่ไม่มียาพ่นแต่มีเสมหะ ให้จัดทำ เกาะปอดเวอร์ละครั้ง ในกรณีที่เด็กเสมหะไม่มาก และญาติสามารถจัดทำและเกาะปอดได้ถูกต้อง ให้ญาติหยอด 0.9 % NSS และคุณดุษะด้วยลูกสูบยางแดงแทนได้ แต่ถ้าเสมหะมากก็นำมาให้พยาบาลคุณดุษะด้วยเครื่องคุณดุษะ

5.7 ในการคุณดุษะ ถ้าคุณในจุมูกให้ใช้ตัวคุณดุษะคุณ ไม่ให้ใช้สายคุณดุษะเนื่องจากมีโอกาศทำ ให้โพรงจุมูกบวม อักเสบได้ แต่ถ้าคุณในปากหรือในจุมูกที่มีเสมหะหรือน้ำมูกเหนียวอยู่ก็ใช้สายคุณดุษะ แต่ต้อง มีการวัดความยาวของสายคุณดุษะก่อนเสมอ โดยวัดจากปลายจุมูกถึงดั้งหู ใส่สายด้วยความนุ่มนวลห้ามกระแทก

5.8 ฟังเสียงการหายใจ (Breath sound) ก่อนและหลังเกาะปอดคุณดุษะเสมอ

5.9 เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน มีการสอนสุขศึกษาก่อนกลับบ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ สอนสุขศึกษาผู้ป่วยกลับบ้านซึ่งเน้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน การเป็นซ้ำ การจัดทำ การเกาะปอด การคุณดุษะด้วย ลูกสูบยางแดง การหยอด 0.9 %NSS ตลอดจนการประเมินเบื้องต้นของภาวะน้ำมูกหรือเสมหะอุดตัน เพื่อให้ญาติมีความมั่นใจและมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น

6. นำเสนอผู้บริหาร เพื่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน

7. ประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน

8. ทบทวนวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ที่ดีให้ที่ประชุมหน่วยงาน และคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพด้านกุมารเวชกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีแนวทางในการประเมินและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ชัดเจน เมื่อมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญ 3
2. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
3. สามารถลดอัตราการเกิดเป็นซ้ำได้
4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilation Associated Pneumonia :VAP) ลดลงร้อยละ 10
2. อัตราการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอักเสบที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Pneumonia non vent) ร้อยละ 10
3. บุคลากรพยาบาลมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบได้ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90

ลงชื่อ.....



.....

(นางพรภิญช์ ศิษยศาสตร์)

ผู้อำนวยการประเมิน

4 / พ.ย. / 2554

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2550). **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2549**.สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ:ม.ป.พ.

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี.(2553). **สรุปรายงานประจำปี 2552**.
โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี.

สถิติหอผู้ป่วยสามัญ 3. (2553). **สรุปรายงานประจำปี 2552**.โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี.

Orem, M.(1995) **Nursing Diagnosis :Process and Applicacion**. New York: McGraw Hill.

World Health Organization. (2009). **Pneumonia**. Retrieved January 10,2009, from

<http://www.who.int/mediametre/factsheets/fs331/en/index.html>