

นวัตกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคปอดอักเสบที่ได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองโดยมีครอบครัว เป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษา

สุจิตรา เอิบอาบ, พ.ว., วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) *

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบ เป็นโรคติดเชื้อระบบหายใจส่วนล่างที่พบมากที่สุดในเด็กแรกเกิดถึงอายุห้าปีในประเทศไทย การบริหารยาโดยการพ่นยาแบบฝอยละอองเป็นวิธีการรักษาที่ใช้บ่อย เพื่อลดการหดเกร็งของหลอดลม การใช้หลักครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ นวัตกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองที่ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผ่านการนำเสนอกรณีศึกษา ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดูแลให้เหมาะสมกับครอบครัวเป็นรายกรณี โดยตระหนักถึงความเข้มแข็งของครอบครัว ความแตกต่างของแต่ละครอบครัว ความเป็นปัจเจกบุคคล และต้องการการสนับสนุนความร่วมมือในการดูแล นำไปสู่การปฏิบัติ 4 ขั้นตอน คือ 1) การเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งแลกเปลี่ยนข้อมูล และวางแผนร่วมกัน 2) การดูแลร่วมกัน 3) ครอบครัวเป็นผู้นำและกำกับดูแลด้วยตนเอง และ 4) การประเมินผลการดูแล ผลการนำโครงการนวัตกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพดูแล โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางผ่านกรณีศึกษา ลงสู่การปฏิบัติพยาบาลพบว่า ครอบครัวมีความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการบริการสูงขึ้น ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือดีขึ้นและมากขึ้น และการตอบสนองด้านการหายใจดีขึ้น

วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(2) 5-16

คำสำคัญ: กรณีศึกษา การพ่นยาแบบฝอยละออง การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ นวัตกรรมการพยาบาล

* หัวหน้าหอผู้ป่วย งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail : sujit760@yahoo.com

Nursing Innovation to Improve Family-Centred Care Quality for Child Pneumonia Patients Treated with a Small-Volume Nebuliser: A Case Study

*Sujitra Erb-arb RN, BSc (Nursing and Midwifery) **

Abstract

Pneumonia is a lower respiratory tract infectious disease most commonly found in Thai infants and children aged up to 5 years. One of the most commonly prescribed medications is a small-volume nebuliser, which relieves bronchospasm. In addition to medication, family-centred care plays an important role in enhancing multi-dimensional care quality for this group of patients, responding to their physical, psychological and psychosocial needs.

This article aims at presenting a nursing innovation designed to enhance caregiving quality for child pneumonia patients treated with a small-volume nebuliser. By applying the family-centred care approach, this case study adjusted caregiving strategies to fit individual patients' needs, taking 4 main factors into consideration, namely, each family's strength, differences between families, individualism and needs for caregiving cooperation support. The study was conducted in 4 steps, which may be abbreviated as EFFE: (1) Empowerment; (2) Family-professional collaboration and participation; (3) Family as a leader and for self-monitoring; and (4) Evaluation of the caregiving method.

The trial revealed a significant increase in the patients' families' knowledge, skills, participation and satisfaction in response to this innovative family-centred caregiving model. In addition, the child patients cooperated better and more willingly, and displayed improved respiratory response.

Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(2) 5-16

Keywords: case study; small-volume nebuliser; family-centred care; child pneumonia patients; nursing innovation

* Head Nurse, Division of Pediatric Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University,
E-mail: sujit760@yahoo.com

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อระบบหายใจส่วนล่างที่พบบ่อยที่สุดในเด็กแรกเกิดถึงอายุห้าปีในประเทศไทย¹ หากให้การรักษาไม่เหมาะสมอย่างทันเวลา จะทำให้อัตราการตายสูงขึ้น วิธีการรักษาที่สำคัญและใช้บ่อยสำหรับการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบคือ การบริหารยาโดยการพ่นยาแบบฝอยละออง (aerosolized pharmacotherapy)¹⁻⁴ เพื่อลดการหดเกร็งของหลอดลม ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น เพราะเป็นการรักษาที่รวดเร็ว ราคาถูก และมีภาวะแทรกซ้อนน้อย³⁻⁵ ทำให้ทักษะของผู้บริหารยาเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาที่มีประสิทธิภาพจากการบริหารยาได้อย่างถูกต้อง⁶

การบริหารยาโดยการพ่นยาแบบฝอยละอองเป็นการบริหารยาโดยใช้ทักษะที่ต้องฝึกฝน^{3,4,6} ถ้าผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ สามารถช่วยในการบริหารยาขณะผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้การบริหารยามีประสิทธิภาพจากการทำให้ผู้ป่วยเด็กร่วมมือในขณะพ่นยา^{3,4,6-8} ทำการบริหารยาเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล บริหารยาที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการ หรือบริหารยาอย่างต่อเนื่องที่บ้านหลังกลับจากโรงพยาบาลในรายที่มีปัญหาเรื้อรังช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบากได้^{1-3,9} รวมทั้งหากสามารถสังเกตอาการผิดปกติของโรคและภาวะแทรกซ้อนหลังการบริหารยา ช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดอัตราการตายของผู้ป่วยเด็กได้^{1,2,5,6,10,11} อย่างไรก็ตาม การรักษาผู้ป่วยเด็กโดยการบริหารยาโดยการพ่นยาแบบฝอยละอองนั้น ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลได้สูง จากการที่ไม่เคยทำมาก่อน เห็นผู้ป่วยเด็กตกใจกลัวอุปกรณ์หน้ากากออกซิเจนที่ต้องครอบ

บริเวณใบหน้า ร้องไห้ ดิ้น ไม่ให้ความร่วมมือขณะพ่นยา และขั้นตอนการพ่นยาใช้อุปกรณ์หลายชิ้น^{3,4,6,7,12}

จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่นยาแบบฝอยละอองทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านดังกล่าวข้างต้น ในฐานะพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาชนิดนี้ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงนำแนวคิดมาพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในรูปแบบของแนวปฏิบัติการดูแลที่ยึดหลักแนวคิดดังกล่าว เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม โดยให้ข้อมูลให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการรักษา ฝึกทักษะในการบริหารยาโดยการพ่นยาแบบฝอยละออง ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว และบุคลากรตามความต้องการของครอบครัว¹³⁻¹⁵ โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัวในการบริหารยาชนิดนี้ที่เป็นวิธีการรักษาที่ใช้บ่อย ราคาถูก และออกฤทธิ์รวดเร็วในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่รับการรักษาในโรงพยาบาล¹⁻⁶

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาในโครงการนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับยาพ่นยาแบบฝอยละออง โดยใช้หลักครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เริ่มต้นจากแนวคิดการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการบริหารยาโดยการพ่นยาแบบฝอยละออง กรณีศึกษา การวิเคราะห์สถานการณ์ การปฏิบัติพยาบาลโดยใช้การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และผลการดูแลจากกรณีศึกษา รวมทั้งบทสรุปและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้

การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care)

การดูแลผู้ป่วยเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นปรัชญาที่ตระหนักและเคารพบทบาทสำคัญของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความต้องการด้านสุขภาพเป็นพิเศษ¹³⁻¹⁵ สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐานความเข้มแข็งที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลและแต่ละครอบครัว¹⁵ ครอบครัวและทีมสุขภาพจะต้องมีฐานะเท่าเทียมกันในการเป็นหุ้นส่วนของทุกระดับ¹⁴ แนวคิดการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ 1) การตระหนักว่าครอบครัวเป็นสิ่งที่คงที่สำหรับเด็ก (family is the constant) 2) การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็ก ครอบครัว และบุคลากร (parent/professional collaboration) 3) การให้ข้อมูลกับครอบครัว (sharing information with family) 4) การตระหนักในความเข้มแข็งและความเป็นปัจเจกของครอบครัว (family strengths and individuality) 5) การส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้มีกลุ่มสนับสนุนระหว่างครอบครัว (parent-to-parent support) 6) การตอบสนองความต้องการตามระยะพัฒนาการเด็กและครอบครัว (developmental needs) 7) การกำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และการเงินของครอบครัว (emotional and financial support) และ 8) การออกแบบระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย และตรงกับความต้องการของครอบครัว (design of health care delivery system)^{9,12-15}

ในปัจจุบันรูปแบบการดูแลนี้เป็นที่ยอมรับว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์อย่างมากแก่ผู้ป่วย เด็ก ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ โดยเกิดความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแล^{13,14} มีส่วนร่วมใน

การตัดสินใจการรักษาและการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วย¹⁶ ครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากความรู้สึกที่ได้เป็นหุ้นส่วนหรือมีส่วนร่วมในการดูแล^{12,17} ความรู้สึกเครียดหรือมีความวิตกกังวลน้อยลง มีความมั่นใจในการดูแลบุตรขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น¹⁸ รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษา⁹ ลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกด้วย^{9,12,15}

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการบริหารยา โดยการพ่นแบบฝอยละออง

การบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละอองเป็นการบริหารยาที่อาจจะเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างโดยตรง ทำให้ออกฤทธิ์ได้รวดเร็ว มีผลข้างเคียงน้อยโดยผู้ป่วยเด็กจะมีการตอบสนองด้านการหายใจดีขึ้นทันทีหลังได้รับยา^{1,2} อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการบริหารยานี้ ได้แก่ การจัดทำเพื่อให้สอดคล้องตัวได้เต็มที่^{3,4} ลักษณะการหายใจของผู้ป่วยในขณะบริหารยา โดยพบว่าฝอยละอองอาจจะเข้าสู่ปอดเด็กที่หายใจเข้าออกปกติหรือนอนหลับได้ดีกว่าเด็กที่ร้องไห้ การใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้องโดยจับครอบหน้าปากให้ชิดหน้าเด็กมากที่สุด^{1,2} การใช้อัตราการไหลของออกซิเจนอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดขนาดฝอยละอองที่พอเหมาะและเวลาที่ใช้ในการพ่นแต่ละครั้งไม่สั้นและไม่นานจนเกินไป¹⁻⁵ เป็นต้น

การพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางใน ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่น แบบฝอยละออง

นอกจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละออง ดังกล่าวข้างต้นแล้ว วิธีการรักษาพยาบาลนี้อาจสร้างความ

หวาดกลัวทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งความไม่เข้าใจในแผนการรักษาพยาบาลและการดำเนินของโรค ทำให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา บางรายมีการปฏิเสธการรักษาพยาบาล เกิดความไม่พึงพอใจในการรักษา^{12,17} ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรเนื่องจากขาดความต่อเนื่อง^{6,9,12} หากครอบครัวมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการพินยาแบบฝอยละอองจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากการพยาบาลและการรักษาเด็กป่วยไม่ได้เป็นบทบาทความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสุขภาพเท่านั้น หากแต่เป็นบทบาทที่สำคัญและจำเป็นของครอบครัวด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสุขภาพแล้ว ครอบครัวเป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นบุตรหลานของตนมากกว่า ครอบครัวจึงเป็นผู้เชี่ยวชาญตัวจริงในการดูแลเด็ก^{13,14} เป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการวางแผนการรักษาพยาบาลเด็ก ทั้งเป็นสิทธิของครอบครัวในฐานะผู้ปกครองหรือผู้ดูแลโดยตรงที่ควรทราบข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงในการรักษาพยาบาลและทางเลือก ตลอดจนการร่วมวางแผนและตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก ด้วยบทบาทสำคัญของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลเป็นอย่างดี¹⁵

หอผู้ป่วยได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แม้ว่าจะจัดให้มีสถานที่ให้ครอบครัวโดยมีผู้ดูแลหรือมารดาเป็นตัวแทน สามารถเฝ้าผู้ป่วยเด็กได้ตลอดเวลาขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหรือมารดาหรือบุคคลอื่นในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย แต่พบว่ายังไม่อาจทำให้ครอบครัวเข้าใจ ให้ความร่วมมือ หรือมีส่วนร่วมในการรักษามากพอที่จะทำให้อาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

หอผู้ป่วยจึงมีโครงการนวัตกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ยึดแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง^{9,13-15} ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบกรณีศึกษา ร่วมกับ โดยประยุกต์และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดูแลให้เหมาะสมเป็นรายๆไป เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการรักษาพยาบาล โดยบุคลากรในหอผู้ป่วยตระหนักว่า ครอบครัวมีความเข้มแข็ง มีความแตกต่างในแต่ละครอบครัว และมีความเป็นปัจเจกบุคคลในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นที่รักของครอบครัว จึงควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาพยาบาล สนับสนุนความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละอองสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบนี้ มีขั้นตอนของกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโดยเริ่มจากการพัฒนาโครงการและวางกรอบแนวคิดให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหา ทีมการพยาบาลมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและนำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติ รับฟังและนำข้อคิดเห็นเสนอแนะจากผู้ดูแล ครอบครัว บุคลากรในหอผู้ป่วย รวมทั้งนำผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กมาทบทวนปรับปรุงและสรุปผล ดังนี้

1. การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลโครงการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละอองโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมและบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง และวางขั้นตอนการปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 4 ขั้นตอน (EFFE) คือ^{9,12-18}

1.1 การเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และวางแผนร่วมกัน (Empowerment

in information sharing and care planning: E) ระยะนี้ทำได้โดยสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาผู้ที่จะเป็นหุ้นส่วนของการดูแล และหาข้อมูลที่สำคัญ เพื่อเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งของครอบครัวตามศักยภาพ ความต้องการสนับสนุนในส่วนที่ขาด และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนต่อไป เริ่มต้นความเป็นหุ้นส่วนในการดูแล มีการให้ข้อมูลการรักษากับครอบครัว ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลและวางแผนร่วมกันที่จะทำให้การดูแลประสบความสำเร็จ เช่น ความชอบของผู้ป่วยเด็ก ประสบการณ์ความเจ็บป่วย และประสบการณ์การดูแล เป็นต้น ทำให้ครอบครัวรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ ความเข้าใจ การยอมรับ ได้รับรู้ปัญหา และทราบถึงความกังวลที่มี ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเด็ก ครอบครัว และบุคลากร เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแล เกิดความรู้สึกที่ได้เป็นหุ้นส่วนหรือมีส่วนร่วมในการดูแล และมีส่วนในการการออกแบบโดยวางแผนการดูแลร่วมกันที่ตรงกับความต้องการตามความพิเศษของครอบครัว สรุปข้อมูลการดูแลและวางแผนที่จะทำต่อไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจการดูแล ลดความเครียด ลดความกังวลในการดูแล และเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการ

การนำลงสู่ปฏิบัติในขั้นแรกนี้ควรทำเมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล โดยอาจสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างน้อย 1-2 ครั้งก่อนเพื่อสร้างความมั่นใจเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลที่เป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลหรือครอบครัวตามความเหมาะสม และทำให้รวบรวมข้อมูลต่างๆ ได้อย่างครบถ้วน รวมทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อการดูแลต่อเนื่องต่อไป

1.2 การดูแลร่วมกัน (Family-professional collaboration and participation: F) ระยะนี้เป็นการส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนในการดูแลร่วมกัน ระหว่าง

ครอบครัวที่มีผู้ดูแลเป็นตัวแทนกับบุคลากรทางการพยาบาลในทีมของหอผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กเคียงคู่ไปกับครอบครัว โดยเคารพ ให้เกียรติ และยอมรับความสำคัญของครอบครัวต่อสมาชิกในครอบครัว โดยให้ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแล รวมทั้งเป็นระยะฝึกฝนทักษะเพื่อก้าวขึ้นเป็นผู้ดูแลที่มีศักยภาพในการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละออง การปฏิบัติในขั้นนี้ควรทำอย่างต่อเนื่องจากการเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและวางแผนร่วมกัน โดยประเมินศักยภาพและความพร้อมของผู้ดูแลและ/หรือครอบครัว หากยังไม่พร้อมควรค้นหาอุปสรรคที่อาจซ่อนอยู่โดยอาจเริ่มขั้นแรกในการเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและวางแผนอีกครั้ง ถ้ามีความพร้อมในการฝึกทักษะแล้ว ผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถฝึกทักษะได้หลายครั้งโดยทำซ้ำไม่จำกัดจำนวนครั้งตามความต้องการจนเกิดความมั่นใจ

1.3 ครอบครัวเป็นผู้นำและกำกับดูแลด้วยตนเอง (Family as a leader and self-monitoring: F) ระยะนี้เป็นออกแบบระบบการดูแลที่เริ่มจากครอบครัว โดยส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว (Reinforce family strength) เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และสร้างความมั่นใจที่ได้มีส่วนในการดูแลโดยตนเองเป็นผู้นำการทำกิจกรรม นอกจากนี้ยังแนะนำแหล่งประโยชน์หรือการสนับสนุนโดยกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเดียวกัน และวิธีการรักษาใกล้เคียงกัน (Group support) ที่อาจเป็นบิดามารดาด้วยกันก็ได้ (Parent-to-parent support) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกัน

1.4 การประเมินผลการดูแล (Evaluation of care: E) เป็นการวัดผลตามผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามที่กำหนดไว้ภายหลังจากการได้รับการดูแล ได้แก่ วัดความรู้

ประเมินทักษะ การประเมินการหายใจของผู้ป่วย จำนวน กิจกรรมที่มีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการบริการ ของผู้ดูแล เน้นการปฏิบัติที่ถูกต้องและให้คำแนะนำ เพิ่มเติมในส่วนที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงทั้งใน ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการปรับปรุงในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยการ บริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละอองให้เข้มข้น ขั้นตอนนี้ทำการประเมินผลการดูแล ได้แก่ ความรู้ จำนวนกิจกรรมที่มีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการ บริการของผู้ดูแล เพียงครั้งเดียวเมื่อสิ้นสุดโครงการ ส่วนทักษะของผู้ดูแลจะมีการประเมินเป็นระยะเพื่อ เสนอแนะและทำให้สามารถทำได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม การประเมินการหายใจหรืออาการของผู้ป่วย จะทำอย่างต่อเนื่องตลอดการให้การดูแลโดยผู้ดูแล และพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยเริ่มจากประเมิน ครั้งแรกก่อนได้รับการบริหารยาพ่นแบบฝอยละออง และหลังจากได้รับยาแล้วครึ่งชั่วโมงอีก 1 ครั้ง

2. การตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้รับผิดชอบโครงการขอให้ผู้เชี่ยวชาญทางการดูแล ผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ 3 ท่านคือ กุมารแพทย์ พยาบาลชำนาญการ และอาจารย์ทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรง ความถูกต้องของเนื้อหา และ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทางคลินิก (validity and clinical feasibility) ของขั้นตอนในแผนการสอนผู้ดูแล และ/หรือครอบครัวในการบริหารยาโดยการพ่นแบบ ฝอยละออง

3. การปรับปรุงโครงการ โดยนำข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญไปปรับปรุง ทั้งขั้นตอนการสอนการ บริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละอองให้กับผู้ดูแล และการนำขั้นตอนการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ไปใช้ในการปฏิบัติ โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนกับบุคลากร ทางการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลประจำการและผู้ช่วย พยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความตระหนัก ส่งเสริม

ให้มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนครอบครัว และกระตุ้นให้ มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการดูแลโดยครอบครัว เป็นศูนย์กลาง เนื่องจากการสอนให้ผู้ดูแลเป็นผู้บริหาร ยา ต้องใช้ความร่วมมือทั้งจากครอบครัวและบุคลากร ทางการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยนั้น

4. การปฏิบัติพยาบาล เป็นการนำโครงการ นวัตกรรมการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติโดยใช้กับผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ตามขั้นตอนปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กอายุ 2 ปี โรคปอดอักเสบ เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกในหอผู้ป่วยเด็ก สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 48 ครั้งต่อ นาที หายใจเหนื่อย ความดันโลหิต 80/60 มม.ปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 94-95% ตรวจพบเสียงวิซซิ่ง (wheezing) ในปอดทั้งสองข้าง ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม (ventolin®) จำนวน 0.5 มิลลิลิตรผสมใน 0.9% normal saline จำนวน 2 มิลลิลิตร พ่นผ่านกระบอกพ่นยาแบบฝอยละออง (nebulizer) ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อได้รับยาพ่นจะร้องดินมาก พยายามส่ายหน้าไปมา และดึงหน้าากออก ผู้ดูแล เป็นมารดาผู้ป่วยอายุ 32 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพแม่บ้าน ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุตร ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน ไม่เคยพ่นยา ให้บุตรมาก่อน จึงไม่รู้วิธีในการดูแลบุตร ไม่สามารถ บอกวิธีเตรียมอุปกรณ์และวิธีการสังเกตอาการของ บุตรก่อน ขณะ และหลังการพ่นยาได้

การวิเคราะห์สถานการณ์

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเป็นครั้งแรกและมารดายังไม่มีประสบการณ์

การดูแลมาก่อน ทำให้เกิดความลำบากในการปรับตัว
ต่อสิ่งแวดล้อมและบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ป่วยและ
ผู้ดูแลที่ต่างจากการอยู่ที่บ้าน ปัญหาของผู้ป่วยคือ ไม่ให้
ความร่วมมือในการดูแลรักษา โดยร้องดื้อมาก ส่ายหน้า
ไปมาเมื่อได้รับยาพ่น ด้านผู้ดูแลพบปัญหาความเครียด
และวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของบุตรและการรักษา
ไม่มั่นใจ ไม่สามารถดูแลบุตรที่เป็นผู้ป่วยได้รับการ
บริหารยาพ่นแบบฝอยละอองด้วยตนเองได้ ซึ่งปัญหา
ต่างๆ เหล่านี้ทำให้การรักษาได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ
และ/หรือเกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษา

การปฏิบัติพยาบาลโดยใช้การดูแลโดยครอบครัว เป็นศูนย์กลาง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติพยาบาล
การใช้นวัตกรรมการพยาบาลโดยครอบครัวเป็น
ศูนย์กลางจึงเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้ เพื่อให้เกิด
ความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ
ในการดูแล เพิ่มประสิทธิผลในการรักษา ได้มีส่วนร่วม
ตัดสินใจและทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วย รับรู้สมรรถนะ
ของตนเองในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจใน
บริการที่ได้รับจากความรู้สึกที่ได้เป็นส่วนหนึ่งหรือมี
ส่วนร่วมในการดูแล ความเครียดหรือวิตกกังวลลดลง
เพิ่มความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น วิธีดำเนินการดูแล
ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอย
ละอองรายนี้ ใช้การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
4 ขั้นตอน (EFFE) ดังนี้

ขั้นแรก (E): การสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่
ผู้ดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูล และวางแผน โดยพยาบาล
ผู้ดูแลเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับมารดาที่เป็นผู้ดูแล
ตัวแทนของครอบครัว โดยแนะนำตัว พูดคุยซักถาม
เรื่องทั่วไป แลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งการรักษาปัญหาใน
การดูแล และข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ของผู้ป่วย

รายนี้ ผู้ป่วยชอบให้อุ้มนอนบนตักและร้องเพลงกล่อม
เวลานอน พบปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการ
รักษา โดยจะร้องดื้อส่ายหน้าไปมาเมื่อได้รับยาพ่น
มารดาที่เป็นผู้ดูแลตัวแทนของครอบครัว ไม่เคยมี
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลมาก่อน และจะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
เมื่ออยู่บ้านเพราะเป็นแม่บ้าน ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน
รู้สึกเครียดมาก และเครียดมากยิ่งขึ้นเมื่อเห็นบุตรร้อง
ดื้อไปมาเวลาได้รับยาพ่น

หลังจากนั้นทีมพยาบาลศึกษาข้อมูลโดยการ
ประชุมปรึกษาร่วมกันในทีมการดูแล (care team) และ
ทีมการพยาบาล (nurses team) ในเวร นำข้อมูลมา
วางแผนในการดูแลผู้ป่วยในการประชุมปรึกษาประจำวัน
(pre-conference) ตอนเช้า พบปัญหาที่ต้องแก้ไขตาม
ลำดับคือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือร้องดื้อมากทุกครั้ง
ที่ได้รับยาพ่น จึงวางแผนการแก้ไขปัญหามารดาพ่นยาพ่น
กับมารดาและครอบครัว โดยตกลงว่าในขณะที่เตรียม
อุปกรณ์ให้ผู้ป่วยจะให้ผู้ป่วยเล่น นำของเล่นที่ชอบมา
ให้เล่น พูดคุยบอกเด็ก อุ้มนั่งตัก ร้องเพลงเล่นกับผู้ป่วย
และปลอบโยนก่อนให้ยาพ่น สาธิตให้ดูว่าไม่อันตราย
หรือน่ากลัว รวมทั้งอาจให้มารดาช่วยในการจัดหน้ากาก
ให้ห่างจากหน้าผกควรว ฯลฯ

นอกจากนี้พยาบาลได้พูดคุยให้ข้อมูลการรักษา
ทางเลือก วิธีบริหารยา วัตถุประสงค์และประโยชน์
ของการพ่นยา ขั้นตอนการพ่นยาที่ทำให้การรักษามี
ประสิทธิภาพ การบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละออง
กับมารดา แลกเปลี่ยนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาเพิ่ม
มารดาบอกปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแล เลือกหรือ
ปรับเปลี่ยนวิธีที่ถนัดหรือเหมาะกับตนเอง หรือที่ตน
ต้องการในการดูแล หรือที่ผู้ป่วยเด็กชอบ หรือต้องการ
โดยไม่ขัดแผนการรักษา โดยมารดาและพยาบาลวางแผน
ให้อุ้มนั่งตักให้คุ้นเคยทุกครั้ง เพราะผู้ป่วยชอบให้

อึ้งนั่งตก และจะทำการฝึกทักษะการบริหารยาโดยการ ฟันแบบฝอยละอองที่ละชั้น ในระหว่างที่พุดคุยจะ เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวพุดคุย แสดง ความรู้สึก ร่วมให้ข้อเสนอแนะ และซักถามข้อสงสัย ได้ตามความต้องการตลอดเวลา ซึ่งระหว่างนั้นได้มีการ ซักถามเล็กน้อย โดยตอนแรกมารดาไม่กล้าซักถาม มากนัก แต่เมื่อได้พุดคุยหลายครั้งพร้อมกับให้กำลังใจ มารดา มารดาพูดน้อยลงมากขึ้น ซักถามถึงระยะเวลา ที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาชนิดนี้ และถามว่าจะสังเกตการ หายใจของผู้ป่วยอย่างไรที่จะบอกได้ว่าดีขึ้น จากนั้น พยาบาลและมารดาสรุปข้อมูลการดูแลและแผนที่จะ ทำต่อไป

ขั้นตอนที่สอง (F): การดูแลร่วมกัน จากการที่ พยาบาลและทีมการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก เคียงคู่ไปกับมารดา โดยตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความเป็นปัจเจก และความแตกต่างของมารดาแต่ละ ครอบครัว ให้การดูแลร่วมกันตามความต้องการที่ วางแผนไว้ ในขณะที่ให้การพยาบาลจะมีการสื่อสาร อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นตามแผนที่ วางไว้ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วม ในการดูแลตามแผนที่วางไว้ และตามความต้องการ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในความดูแล ขณะที่พยาบาล สาธิตวิธีการพ่นยา ช่วยฝึกทักษะการบริหารยา เปิด โอกาสให้ผู้ดูแลพุดคุยซักถาม และให้ข้อมูลตามที่มารดา ต้องการจนเข้าใจตรงกัน สนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) โดยให้กำลังใจ เช่น กล่าวชมเมื่อทำได้ เป็นต้น จากนั้นฝึกฝนซ้ำ ทบทวนขั้นตอนจนมารดาสามารถทำได้ แล้วให้สาธิตย้อนกลับ โดยมีพยาบาลอยู่ด้วยทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มพ่นยา จนเสร็จสิ้น ร่วมในการสังเกตอาการ และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่สำคัญหลังบริหารยา และให้ข้อเสนอแนะแก่มารดา ซึ่งพบว่า มารดาทำได้ดี กับหุ่นที่ใช้สอนสาธิต พยาบาลจึงให้คำชมเชยและ ให้กำลังใจว่ามารดาเก่งสามารถทำได้

ขั้นตอนที่สาม (F): ครอบครัวเป็นผู้นำและ กำกับการดูแลด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นเพียง ผู้จัดยาและอุปกรณ์ที่ต้องใช้ไปให้ผู้ดูแลที่เตียง จากนั้น มารดาเป็นผู้เตรียมประกอบอุปกรณ์และทำการพ่นยา ให้กับผู้ป่วยด้วยตัวเองตามที่ได้รับการฝึกฝน เริ่มจาก ตรวจสอบอุปกรณ์ ประกอบอุปกรณ์ ประเมินอาการ ผู้ป่วยก่อนพ่นยา พ่นยาจนเสร็จ สังเกตอาการและ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่สำคัญหลังบริหารยา โดยพยาบาลจะเป็นผู้สังเกตอยู่ห่างจากเตียงในระยะที่ สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ เพื่อไม่ให้มารดา เครียดจนเกินไป ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องไห้หรือไม่ให้ ความร่วมมือหรือมีปัญหาที่ไม่อันตรายในการเตรียม หรือในขณะพ่นยา พยาบาลจะให้มารดาฝึกการแก้ไข ปัญหาเบื้องต้นด้วยตนเองก่อนตามที่ตกลงวางแผน กันไว้ แต่จะคอยช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาที่อาจเกิน กำลังของมารดา และพร้อมช่วยเหลือมารดาหรือผู้ป่วย ได้ทันที หากต้องการความช่วยเหลือหรือเป็นสิ่งที่น่า จะอันตรายเกิดขึ้น

ในผู้ป่วยรายนี้ ครั้งแรกที่มารดาเป็นผู้ช่วย บริหารยา ผู้ป่วยร้องดินมากเหมือนเดิม แต่ครั้งต่อมา ผู้ป่วยคื่นเคยมากขึ้น ร้องบ้าง แต่ดินน้อยลง มารดา เสียกำลังใจในครั้งแรก แต่พยาบาลคอยช่วยเหลือให้ กำลังใจ ทำให้มารดาทำได้ดีขึ้น จนต่อมาวันที่สอง ผู้ป่วย ร้องน้อยลงและไม่ดิน และวันที่สามผู้ป่วยดูสงบมากขึ้น ร้องเล็กน้อย ไม่ดินไปมา

การดูแลร่วมกันในขั้นตอนที่สอง และการให้ ครอบครัวเป็นผู้นำและกำกับตนเองในขั้นตอนที่สามนี้ การปฏิบัติการพยาบาลจะขึ้นกับอาการและสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก อีกทั้งการรับรู้และยอมรับ ในการมีพลังอำนาจของมารดาในการปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยตามอาการนั้นจากขั้นแรก จากกรณีศึกษามารดา จะสามารถทำให้การบริหารยาพ่นได้ด้วยตัวเองตามที่

สอนสาธิต ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากอาการผู้ป่วยไม่หนักมาก ซึ่งพยาบาลได้ประเมินอาการหรือสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งความสามารถของมารดาก่อนเพื่อกำหนดความเหมาะสมของกิจกรรม ความถี่ในการปฏิบัติ และวิธีการฝึกทักษะของมารดา

ขั้นตอนที่สี่ (E): การประเมินผลการดูแลโดยพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กประจำทีมทำการพูดคุยซักถามมารดา ถึงความรู้ที่ได้รับประโยชน์ของการดูแล ข้อดีและข้อเสีย จำนวนกิจกรรมที่มีส่วนร่วมว่ามากขึ้นเท่าเดิม หรือลดลง กิจกรรมใดควรปรับ และความพึงพอใจในการบริการ และอาการที่ต้องสังเกต วิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น เครื่องพ่นไม่ทำงาน ลืมพ่นยา เป็นต้น การประเมินการหายใจของผู้ป่วยโดยวัดการตอบสนองด้านการหายใจของผู้ป่วยและการสังเกตอาการร่วมด้วย โดยหากมีปัญหาในการสังเกตอาการเบื้องต้น พยาบาลจะเป็นผู้อธิบายลักษณะอาการต่างๆ ของผู้ป่วยเพื่อให้มารดาสามารถจดจำและนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยเด็กที่ตนดูแลต่อไป

ในส่วนของการประเมินการหายใจของผู้ป่วยนั้น ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลพยาบาลวัดการหายใจโดยใช้แบบประเมินการตอบสนองด้านการหายใจหรือที่เรียกว่าแบบประเมิน Siriraj Clinical Asthma Score (SCAS)^{6,19} เป็นแบบประเมินการตอบสนองการหายใจของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย การประเมินอัตราการหายใจ (respiratory rate) ลักษณะการหายใจ (respiratory pattern) เสียงวิซซิ่ง (wheezing) ในปอด และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ใช้ได้ดีในเด็กเล็กเพราะมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ที่ดี¹⁹ โดยพยาบาลสอนให้มารดาประเมินอัตราการหายใจและลักษณะการหายใจเท่านั้น รวมทั้งให้คำอธิบาย ให้มารดาซักถามเพิ่มเติม และพยาบาลแนะนำในส่วนที่ขาดและน่าจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้

ผลการดูแลจากกรณีศึกษา

จากการนำโครงการลงปฏิบัติตามโครงการนวัตกรรมการพยาบาล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละออง โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในหอผู้ป่วย ที่วางขั้นตอนการปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 4 ขั้นตอน (EFPE) พบว่า มารดาผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนครอบครัวมีความรู้ในการดูแลเพิ่มขึ้น มีทักษะในการบริหารยา โดยสามารถทำการบริหารยาได้ดีขึ้น ทราบวิธีในการแก้ไขหากอุปกรณ์ไม่ทำงาน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยยินดีที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยรายนี้มากขึ้น และความพึงพอใจในการรับบริการสูงขึ้น โดยบอกว่ารู้สึกดีที่บุตรเข้ารับการรักษานี้ และผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือมากขึ้น จากการร้องดินน้อยลงจนไม่ร้องดินขณะได้รับยาพ่น การหายใจของผู้ป่วยดีขึ้น ภายหลังการได้รับการบริหารยาโดยมีอัตราการหายใจลดลง จากอัตราการหายใจ 48 ครั้งต่อนาทีเป็น 38-40 ครั้งต่อนาที เหนื่อยหอบลดลง เสมหะเหนียวข้นลดลง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงดีขึ้น จาก 94-95% เป็น 96-100% เสียงวิซซิ่ง (wheezing) ในปอดทั้งสองข้างลดลง โดยผลรวมมีคะแนนการตอบสนองการหายใจดีขึ้น

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

โครงการนวัตกรรมการพยาบาล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละออง โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง การนำสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การเสริมสร้างพลังความเข้มแข็ง แลกเปลี่ยนข้อมูล

และวางแผนร่วมกัน 2) การดูแลร่วมกัน 3) ครอบครัวเป็นผู้นำและกำกับดูแลด้วยตนเอง และ 4) การประเมินผลการดูแล เมื่อนำไปใช้ในกรณีศึกษาพบว่า มารดาที่เป็นผู้ดูแลตัวแทนของครอบครัว มีความรู้ทักษะ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และความพึงพอใจในการบริการสูงขึ้น ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือมากขึ้น และมีการตอบสนองด้านการหายใจดีขึ้น พบปัญหาและอุปสรรคในการนำลงสู่ปฏิบัติที่พยาบาลผู้ดูแลทั้งหมดในหอผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าร่วมได้ ทำให้ต้องเริ่มจากโครงการนำร่องเพื่อให้เห็นการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้นวัตกรรมการพยาบาลที่มีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เป็นรูปธรรม ข้อเสนอแนะจากโครงการนวัตกรรมการพยาบาลนี้คือ โครงการนี้เป็นโครงการนวัตกรรมการพยาบาลที่นำเสนอโดยใช้กรณีศึกษา ในระยะที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แม้การดูแลจะครอบคลุมตามหลักการดูแลผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม แต่ยังไม่ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มทั้งในจำนวนผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยพัฒนาต่อเป็นแนวปฏิบัติ สังเคราะห์จากงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้นตอนการเตรียมผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน จากนั้นทำเป็นงานวิจัยแบบงานประจำสู่การวิจัย (Routine to research: R2R) ต่อไป

Reference

- Walsh BK, Czervinske MP, DiBlasi RM. Perinatal and pediatric respiratory care. 3rd ed. St. Louis, MO: Saunders Elsevier; 2010.
- Walsh BK. Neonatal and pediatric respiratory care. 4th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2015.
- Wyka KA, Mathews PJ, Rutkowski JA. Foundations of respiratory care. 2nd ed. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning; 2012.
- Whitaker KB, Eberle PG, Trujillo L. Comprehensive perinatal and pediatric respiratory care. 4th ed. Stamford, CT: Cengage Learning; 2015.
- Gardenhire DS. Rau's respiratory care pharmacology. 8th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2012.
- Erb-arb S, Leevirat S. Effects of computer-assisted instruction for aerosol administration therapy in children on nurses' knowledge and medication management skills and on children's respiratory response. Thai Journal Nursing Council. 2014;29(4):105-20. (In Thai)
- Bowden VR, Greenberg CS. Pediatric nursing procedures. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. 10th ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2015.
- Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. Cochrane Database Syst Rev. 2012(10): DOI: 101002/14651858 CD004811pub3.
- Muangchana C. Factors associated with diagnosis of bacterial pneumonia in children of Northern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2009; 40(3):563-9.
- Pratheepamornkull T RW, Samransamruajkit R, Poovorawan Y. Causative agents of severe community acquired viral pneumonia among children in Eastern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2015;46(4):650-6.
- Bastani F, Abadi TA, Haghani H. Effect of family-centered care on improving parental satisfaction and reducing readmission among premature infants: a randomized controlled trial. J Clin Diagn Res. 2015; 9(1):SC04-8.

นวัตกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง
โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษา

13. Arango P. Family-centered care. Acad Pediatr. 2011;11(2):97-9.
14. Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. J Pediatr Nurs. 2010;25(5): 335-43.
15. Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. Acad Pediatr. 2011;11(2): 136-43.
16. Kuntharos S, Prasopkittikun T, Wichiencharoen K, Staworn D. Effects of family-centered care on self-efficacy in participatory involvement in child care and satisfaction of mothers in PICU. Thai Journal of Nursing Research. 2007;11(3):203-13.
17. Rostami F, Hassan STS, Yaghmai F, Ismaeil SB, Suandi TB. Effects of family-centered care on the satisfaction of parents of children hospitalized in pediatric wards in a pediatric ward in Chaloos in 2012. Electron Physician. 2015;7(2):1078-84.
18. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledskey R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. J Perinat. 2007;27:S32-S7.
19. Vichyanond P, Veskitkul J, Rienmanee N, Pacharn P, Jirapongsananuruk O, Visitsunthorn N. Development of the Siriraj clinical asthma score. Asian Pac J Allergy Immunol. 2013;31(3):210-6.