MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤต: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน และการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

Discharge Planning for Pediatric Intensive Care Unit Patients: Applying Virginia Henderson's Nursing Theory

นิศาชล สังฆ์สุข[1] , กนกจันทร์ เขม้นการ[2*], กนกวรรณ เพชรสุวรรณ[3]

Nisachon Sangsuk[1] , Kanokjun Khamenkan[2*], Kanokwan Pethsuwan[3]

[1,2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44150

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

[1,2]Assistant Ptofessor Faculty of Nursing Mahasarakham University Maha Sarakham Province, 44150

[3]Registered Nurse Pediatric Intensive Care Unit Maha Sarakham Hospital, Maha Sarakham Province 44000

Corresponding aurthor: E-mail: kanokjun.k@msu.ac.th

Received: 9 October 2025 Revised: 2 March 2026 Accepted: 24 March 2026

บทคัดย่อ

การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญกับผู้ป่วยเด็กป่วยวิกฤตทั้งนี้เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตมีประสิทธิภาพตั้งแต่เข้ารับบริการในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายกรอบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กกรณีศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน ร่วมกับแนวคิดในการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กำหนดเป็นกรอบในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลที่มีมาตรฐาน มุ่งเน้นเสริมสร้างความแข็งแกร่ง ความตั้งใจ ความรู้ ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในทุกมิติของความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่าย, การดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, ทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน, หน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ABSTRACT

Discharge planning was required for pediatric patients in the pediatric intensive care unit (PICU) to ensure effective nursing care. This was done to lower the readmission rate. This article aims to describe the pediatric discharge planning framework in a case study. Virginia Henderson's nursing theory and family-centered care were used to establish a framework for patient discharge planning in the PICU. This was done to assist the patient and family in meeting the care standards. It addressed enhancing the strength, will, and knowledge of pediatric patients and their families in all facets of their physical, mental, social, and spiritual well-being.

Keywords : Discharge planning, Family-centered care, Virginia Henderson's Nursing Theory**,** Pediatric Intensive Care Unit

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

บทนำ

การเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยเด็กจากภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (Pediatric Intensive Care Unit, PICU) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เด็กที่รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตอาจต้องขาดเรียน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง และมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรังเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ขณะที่ผู้ดูแลเด็กต้องขาดงานและเผชิญภาระทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[1] นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจแม้จะรอดชีวิต แต่จำนวนไม่น้อยยังคงมีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อนต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และมีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลาอันใกล้หลังจำหน่าย[2]

สถานการณ์ในประเทศไทยสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาอย่างชัดเจน โดยข้อมูลระหว่าง พ.ศ. 2558–2565 รายงานว่าอัตราการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมมากถึง 13.5–18.6 ต่อ 1,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตในระดับที่สูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ช็อกจากการติดเชื้อ บาดเจ็บที่ปอดรุนแรง และความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจและคะแนนความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญ[3, 4] โรคปอดอักเสบยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนโรงพยาบาลในเด็กและวัยรุ่นและมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น[5] อีกทั้งประวัติปอดอักเสบก่อนการถอดท่อช่วยหายใจเป็นปัจจัยทำนายความล้มเหลวของการถอดท่อช่วยหายใจ[6] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตมิได้สิ้นสุดเพียงการพ้นภาวะคุกคามต่อชีวิต แต่ยังจำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำซึ่งการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลเด็กต่อเนื่องที่บ้าน[7,8] หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่าการวางแผนจำหน่ายที่เริ่มตั้งแต่ระยะต้นของการรักษา มีโครงสร้างชัดเจนและเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้[9] อย่างไรก็ตามในบริบทการพยาบาลผู้ป่วยเด็กของประเทศไทย แม้ว่ามีการนำหลัก D-METHOD มาใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และพบว่าสามารถเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลได้[10] แต่อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติดังกล่าวมุ่งเน้นการให้คำแนะนำช่วงก่อนกลับบ้านเป็นหลัก และยังขาดกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ช่วยประเมินความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแม้แนวคิดการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) จะได้รับการยอมรับว่าสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลและเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กของครอบครัว แต่การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤต

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ยังขาดกรอบทฤษฎีทางการพยาบาลที่ช่วยประเมินและตอบสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กอย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งยังไม่มีบทความวิชาการที่เสนอการบูรณาการทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามแนวคิดของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน ร่วมกับการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อใช้เป็นกรอบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤตอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับจนถึงการติดตามหลังจำหน่าย ช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวจึงจำเป็นในการพัฒนาแนวทางเชิงทฤษฎีที่ช่วยเสริมศักยภาพของเด็กและครอบครัวในการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างยั่งยืน

ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงมุ่งเสนอการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นกรอบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤตจากหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม สู่หอผู้ป่วยเด็กและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้การดูแลมีความเป็นระบบครอบคลุมทุกมิติของความต้องการพื้นฐาน และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในระยะวิกฤตในระยะเริ่มต้นสู่ภาวะที่มีระดับความรุนแรงลดลงจนเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งจำเป็นจะต้องประเมินความต้องการ วางแผนการจำหน่าย ดำเนินการฝึกทักษะ ประเมินผลและส่งต่อข้อมูล ครอบคลุมในทุกมิติทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของเวอร์จิเนีย แฮนเดอร์สันและยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องและมีทักษะในการดูแลเด็กตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนมีความพร้อมและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านด้วยความมั่นใจว่าผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจะสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤต

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤตเป็นกระบวนการสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อการรอดชีวิต คุณภาพชีวิต และความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันหรือได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ซึ่งยังคงมีอัตราการเสียชีวิตสูงในประเทศไทย แม้แนวโน้มจะลดลงในช่วงหลัง โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น ภาวะหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว การติดเชื้อในกระแสเลือดและการใส่ท่อช่วยหายใจที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ[3] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยเด็กหลังพ้นระยะวิกฤตยังมีความเปราะบางสูงและจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างรอบด้านการกลับเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมซ้ำมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่เลวลงและภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจสะท้อนถึงช่องว่างในการวางแผนจำหน่ายและความไม่ต่อเนื่องของการดูแล ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงควรเริ่มตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม และดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในเชิงทฤษฎีกระบวนการดังกล่าวสามารถอธิบายได้ภายใต้กรอบทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน (Virginia Henderson’s Nursing Theory) ซึ่งมองว่าการพยาบาลคือการช่วยเหลือบุคคล

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต สุขภาพ หรือการฟื้นตัวได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ โดยเน้นแนวคิดเรื่องความเป็นอิสระในการดูแลตนเอง ทฤษฎีนี้เสนอว่ามนุษย์มีความต้องการพื้นฐาน 14 ประการ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ มิติทางชีวภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น การหายใจอย่างปกติ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร การเรียนรู้ และการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า[11, 12] เมื่อประยุกต์สู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤต พยาบาลจึงมีบทบาทในการประเมินความต้องการทั้ง 14 องค์ประกอบดังกล่าว ไม่เพียงเฉพาะด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการหายใจ การรับประทานยา หรือการดูแลสายให้อาหาร แต่ยังรวมถึงมิติทางจิตใจของเด็กและผู้ปกครอง ความพร้อมทางสังคม เครือข่ายสนับสนุน และความเชื่อหรือค่านิยมของครอบครัว เป้าหมายของการจำหน่ายจึงไม่ใช่เพียงการออกจากโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย แต่คือการทำให้เด็กและครอบครัวสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีความเป็นอิสระสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดของภาวะสุขภาพ นอกจากนี้แนวคิดการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสนับสนุนกรอบคิดดังกล่าวโดยหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในครอบครัว การให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน และการสร้างความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ ช่วยลดความเครียด เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแล และสนับสนุนผลลัพธ์ที่ดีขึ้นหลังจำหน่าย[9] กลไกเหล่านี้สอดคล้องกับเป้าหมายของทฤษฎีที่มุ่งเพิ่มศักยภาพการพึ่งพาตนเอง นอกจากนี้ความสามารถในการฟื้นตัวทางจิตใจของผู้ดูแลหรือพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กหลังออกจากโรงพยาบาล การสนับสนุนด้านจิตสังคมจึงควรนำไปบูรณาการในแผนจำหน่าย เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และเสริมสร้างความเป็นอิสระในการดูแลตนเองตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤตจึงควรเป็นกระบวนการแบบองค์รวมและต่อเนื่องผสานหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับกรอบแนวคิดทฤษฎีครอบคลุมการประเมินความพร้อมทางคลินิก การตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้ง 14 ประการ การเสริมศักยภาพผู้ดูแล และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการกลับเข้ารักษาซ้ำ ลดการเสียชีวิต และส่งเสริมความเป็นอิสระในการดำรงชีวิตของเด็กและครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อไป

บทบาทพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤตแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญมากที่สุดและเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้ป่วยเด็ก[13] การนำแนวคิดการพยาบาลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงถูกนำมาใช้ในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมและมีความจำเป็น เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งย้ายออกจากในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตจนกลับบ้านได้ จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าครอบครัวของเด็กป่วยวิกฤตมีความหวังอยู่บนความไม่แน่นอน เมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตครอบครัวจะรู้สึกถึงความตายที่เข้าใกล้ผู้ป่วยเด็ก แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีความหวังเต็มเปี่ยมที่อยากให้ผู้ป่วยเด็กได้กลับบ้าน

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ดังนั้นการพยาบาลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงช่วยทำให้ครอบครัวเผชิญกับความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ความไม่แน่นอน ความรู้สึกผิดและความรู้สึกสิ้นหวัง[14] ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการที่พยาบาลรับฟังการสื่อสารของครอบครัวเพื่อความเข้าใจมากขึ้น ช่วยให้เกิดความไว้วางใจ เคารพซึ่งกันและกัน ประสานความร่วมมือได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีคุณภาพสูงขึ้น

การสร้างความมั่นใจและเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กให้ปลอดภัยพ้นวิกฤต พยาบาลใช้หลักสำคัญของการพยาบาลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 4 ประการ คือ 1) การสื่อสาร 2) การมีส่วนร่วม 3) การประสานความร่วมมือ และ 4) การเคารพและให้เกียรติ[15] จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การสื่อสารแบ่งปันข้อมูลให้กับครอบครัวของผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กับการปรับปรุงความรู้และประสบการณ์ของครอบครัว การมีส่วนร่วมแบ่งปันข้อมูลทำให้ความเครียดของครอบครัวลดลง ครอบครัวมีทัศนคติเชิงบวกที่ได้อยู่กับผู้ป่วยเด็ก สุขภาวะทางด้านจิตวิญญาณ และสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในครอบครัวเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลลดลง การปฏิบัติด้วยความเคารพให้เกียรติช่วยให้การสื่อสารดีขึ้น ผู้ดูแลได้รับความพึงพอใจที่มีส่วนร่วมตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็ก[9] พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติโดยประเมินความต้องการของครอบครัว จัดโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อการมีส่วนร่วม ปรับรูปแบบแผนการพยาบาลให้เหมาะสมตามสภาพแวดล้อมของครอบครัว สร้างเครือข่ายในชุมชน และให้ข้อมูลย้อนกลับ[16] โดยมุ่งหวังผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งเสริมพัฒนาการที่ดีของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของครอบครัวและผู้ดูแลพึงพอใจ[17] ในแต่ละขั้นตอนของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กออกจากหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิดการพยาบาลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางพยาบาลมีบทบาทดังนี้[18]

1. ขั้นประเมิน พยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวก่อนการจำหน่ายออกจากหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยให้ความสำคัญกับมุมมองความเชื่อทางวัฒนธรรมและระบุจุดแข็ง ความต้องการและระบบสนับสนุนของครอบครัว

2. ขั้นวางแผนการจำหน่าย พยาบาลพัฒนาแผนการจำหน่วยโดยปรึกษาหารือ แบ่งปันข้อมูลกับครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่พยาบาลเป็นผู้ประสานงานเพื่อสร้างความร่วมมือและจัดทำแผนการจำหน่ายที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยรวบรวมข้อกังวลของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวให้อยู่ในแผนการจำหน่าย

3. ขั้นดำเนินการ พยาบาลฝึกทักษะและให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยตามแผนการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้อย่างครบถ้วน ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาล

4. ขั้นประเมินผล พยาบาลประเมินความเข้าใจและความสามารถของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวโดยให้สาธิตย้อนกลับ ระบุข้อกังวลของครอบครัวในปัจจุบันและอนาคต

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

5. ขั้นตอนการส่งต่อ พยาบาลส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลรวมถึงการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่พยาบาลในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้ดำเนินการแล้วให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กหรือทีมที่รับการดูแลต่อที่บ้าน ประสานงานการดูแลกับหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลการติดต่อกรณีต้องการติดตามผลหรือกรณีฉุกเฉิน เพื่อให้ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถติดต่อประสานงานกันได้ และบันทึกสรุปการจำหน่าย

แม้ว่าการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้แนวคิดแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะมีข้อดีที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ลดภาระงานบางส่วนของบุคลากรทางการพยาบาล การสื่อสารข้อมูลดีขึ้น ความพึงพอใจของครอบครัวสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลควรตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กป่วยวิกฤตมีความซับซ้อนของโรคพยาบาลจึงต้องมีการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวโดยบูรณาการเข้ากับการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน เป็นกรอบแนวคิดช่วยพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมในทุกมิติ

บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤตโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน

ทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน หรือทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ (Human Needs Theory) กล่าวว่าการพยาบาลคือการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อสุขภาพของตนเองได้อย่างอิสระ มุ่งเน้นให้พยาบาลประเมิน ช่วยเหลือ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มศักยภาพสูงสุดในการดูแลตนเองได้อย่างอิสระ เวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สันอธิบายความต้องการของมนุษย์ทั้งหมด 14 องค์ประกอบ แบ่งเป็น 4 มิติประกอบด้วย[19,20]

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological component) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1-9 ได้แก่ ความต้องการหายใจเป็นไปอย่างปกติ การรับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้เอง การเคลื่อนไหวและรักษารูปทรงของร่างกายตามปกติ การนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ การเลือกสวมใส่เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสม การรักษาอุณหภูมิร่างกายตามปกติ การรักษาร่างกายให้สะอาดเรียบร้อย และการหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม

2. ความต้องการด้านจิตใจเพื่อการสื่อสารและการเรียนรู้ (Psychosocial aspects of communication and learning) ได้แก่ องค์ประกอบที่ 10 สามารถสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อให้เข้าใจความคิดเห็นอารมณ์ความต้องและความรู้สึก และองค์ประกอบที่ 14 พึงพอใจในสิ่งที่ค้นพบและได้เรียนรู้

3. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและศีลธรรมจรรยา (Spiritual and Moral) ได้แก่ องค์ประกอบที่ 11 ความต้องการด้านศรัทธาและความเชื่อของตนเองและผู้อื่น

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

4. ความต้องการด้านสังคมเพื่อการสังสรรค์และการพักผ่อน (Sociologically oriented occupation and recreation) ได้แก่ องค์ประกอบที่ 12 ความต้องการทำงานโดยคำนึงถึงความสำเร็จ และองค์ประกอบที่ 13 ความต้องการเล่นและเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

มโนทัศน์หลักในทฤษฎี (Major concepts) ให้มุมมองว่า 1) บุคคล (Person) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการพื้นฐาน 14 ประการ ต้องได้รับการช่วยเหลือจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ 2)สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล 3) สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่บุคคลสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานทั้ง 14 อย่างได้โดยอิสระ 4) การพยาบาล (Nursing) จะมุ่งเน้น การช่วยเหลือ สนับสนุน หรือให้การดูแลแก่บุคคล เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้เร็วที่สุด[11] และบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) และการเคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมความแข็งแกร่ง (Strength) ความตั้งใจ (Will) และ ความรู้ (Knowledge) ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี ฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาปฏิบัติทักษะในกิจวัตรประจำวันได้ มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น หรือเสียชีวิตอย่างสงบ[21]

ตัวอย่างการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวิกฤตโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน และการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ข้อมูลทั่วไป กรณีศึกษาเพศหญิง อายุ 10 ปี 7 เดือน น้ำหนัก 31 กก. เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง นับถือศาสนาพุทธ

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยเด็กเป็นโรคหอบหืด ขาดการรักษาและหยุดยาเองมาเป็นเวลา 4 ปี

ประวัติการรักษาปัจจุบัน ผู้ป่วยเด็กมีประวัติอาการเจ็บป่วย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ด้วยอาการปวดท้องบริเวณรอบสะดือร่วมกับมีไข้ ถ่ายเหลวประมาณ 4 ครั้งต่อวัน คลื่นไส้และอาเจียนหลายครั้ง ร่วมกับภาวะหอบหืดกำเริบ (Asthma exacerbation) จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ขณะแรกรับพบภาวะหายใจลำบาก มีเสียงหวีด (Wheezing) ขณะหายใจเข้าและออก ฟังเสียงปอดทั้งสองข้างพบลมเข้าน้อย ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบ infiltration บริเวณกลีบปอดล่างขวา บ่งชี้ภาวะปอดอักเสบร่วมกับความเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้รับการช่วยเหลือด้านการหายใจด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula, HFNC) ที่อัตราการไหล 30 ลิตรต่อนาที ความเข้มข้นออกซิเจน (FiO_2) 0.3 ได้รับยา Magnesium sulfate ทางหลอดเลือดดำ ขนาด 50 มก./กก./dose (รวม 1,550 มก.) ใน 30 นาที และต่อเนื่อง 2 กรัม ใน 4 ชั่วโมง ร่วมกับ Hydrocortisone ขนาด 5 มก./กก./dose (155 มก.) ทุก 6 ชั่วโมง และพ่นยา Berodual 1 Nebule พ่น 2 ครั้ง ที่แผนกฉุกเฉิน ต่อด้วยการพ่นทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยเด็กมีภาวะช็อก (Shock) จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จึงได้รับการแก้ไขด้วย Norepinephrine ทางหลอดเลือดดำ พร้อมให้สารน้ำชนิด Crystalloid ตามแนวทางการกู้ชีพและได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ร่วมกับ Azithromycin ต่อมาปรับเปลี่ยนเป็น Meropenem ขนาด 120 มก./กก./วัน

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ทุก 8 ชั่วโมง ก่อนส่งต่อมายังหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ด้วยการวินิจฉัย Pneumonia with Asthma with Sepsis with Acute diarrhea secondary to sepsis

แรกรับที่หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยยังคงมีอาการของภาวะช็อก ชีพจร 154 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/44 มม.ปรอท อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ได้รับการดูแลต่อเนื่องด้วย Norepinephrine ผสมใน 5% Dextrose in water หยดในอัตรา 5 มล./ชม. ร่วมกับสารน้ำ 5% DNSS ในอัตรา Maintenance + 5% deficit และยังคงใช้ HFNC ที่ 30 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.3 ได้รับยา Hydrocortisone ต่อเนื่อง 5 วัน พ่น Ventolin ทุก 4 ชั่วโมง และให้ Meropenem, Azithromycin ครบตามแผนการรักษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Dengue IgM weakly positive สื่อถึงการติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกระยะต้น จึงมีการติดตามค่าฮีมาโตคริตทุก 4–6 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะเลือดข้นและการรั่วของพลาสมา ค่า Hct จากเดิม 33 vol% เพิ่มเป็น 37 vol% และคงที่ ไม่เพิ่มขึ้นเกิน 20% จากค่าพื้นฐาน ค่าเกล็ดเลือด 190,000 cell/mm^3 การแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (PT 12.9 วินาที, PTT 30.0 วินาที, INR 1.1) ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติ

จากการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยเด็กตอบสนองต่อการรักษาภาวะช็อก ได้รับการแก้ไขให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (SBP 114–130 มม.ปรอท, DBP 80–89 มม.ปรอท) ปริมาณปัสสาวะเพียงพอ (3.7 มล./กก./ชม.) เฝ้าระวังภาวะปอดบวมน้ำโดยใช้อัลตราซาวด์ข้างเตียง ไม่พบ Ascites หรือ Pleural effusion ภาพรังสีพบ Bowel dilatation ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกบริเวณช่องท้องส่วนบนซ้ายเล็กน้อย ได้รับ Omeprazole ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา อาการปวดท้องลดลงตามลำดับ ก่อนจำหน่ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดท้อง สามารถรับประทานอาหารอ่อนได้และมีสัญญาณชีพคงที่

ภายหลังการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลา 4 วัน ผู้ป่วยเด็กมีอาการทางคลินิกดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ เสียงหายใจปกติ ไม่พบเสียงหวีดหรือเสียงผิดปกติจากการฟังปอด อาการหอบเหนื่อยลดลงอย่างชัดเจน สามารถลดระดับการสนับสนุนออกซิเจนเหลือเพียงออกซิเจนทาง Nasal cannula อัตราการไหล 5 ลิตรต่อนาที โดยมีค่าออกซิเจนในเลือดคงที่และไม่มีสัญญาณของภาวะหายใจล้มเหลว จึงมีแผนการรักษาให้ย้ายไปยังหอผู้ป่วยเด็กเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู ทั้งนี้ในระหว่างเข้ารับการรักษาผู้ป่วยในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลให้การพยาบาลและการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กรายนี้ตามแนวคิดทฤษฎีของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน เพื่อส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยเด็กตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความต้องการ พยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวก่อนการจำหน่ายจากหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกรรมตามแนวคิดทฤษฎีของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน ดังนี้

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

1) ประเมินความต้องการด้านร่างกาย พบว่าผู้เด็กป่วยรายนี้พึ่งพาออกซิเจนลดลงอยู่ในช่วงหย่าการช่วยหายใจและลดการใช้ออกซิเจน เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่ปวดท้องพร้อมที่จะปรับเป็นอาหารปกติตามวัยได้ ไม่มีอาเจียน ไม่ถ่ายเหลว ไม่มีปัสสาวะออกน้อยจากภาวะช็อกแล้ว ไม่มีอาการหายใจดึงรั้งของกล้ามเนื้อทรวงอก สามารถทรงตัวในท่านั่งได้แต่ยังไม่ลงจากเตียง นอนหลับได้ไม่กระสับกระส่าย ยังมีความกลัวความวิตกกังวลอยู่บ้าง ไข้ลดลง ผิวหนังไม่มีแผลกดทับ บ้วนปากแปรงฟันได้ยังอาบน้ำเองไม่ได้ ขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระบนเตียงได้และต้องช่วยทำความสะอาดให้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลวและภาวะช็อกแล้ว

2) ประเมินความต้องการด้านจิตใจเพื่อการสื่อสารและการเรียนรู้ พบว่าครอบครัวยังคงวิตกกังวลสูญเสียความมั่นคงทางจิตใจเกี่ยวเนื่องจากบุตรเจ็บป่วยในระยะวิกฤต มีความรู้สึกอยากให้ผู้ป่วยเด็กอาการดีขึ้นโดยเร็วและกลับบ้านได้ มีความตั้งใจปฏิบัติตัวตามคำแนะนำให้หายจากความเจ็บป่วยและไม่กลับเป็นซ้ำ การประเมินด้านความรู้ พบว่าผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ยังต้องการความรู้เกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะหอบหืดกำเริบ หายใจลำบาก ภาวะขาดน้ำ รวมถึงอาการอาการแสดงของโรคไข้เลือดออก ด้านการเรียนรู้ พบว่าผู้ป่วยเด็กและครอบครัวยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีพยาธิสภาพของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และระบบเลือดและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3) ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและศีลธรรมจรรยา ผู้ดูแลรู้สึกเครียด เป็นทุกข์ต้องการไหว้พระขอพรให้ผู้ป่วยเด็กหายจากการเจ็บป่วยครั้งนี้

4) ประเมินความต้องการด้านสังคมเพื่อการสังสรรค์และการพักผ่อน พบว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเด็กขาดเรียน ไม่ได้พบเจอเพื่อนและไม่ได้เล่นตามปกติ

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้รับการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน โดยพยาบาลปฏิบัติดังนี้

1) ด้านร่างกาย พยาบาลวางแผนการสอนทักษะการพ่นยาที่ต้องปรับเปลี่ยนจากแบบละอองฝอยเป็นแบบสูดพ่น สอนการหายใจแบบห่อปาก สอนการไออย่างถูกวิธี การสวมหน้ากากอนามัยป้องกันโรค แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ให้เพียงพอกับความต้องการ ดื่มน้ำสะอาด งดอาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง สอนการกำกับติดตามการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ทางการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระและอาเจียน สอนการจัดท่าระบายเสมหะและการทำกายภาพบำบัดทรวงอก ฝึกทักษะการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ทรงตัว จัดสิ่งแวดล้อมส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนเพื่อลดการใช้พลังงาน สอนการสวมเสื้อผ้าให้เหมาะสมกับสภาพอากาศ ทำความสะอาดเครื่องนอนเพื่อป้องกันหอบหืดกำเริบ เฝ้าระวังอาการมีไข้หรือ มือเท้าเย็น ดูแลให้ดื่มน้ำ เช็ดตัวลดไข้ และรับประทานยาลดไข้ ช่วยเหลือเรื่องการอาบน้ำทำความสะอาด

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ร่างกายบนเตียง ระมัดระวังและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพิ่มศักยภาพให้ช่วยเหลือตนเองเรื่องการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายตามปกติได้ ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในการกำจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการหอบหืดกำเริบ ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออก

2) ด้านจิตใจเพื่อการสื่อสารและการเรียนรู้ พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวแสดงความรู้สึก ความต้องการ แสดงความคิดเห็น สื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลเพื่อลดความกลัวความวิตกกังวล ส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยโดยใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการหายและติดตามการรักษา ให้ข้อมูลเรื่องโรค ยาที่ใช้ในการรักษา การปรับสิ่งแวดล้อม การทำหัตถการ การปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การติดตามนัด และการรับประทานอาหาร

3) ด้านจิตวิญญาณและศีลธรรมจรรยา พยาบาลสนับสนุนความต้องการด้านศาสนาและความเชื่อของเด็กและครอบครัวที่ไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล แนะนำสถานที่ในการไหว้พระ สวดมนต์ ตามความเชื่อของครอบครัว

4) ด้านสังคมเพื่อการสังสรรค์และการพักผ่อน ฝึกวิธีคิดเชิงบวกและปรับความคิดให้กับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เพื่อให้มองปัญหาความเจ็บป่วยวิกฤตที่เผชิญอยู่เป็นความท้าทายที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้ถึงเป้าหมายการหายจากโรคและฟื้นตัวกลับคืนสู่สภาวะปกติ สนับสนุนการเล่นที่ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพปอด การเล่นเพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการการฝึกทักษะ พยาบาลฝึกทักษะที่ได้วางแผนไว้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่ง ความตั้งใจ และความรู้ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ เป็นลำดับอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่ยัดเยียด และให้สาธิตย้อนกลับเพื่อตรวจสอบทักษะการปฏิบัติอย่างถูกวิธี จนมั่นใจว่าผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลตนเอง ฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ฟื้นตัวกลับคืนสู่สภาวะปกติได้

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ภายหลังดำเนินการตามแผนการจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ปฏิบัติทักษะการพ่นยาที่ถูกต้อง ไอขับเสมหะได้อย่างถูกวิธี สามารถออกกำลังกายเพื่อบริหารปอดและบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการทรงตัวเพื่อให้เคลื่อนไหวทรงตัวในท่านั่งได้มั่นคงได้ ผู้ดูแลในครอบครัวคลายความวิตกกังวลลง รับฟังข้อมูลตามแผนการจำหน่ายอย่างตั้งใจ และคาดหวังว่าผู้ป่วยจะไม่กลับเป็นซ้ำ ตั้งใจที่จะปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อไม่ให้หอบหืดกำเริบ และให้ข้อมูลย้อนกลับกับพยาบาลว่าอาจทำได้ยากในบางเรื่องเนื่องจากในชุมชนยังมีการก่อกองไฟไล่ยุง เผาขยะ ถนนมีฝุ่น แต่จะพยายามปรับเรื่องการทำความสะอาดบ้าน หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้หอบหืดกำเริบ ระมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ และมารับการรักษาตามนัดของแพทย์ รับการรักษา

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

เรื่องหอบหืดอย่างต่อเนื่องโดยไม่ขาดยาเองอีก รวมถึงแจ้งครูที่โรงเรียนให้ทราบเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของเด็กเพื่อปรับการทำกิจกรรมที่โรงเรียนและที่บ้านอย่างเหมาะสมหากมีอาการมีสัญญาณอันตรายฉุกเฉินรีบไปโรงพยาบาลทันที

ขั้นตอนที่ 5 การส่งต่อ เมื่อต้องส่งต่อผู้ป่วยเด็กจากหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยเด็ก พยาบาลส่งต่อข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล ให้ข้อมูลความรู้ที่ได้สื่อสารกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ข้อมูลการฝึกปฏิบัติทักษะที่ได้ดำเนินไปแล้วเพื่อให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยเด็กสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และวางแผนการจำหน่ายอีกครั้งเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และส่งตัวกลับไปติดตามการรักษาพยาบาลต่อที่หน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อรักษาควบคุมอาการของโรคหอบหืดอย่างต่อเนื่องและไม่หยุดยาเอง

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กออกจากหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตสู่หอผู้ป่วยเด็กโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน มีข้อดีคือพยาบาลสามารถประเมินความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครบถ้วนทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม สามารถกำหนดสิ่งที่ผู้ป่วยเด็กปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น พยาบาลวางแผนการจำหน่ายโดยปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้โดยอิสระ ฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวสามารถปฏิบัติทักษะได้ตามแผนการจำหน่ายที่วางแผนไว้ตลอดจนประเมินความมั่นใจที่ผู้ป่วยเด็กจะปฏิบัติการดูแลตนเองได้ ครอบครัวสามารถกำกับดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้อย่างครบถ้วน ซึ่งช่วยให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น และเมื่อผนวกการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางร่วมด้วย พยาบาลก็จะสื่อสารกับครอบครัวเพื่อรับฟังปัญหาความต้องการของครอบครัวได้มากขึ้นตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็ก สื่อสารและประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือ เช่น ปรึกษานักกายภาพบำบัดในการสอนการเคาะปอด การออกกำลังส่งเสริมสมรรถภาพปอด ปรึกษานักโภชนาการให้ความรู้เรื่องอาหาร ปรึกษาเภสัชกรช่วยดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวตามแผนการจำหน่ายแล้วจึงส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับดูแลต่อเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยเด็กจนกระทั่งเตรียมตัวกลับบ้าน ซึ่งกระบวนการนี้จะเป็นการเพิ่มศักยภาพด้านการเรียนรู้ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวตามองค์ประกอบที่ 14 ของแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของเฮนเดอร์สันได้อย่างสมบูรณ์ และเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ ของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจากการที่ได้รับการวางแผนในการดูแลจากโดยมีความต่อเนื่องจากข้อมูลที่ได้รับจำหน่ายผู้ป่วยออกจากในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตสู่หอผู้ป่วยเด็กจนกลับบ้านและดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

สรุป

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของเวอร์จิเนีย เฮนเดอร์สัน และแนวคิดการพยาบาลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ช่วยทำให้พยาบาลมีเป้าหมายในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ส่งเสริมความแข็งแกร่ง ความตั้งใจ และความรู้ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สามารถส่งต่อข้อมูลไปยังทีมสุขภาพเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวฟื้นตัวกลับเข้าสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็วและไม่กลับเข้ารักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Carlton EF, Donnelly JP, Prescott HC, Asaro LA, Barbaro RP, Watson RS. School and work absences after critical care hospitalization for pediatric acute respiratory failure: A secondary analysis of a cluster randomized trial. JAMA Network Open 2021;4:e2140732.
2. Sharp EA, Wang L, Hall M, Berry JG, Forster CS. Frequency, characteristics, and outcomes of patients requiring early PICU readmission. Hospital Pediatrics 2023;13:678-88.
3. Uppala R, Sitthikarnkha P, Techasatian L, Saengnipanthkul S, Kosalaraksa P, Thepsuthammarat K. Epidemiology, outcomes, and factors associated with mortality in pediatric acute respiratory distress syndrome in hospitalized Thai children: A nationwide retrospective analysis, 2015–2022. Critical Care 2025;29:298.
4. Samransamruajkit R, Wong JJM, Smathakane C, Anantasit N, Sunkonkit K, Ong J. Pediatric severe sepsis and shock in three Asian countries: A retrospective study of outcomes in nine PICUs. Pediatric Critical Care Medicine 2021;22:713-21.
5. Sitthikarnkha P, Uppala R, Niamsanit S, Sutra S, Thepsuthammarat K, Techasatian L. Epidemiology of acute lower respiratory tract infection hospitalizations in Thai children: A 5-year national data analysis. Influenza and Other Respiratory Viruses 2022;16:142-50.

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

6. Saengsin K, Sittiwangkul R, Borisuthipandit T, Trongtrakul K, Tanasombatkul K, Phanacharoensawad T. Predictive factors of extubation failure in pediatric cardiac intensive care unit: A single-center retrospective study from Thailand. Frontiers in Pediatrics 2023;11:1156263.
7. Patel PR, Bechmann S. Discharge planning. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
8. Dhaliwal JS, Dang AK. Reducing hospital readmissions. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
9. Hodgson CR, Mehra R, Franck LS. Child and family outcomes and experiences related to family-centered care interventions for hospitalized pediatric patients: A systematic review. Children 2024;11:949.
10. Jenwipark P, Kasritong W, Singweratham N, Nawsuwan K, Kummatid A. The Effectiveness of Discharge plan on Caregivers' Knowledge and the Readmission of Pediatric Patients with Asthma inThabo Crown Prince Hospita. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin 2022;12:164-77.
11. Henderson V. The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education. New York: Macmillan; 1966.
12. Alligood MR. Nursing theorists and their work. 10th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2022.
13. Seniwati T, Rustina Y, Nurhaeni N, Wanda D. Patient and family-centered care for children: A concept analysis. Belitung nursing journal 2023;9:17.
14. Sangsuk N, Wongkruasorn W, Pethsuwan K, Poogpan J. "Hope amidst uncertainty"-parents' experiences during their children stayed in pediatric intensive care unit with respiratory failure: A qualitative phenomenology study. Jurnal Keperawatan Padjadjaran 2025;13:151-9.
15. Abukari AS, Schmollgruber S. Concepts of family-centered care at the neonatal and paediatric intensive care unit: a scoping review. Journal of pediatric nursing 2023;71:e1-e10.
16. Aljawad B, Miraj SA, Alameri F, Alzayer H. Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: a scoping review of interventions, barriers, and facilitators. BMC pediatrics 2025;25:291.

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

17. McCarthy E, Guerin S. Family-centred care in early intervention: A systematic review of the processes and outcomes of family-centred care and impacting factors. Child: Care, Health and Development 2022;48:1-32.
18. Klangka P, Juntori W, Taweing A. A Development of Discharge Planning Model for Pediatric Patients with Pneumonia Using Family and Caregiver Participation. Journal of Vongchavalitkul university 2019;32:40-9.
19. Gligor L, Domnariu CD. Patient care approach using nursing theories-comparative analysis of Orem's Self-Care Deficit Theory and Henderson's Model. Acta Medica Transilvanica 2020;25:11-4.
20. Sngounsiritham U. Virginia Henderson. 1, editor. Chiang Mai: Smart coating and services; 2016. 261 p.
21. Hooper V. What Do Nurses Do: An Evolution of Care. Journal of PeriAnesthesia Nursing 2025;40:1-2.