

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง
ที่บ้าน

เสนอโดย

นางสาววรรณช กิริมชาวิน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 804)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องที่บ้าน

เสนอโดย

นางสาววรรณช กิระดิเมธาวิณ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 804)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 9 วัน (ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน - 3 กรกฎาคม 2561)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อทำให้มีการอักเสบของเนื้อปอดที่ประกอบด้วยหลอดลมฝอยส่วนปลาย และถุงลม เชื้อที่เป็นสาเหตุของปอดอักเสบในเด็ก พบแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุ โรคปอดอักเสบพบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการ และอัตราการตายสูงสุดถึงร้อยละ 15 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เสียชีวิตทั้งหมด (สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

สาเหตุ

เชื้อที่มักพบเป็นสาเหตุของปอดอักเสบในเด็กแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุ ได้แก่ ไวรัส ซึ่งเป็นสาเหตุร้อยละ 60-70 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเชื้อแบคทีเรียร้อยละ 5-8 โดยเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยคือ Respiratory syncytial virus (RSV), Parainfluenza virus และ Influenza virus สำหรับเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยคือ Streptococcus pneumoniae, Hemophilus influenzae และ Moraxella catarrhalis (สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

พยาธิสรีรภาพ

เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้เกิดการอักเสบบริเวณเยื่อทางเดินหายใจ มีการทำลาย ciliated epithelial cells, goblet cells และ bronchial mucous glands ทำให้มีการบวมของผนังหลอดลมก่อให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ มีลมค้างในถุงลม ร่วมกับอาจเกิดปอดแฟบตามมา สำหรับเชื้อแบคทีเรียเมื่อเข้าสู่ปอด จะเกิดการอักเสบและบวมของถุงลมร่วมกับมีการสร้างการอักเสบติดเชื่อภายในถุงลม เกิดพยาธิสภาพแบบฝ้าทึบ (consolidation) ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอดเสียไป เกิด ventilation-perfusion mismatch และ shunt ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) ในรายที่เป็นรุนแรงจะนำไปสู่ภาวะการหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด

อาการและอาการแสดง

ไข้สูง ไอ หายใจเร็ว หายใจหอบเหนื่อย หน้าอกบวม ปีกจมูกบาน ฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ (crepitation) เสียงหลอดลมใหญ่ตีบ (rhonchi) หรือเสียงหวีด (wheezing) (ชลิตา เลหาพันธ์, 2557)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ มีดังนี้ (สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

1. การซักประวัติ ตรวจร่างกาย พบมีประวัติไข้ ไอ หน้าอกบวม ปีกจมูกบาน ฟังปอดได้ยินเสียง fine crepitation, rhonchi, wheezing

2. การตรวจหาเชื้อก่อโรคทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเพาะเชื้อจากสารคัดหลั่งจากท่อหลอดลมคอ และกระแสโลหิต การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อไวรัส การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด เป็นต้น เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย ได้แก่ *Streptococcus pneumoniae*, *Gr.A Streptococcus*, *Mycoplasma pneumoniae* เชื้อไวรัส ได้แก่ RSV, ไข้หวัดใหญ่, Adenovirus, Parainfluenza virus, human metapneumovirus (hMPV)

3. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสจะพบฝ้าขาวเงาที่บวม หรือปื้นสีขาวบริเวณรอบๆ ขั้วปอด มักพบปอดแฟบร่วมด้วย ส่วนเชื้อแบคทีเรียจะพบฝ้าขาวบริเวณถุงลมในปอดเป็นแห่งๆ

การรักษา

การรักษาโรคปอดอักเสบ มีดังนี้

1. ให้ออกซิเจนผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจเร็ว เขียวคล้ำ ชายโครงบวม กระวนกระวาย หรือซึม ผู้ป่วยที่มีระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนวัดทางผิวหนัง (Pulse oximetry; SpO₂) น้อยกว่า 92 เปอร์เซ็นต์ ขณะหายใจในอากาศธรรมดา ควรได้รับออกซิเจนทาง nasal cannula, box, face mask เพื่อให้ SpO₂ มากกว่า 92 เปอร์เซ็นต์ (ชลิตา เลาหพันธ์, 2557)

2. ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ในกรณีผู้ป่วยเด็กหอบเหนื่อยมาก ท้องอืด รับประทานอาหารไม่ได้หรือ อาเจียนควรพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

3. ฟังขยายหลอดลมในรายที่ฟังปอดแล้วได้ยินเสียง rhonchi หรือ wheezing และตอบสนองดีต่อการให้ยาพ่นขยายหลอดลม

4. ให้ยาละลายเสมหะหรือยาขับเสมหะ ในกรณีที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแล้ว เสมหะเหนียวข้น

5. การทำกายภาพบำบัดทรวงอกหลังจากพ่นระยะเฉียบพลันแล้วอาจช่วยให้การระบายเสมหะดีขึ้น

6. ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจล้มเหลว หรือพร่องออกซิเจน ต้องพิจารณาช่วยการหายใจ ได้แก่ การใช้ ออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูกผ่านเครื่องทำความอุ่นชื้น (Heated Humidified High Flow Nasal Cannula; HHHFNC) หรือใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อหลอดลมคอ เป็นทางเลือกอีกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยเด็กภาวะหายใจล้มเหลวเป็นการช่วยหายใจด้วยอัตราการไหลของอากาศสูงถึง 60 ลิตรต่อนาที พร้อมกับความชื้นและอุณหภูมิที่เหมาะสมผ่านทางสายเข้าจมูกช่วยลดการบวมของเยื่อจมูกและทางเดินหายใจ ลดการเหนียวของเสมหะ เพิ่มประสิทธิภาพในการระบายเสมหะ ลดแรงเสียดทานของทางเดินหายใจ ให้ความเข้มข้นของออกซิเจนที่คงที่ ช่วยกำจัดคาร์บอนไดออกไซด์ที่ค้างในโพรงจมูกระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซทำให้ไม่มีการดึงอากาศภายนอกเข้ามาผสม ลดการยุบตัวของทางเดินหายใจ หายใจสบาย ลดการหอบเหนื่อย เพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย เป็นการให้ออกซิเจน โดยที่ไม่ต้องใช้การออกแรงของผู้ป่วยเด็กหรือใช้น้อย เพื่อลดแรงที่ร่างกายต้องใช้เพื่อการหายใจ และให้การระบายอากาศของถุงลมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น (สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

7. ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการ

เด่นของหัวใจ อัตราการหายใจ SpO₂ ลักษณะการหายใจ และการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจอย่างใกล้ชิด

8. การให้ยาปฏิชีวนะ ใช้ในกรณีของการติดเชื้อแบคทีเรีย ปัจจุบันพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลายอาจทำให้เชื้อบางชนิด เช่น *Streptococcus pneumoniae* มีการดื้อยาเพิ่มมากขึ้น

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบทั่วไป (ชลิดา เลาหพันธ์, 2557)

1. ติดตามพารามิเตอร์ต่าง ๆ ที่บ่งบอกว่าร่างกายผู้ป่วยเด็กได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ความยืดหยุ่นของปอด การทำงานของระบบไหลเวียนเลือด สัญญาณชีพ ค่า SpO₂ ผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือด ภาพรังสีทรวงอก รวมทั้งฝ้าระว่างแล้วบันทึกการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง สามารถตัดสินใจเบื้องต้นและรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติที่สำคัญเหมาะสมทันเวลา

2. ประเมินอาการ อาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน อาการแสดงของภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ

3. ดูแลผู้ป่วยเด็กพักผ่อน จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่

4. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง สังเกตลักษณะและปริมาณเสมหะ ทำกายภาพบำบัดทรวงอก ดูแลดูแลเสมหะเมื่อมีเสมหะ

5. ดูแลพ่นยาขยายหลอดลม และให้ออกซิเจนในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะพร่องออกซิเจน

6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ยาละลายเสมหะหรือยาขับเสมหะตามแผนการรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (ศิริพร สังขมาลัย, 2562)

1. ดูแลการทำงานของ Ventilator และ Humidifier ให้มีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดปอดอักเสบระหว่างการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia; VAP) โดยใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก ดูแลความสะอาดของช่องปากผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ดูแลเสมหะอย่างถูกวิธี ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประเมินและฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ กรณีใช้เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง ต้องตรวจสอบค่าปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจต่างๆ ให้ตรงตามแผนการรักษาอยู่เสมอและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่านอนหรือให้การพยาบาล ควรมีการเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจถ้าสกปรก ฝ้าระวังและเทน้ำที่ตกค้างในสายเครื่องช่วยหายใจทุกครั้ง โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อทุกครั้งในการเทน้ำออก ระวังระวังไม่ให้ น้ำเข้าตัวผู้ป่วยเด็ก

2. ดูแลและยึดเครื่องท่อหลอดลมคอไม่ให้เลื่อนหลุด กรณีใส่แบบมีบอลูน ควรตรวจสอบและวัดความดันบอลูน (Cuff pressure) ทุก 8 ชั่วโมง ให้อยู่ในช่วง 15-25 เซนติเมตรน้ำ ระวังไม่ให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กดึงท่อหลอดลมคอ เพื่อป้องกันการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ ทันเวลา

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะเมื่อจำเป็น ประเมินสี ลักษณะของเสมหะ และควรทำด้วยความระมัดระวังเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดถุงลมแฟบ และเพื่อป้องกันเลือดออกในทางเดินอากาศส่วนต้น

รวมถึงดูแลความสะอาดช่องปาก โดยประเมินความผิดปกติในช่องปาก ทำความสะอาดอย่างน้อย วันละ 3 ครั้ง จัดทำอนตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลัก

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังหยาเครื่องช่วยหายใจ (กวีวรรณ ลิมประยูร, 2552)

1. ประเมินความพร้อมที่จะถอดเครื่องช่วยหายใจออก หลังจากหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจจำเป็นต้องใช้ Non-invasive positive pressure ventilation เช่น ออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูกผ่านเครื่องทำความอุ่นขึ้น เพื่อป้องกันความล้มเหลวจากการถอดท่อช่วยหายใจ จึงต้องดูแลผู้ป่วยเด็กให้ได้รับออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูกผ่านเครื่องทำความอุ่นขึ้นตามแผนการรักษา โดยเลือกขนาดของสายออกซิเจนทางจมูกให้เหมาะสมตามอายุและน้ำหนัก

2. ดูแลให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อลดโอกาสกลับไปใส่เครื่องช่วยหายใจซ้ำ และลดการใช้ ออกซิเจนเมื่อผู้ป่วยเด็กมีความพร้อม

3. ลดการรบกวนโดยไม่จำเป็น จัดทำอนติริยะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้ดี หรือตะแคงกึ่งคว่ำ อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตามเป้าหมายและแผนการรักษาของแพทย์

4. วางแผนการรักษาพยาบาลให้เป็นระบบ ไม่รบกวนผู้ป่วยเด็กเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้พักผ่อน

5. เปิดโอกาสให้บิดามารดา และครอบครัวของผู้ป่วยเด็กได้ซักถาม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล

เภสัชวิทยา (รัชนิวรรณ สนิทธี และสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2562)

1. asmasal เป็นยาขยายหลอดลม รักษาอาการหดรัดตัวของหลอดลม เช่น โรคหอบหืด การพยาบาลคือ ฝ้าระวังอาการ ใจสั่น ติดตามประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ วิงเวียน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

2. azithromycin เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มแมโครไลด์ (Macrolide) ที่ใช้รักษาอาการติดเชื้อจากแบคทีเรีย เช่น โรคปอดบวม โรคหลอดลมอักเสบ ทอนซิลอักเสบ ไชนัสอักเสบ การติดเชื้อที่หูชั้นกลาง การติดเชื้อที่ทางเดินหายใจในกรณีผู้ป่วยแพ้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillin) การพยาบาลคือ สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการปวดท้องรุนแรงหรือท้องเสีย ถ่ายเป็นเลือด ปวดหัว เจ็บหน้าอก

3. cefotaxime มักใช้เพื่อรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย อยู่ในกลุ่มของเซฟาโลสปอริน(cephalosporin) การพยาบาลคือ สังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ บวม แดง หรือปวดบริเวณที่ฉีดยา ผลข้างเคียงที่รุนแรง ได้แก่ เลือดออกได้ง่าย ชัก มีสัญญาณของปัญหาเกี่ยวกับไตและตับ หัวใจเต้นเร็ว เดินช้า หรือผิดปกติ

4. cefdinir เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มเซฟาโลสปอริน ใช้รักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น โรคหลอดลมอักเสบ ปอดบวม ไชนัสอักเสบ การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อ การพยาบาลคือ สังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ผื่นลมพิษ ชัก บัสสาวะออกน้อย แน่นหน้าอก

5. paracetamol สรรพคุณ บรรเทาอาการปวด ลดไข้ การพยาบาลคือ สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ผื่น ท้องเสีย คลื่นไส้ ขนาดยาที่สูงสามารถทำลายตับได้

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคปอดอักเสบ เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอด เกิดจากการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย และเชื้ออื่น ๆ พบได้มากในเด็ก ซึ่งจากสถิติการรับผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่าส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ โดยในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 พบจำนวนผู้ป่วยเด็กดังกล่าวเป็นจำนวน 50, 52, 58 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2560-2562) ซึ่งผู้ป่วยเด็กกลุ่มดังกล่าวมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และอาการของโรคมีความรุนแรงขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจมีจำนวนมากขึ้นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเด็กที่วินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ ดังนั้นผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบ ควรได้รับการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก รวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เด็กรอดชีวิต และไม่มีผลผิดปกติของระบบทางเดินหายใจตามมา และที่สำคัญโรคปอดอักเสบยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและภาวะเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำกรณีศึกษาขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จากบิดามารดาผู้ป่วยเด็กเวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัยเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา

2. เลือกกรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 1 ปี 8 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น ไข้สูง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบ ส่งต่อมารักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ วันที่ 25 มิถุนายน 2561 เวลา 18.10 นาฬิกา เลขที่ภายนอก 27957/61 เลขที่ภายใน 9924/61

3. ประเมินอาการ ภาวะสุขภาพผู้ป่วยเด็ก เพื่อเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้รู้ถึงปัญหาของผู้ป่วยเด็ก

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที่

5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลต่อเมื่อปัญหาไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

6. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้อง นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 1 ปี 8 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ไข้สูง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลาดกระบัง แรกรับผู้ป่วยเด็กหายใจหอบเหนื่อยมาก ชายโครงบวม อัตราการเต้นของหัวใจ 180 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 70 ครั้งต่อนาที SpO₂ 90 เปอร์เซ็นต์ ถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบฝ้าขาวที่ปอดตำแหน่งล่างขวา (Infiltration Right Lung) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ปอดอักเสบ (Bacterial pneumonia) ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมแบบละอองฝอย (Nebulizer) ผ่านทางจมูก 3 ครั้ง ห่างกันทุก 15 นาที ผู้ป่วยเด็กยังหายใจหอบเหนื่อย ชายโครงบวม อัตราการหายใจ 68 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้การรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจผ่านท่อหลอดลมคอ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4.0 มิลลิเมตร ความลึก 13.5 เซนติเมตรมูมปาก และส่งต่อมารักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ วันที่ 25 มิถุนายน 2561 เวลา 18.10 นาฬิกา เลขที่ภายนอก 27957/61 เลขที่ภายใน 9924/61 แรกรับที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร มีไข้สูง วัดอุณหภูมิร่างกายได้ 40.7 องศาเซลเซียส หายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 62 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 172 ครั้งต่อนาที SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ ให้การรักษาต่อด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ ตั้งค่าการทำงาน PC/AC โดยตั้งค่าแรงดันบวกขณะหายใจเข้าสูงสุด (PIP: Peak inspiratory pressure) เท่ากับ 25 เซนติเมตรน้ำ แรงดันบวกขณะหายใจออก (PEEP: Positive end expiratory pressure) 6 เซนติเมตรน้ำ อัตราการหายใจ (RR : Respiratory rate) 45 ครั้งต่อนาที ระยะเวลาการหายใจเข้า (Ti : Inspiratory time) 0.5 วินาที ความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO₂: Fraction of inspired oxygen) 80 เปอร์เซ็นต์ ให้พ่นยาขยายหลอดลมแบบละอองฝอยผ่านทางท่อช่วยหายใจ เป็น Asmasal 1.5 มิลลิกรัม ผสมกับ 3% NaCl 1.5 มิลลิกรัม พ่นทุก 4 ชั่วโมง ส่งตรวจเพาะเชื้อในกระแสโลหิตและโลหิตวิทยา ฮีโมโกลบิน 11.2 กรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือด 35.1 เปอร์เซ็นต์ ระดับเม็ดเลือดขาว 11,380 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เกล็ดเลือด 228,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ ฮีโมโกลบิน 12-16 กรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นเลือด 35-45 เปอร์เซ็นต์ ระดับเม็ดเลือดขาว 4,000-11,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เกล็ดเลือด 150,000-400,00 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) โซเดียม 139 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 100 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 24 มิลลิโมลต่อลิตร ผลปกติ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%DN/3 อัตราการไหล 60 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง และงดน้ำคอกอาหารทางปาก บิดามารดามีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการบ่อยครั้ง ปัญหาที่พบ ปัญหาที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดเสีย การพยาบาล ประเมินการหายใจ วัด SpO₂ และอัตราการเต้นของหัวใจ ทุก 1 ชั่วโมง เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ภายหลังการพ่นยา ทรวงอก ดูดเสมหะหลังทำกายภาพบำบัดปอดทุกครั้ง สังเกตลักษณะ ปริมาณเสมหะ ทำความสะอาดของช่องปากทุก 4 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ภายหลังการพยาบาลผู้ป่วยเด็กหายใจช้าลง อัตราการหายใจ 46 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 126 ครั้งต่อนาที SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ กลับได้ เสมหะสีขาวขุ่น 3 มิลลิกรัม ไม่มีหอบเหนื่อย ผู้ป่วยเด็กหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ปัญหาที่ 2 มีไข้จากภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การพยาบาล เช็ดตัวลดไข้ ให้ยา Paracetamol 5 มิลลิกรัม (120 มิลลิกรัม) ให้ยา

cefotaxime 550 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และ azithromycin (100 มิลลิกรัมต่อช่อง) รับประทาน 1 ช่อง วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 วัน สังเกตอาการข้างเคียงของยา วางแผนการพยาบาลล่วงหน้า เพื่อลดการรบกวนให้ผู้ป่วยเด็กพักผ่อน หลังให้การพยาบาลอุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 50 ครั้งต่อนาที ไม่พบอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยเด็กหลับได้ ปัญหาที่ 3 บิดามารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การพยาบาล ให้ข้อมูลกับบิดามารดาเกี่ยวกับอาการปัจจุบัน เป็นสื่อกลางประสานให้แพทย์พูดคุยกับบิดามารดาเกี่ยวกับการรักษา ให้บิดามารดาสอบถามข้อสงสัย อนุญาตให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก ให้กำลังใจบิดามารดา หลังให้การพยาบาล บิดามารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจโรคและการรักษามากขึ้น

วันที่ 26 มิถุนายน 2561 ผู้ป่วยเด็กตื่นตื่น ร้องไห้ พยายามหันหน้าไปมาตลอด อุณหภูมิร่างกาย 38.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 58 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้งต่อนาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ SpO_2 99 เปอร์เซ็นต์ ไอจับเสมหะได้ดี กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงกับหน้าอกไม่ตึงรั้ง ภาวะพร่องออกซิเจนดีขึ้น ไม่มีหอบเหนื่อย พ่นยาขยายหลอดลมแบบละอองฝอยผ่านทางท่อช่วยหายใจ เป็น Asmasal 1.5 มิลลิกรัม ผสมกับ 3% NaCl 1.5 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง ส่งตรวจการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดสถานะกรดค้าง (PH) 7.429 ค่าความดันบางส่วนของก๊าซออกซิเจน (PO_2) 70.7 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันบางส่วนของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (PCO_2) 26.2 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นไฮโดรเจนไอออนของเลือด (HCO_3) 21.3 มิลลิโมลต่อลิตร ค่าไบคาร์บอเนตที่เป็นตัว buffer (BE) 4.6 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ PH 7.35-7.45, PO_2 75-100 มิลลิเมตรปรอท, PCO_2 32-45 มิลลิเมตรปรอท, HCO_3 22-26 มิลลิโมลต่อลิตร, BE- 2.4-2.3 มิลลิโมลต่อลิตร) ใส่สายให้อาหารทางจมูก เริ่มให้อาหารทางสายยางเป็นนม 60 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง สามารถลดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%DN/3 อัตราการไหล 30 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง พบปัญหาเพิ่มเติมดังนี้ ปัญหาที่ 4 มีภาวะเลือดเป็นด่างเนื่องจากการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสม การพยาบาล ลดการตั้งค่าการทำงานตามแผนการรักษาเป็น PC/SIMV โดยตั้งค่า PIP 21 เซนติเมตรน้ำ PEEP 6 เซนติเมตรน้ำ RR 30 ครั้งต่อนาที แรงดันสนับสนุน (PS: Pressure support) 10 เซนติเมตรน้ำ Ti 0.5 วินาที, FiO_2 45 เปอร์เซ็นต์ ตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ สังเกตการหายใจ อาการของผู้ป่วยเด็กและติดตาม SpO_2 ทุก 1 ชั่วโมงหลังปรับการตั้งค่า หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กไม่มีหอบเหนื่อยหลังลดการตั้งค่า หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที SpO_2 100 เปอร์เซ็นต์ ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การพยาบาล ประเมินตำแหน่งท่อช่วยหายใจทุกครั้ง ฟังเสียงปอดจำกัดการเคลื่อนไหวของศีรษะและแขนทั้งสองข้าง ลดการใช้เสียงและแสงสว่างเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กพักผ่อน วางแผนการพยาบาลไว้ล่วงหน้าเพื่อลดการรบกวน หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่พบการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ อยู่ในตำแหน่งเดิมความลึก 13.5 เซนติเมตรที่มุมปาก ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงลมเข้าปอดเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยเด็กหลับได้ ปัญหาที่ 6 ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้ การพยาบาล ตรวจสอบตำแหน่งสายให้อาหารทางจมูก ประเมินน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร จัดทำนอน

ศีรษะสูง 45 องศา ไหน้ม 60 มิลลิเมตร ทุก 4 ชั่วโมงทางสายยางให้อาหาร ประเมินอาการท้องอืด หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กรับนมได้ดี ไม่มีอาเจียน

วันที่ 27 มิถุนายน 2561 ผู้ป่วยเด็กตื่นดี รับนมได้ดี อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 50 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที SpO₂ 99 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีหอบเหนื่อย หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ผลถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบ Infiltration Right Lung ลดลง ปรับลด PIP=16 เซนติเมตรน้ำ RR= 20 ครั้งต่อนาที PS = 8 เซนติเมตรน้ำ FiO₂ 30 เปอร์เซ็นต์ สังเกตตรวจค่าแก๊สในกระแสเลือด ค่าหลังลดการตั้งค่า 1 ชั่วโมง คือ pH = 7.43 PCO₂ = 26.9 มิลลิเมตรปรอท PO₂ = 70.5 มิลลิเมตรปรอท HCO₃ = 21 มิลลิโมลต่อลิตร (respiratory alkalosis) ลด FiO₂ 25 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีเหนื่อย อัตราการหายใจ 42 ครั้งต่อนาที เพิ่มปริมาณนมเป็น Enfalac LF 175 มิลลิเมตร ทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยเด็กรับนมได้ทั้งหมด ไม่มีอาเจียนหรือสำลัก ไม่มีท้องอืด พบปัญหาเพิ่มเติมดังนี้ ปัญหาที่ 7 วางแผนเตรียมถอดท่อช่วยหายใจ การพยาบาลวางแผนการพยาบาลล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กนอนหลับอย่างเต็มที่ สังเกตการหายใจ อาการของผู้ป่วยเด็กและติดตามออกซิเจนปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมงหลังปรับการตั้งค่า หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยเด็กหลับได้ SpO₂ 99 เปอร์เซ็นต์

วันที่ 28 มิถุนายน 2561 ผู้ป่วยเด็กอุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 46 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้งต่อนาที หายใจไม่มีหอบเหนื่อย SpO₂ 99 เปอร์เซ็นต์ งดน้ำงดอาหาร ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ผลปกติ ผลเพาะเชื้อจากเลือดและเสมหะไม่พบเชื้อ แพทย์พิจารณาถอดท่อหลอดลมคอและยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนเป็นออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูกผ่านเครื่องทำความอุ่นขึ้น 10 ลิตรต่อนาที FiO₂ 60 เปอร์เซ็นต์ พบปัญหาเพิ่มเติมดังนี้ ปัญหาที่ 8 มีโอกาสกลับมาใส่เครื่องช่วยหายใจซ้ำหลังถอดท่อช่วยหายใจ การพยาบาล ประเมินการหายใจและวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ พ่นยาขยายหลอดลมแบบละอองฝอย ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเสมหะในปากและจมูกเมื่อมีเสมหะ ให้สายออกซิเจนอยู่ในจมูกตลอดเวลาเพื่อให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ สังเกตอาการภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูก ได้แก่ ภาวะลมรั่ว ท้องอืด แผลในจมูก เป็นต้น หลังดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก ไอขับเสมหะได้ดี เสมหะขาวขุ่น 2 มิลลิเมตร อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที SpO₂ 99 เปอร์เซ็นต์ ชายโครงบวมเล็กน้อย ไม่มีอาการเขียวคล้ำขณะใส่ออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูกผ่านเครื่องทำความอุ่นขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

วันที่ 29 มิถุนายน 2561 ผู้ป่วยเด็กตื่นดี อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 44 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที ไม่มีหอบเหนื่อย SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ ลดออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูกผ่านเครื่องทำความอุ่นขึ้น เป็น 8 ลิตรต่อนาที FiO₂ 30 เปอร์เซ็นต์ ถอดสายให้อาหารทางจมูก เริ่มให้ดูดนมเองทางปาก พบปัญหาเพิ่มเติมดังนี้ ปัญหาที่ 9 มีโอกาสเกิดการสำลักเนื่องจากการหลังถอดท่อช่วยหายใจ การพยาบาล ประเมินการกลืน จัดทำนั่งขณะดูดนมจากขวด เริ่มให้ดูดนมครั้งละน้อย ๆ

ก่อน สังเกตจังหวะการดูคนม การกลืน พักหลังดูคนมเป็นพัก ๆ เพื่อป้องกันการสำลัก หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยเด็กดูคนมเองได้ทั้งหมด ไม่มีเหนื่อย ไม่มีสำลักหรืออาเจียน

วันที่ 30 มิถุนายน 2561 ผู้ป่วยเด็กอ้วนหมูมีร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ ลดออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูกผ่านเครื่องทำความอุ่นขึ้นเป็น 4 ลิตรต่อนาที และยุติการให้ออกซิเจนแรงดันสูงทางจมูกผ่านเครื่องทำความอุ่นขึ้น เปลี่ยนเป็นออกซิเจนทางจมูก 2 ลิตรต่อนาที เริ่มรับประทานอาหารทางปากเป็นอาหารอ่อน และนม พบปัญหาเพิ่มเติมดังนี้ ปัญหาที่ 10 มีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากลดความเข้มข้นออกซิเจน การพยาบาล คือ ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ฟันยาขยายหลอดลมแบบละอองฝอยทุก 6 ชั่วโมง ให้สายออกซิเจนอยู่ในจมูกตลอดเวลา หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลับได้ ไอจับเสมหะเองได้ดี ไม่มีสีผิวเขียวคล้ำ ไม่มีหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์

วันที่ 2 กรกฎาคม 2561 ผู้ป่วยเด็กทำกิจกรรมได้ดี ไม่มีหอบเหนื่อย จึงยุติการให้ออกซิเจน อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นชนิดรับประทาน Cefdinir 3.5 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น ผู้ป่วยเด็กรับประทานอาหารทางปากได้ดี ไม่มีสำลัก สามารถย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยกุมาร 17 ได้ บิดามารดาสอบถามอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การให้ยาที่บ้านบ่อยครั้ง พบปัญหาเพิ่มเติมดังนี้ ปัญหาที่ 11 บิดามารดาขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก การพยาบาลคือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบ การติดต่อ การดูแลความสะอาดของสิ่งของเครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม ให้ข้อมูลอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การให้ยา เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการประเมินผู้ป่วย หลังให้การพยาบาลบิดามารดามีความมั่นใจมากขึ้น ตอบคำถามได้ถูกต้อง ให้ยาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

วันที่ 3 กรกฎาคม 2561 ผู้ป่วยเด็กไม่มีหอบเหนื่อย SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีไข้ แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ ทวนสอบความเข้าใจของบิดามารดาเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การให้ยาแก้ปวดลดไข้ ยาปฏิชีวนะแบบรับประทานไปรับประทานต่ที่บ้านจนครบ การมารับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเด็ก

7. ผลสำเร็จของงาน

ในระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเป็นเวลา 9 วัน เยี่ยมทั้งหมด 8 ครั้งมีปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 11 ปัญหา ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป วันที่ 3 กรกฎาคม 2561 ผู้ป่วยเด็กไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ ได้รับยาปฏิชีวนะกลับไปรับประทานต่ที่บ้านจนครบ บิดามารดาคลายความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเด็กเรื่องการรับประทานยา อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. นำปัญหาและผลลัพธ์ที่ได้จากกรณีศึกษามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อ

ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ

2. นำปัญหา ผลลัพธ์ ที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจในหน่วยงาน เพื่อให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3. เพื่อพัฒนางานพยาบาลของตนเองให้ก้าวหน้าและทันสมัยอยู่เสมอ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเด็กต่อต้านการรักษา ไม่สามารถสื่อสารถึงความเจ็บป่วยและความต้องการของตนเองได้

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรเปิดโอกาสบิดามารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วยเด็ก และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

10.2 ควรขยายเวลาการเยี่ยมมากขึ้น เพื่อเปิด โอกาสให้บิดามารดาอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....*วิมล กิระติเมธาวิณ*.....

(นางสาววรรณุช กิระติเมธาวิณ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*๒๒ ก.ย. ๒๕๖๔*.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*นิชดา สักดิ์สุภา*.....

(นางนิชดา สักดิ์สุภา)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่.....*๒๒ ก.ย. ๒๕๖๔*.....

ลงชื่อ.....*เกรียงไกร ตั้งจิตรมณีสักดา*.....

(นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีสักดา)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่.....*๒๒ ก.ย. ๒๕๖๔*.....

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วงระหว่างวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2561 – 3 กรกฎาคม

พ.ศ. 2561 คือ นายสุกิจ ศรีทิพวรรณ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

เอกสารอ้างอิง

- กวีวรรณ ถิมประยูร. (2552). Weaning from Mechanical Ventilator. ใน จิตต์ดาดา ดีโรจนวงศ์, คุณิต สถาวร และกนก นวลจันทร์ ปราบพาล (บรรณาธิการ), *Pediatric pulmonology 2009: Current knowledge and practice*. (p.223). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ชลิดา เลหาพันธ์. (2557). Community Acquired Pneumonia: Practical Points. ใน กิตติ ต่อจรัส, คุณิต สถาวร, สนิตรา ศิริธางกุล และอังคณา เก่งสกุล (บรรณาธิการ), *Textbook of Pediatrics*. (p. 881-893). กรุงเทพฯ: นำอักษร การพิมพ์.
- รัชนีวรรณ สนิทธี และสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2562). *ยาในเด็ก* (เรียบเรียงครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2560-2562). *สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประจำปี 2560-2562*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- ศิริพร สังขมาลัย. (2562). Nursing Care in Pediatric ARDS. ใน คุณิต สถาวร, ณัฐชัย อนันตสิทธิ์, เฉลิมไทย เอกศิลป์, กวีวรรณ ถิมประยูร และรุจิภัคต์ สำราญสำรวจกิจ (บรรณาธิการ), *4.0 Smart Care for Critically Ill Children*. (p.250-251). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวรณช กิริติเมธาวิณ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 804) สังกัดฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องที่บ้าน

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าเทคโนโลยีในการรักษามีมากขึ้น ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาหลายระบบสูงขึ้น ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นคงที่เพียงพอที่จะกลับบ้านได้ แต่ยังคงต้องได้รับการบริหารโดยใช้อุปกรณ์ช่วยต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น ท่อหลอดคอ (tracheostomy tube) และสายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง (gastrostomy tube) เป็นต้น การให้การบริบาลอย่างถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตทางร่างกายและพัฒนาการได้เต็มที่ตามศักยภาพของตน (ประภาศรี สมบุญ และ สุชาดา ศรีทิพย์วรรณ, 2562)

โรคขาดสารอาหารยังคงเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย การขาดสารอาหารในเด็กส่งผลในระยะยาวต่อการเจริญเติบโต รวมถึงพัฒนาการทั้งทางร่างกายและสติปัญญา การขาดสารอาหารเฉียบพลันรุนแรงเพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตอีกด้วย การตระหนักและเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคขาดสารอาหารและมีการติดตามดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิด จะช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถออกจากโรงพยาบาลและกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านได้เร็วขึ้น การให้อาหารผู้ป่วยเด็กที่เหมาะสมกับโรคและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง การให้อาหารทางสายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องเป็นวิธีการช่วยแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กเพดานโหว่อย่างรุนแรงที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน หรือผู้ป่วยเด็กที่มีการตีบของหลอดอาหาร เป็นต้น อีกทั้งยังสามารถเสริมสารอาหารที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยเด็กที่รับประทานเองได้แต่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเด็กที่ให้อาหารทางสายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กมักเกิดความกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลที่ไม่ถูกวิธี ได้แก่ แผลติดเชื้อสายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องเลื่อนหลุด การรั่วซึมรอบๆ สายให้อาหาร หรือมีการยึดติดของเนื้อเยื่อรอบๆ รูเปิดที่หน้าท้อง เป็นต้น (ลัดดา เหมาะะสุวรรณ, จิรพรรณ โพธิ์สุวรรณกุล และมนิรัตน์ ภูวนันท์, 2561) และจากสถิติหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 พบผู้ป่วยเด็กที่กลับบ้านพร้อมสายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง เป็นจำนวน 3, 4, 4 ราย ตามลำดับ

(โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2560-2562) ซึ่งพบอุบัติการณ์การกลับมาอนโรงพยาบาล 3 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 25 และพบว่าผู้ป่วยเด็กที่มาด้วย แผลติดเชื้อ สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องหลุด ท้องเสีย ปัญหาการสำลัก สูงถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมดที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง

จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำจึงเล็งเห็นถึงปัญหาและความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กมีความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมขณะอยู่บ้าน จึงได้จัดทำแผนการสอน เพื่อนำไปใช้ในการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องที่บ้านก่อนกลับบ้าน ภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีแนวทางการสอนไปในทิศทางเดียวกัน
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง คือ สายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง และปลายสายอยู่ที่ผนังหน้าท้อง เพื่อเป็นทางไว้สำหรับให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยที่มีความจำเป็นต้องให้อาหารด้วยสายเป็นเวลามากกว่า 2 เดือนขึ้นไป (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, จีรพรรณ โพธิ์สุวรรณกุล และมณีรัตน์ ภูวนันท์, 2561)

ขั้นตอนการดูแลสายสวนกระเพาะอาหาร ได้แก่ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, จีรพรรณ โพธิ์สุวรรณกุล และมณีรัตน์ ภูวนันท์, 2561)

1. ควรให้น้ำปริมาณอย่างน้อย 20 ซีซี (เด็กทารก 10 ซีซี) หลังให้อาหารหรือนมทุกครั้ง เพื่อป้องกันการอุดตันของสาย กรณีผู้ป่วยที่แพทย์จำกัดปริมาณน้ำดื่ม ควรปรึกษาแพทย์
2. ทำความสะอาดสายสวนกระเพาะอาหารด้านนอกและข้อต่อ ด้วยสบู่และน้ำสะอาด ส่วนสายสวนชนิดระดับผิวหนังใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดบริเวณแป้น ด้านนอกและฝาปิด หากมีคราบอาหารติดบริเวณฝาควรใช้น้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาด
3. หมุนตัวสายสวนกระเพาะ 360 องศาทุกครั้งหลังให้อาหาร เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อรอบ ๆ รูเปิดยึดติดกับสายสวนกระเพาะ
4. ไม่หักหรือพับงอสายสวนกระเพาะอาหารนานเกินไป เพราะอาจทำให้สายแตกหักหรือพับงอหรืออุดตันได้
5. ระวังไม่ให้สายสวนแหว่งไปมามากเกินไป เพราะอาจทำให้แผลรูเปิดขยายใหญ่ขึ้นและเจ็บแผลได้
6. กรณีสายแบบ PEG หรือชนิดถูกโป่งสายยาว หมั่นตรวจสอบตำแหน่งของสายว่าอยู่ในตำแหน่ง

ถูกต้อง เนื่องจากสายอาจจะเลื่อนเข้าไปในกระเพาะอาหารมากเกินไป โดยตรวจสอบตัวเลขบนสายสวนที่ระดับผิวหนังว่ามีการติดตำแหน่งหรือใช้บันทึกความยาวของสายสวนที่อยู่พื้นผิวหนัง และตรวจสอบเป็นระยะ ๆ และกรณีใช้สายชนิดลูปไปงสายยาว

7. ห้ามให้อาหารทางช่องสำหรับบรรจุน้ำใส่ลูปไปง

ขั้นตอนการดูแลแผลรูเปิดสายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง มีดังนี้

1. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง

2. ทำความสะอาดแผลรูเปิดทุกวันด้วยวิธีปราศจากเชื้อ ในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกหลังใส่สายสวนกระเพาะอาหาร ใช้ยาเช็ดแผลเบตาดีน (Betadine) หรือ 70% แอลกอฮอล์ และปิดผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ เมื่อแผลแห้งดี ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ (normal saline) หรือน้ำต้มสุก ทำแผลวันละ 1-2 ครั้งหลังอาบน้ำ

3. ดูแลสายสวนให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง ทำความสะอาดผิวหนังรอบ ๆ แผลด้วยสบู่และน้ำ สะอาด เช็ดให้แห้ง หากบริเวณแผลรูเปิดมีบวมแดง มีอาหารหรือของเหลวออกมาจากแผลรูเปิด ควรปรึกษาแพทย์

ภาวะแทรกซ้อนทางเดินอาหารและปัญหาเกี่ยวกับการใส่สายสวนกระเพาะอาหารที่พบบ่อย ได้แก่ (สุพร ตรีพงษ์ภรณา, ปานียา เพียรวิจิตร, ศรีสงองค์ คล้าย โกศล และรุ่งทิพย์ สัมฤทธิ์โสภาค. 2553)

1. การรั่วซึมรอบ ๆ สาย การรั่วซึมรอบ ๆ สายเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อมีแผลรูเปิด หรือสายสวนกระเพาะอาหารมีขนาดเล็กกว่าแผลรูเปิด ให้อาหารมากเกินไป หรือมีลมในกระเพาะอาหารมากเกินไป แก้ไขโดยการดูแลสะอาดของแผล ลดปริมาณลงในแต่ละมื้อหรือเปลี่ยนวิธีการให้อาหาร เพื่อให้ให้อาหารเข้าไปในกระเพาะช้าลงกว่าเดิม

2. ผิวหนังรอบแผลรูเปิดแดงและเจ็บ อาจเกิดจากการที่น้ำย่อยที่กระเพาะซึมรั่ว ควรทำความสะอาดบ่อย ๆ และทำให้แห้ง แก้ไข โดยการทำความสะอาดบ่อย ๆ และทำให้แห้ง ถ้าผิวหนังแดง เป็นผื่นอาจเกิดจากการแพ้วัสดุที่ทำสายสวนหรือพลาสติกปิดแผลที่ใช้ กรณีนี้อาจเปลี่ยนชนิดสายหรือพลาสติก แต่หากผิวหนังรอบแผลรูเปิดบวมแดง หรือมีหนองไหลหรือมีไข้ร่วมด้วยแสดงว่ามีการติดเชื้อ ควรปรึกษาแพทย์

3. สายสวนกระเพาะอาหารหลุด แก้ไข โดยการใช้ผ้าก๊อชปิดรูแผลไว้และรีบไปพบแพทย์โดยนำสายสวนกระเพาะอาหารที่หลุดออกมาไปด้วย ไม่ควรรอช้าเพราะแผลรูเปิดมักปิดเล็กลงอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่ชั่วโมง กรณีใส่สายสวนชนิดลูปไปงมานานเกิน 4 สัปดาห์ และผู้ที่เคยฝึกฝนใส่สายสวนชนิดนี้มาก่อนอาจใส่เองที่บ้านได้

4. เนื้อเยื่อแดงที่แผลรูเปิด (granulation tissue) เนื้อเยื่อแดงที่แผลรูเปิด เป็นปัญหาที่พบบ่อยแต่ไม่มีอันตราย แก้ไข โดยการจี้ด้วยซิลเวอร์ไนเตรท (silver nitrate) หรือหากได้รับการฝึกฝนอาจทำเองที่บ้านได้ สิ่งสำคัญคือ ก่อนจี้ต้องป้องกันผิวหนังปกติรอบแผล โดยทาด้วยวาสลีน เพื่อไม่ให้เกิดรอยไหม้จากซิลเวอร์ไนเตรทได้

5. ท้องเสีย อาจเกิดจากการได้อาหารที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียหรือได้อาหารที่มีความเข้มข้นสูง แก้ไข

โดยการเตรียมอาหารให้สะอาดและปลอดภัย ไม่ควรเก็บอาหารไว้นานเกิน 6 ชั่วโมง ล้างและเปลี่ยนสายให้อาหารให้อาหารและถุงทุกมือ

6. ท้องผูก แก้ไข โดยการเพิ่มอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผักคัมปัน

7. ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากการให้อาหารเร็วเกินไปหรือมากเกินไป ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดจากทิวาระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหารทำงานไม่ปกติ แก้ไข โดยการแบ่งอาหารให้จำนวนน้อย ๆ ในแต่ละมื้อแต่ให้บ่อยขึ้น ส่วนกรณีให้อาหารเร็วเกินไปอาจเปลี่ยนมาใช้ขวดปรับอัตราไหลชนิดให้อาหารหยดช้า ๆ ยกหัวเตียงสูง 30-45 องศาในขณะที่ให้อาหารและหลังจากให้อาหารเสร็จ 30-60 นาที

8. สำลัก ป้องกัน โดยควรยกหัวเตียงสูง 30-45 องศาในขณะที่ให้อาหารและหลังให้อาหาร หากมีปัญหาสำคัญควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุและให้การรักษาต่อไป

แผนการสอนเป็นแนวการสอนภายใต้กรอบเนื้อหาที่ต้องการให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยกำหนดจุดประสงค์ วิธีการดำเนินการหรือกิจกรรม ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ จุดประสงค์ สาระการเรียนรู้ กิจกรรม สื่อและแหล่งการเรียนรู้ การวัดและประเมินผลบันทึกผล หลังสอน การวางแผนการสอนจึงมีความสำคัญต่อการจัดกิจกรรมการสอนเป็นอย่างมาก คือ ทำให้ผู้สอนมีความมั่นใจและมีแนวทางการสอนไปในทิศทางเดียวกัน ตรงตามจุดประสงค์ ทำให้การสอนบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กได้รับความรู้อย่างครอบคลุม มีความมั่นใจการดูแล เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ลดการกลับมานอนโรงพยาบาล โดยไม่จำเป็นได้ (สุพร ตรีพงษ์กรุณา, ปานิยา เพ็ชรวิจิตร, ศรีสอางค์ คล้าย โกศล และรุ่งทิพย์ สัมฤทธิ์ โสภาค.2553)

ขั้นดำเนินการดังต่อไปนี้

1. นำเสนอแนวคิดต่อหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตจัดทำแผนการสอนการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องที่บ้าน

2. ประชุมบุคลากรในหน่วยงานเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลทางหน้าท้อง และการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยวิเคราะห์กระบวนการสอนที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ขอความร่วมมือและกำหนดแนวทางในการจัดทำแผนการสอน รวมถึงทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร

3. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสารทางการแพทย์และพยาบาล งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนกระเพาะอาหาร

4. จัดทำแผนการสอน เรื่อง แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องที่บ้าน ประกอบด้วยความหมาย ความสำคัญของสายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง การดูแลแผล การให้อาหารทางสายสวนกระเพาะอาหาร ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการใส่สายสวนกระเพาะอาหาร พร้อมกำหนดระยะเวลาในแต่ละหัวข้อ

5. นำเสนอแผนการสอนให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา และระยะเวลา

ในการสอน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

6. ประชุมชี้แจงบุคลากรเพื่อนำใช้แผนการสอนไปใช้ภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร

7. ประชุมประเมินผลการใช้แผนการสอน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อใช้เป็นแนวทางภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนาเป็นสื่อการสอน เพื่อนำไปใช้ในการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องที่บ้าน

2. ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละของผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องที่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้อง ลดลงร้อยละ 20

3. มีแผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางหน้าท้องในปี 2564

ลงชื่อ..... วรณัฐ กิ่งดีเมธากิน

(นางสาววรณัฐ กิ่งดีเมธากิน)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... ๒๒ ก.ย. ๒๕๖๔

เอกสารอ้างอิง

- ประภาศรี สมบุญ และสุชาดา ศรีทิพย์วรรณ. (2562). การฝึกทักษะผู้ดูแลในการให้การบริบาลทางระบบหายใจ และการบำรุงรักษาอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่บ้าน. ใน สุชาดา ศรีทิพย์วรรณ (บรรณาธิการ), *การบริบาลทางระบบหายใจที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเด็ก*. (น.160-161). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ, จีรพรรณ โพธิ์สุวรรณกุล และมณีรัตน์ ภูวนันท์. (2561). *แนวเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคขาดสารอาหารเฉียบพลันรุนแรงในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สมาคมโภชนาการเด็ก และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2560-2562). *เวชระเบียนผู้ป่วยใน หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2560-2562*. เอกสารไม่ตีพิมพ์
- สุพร ตรีพงษ์กรณา, ปานีญา เพียรวิจิตร, ศรีสอางค์ คล้ายโกศล และรุ่งทิพย์ สัมฤทธิ์โสภาค. (2553). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนกระเพาะอาหาร*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล