บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ๐-๗๗๒๗-๒๗๘๔

ที่ สฎ ๐๐๓๓.๐๐๑ / ๓๐๕ วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตนำข้อมูลเผยแพร่บนเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตามที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๖ เพื่อพิจารณาเผยแพร่ผลงานวิชาการบนเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖ โดยพิจารณาผลงานวิชาการ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ: กรณีศึกษา ๒ ราย (English) The case study of nursing care in Childhood Pneumonia. โดยนางสาวสิรวีร์ ขวัญเมือง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ในการนี้ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความประสงค์นำผลงานที่ผ่านการพิจารณาเผยแพร่บนเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังรายละเอียดแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายวิสุทธิ์ สุขศรี)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

(นายจิรชาติ เรืองวัชรินทร์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

แบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
วัน/เดือน/ปี : ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖
หัวข้อ : การเผยแพร่ผลงานวิชาการบนเว็บไซต์ (Research)
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) :
เอกสารจำนวน ๑๓ หน้า
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ: กรณีศึกษา ๒ ราย
(English) The case study of nursing care in Childhood Pneumonia.
Link ภายนอก: (ถ้ามี): ๓๑๑๖๐๖๒๕๖๖

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

(นางสาวพีรญา เพชรชัย)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วันที่ ๑๕ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๖

ผู้อนุมัติรับรอง

(นายศรุตยา สุทธิรักษ์)
ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
วันที่ ๑๖ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๖

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นางสาวพรรณีภรณ์ แซ่หลี)
นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ ๑๖ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๖

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ: กรณีศึกษา 2 ราย

The case study of nursing care in Childhood Pneumonia

สิรวีร์ ขวัญเมือง

Sirawee Khwanmaung

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Suratthani Hospital

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในเด็กซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 2 ราย

ผลการวิจัย: การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย และให้การรักษาด้วยออกซิเจนชนิดต่างๆ พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพแบบองค์รวม ทั้งการดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การประเมินสัญญาณชีพ การให้ยาพ่นขยายหลอดลม การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาปฏิชีวนะ การป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเพื่อลดความกลัว และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยเด็กทั้งสองรายมีอาการเหนื่อยหอบที่ต้องได้รับออกซิเจน รายแรกให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงชนิด non-invasive คือ HHHFNC ได้สำเร็จสามารถเอาออกซิเจนออกได้เร็ว ส่วนรายที่สองให้ HHHFNC ไม่สำเร็จ เนื่องจากเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลจากการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานๆ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และเกิดภาวะติดเชื้อดื้อยา จากการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์สูงในการฆ่าเชื้อเฉพาะและรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

สรุปผล: ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาล โดยเฉพาะการประเมินอาการผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจหายใจล้มเหลว และให้การพยาบาลที่ทันท่วงทีเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มเติมอย่างรวดเร็วและปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนการวางแผนการจำหน่ายที่ดี เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

คำสำคัญ: การพยาบาล ปอดอักเสบ ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง

Abstract

Background: Pneumonia is a respiratory tract infection commonly found in children, which is a significant problem worldwide, especially in developing countries. It is also the leading causes of death in children under 5 years of age.

Objective: To study and compare nursing care and nursing outcomes of pediatric patients with pneumonia.

Research Methodology: This is a retrospective study of medical records of pediatric patients with pneumonia who were treated at Suratthani Hospital, comprising of 2 cases.

Research Results: Nursing care for pediatric patients with pneumonia presenting symptoms of respiratory distress, wheezing, and receiving various types of oxygen therapy should be provided according to comprehensive professional standards. This includes administering oxygen as per the treatment plan, maintaining respiratory clearance, assessing vital signs, administering bronchodilator inhalers, administering intravenous fluids, providing antibiotic therapy, preventing pneumonia associated with ventilator use, providing gentle and comforting care to reduce fear, and preparing for discharge. Both patients exhibited fatigue and wheezing requiring oxygen therapy. The first patient successfully received high-flow nasal cannula (HHHFNC) oxygen therapy with a high concentration of non-invasive oxygen, which was later removed quickly. However, the second patient's HHHFNC therapy was unsuccessful due to respiratory failure, necessitating the insertion of an endotracheal tube and the use of a ventilator. Prolonged use of respiratory support led to complications such as ventilator-associated pneumonia and drug-resistant infections due to the use of potent antibiotics, resulting in longer hospital stays for the patients.

Conclusion: In the care of pediatric patients with pneumonia, nurses need to have knowledge and skills in providing nursing care, particularly in assessing patients at risk of respiratory distress and providing timely and effective nursing interventions to facilitate prompt and safe treatment. This includes preventing respiratory tract infections, controlling the spread of infections, and ensuring proper discharge planning to prepare parents for home care.

Keywords: Nursing, Pneumonia, High-flow oxygen.

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน เป็นปัญหาที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก [1] พบว่า ปี 2007 ทั่วโลกมีเด็กเป็นปอดอักเสบประมาณ 0.29 ครั้งต่อเด็กหนึ่งคนต่อปี พบในประเทศกำลังพัฒนา 0.05 ครั้งต่อเด็กหนึ่งคนต่อปี และร้อยละ 7-13 มีอาการรุนแรงต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 15 ของเด็กที่เสียชีวิตทั้งหมด [2] เช่นเดียวกับในประเทศไทย จากสถิติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560-2563 พบว่าเด็กอายุ 0-4 ปี ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบด้วยอัตรา 2,487.86, 3,050.91, 2,420.12 และ 1,614.10 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2563 พบว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราเสียชีวิตสูงสุดเป็นอันดับ 3 จึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางการสาธารณสุขของประเทศไทย [3] สำหรับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี 2562-2564 พบว่าในการดูแลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมากที่สุดจากโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะในช่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี คือ ร้อยละ 65.57, 64.35, และ 50 ตามลำดับ สาเหตุของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่จะเกิดจากเชื้อไวรัส ร้อยละ 60-70 เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ร้อยละ 5-8 [4] นอกจากนี้ยังพบเชื้อไวรัสและแบคทีเรียร่วมกันร้อยละ 30 [5] อาการของโรค คือ ไข้ หายใจเร็ว เหนื่อยหอบ หน้าอกบุ๋ม มีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อทรวงอก มีเสียงดังขณะหายใจเข้าและหายใจออก มีปีกจมูกบาน และอาจมีอาการเขียวได้ ความรุนแรงของโรคอาจมีตั้งแต่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงมากจนถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงอาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การรักษาจะแบ่งเป็นแบบประคับประคอง คือ การให้ออกซิเจนชนิดต่างๆ การให้สารน้ำ ยาพ่นขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ การรักษาตามอาการ คือ ให้ยาแก้ปวดลดไข้ และการรักษาแบบจำเพาะ คือ ให้ยาต้านไวรัสหรือให้ยาต้านจุลชีพตามเชื้อที่พบ [6,7,8] การเจ็บป่วยส่งผลต่อเด็กในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา และบิดามารดา เพราะเด็กเป็นศูนย์กลางของครอบครัว ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลอย่างเต็มความรู้ ความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และให้ข้อมูลบิดามารดาเพื่อลดความวิตกกังวล และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ประโยชน์

1. ได้ผลลัพธ์จากการให้การพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย ที่มีความแตกต่างกันเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
2. เป็นเอกสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลชุมชน นักศึกษาพยาบาล และผู้สนใจ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 2 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ อายุ 6 ถึง 12 เดือน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยเด็กในช่วงวัยนี้พบอุบัติการณ์เจ็บป่วยด้วยโรค

ปอดอักเสบสูง เมื่อติดเชื้อแล้วมักจะเกิดความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น และเนื่องจากเป็นการศึกษารายกรณีเปรียบเทียบจึงได้ทำการเลือกผู้ป่วยจำนวน 2 ราย มาทำการศึกษาตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ 2) อายุตั้งแต่ 6 ถึง 12 เดือน 3) มีอาการในระดับรุนแรงที่รักษาด้วยออกซิเจน 4) หายใจเหนื่อยหอบ มีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อทรวงอก (Retraction) อัตราการหายใจมากกว่า 50 ครั้งต่อนาที 5) ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง (HHHFNC)

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบมีโรคประจำตัวที่รุนแรง เช่น โรคสมองพิการ ความพิการด้านร่างกายรุนแรง 2) มีอาการไม่รุนแรง ไม่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน

เครื่องมือ คือ แบบบันทึกข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ผลการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและการรักษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ด้านความปลอดภัยของระบบทางเดินหายใจ ด้านความสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่และการได้รับสารอาหารเพียงพอ ด้านความสุขสบายทางกาย จิตสังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาของครอบครัว และด้านความสามารถของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ผลการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 และผู้ป่วยรายกรณีที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และวิเคราะห์ความสอดคล้องของแบบบันทึกข้อมูล จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางระบบทางเดินหายใจในเด็ก จำนวน 1 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 2 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา เปรียบเทียบการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 และผู้ป่วยรายกรณีที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
อายุ	1 ปี	9 เดือน
อาการสำคัญ	หายใจเหนื่อยหอบ	หายใจเหนื่อยหอบ
ประวัติโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	BPD (Bronchopulmonary Dysplasia)
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1 วัน ไอมีน้ำมูก ไม่มีไข้ รับนมได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน หายใจเหนื่อยหอบ จึงมาโรงพยาบาล	7 วัน ไอมีเสมหะ ไม่มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ รับนมได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระแสง On O_2 cannula เป็นเวลา 3 วัน อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งมายังโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คลอดครบกำหนด คลอดปกติ น้ำหนักแรกคลอด 3,000 กรัม น้ำหนักแรกรับ 8.5 กิโลกรัม	ครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 1,000 กรัม รักษาใน NICU 3 เดือน น้ำหนักแรกรับ 6.19 กิโลกรัม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 และผู้ป่วยรายกรณีที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา
พัฒนาการและการเจริญเติบโต	มีพัฒนาการปกติตามวัย คือ พูดได้ 1 คำ เดินได้ จับวัตถุเล็กๆ ได้	มีพัฒนาการปกติตามวัย คือ คว่ำได้ นั่งได้ เริ่มพูดอ้อแอ้
การได้รับวัคซีน	ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์	ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและการรักษาผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 และผู้ป่วยรายกรณีที่ 2

การประเมิน	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
การตรวจร่างกาย	-ปอดมี rhonchi, wheezing, subcostal retraction -ระบบอื่นๆ ปกติ	-ปอดมี rhonchi, wheezing, subcostal retraction -ระบบอื่นๆ ปกติ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	-CBC=Hct=33.5%, Hb=12.2 g/dl, Plt.=297*10^3/ul, WBC=14.52*10^3/ul -H/C= No Growth -RSV= Negative -Influenza A,B = Negative	-CBC=Hct=36.5%, Hb= 11.3 g/dl, Plt.=700*10^3/ul, WBC=16.02*10^3/ul -H/C= No Growth -Sputum Gram stain=not found, C/S no growth หลัง on ET tube วันแรก -Sputum C/S =Klebsiella neumoniae: MDR หลัง on ET tube 10 วัน
การตรวจทางรังสีวิทยา	-CXR แรกรับ = minimal perihilar infiltration	-CXR แรกรับ =minimal perihilar infiltration -วันที่ 3,6,8,12= infiltration,15=infiltration เพิ่มขึ้น
การวินิจฉัยโรค	-Viral Pneumonia	-Bacterial Pneumonia, VAP, MDR
การรักษา	-HHHFNC 2 วัน, O_2 cannula 4 วัน -Ventolin 0.5 cc+ NSS up to 4 cc พ่นทุก 4 hrs -Oseltamivir 2 cc รับประทาน bid เป็นเวลา 5 วัน	-O_2 cannula 5 วัน,HHHFNC 4 วัน, Ventilator 13 วัน -Ventolin 0.3 cc+ NSS up to 4 cc พ่นทุก 4-6 hrs -Berodual 0.5 cc+ NSS up to 4 cc พ่นทุก 4-6 hrs -Dormicum 3 mg IV ทุก 4 hrs -Fentanyl 6 mg IV prn ทุก 3 hrs -Ceftazedime 300 mg IV ทุก 8 hrs 3 วัน -Tazocin 600 mg IV ทุก 8 hrs 10 วัน -Meropenam 280 mg IV ทุก 8 hrs 3 วัน -Sulcef 350 mg IV ทุก 8 hrs 14 วัน
รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล	6 วัน	22 วัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 และผู้ป่วยรายกรณีที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
1. ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด	1. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพ ความอิ่มตัวของออกซิเจน ทุก 2-4 ชั่วโมง และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ early warning sign 2. ประเมินอาการผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซและภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด เช่น หายใจเร็ว หอบเหนื่อยมากขึ้น จมูกบาน มีภาวะเขียว 3. ดูแลให้ได้รับ HHHFNC ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. จัดท่าให้นอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ใช้ผ้าหนุนให้คอแหงนเล็กน้อย เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี 5. ดูแลให้ได้รับยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาของแพทย์	1. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพ ความอิ่มตัวของออกซิเจนทุก 1-2 ชั่วโมง และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ early warning sign 2. ประเมินอาการผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซและภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด เช่น หายใจเร็ว หอบเหนื่อยมากขึ้น จมูกบาน มีภาวะเขียว 3. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. จัดท่าให้นอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ใช้ผ้าหนุนให้คอแหงนเล็กน้อย เพื่อช่วยให้ปอดขยายและมีการระบายอากาศที่ดี 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ดูแลให้ยา Sedative และ Opioid เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ไม่ต่อต้านเครื่องช่วยหายใจ
ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	-ด้านความปลอดภัยของระบบทางเดินหายใจ ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลว	-ด้านความปลอดภัยของระบบทางเดินหายใจ เกิดภาวะหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 13 วัน
2. การกำจัดเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะในปากและจมูกตามอาการของผู้ป่วย 2. ช่วยระบายเสมหะออกจากปอด โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ 3. ประเมินปริมาณของเสมหะ จากลักษณะของการหายใจ เสียงการหายใจ และการไอ 4. สังเกตสี ความเหนียวของเสมหะที่ออกมา พร้อมลงบันทึกในใบบันทึกทางการพยาบาล	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ ทุก 2-4 ชั่วโมงหรือตามอาการ เลือกใช้สายยางที่มีขนาดพอดีและเหมาะสม คือ มีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่าครึ่งหนึ่งของเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ 2. ทำการระบายเสมหะโดยการทำกายภาพบำบัดทรวงอก โดยการจัดท่าระบายเสมหะ เคาะปอดสั่นสะเทือน ก่อนทำการดูดเสมหะ 3. ประเมินปริมาณของเสมหะ จากลักษณะของการหายใจ เสียงการหายใจ และการไอ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 และผู้ป่วยรายกรณีที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
	5. เปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ 7. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง 8. ประเมินอาการผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซและภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด เช่น หายใจเร็วหอบเหนื่อยมากขึ้น จมูกบาน มีภาวะ Cyanosis 9. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมแบบฝอยละอองตามแผนการรักษาของแพทย์ 10. สอนการล้างจมูกให้แก่บิดามารดาเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	4. สังเกตสี ความเหนียวของเสมหะที่ออกมา พร้อมลงบันทึกในใบบันทึกทางการพยาบาล 5. เปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ 7. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง 8. ประเมินอาการผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซและภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด เช่น หายใจเร็วหอบเหนื่อยมากขึ้น จมูกบาน มีภาวะ Cyanosis 9. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมแบบฝอยละอองตามแผนการรักษาของแพทย์
ผลลัพธ์ทางการพยาบาล 3. มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินหายใจ	-ด้านความปลอดภัยของระบบทางเดินหายใจ มีเสมหะในปากพอควร เคาะปอดและดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะ -ไม่มีปัญหาข้อนี้	-ด้านความปลอดภัยของระบบทางเดินหายใจ มีเสมหะในท่อหลอดมคอและในปากมาก ทำให้ต้องเคาะปอดและดูดเสมหะทุก 2-4 ชั่วโมง 1. ดูแลให้หย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด 2. ล้างมือให้สะอาด 5 moment 7 ขั้นตอน 3. ป้องกันการสำลัก โดยให้นอนยกศีรษะสูง 30 องศา 4. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง 5. ป้องกันการปนเปื้อนของน้ำในหม้อน้ำของเครื่องช่วยหายใจ โดยทำความสะอาดอุปกรณ์ก่อนเปลี่ยนน้ำทุกครั้ง 6. ในการดูแลผู้ป่วยต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย และถอดทิ้งที่บริเวณเตียงผู้ป่วยทันทีหลังทำหัตถการเสร็จ 7. การอาบน้ำผู้ป่วยด้วยน้ำยา 4% CHG

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 และผู้ป่วยรายกรณีที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
		8. ดูแลความสะอาดเตียง และ unit ด้วยน้ำยาโพสควอท 9. แยกผู้ป่วยให้ห่างจากผู้ป่วยรายอื่น และแขวนป้ายสื่อสารเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	-ด้านความปลอดภัยของระบบทางเดินหายใจ ไม่เกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มเติม	-ด้านความปลอดภัยของระบบทางเดินหายใจ มีการติดเชื้อเพิ่มเติม คือ ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้อดื้อยา ทำให้ต้องให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน และให้ต่อที่โรงพยาบาลพระแสงจนครบ 14 วัน
	-ด้านความสุขสบายทางกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยไม่มีไข้และหลับได้ดีเพราะมีบิดามารดาดูแลตลอดเวลาที่ข้างเตียง จะรู้สึกกลัวและร้องไห้เวลาต้องทำหัตถการต่างๆ	-ด้านความสุขสบายทางกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายจากการมีไข้ และร้องไห้ ดิ้น ไม่ยอมนอน เนื่องจากมีความไม่สบายตัว และมีความกลัวที่ต้องนอนคนเดียวในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤติ ไม่มีบิดามารดามาเฝ้าข้างเตียง
4. มีโอกาสขาดสารน้ำและอาหารเนื่องจากมีการสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้นจากภาวะหายใจเร็ว เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก	1.ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดตามแผนการรักษา 2. ดูแลให้ได้รับนมตามแผนการรักษา 3. ก่อนให้นม ต้องประเมินเสมหะในทางเดินหายใจ ถ้ามีมากต้องช่วยระบายเสมหะโดยการทำกายภาพบำบัดทรวงอก และดูดเสมหะ 4. วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ 5. ประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง กระหม่อมบุ๋ม ผิวหนังมีความตึงตัวลดลง 6. ดูแลความสะอาดของปากและฟันกระตุ้นให้อยากอาหาร และดูดนมได้มากขึ้น 7. ชั่งน้ำหนักและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายผู้ป่วยทุกวันเพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดตามแผนการรักษา 2. ดูแลให้ได้รับนมตามแผนการรักษา 3. ก่อนให้นม ต้องประเมินเสมหะในทางเดินหายใจ ถ้ามีมากต้องช่วยระบายเสมหะโดยการทำกายภาพบำบัดทรวงอก และดูดเสมหะ 4. วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ 5. ประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง กระหม่อมบุ๋ม ผิวหนังมีความตึงตัวลดลง 6. ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากอาหาร และดูดนมได้มากขึ้น 7. ชั่งน้ำหนักและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายผู้ป่วยทุกวันเพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 และผู้ป่วยรายกรณีที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	-ด้านความสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และการได้รับสารอาหารเพียงพอ ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และไม่มีภาวะขาดน้ำและอาหาร	-ด้านความสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และการได้รับสารอาหารเพียงพอ ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และไม่มีภาวะขาดน้ำและอาหาร
5. ผู้ป่วยและบิดามารดามีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาล	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดาผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล และให้กำลังใจ 2. อธิบายให้บิดามารดาเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง และการรักษาเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานให้ได้พบแพทย์ตามความต้องการ 3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และแจ้งบิดามารดาก่อนทุกครั้ง 4. ดูแลความสุขสบาย จัดหาของเล่น และกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 5. แนะนำให้บิดามารดาอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดาผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล และให้กำลังใจ 2. อธิบายให้บิดามารดาเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง และการรักษาเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานให้ได้พบแพทย์ตามความต้องการ 3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และแจ้งบิดามารดาก่อนทุกครั้ง 4. ดูแลความสุขสบาย จัดหาของเล่น และกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 5. ช่วงที่เข้าเยี่ยมแนะนำให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย 6. ดูแลให้ได้รับยา sedative ตามแผนการรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ไม่ต้านเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ลดภาวะเหนื่อยหอบ
ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	-ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาของครอบครัว บิดามารดามีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี มีช่วงแรกที่รู้สึกวิตกกังวลในอาการของบุตร แต่เมื่อได้รับคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาล และได้อยู่ดูแลบุตรตลอดก็คลายความวิตกกังวล	-ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาของครอบครัว บิดามารดามีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี ช่วงแรกที่รู้สึกวิตกกังวลในอาการของบุตรที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤติ แต่เมื่อได้รับคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาล และสามารถเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลาก็คลายความวิตกกังวล
6. บิดามารดาเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลบุตรต่อเนื่องที่บ้าน	-ไม่มีปัญหาในข้อนี้	1. เสริมสร้างพลังอำนาจในเรื่องการดูแลบุตรต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น เมื่อบุตรมีปัญหาเจ็บป่วย เกิดภาวะฉุกเฉิน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การจัดการสิ่งแวดล้อม การจำกัดคนมาเยี่ยมบุตร เป็นต้น

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 และผู้ป่วยรายกรณีที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
		2. แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือหรือติดต่อกลับ กรณีเกิดความไม่มั่นใจหรือมีเหตุฉุกเฉินที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เช่น สถานีอนามัยใกล้บ้าน พร้อมทั้งเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669
ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	-ด้านความสามารถของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง บิดามารดามีความมั่นใจว่าสามารถดูแลบุตรต่อเนื่องที่บ้านได้ดี เพราะผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ	-ด้านความสามารถของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง บิดามารดามีความไม่มั่นใจในการดูแลบุตรอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องที่บ้าน เพราะบุตรมีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะติดเชื้อดื้อยา แต่เมื่อได้รับการเตรียมความพร้อมจากพยาบาล ก็คลายความวิตกกังวลและเกิดความมั่นใจในการดูแลบุตรมากขึ้น

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กทั้ง 2 รายเป็นโรคปอดอักเสบที่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบต้องรักษาโดยการให้ออกซิเจน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด 2) การกำจัดเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจ 3) มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินหายใจ ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความปลอดภัยของระบบทางเดินหายใจ คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีเสมะในปากพอควร เคาะปอด ดูดเสมหะให้ อาการดีขึ้น สามารถเอาออกซิเจนออกได้เร็ว นอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 วัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหายใจล้มเหลวต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 13 วัน มีเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากมาก ต้องเคาะปอดและดูดเสมหะบ่อยๆ เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและเกิดภาวะติดเชื้อดื้อยาตามมา ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานเป็นเวลา 22 วัน ส่วนผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความสุขสบายทางกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีไข้ หลับได้ดีเพราะมีบิดามารดาดูแลตลอดเวลาที่ข้างเตียง จะรู้สึกกลัวและร้องไห้เวลาต้องทำหัตถการต่างๆ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีความไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ นอนไม่หลับ ดิ้นตลอด มีความกลัวเนื่องจากไม่ได้นอนกับบิดามารดาเพราะอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤติ จำเป็นต้องให้ยาเพื่อทำให้สงบ 4) มีโอกาสขาดสารน้ำและสารอาหารเนื่องจากมีการสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้นจากภาวะหายใจเร็ว เหนื่อยหอบหายใจลำบาก ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และการได้รับสารอาหารเพียงพอ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีภาวะขาดสารน้ำและอาหาร สามารถดูดนมได้ดี เมื่อเอาสารน้ำทางหลอดเลือดดำออก 5) ผู้ป่วยและบิดามารดามีความกลัว และวิตกกังวล เนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาของครอบครัว บิดามารดามีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี มีช่วงแรกที่รู้สึกวิตกกังวลในอาการของบุตร แต่เมื่อได้รับคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาล และได้อยู่ดูแลบุตรตลอดก็คลายความวิตกกังวล แม้ว่าบิดามารดาของผู้ป่วยรายที่ 2 จะไม่ได้อยู่ดูแลบุตรตลอดเวลาช่วงที่อยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤติแต่ก็สามารถเข้าเยี่ยมและ

ซักถามอาการได้ตามต้องการ 6) บิดามารดาเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลบุตรต่อเนื่องที่บ้าน ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความสามารถของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง บิดามารดาผู้ป่วยรายที่ 1 มีความมั่นใจว่าสามารถดูแลบุตรต่อเนื่องที่บ้านได้ดี เพราะผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ส่วนบิดามารดาผู้ป่วยรายที่ 2 มีความไม่มั่นใจเพราะบุตรมีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และภาวะติดเชื้อดื้อยา แต่เมื่อได้รับการเสริมพลัง การเตรียมความพร้อม การควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการฝึกทักษะในการดูแลบุตรทำให้เกิดความมั่นใจ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย วางแผนจำหน่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดำเนินชีวิตต่อที่บ้านได้ มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นอนาคตที่ดีของสังคมและประเทศชาติต่อไป

อภิปรายผล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1) ด้านความปลอดภัยของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อน คือ มีภาวะหายใจล้มเหลวที่อาจจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคปอดเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิม รวมทั้งสาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อก่อโรคที่ต่างกัน [4,5] ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจและย้ายเข้าหอผู้ป่วยเด็กวิกฤติ มี secretion มาก ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดตามกระบวนการพยาบาล และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของกลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด หลังจากนั้นเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤติ ในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มาตรฐานสากลอยู่ที่ 8.2 ต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ [8] และเกิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน [9] ซึ่งกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี 2562-2564 มีอัตราการเกิด VAP เท่ากับ 7.24, 4.62 และ 5.04 ต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และในรายที่มีการใช้ยา sedation ร่วมด้วยก็จะเสี่ยงต่อการเกิด VAP ได้มากกว่า [10] แต่ถ้ามีการใช้ Endotracheal with cuff จะส่งผลให้ VAP ลดลงได้ [11] สำหรับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีใช้ Endotracheal ชนิดที่ไม่มี cuff ก็อาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมได้ หลังจากนั้นมีการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มจากการใช้ยาต้านจุลชีพเป็นเวลานาน [10,12] ให้การพยาบาลโดยเน้นการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทั้งต่อผู้ป่วยเด็ก ญาติ บุคลากร และชุมชน และดูแลให้ได้รับยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษา 2) ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาของครอบครัว พบว่าบิดามารดาของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี จะมีในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษาที่เกิดความวิตกกังวลแต่เมื่อได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งให้การพยาบาลที่นุ่มนวลและให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลก็คลายความวิตกกังวล รวมทั้งได้อยู่ดูแลบุตรตลอดเวลา สำหรับรายที่ 2 ช่วงที่บุตรอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤติก็สามารถเข้าเยี่ยมและสามารถสอบถามอาการและปัญหาได้ตลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ปกครองต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเพื่อที่จะยังคงบทบาทเป็นผู้ปกครองในการดูแลเด็ก [13] และการให้ผู้ปกครองมีส่วนช่วยในการดูแลก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น [14] 3) ด้านความสามารถของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ ในผู้ป่วยรายที่ 1 บิดามารดามีความมั่นใจว่าสามารถดูแลต่อเนื่องได้ดี ส่วนรายที่ 2 บิดามารดาเกิดความไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ดี โดยเฉพาะเรื่องการติดเชื้อที่ปอดและการติดเชื้อดื้อยา พยาบาลผู้ดูแลได้มีการสร้างเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจและเตรียมความพร้อมในการดูแลบุตรในทุกๆ ด้านโดยมีการสาธิตและฝึกทักษะ โดยเฉพาะการสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จนบิดามารดาเกิดความ

มั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจะทำให้ผู้ดูแลทำได้ดีและมีความมั่นใจมากขึ้น [15] และการวางแผนการจำหน่ายที่ดีจะเป็นการลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และสามารถดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกวิธี [16] ซึ่งจากการติดตามบิดามารดาได้นำผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาตรวจตามนัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการส่งเสริมให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเพื่อลดความวิตกกังวล และเสริมพลังอำนาจ ฝึกทักษะ ตลอดจนให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2. ควรมีการจัดฝึกอบรมภายในหน่วยงานให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อมีบุคลากรที่จบใหม่เพื่อจะได้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 025/65 ลงวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยการขออนุญาตสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจำนวน 2 ราย จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย โดยไม่ระบุตัวตน ปกปิดข้อมูลที่ผู้อ่านไม่สามารถสืบค้นหาตัวตนของผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2010). **Treatment and Prevention of Pneumonia:** (online). Available from: https//:www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url= https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_26-en.pdf&ved=2ahUKEwiDOrSA77T9AhVN2DgGHZqzBEEQFnoECDQQAQ&usg=AOvVaw16Ym5w_UoLpL9sH-vzY1HB (Access 15 May 2022).
2. World Health Organization. **Pneumonia:** (online). Available from: https//: www.who.int/health-topics/pneumonia#tab=tab_1 (Access 15 May 2022).
3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2564). **ฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา:** (online). Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma (Access 15 May 2022).
4. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). **แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์.
5. Sinaniotis, C. A. (2005). **Community-acquired pneumonia in children. Current Opinion in Pulmonary Medicine,** 11 (3). 218-225.
6. พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. (2563). การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
7. ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, และคณะ. (2561). ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

8. Ling ML., Apisanthanarak A., Madiaga G. (2015). The Burden of Healthcare-Associated Infections in Southeast Asia: A Systematic Literature Review and Meta-analysis. **Clin Infect Dis.** 60: 1690-9.

9. เก่งกาจ อุ่นฤทธิ์. (2020). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 17(2).

10. Klompas M., et al. (2014). Strategies to prevent Ventilator-associated pneumonia in acute care hospital. **Infect Control Hosp Epidemiol.** 35: 915-936.

11. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. (2564). **Impect of Quality Improvement Intervention to prevent VAP in critically lll children.** คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

12. สนิตรา ศิริธางกูล, และคณะ. (2563). **Sharpen Your Practice in Pediatric Respiratory Diseases.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บียอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.

13. แขนภา รัตนพิบูลย์. (2550). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. **Rama Nurs J.** 17(2): 232-247.

14. Pongiaturawat Y. (2005). **Parent participation in the care of hospitalized young children. Doctoral dissertation.** Chaingmai University: Thailand.

15. วนิดา แสนพุก, สุดใจ ศรีสงค์, และเพ็ญจุรี แสนสุริยวงศ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ. วารสารกองการพยาบาล. 47(1).

16. วราภรณ์ ผาทอง, และคณะ. (2020). ประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลแพร่. **Journal of the Phrae Hospital.** 28(2).