



Nursing Care for Pediatric Patients with Tracheostomy Tubes Through Family-Centered Care: A Case Study Analysis การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: วิเคราะห์กรณีศึกษา

Jaruwan Thaibandit* จารุวรรณ ไทยบัณฑิต*

Abstract

Tracheostomy is a crucial procedure that facilitates survival in pediatric patients facing a critical condition, reduces the risk of oxygen deprivation, and enhances the efficiency of secretion clearance from the airway. The management of these pediatric patients is complex and necessitates close monitoring both in hospital settings and at home. Families play a vital role in providing continuous care in collaboration with healthcare teams to ensure appropriate home-based care and to prevent potential complications.

This article aims to provide knowledge regarding the indications for tracheostomy, the complications following the procedure, and the conceptual framework of family-centered care. Additionally, it includes a case study analysis of pediatric patients with tracheostomy tubes under the framework of family-centered care based on four core nursing principles: dignity and respect; information sharing; participation; and collaboration between families and healthcare teams. Families can be empowered with the skills and confidence necessary to provide effective care for pediatric patients at home. This approach ultimately contributes to improving the health and quality of life of both pediatric patients and their families while enhancing the efficiency and responsiveness of healthcare services to better meet the needs of patients and caregivers.

Keywords: Family-centered care; Nursing; Pediatric patient; Tracheostomy tube

* Corresponding author, Instructor, Srisavarinthira Thai Red Cross Institute of Nursing;
e-mail: jaruwan.t@stin.ac.th



Nursing Care for Pediatric Patients with Tracheostomy Tubes Through Family-Centered Care: A Case Study Analysis การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: วิเคราะห์กรณีศึกษา

บทคัดย่อ

การใส่ท่อหลอดลมคอ เป็นหัตถการที่มีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถรอดชีวิตจากภาวะวิกฤต ลดความเสี่ยงจากภาวะขาดออกซิเจน และช่วยให้สามารถกำจัดเสมหะหรือสารคัดหลั่งออกจากทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีความซับซ้อนและต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งในโรงพยาบาล และที่บ้าน ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน ได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการเจาะคอและการใส่ท่อหลอดลมคอ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการเจาะคอ ตลอดจนการนำเสนอกรอบแนวคิดการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พร้อมทั้งการวิเคราะห์กรณีศึกษาของผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอภายใต้แนวคิดการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นหลักการพยาบาลตามแนวคิด 4 ประการ ได้แก่ การให้เกียรติและเคารพ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วม และความร่วมมือระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน อันนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทั้งผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ตลอดจนช่วยยกระดับคุณภาพของระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก ท่อหลอดลมคอ

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย e-mail: jaruwan.t@stin.ac.th

วันที่รับบทความ 3 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 27 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2568



บทนำ

การเจาะคอ (tracheostomy) เป็นการสร้างทางติดต่อระหว่างหลอดลมกับผิวหนังบริเวณด้านหน้าของลำคอ ทำให้อากาศสามารถผ่านเข้าสู่ปอดโดยไม่ต้องผ่านช่องจมูกและลำคอส่วนบน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มักพบได้มากขึ้นในผู้ป่วยเด็กที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนและมีความรุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ไม่สามารถขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะยาว (Fuller et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจและปอด ความพิการใบหน้าและกะโหลกศีรษะ หรือมีปัญหาระบบทางเดินหายใจส่วนบนมักจะได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอเมื่ออายุ 4-6 เดือน สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาท มักจะได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอในช่วงอายุ 2-3 ปี การใส่ท่อหลอดลมคอมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถรอดชีวิตจากภาวะวิกฤตได้มากขึ้น โดยมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 10-20 ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความผิดปกติและความซับซ้อนของโรค (Fuller et al., 2021)

แม้ว่าการใส่ท่อหลอดลมคอ จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถรอดจากภาวะวิกฤตทางสุขภาพได้ แต่เหตุการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพตามมาหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น การติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่าง การอุดตันของท่อ การเลื่อนหลุดของท่อ และการเกิดแผลเป็นบริเวณรอบท่อหลอดลมคอ (Komori, 2024) เด็กบางรายอาจมีความล่าช้าในการพัฒนาทักษะทางการพูด เนื่องจากไม่สามารถใช้เสียงได้ตามปกติ มีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง มีการเจริญเติบโตที่ล่าช้า (Lugo-Machado & Cárdenas, 2024) ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะเด็กโตที่สามารถรับรู้ข้อจำกัดของตนเอง เช่น มีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากจำเป็นต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ตลอดเวลา เด็กอาจรู้สึกไม่มั่นใจในรูปลักษณ์ของตนเอง มีปัญหาในการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวในสังคมได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่าง ทั้งนี้ หากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กลดลงได้ (Al-Faleh et al., 2023)

การใส่ท่อหลอดลมคอ นอกจากมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ผู้ดูแลอาจเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล ขาดการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง (Acorda et al., 2022) ด้านจิตใจ อาจเกิดความวิตกกังวลในการเรียนรู้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ผู้ดูแลอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของเด็ก เช่น การเข้ารับการศึกษ และโอกาสในการใช้ชีวิตอย่างปกติ ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าหรือความเครียดสะสมได้ (Acorda et al., 2023) ด้านเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวต้องเผชิญกับภาระทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าพยาบาล ค่าท่อหลอดลมคอ ค่ายา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้เป็นประจำ ผู้ดูแลบางรายอาจต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลเด็ก ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและคุณภาพชีวิตโดยรวม (October et al., 2020) การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคออย่างเหมาะสม ไม่เพียงแต่จะช่วยลดความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อีกด้วย

ผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ มักพบในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สามารถให้การรักษาที่ซับซ้อนได้ แต่ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้เพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอจึงกระจายไปสู่โรงพยาบาลในระดับภูมิภาคมากขึ้น แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอมีไม่มากเมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่น ๆ แต่การดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องด้วยเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลพิเศษและมีความซับซ้อน อีกทั้งยังต้องให้การดูแลในระยะยาวต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นอย่างมาก

การดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ จึงควรเน้นแนวทางการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care; FCC) เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้การดูแลเด็กที่มีท่อหลอดลมคอได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการดูแลในชีวิตประจำวัน ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดตันของท่อหลอดลมคอ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ และการดูแลแผลรอบท่อหลอดลมคอ เป็นต้น ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นบทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสม มีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถปรับตัวและรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวภายใต้การดูแลที่ซับซ้อนได้

ข้อบ่งชี้ในการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในผู้ป่วยเด็ก

การเจาะและใส่ท่อหลอดลมคอ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีช่องทางสำหรับการหายใจเพื่อแลกเปลี่ยนแก๊สและเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย โดยการสร้างทางติดต่อระหว่างหลอดลมกับผิวหนังบริเวณด้านหน้าของลำคอ อากาศจึงผ่านเข้าปอดได้โดยไม่ผ่านทางจมูก การเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอมักทำในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาหลัก 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ในตำแหน่งที่อยู่เหนือหลอดลมคอขึ้นไป อาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น subglottic stenosis, pierre robin sequence, crouzon syndrome, laryngomalacia, tracheobronchomalacia หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการรักษา เช่น มีการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนหลังจากได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ เป็นต้น (Fuller et al., 2021)

2. ผู้ป่วยเด็กที่มีการสำลักและติดเชื้อที่ปอดจากการที่ไม่สามารถไอขับเสมหะเองได้ ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะเสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจได้ มักพบในผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคที่มีปัญหาหรือความผิดปกติเกี่ยวกับประสาทและกล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น cerebral palsy, encephalopathy, myasthenia gravis, spinal muscular atrophy (SMA) เป็นต้น (Fuller et al., 2021) การเจาะคอจะช่วยให้สามารถระบายเสมหะ ลดการคั่งค้างของเสมหะ และลดการติดเชื้อได้

3. ผู้ป่วยเด็กที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะยาว เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคมากที่สุด (Friesen et al., 2020) มักพบในผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพที่ระบบทางเดินหายใจ มีความผิดปกติของประสาทและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยเด็กที่มีระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ทำให้ไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือในรายที่มีข้อจำกัดในการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด non-invasive ซึ่งการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอจะพิจารณาทำตามความจำเป็นและความเหมาะสมเป็นรายบุคคล (Fuller et al., 2021; Kaewthamrong & Hakom, 2020)

ภาวะแทรกซ้อนหลังการเจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอในผู้ป่วยเด็ก

การเจาะคอในผู้ป่วยเด็ก เป็นหัตถการที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยเด็กจากภาวะปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้ แต่หัตถการนี้ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบอื่น ๆ ที่ตามมาเช่นกัน โดยเฉพาะในเด็กเล็กมักมีความเสี่ยงมากกว่าเด็กโต ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหลอดลมคอสามารถเกิดได้ในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นภายหลังผ่าตัดเจาะคอในระยะแรก หรือการพักฟื้นในโรงพยาบาล รวมไปถึงผู้ป่วยเด็กที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอรระยะยาว ดังนี้

1. ระยะภายหลังผ่าตัดเจาะคอ ผู้ป่วยเด็กอาจมีความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะบริเวณที่เจาะคอ (stoma) อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแต่พบได้ค่อนข้างน้อย เช่น ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ลมรั่วในช่องอก



(pneumomediastinum) ลมรั่วใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) อาจเกิดจากการเย็บขอบแผลที่เจาะคอแน่นจนเกินไป ทำให้ลมหายใจรั่วและเข้าไปตามบริเวณเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังช่องอกหรือเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น (Okonkwo et al., 2020)

2. ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กอาจมีความเสี่ยงในการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด สาเหตุบางส่วนมาจากเชือกผูกยึดท่อหลอดลมคอหลวม ผู้ป่วยดึงท่อหลอดลมคอ หรืออาจเกิดการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอในขณะที่มีการพลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อนไหวผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ ในผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วยอาจทำให้เกิดความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากอุปกรณ์หรือสายต่าง ๆ ที่ต่อระหว่างผู้ป่วยและเครื่องช่วยหายใจมีน้ำหนักมาก อาจเกิดการดึงรั้งที่ท่อหลอดลมคอได้ ดังนั้น การจัดการการพลิกตะแคงตัวและการเคลื่อนไหวผู้ป่วยเด็กจึงต้องระมัดระวังมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากอาจจำเป็นต้องใช้บุคลากรเพื่อให้การช่วยเหลือมากขึ้น การถอดต้นของท่อหลอดลมคอจากเสมหะ การเกิดเลือดออก หรือการติดเชื้อ มักพบโอกาสเกิดร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีท่อหลอดลมคอ โดยเฉพาะการติดเชื้อที่บริเวณแผลหลอดลมคอ (Lee & Wilson, 2021) สามารถป้องกันโดยการประเมินแผลหลอดลมคอ และดูแลทำแผลหลอดลมคออย่างสม่ำเสมอ

3. ระยะยาวของการเจาะคอ เช่น ก้อนเนื้อ (granulation) สามารถเกิดที่บริเวณเจาะคอ หรือเกิดภายในหลอดลมได้ มักเกิดจากการบาดเจ็บจากการดูดเสมหะที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในหลอดลมและเกิดเป็นก้อนเนื้อได้ ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดเลือดออก แม้ผู้ป่วยเด็กจะเจาะคอมานานแล้วก็สามารถเกิดเลือดออกได้ แสดงให้เห็นจากผู้ป่วยเด็กไอเป็นเลือด หรือดูดเสมหะแล้วมีเลือดปน (Fuller et al., 2021) การป้องกันสามารถทำได้โดยให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูดเสมหะที่ถูกต้อง หากเกิดก้อนเนื้อภายนอกบริเวณรอบแผลหลอดลมคอ แพทย์อาจรักษาด้วยการจี้ด้วยซิลเวอร์ไนเตรต (silver nitrate) หากเกิดก้อนเนื้อในระบบทางเดินหายใจอาจปรับขนาดของท่อหลอดลมคอเพื่อลดการระคายเคือง หรืออาจใช้การส่องกล้องเพื่อการรักษาร่วมด้วย (Fuller et al., 2021) และจากการศึกษาดูงานในโรงพยาบาลเด็กแห่งหนึ่งในประเทศเยอรมนีของผู้เขียนพบว่า มีการใช้นวัตกรรมจุกยางซิลิโคน โดยใช้หลักการแรงกด (pressure) สามารถช่วยลดขนาดก้อนเนื้อ และป้องกันก้อนเนื้อบริเวณรอบแผลหลอดลมคอได้ ทั้งนี้ ผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นการผลิตโดยเฉพาะที่โรงพยาบาลประสานกับบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์จึงไม่มีเพื่อการจำหน่ายทั่วไป

แนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ

สถาบันเพื่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Institute for Patient and Family-Centered Care: IPFCC) ได้ให้ความหมายของการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางว่า เป็นแนวทางในการวางแผน การให้บริการ และประเมินผลการดูแลสุขภาพที่มีพื้นฐานมาจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว โดยการเน้นการทำงานร่วมกันในทุกระดับการดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลัก คือ การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลและครอบครัว แนวคิดหลักของการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 4 แนวคิด ได้แก่ 1) การให้เกียรติและการเคารพ (dignity and respect) บุคลากรทางสุขภาพรับฟังความคิดเห็นและยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งวางแผนให้การดูแลโดยคำนึงถึงค่านิยม ความเชื่อ และภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) บุคลากรทางสุขภาพมีการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ทันเวลา ครบถ้วน และถูกต้อง ใช้ประกอบการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การมีส่วนร่วม (participation) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และ 4) ความร่วมมือ (collaboration) โดยผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และผู้นำด้านการดูแลสุขภาพร่วมมือกันในการพัฒนานโยบายการดูแล การออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวก พัฒนาการดำเนินงาน และการประเมินผลการให้บริการทางสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (Institute for Patient and Family-Centered



Care, 2017)

การนำแนวคิดการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะประสบความสำเร็จได้ พยาบาลจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบในการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้ 1) ตระหนักว่าครอบครัว คือ สิ่งที่เป็นความมั่นคงสำหรับผู้ป่วยเด็ก ในขณะที่ทีมสุขภาพและระบบการบริการนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ 2) สนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมกับการทีมสุขภาพในทุกระดับ 3) แลกเปลี่ยนข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นกลางระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพในลักษณะของการสนับสนุน 4) ให้การดูแลโดยนำแนวทางและนโยบายการดูแลมาปรับให้สอดคล้องกับบริบท และความหลากหลายของครอบครัว 5) ปรับใช้นโยบายและการช่วยเหลือที่สนับสนุนความรู้ อารมณ์ และการเงินแก่ครอบครัว 6) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างครอบครัว โดยการจัดให้ผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์ พูดคุย แลกเปลี่ยนวิธีการดูแลในครอบครัวที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน 7) ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงระบบบริการและตอบสนองความต้องการของครอบครัวในระดับโรงพยาบาล ชุมชน ไปสู่ที่บ้านได้อย่างครอบคลุม และ 8) ตระหนักและเข้าใจถึงความหลากหลายทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความต้องการที่นอกเหนือจากการสนับสนุนด้านสุขภาพ (Harrison, 2010)

จากความหมายข้างต้นเกี่ยวกับการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะเห็นได้ว่า การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น มีรูปแบบการดูแลที่เน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของครอบครัว มิใช่เพียงผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเท่านั้น แต่เป็นการทำงานร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยบุคลากรทางสุขภาพจะต้องรับฟังและเคารพความคิดเห็นของครอบครัว คำนึงถึงภูมิหลัง ค่านิยม ความเชื่อส่วนบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพกับครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้การดูแลร่วมกัน สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวตลอดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การให้การดูแล และการประเมินผลการดูแล อีกทั้งส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนาระบบการดูแล และออกแบบบริการสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพ

การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ

ผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลค่อนข้างซับซ้อนและมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาลตลอดจนผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การดูแลตนเอง หรือสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ ผู้ดูแล ผู้ปกครอง หรือครอบครัว จึงเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้าน สำหรับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่สำคัญในการส่งเสริม ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิดตั้งแต่กระบวนการรับผู้ป่วยเด็กเข้ามาดูแลจนกระทั่งการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน

กรณีศึกษา

รับย้ายจากโรงพยาบาลต้นสังกัด เด็กชายไทย ศาสนาพุทธ อายุ 9 เดือน น้ำหนัก 4.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 56 เซนติเมตร บุตรคนแรก ประวัติแรกคลอด preterm 36 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 1,800 กรัม หลังคลอดมีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในห้อง PICU ด้วยอาการสำลักและติดเชื้อที่ปอด (aspiration pneumonia) หลังจากนั้น ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนอัตรการไหลสูงทางจมูก (high-flow nasal cannula: HFNC) และส่งตัวมาเพื่อส่องกล้องและให้การรักษาคอ แรกเริ่มผู้ป่วยตื่นดี หายใจ on HFNC ใส่สายให้อาหารทางปาก (orogastric tube: OG tube) ได้รับการส่องกล้องและวินิจฉัยว่า มีภาวะการอ่อนตัวของกระดูคอ และกล่องเสียง (pharyngolaryngomalacia) มีปัญหาการกลืนผิดปกติ และมีภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 3 จึงจำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอ ได้รับออกซิเจนในการรักษา และใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (gastrostomy tube)



จนกว่าผู้ป่วยเด็กจะพร้อมในการหายใจด้วยตนเอง และสามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่เสี่ยงต่อการสำลัก

ปัจจุบัน ผู้ป่วยเด็กหายใจด้วยหน้ากากผ่านท่อหลอดลมคอ (oxygen tracheostomy mask) 1 ลิตร/นาที่ ไม่มีหอบเหนื่อย มีเสมหะขาวข้นปริมาณเล็กน้อย ใส่ tracheostomy tube เบอร์ 3.5 รองก๊อช 1 ชิ้นพับครึ่ง ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องสำหรับให้นม lactose free (LF) 100 มิลลิลิตร จำนวน 6 มื้อต่อวัน ผ่านเครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา (syringe pump) โดยในแต่ละมื้อให้หมดใน 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยเด็กได้รับได้ดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน หรือนมเหลือค้างในกระเพาะอาหาร มียา flixotide ซึ่งเป็นยาพ่นสูดชนิดที่ใช้ก๊าซ (metered dose inhaler: MDI) ให้ 1 กด เข้า-เย็น domperidone (5 mg/5 ml) 1.5 ml. via PEG วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเข้ากลางวัน เย็น multivitamin (MTV) drops 0.5 ml. via PEG วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น oral trace element (OTE) 1.1 ml. via PEG วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเข้า-เย็น, ferdek (15mg/0.6ml) 0.8 ml. via PEG วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเข้า สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์จึงวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กเพื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

จากการประเมินสภาพความเป็นอยู่และครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยเด็กอาศัยอยู่กับบิดาและมารดาในเขตปริมณฑล ลักษณะบ้านเป็นบ้านทาวน์โฮม 2 ชั้น อยู่ใกล้โรงพยาบาลประจำอำเภอ ประมาณ 5 กิโลเมตร ใกล้ตลาดและห้างสรรพสินค้า บิดาและมารดาจบการศึกษาปริญญาตรี มารดาเป็นแม่บ้าน บิดาประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนและเป็นผู้หารายได้หลัก ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ญาติใกล้ชิด ได้แก่ ปู่ ย่า ตาและยาย ซึ่งอาศัยอยู่ต่างจังหวัด

จากกรณีศึกษา สามารถวิเคราะห์ปัญหาหลักทางการพยาบาลขณะผู้ป่วยเด็กอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย และให้การพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ ดังนี้

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายนพุ่มออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลง

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อในร่างกายนพุ่มของผู้ป่วยเด็กได้รับออกซิเจนเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาระบบทางเดินหายใจ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กอยู่เสมอ โดยสอบถามอาการทางระบบหายใจที่ผิดปกติขณะผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางหน้ากากผ่านท่อหลอดลมคอ (oxygen tracheostomy mask) 1 ลิตร/นาที่ ตามแผนการรักษา รวมทั้งให้ข้อมูลกับผู้ดูแลทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนชนิดหรือปริมาณออกซิเจนที่ให้

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพ่นยา flixotide ชนิด MDI จำนวน 1 กด เข้า-เย็น ตามแผนการรักษา เพื่อลดการบวมและอักเสบของทางเดินหายใจ และสอบถามอาการภายหลังได้รับการพ่นยาจากผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับแผนการดูแลกรณีที่พ่นยาแล้วอาการของผู้ป่วยเด็กไม่ดีขึ้น

3. ช่วยทำกายภาพทรวงอก โดยการจัดท่า เคาะปอดหรือสั่นปอด เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ โดยพยาบาลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการห่อตัว จัดท่าผู้ป่วย พยาบาลอธิบายประโยชน์ของการทำกายภาพทรวงอก และสอนวิธีการเคาะปอดหรือสั่นปอดแก่ผู้ดูแล

4. ดูแลดูดเสมหะในท่อทางเดินหายใจ เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะและช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการห่อตัวเด็ก ขณะดูดเสมหะพยาบาลอธิบายลักษณะ ปริมาณของเสมหะ อาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวัง และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการผิดปกติ

5. ดูแลจัดท่าศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมตัวหย่อนตัว ปอดขยายได้ดีขึ้น ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง



6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดกิจกรรมหรือลดการรบกวนผู้ป่วยเด็กถ้าไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงถึงการเคารพและให้เกียรติผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลให้มีพื้นที่ความเป็นส่วนตัว

7. ให้ข้อมูลผู้ดูแลในการสังเกตอาการผิดปกติระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจเร็ว หอบเหนื่อย ปีกจมูกบาน ออกบวม ปากซีดเขียวคล้ำ เป็นต้น เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน หากมีอาการดังกล่าวให้ผู้ดูแลรีบแจ้งพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และเมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างเวร พยาบาลสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการผิดปกติระบบทางเดินหายใจ หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ

8. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ และแจ้งให้ผู้ดูแลทราบถึงผลการประเมินสัญญาณชีพทันที

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากมีความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาระบบทางเดินอาหาร อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กอยู่เสมอ โดยสอบถามอาการทางระบบทางเดินอาหารที่ผิดปกติขณะผู้ป่วยได้รับนม lactose free (LF) 100 มิลลิลิตร จำนวน 6 มื้อต่อวัน ผ่านเครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา (syringe pump) โดยในแต่ละมื้อให้หมดใน 2 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา รวมทั้งให้ข้อมูลกับผู้ดูแลทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนสูตรการให้นม

2. ดูแลดูดเสมหะก่อนให้นม และจัดท่าศีรษะสูง เพื่อป้องกันการสำลัก และให้ผู้ป่วยได้รับนมครบตามแผนการรักษา

3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้พลังงานในร่างกาย

4. ให้ข้อมูลผู้ดูแลในการสังเกตอาการผิดปกติระบบทางเดินอาหารขณะให้นมและภายหลังได้รับนม เช่น หายใจเร็ว อาเจียน แหวะนม ถ่ายเหลว ท้องอืด เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวให้ผู้ดูแลรีบแจ้งพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และเมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างเวร พยาบาลสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการผิดปกติระบบทางเดินอาหาร หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ

5. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ โดยแจ้งผลน้ำหนักของผู้ป่วยเด็กทุกครั้งให้ผู้ดูแลทราบ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ดูแลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ดูแลและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรและการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลและครอบครัวตั้งแต่แรกพบ โดยยึดหลักการให้เกียรติและเคารพความแตกต่างของผู้ดูแลและครอบครัว พยาบาลแนะนำตนเองให้ผู้ดูแลและครอบครัวทราบว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ที่ให้การดูแล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามนโยบายของโรงพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง และให้ข้อมูลการดูแลประจำวัน เพื่อให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ชักถามข้อสงสัย โดยพยาบาลรับฟังข้อมูลด้วยความตั้งใจ แสดงออกถึงความเข้าใจและยอมรับถึงความแตกต่างด้านความคิด ค่านิยม และภูมิหลังของครอบครัว รวมทั้งพยาบาลมีการสื่อสารด้วยถ้อยคำและน้ำเสียงที่นุ่มนวลและที่เข้าใจง่าย แม้อยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลอาจมีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อแสดงถึงการให้เกียรติ เคารพ และยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล



3. วางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทความเชื่อ และค่านิยมของครอบครัว เช่น แจ้งกำหนดการ ตักบาตรทำบุญของโรงพยาบาล และช่วยดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิดในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลไม่อยู่ เพื่อให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วมกิจกรรมโดยปราศจากความกังวล และเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาว่างพักจากการดูแลบุตร

6. ประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลที่ครบถ้วน และจำเป็นต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลและครอบครัว ผู้ดูแลมักจะมีควมวิตกกังวลและต้องการข้อมูลในการตัดสินใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการทำหัตถการ

7. ส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลบุตรให้กับผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวล ดังนี้

7.1 ประเมินผู้ดูแลเกี่ยวกับความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กของผู้ดูแลและครอบครัว โดยสังเกตจากการมีส่วนร่วมในการดูแล การสังเกตอาการผิดปกติ การช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ขณะอยู่โรงพยาบาล โดยเคารพความแตกต่างระหว่างบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลและครอบครัว

7.2 ส่งเสริมทักษะการดูแลของผู้ดูแล โดยให้บิดาและมารดาเข้าโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านกับพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านระบบหายใจ ประกอบด้วยการเรียนและฝึกทดลองปฏิบัติกับหุ่น จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ แนะนำอุปกรณ์และขั้นตอนการดูแลหาคอ การใส่ถุงช่วยหายใจ และการพ่นยาผ่านทางท่อหลอดลมคอ และครั้งที่ 2 สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้น ประกอบด้วยการกู้ฟื้นคืนชีพในเด็ก การใส่ท่อหลอดลมคอกรณีท่อเลื่อนหลุดฉุกเฉินที่บ้าน นอกจากนี้ พยาบาลได้ประสานหน่วยโภชนาการเพื่อส่งผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการเตรียมอุปกรณ์และขั้นตอนการชงนมตามแผนการรักษา

7.3 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริง และเรียนรู้ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำของผู้ป่วยเด็กร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยพยาบาลสอนผู้ดูแลในการทำแผลท่อหลอดลมคอ และแผลหน้าท้อง การผูกเชือกยึดท่อหลอดลมคอ การเคาะปอดและจัดท่า การจัดยา การประเมินผู้ป่วยเด็กก่อน-หลังให้นม วิธีการให้นมผ่านเครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย หรือขั้นตอนที่ไม่มั่นใจ และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเด็กโดยมีพยาบาลประเมินผลและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด รวมทั้งส่งต่อข้อมูลการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลให้กับทีมสุขภาพ เพื่อวางแผนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กและครอบครัวต่อไป

7.4 ฝึกทักษะการดูแลเสมือนอยู่ที่บ้านให้กับผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลให้ผู้ดูแลอยู่เฝ้าและให้การดูแลผู้ป่วยเด็กตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่การอาบน้ำ การทำแผลท่อหลอดลมคอ เปลี่ยนก๊อชรองและเชือกผูกยึดท่อหลอดลมคอ การทำแผลหน้าท้อง การเคาะปอด การจัดท่า การดูแลหาคอ การให้นม การจัดและให้ยา ทั้งนี้ พยาบาลและทีมสุขภาพเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมกันกำหนดช่วงเวลาการให้นมและยาให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลในช่วงกลางคืน ทำให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น และส่งเสริมการฝึกทักษะผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยให้ปฏิบัติเสมือนจริง เป็นเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนการจำหน่าย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและครอบครัว

8. ติดตามและประเมินความวิตกกังวล ความต้องการของครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 4 การเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ



2. วางแผนร่วมกับครอบครัวเพื่อเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ โดยการจัดสภาพแวดล้อมต้องมีพื้นที่ในการวางอุปกรณ์ต่าง ๆ มีช่องว่างระหว่างเตียงนอนทั้ง 2 ข้างสามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินได้ ภายในห้องต้องสะอาด ปราศจากวัตถุไวไฟ มีระบบไฟฟ้าเพื่อใช้กับเครื่องผลิตออกซิเจนและเครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา มีถังออกซิเจนสำรองสำหรับกรณีฉุกเฉินไฟดับหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเด็กไปโรงพยาบาล

3. วางแผนร่วมกับครอบครัวเพื่อเตรียมผู้ดูแล โดยมีการเตรียมและส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลด้วยการเรียนกับพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านระบบหายใจ การฝึกปฏิบัติจริงและเรียนรู้ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยเด็ก ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และการฝึกทักษะการดูแลเสมือนอยู่ที่บ้านให้กับผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยพยาบาลประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจากการสังเกตการฝึกปฏิบัติ การตอบคำถาม การแก้ปัญหาการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอควรมีผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน เพื่อสลับและเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วยเด็ก

4. ให้การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ได้รับการผ่าตัดและทำหัตถการหลายอย่าง อีกทั้งมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน ทำให้มีค่าใช้จ่ายส่วนต่างจากสิทธิ์การรักษาค่อนข้างสูง พยาบาลจึงต้องประเมินความสามารถในการจ่ายค่ารักษาของผู้ดูแล หากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาทั้งหมดได้ในครั้งเดียว พยาบาลสามารถประสานงานกับหน่วยสวัสดิการสังคมของโรงพยาบาล นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลสามารถจัดหาอุปกรณ์ให้เช่า เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแล เช่น เครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา และแนะนำการเลือกซื้อเวชภัณฑ์ที่จำเป็นนอกเหนือจากที่โรงพยาบาลจัดให้ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ถังช่วยปั๊มหายใจ ชุดพันยา อุปกรณ์ทำแผล เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

5. จัดเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแล เช่น สายดูดเสมหะ 0.9% โซเดียมคลอไรด์ แอลกอฮอล์ น้ำสะอาดปราศจากเชื้อ (sterile water) กระบอกฉีดยาสำหรับให้นม สายยางให้นม เป็นต้น รวมถึงกล่องอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency box) เพื่อให้ผู้ดูแลได้ใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินที่บ้าน

6. ให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญในการให้ยาตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยเด็กมียา flixotide ชนิด MDI ให้ 1 กด เข้า-เย็น ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน domperidone (5 mg/5 ml) 1.5 ml. via PEG วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น วิตามินรวม MTV drops 0.5 ml. via PEG วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น แร่ธาตุเสริม OTE 1.1 ml. via PEG วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเข้า-เย็น ธาตุเหล็ก ferdek (15mg/0.6ml) 0.8 ml. via PEG วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเข้า โดยเน้นย้ำให้ผู้ดูแลให้ยาตรงเวลา และครบถ้วนตามแผนการรักษา รวมถึงเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

7. ให้คำแนะนำในการส่งเสริมภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง โดยดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับนมตามแผนการรักษาทั้งสูตรนม ชนิด และปริมาณที่ให้ รวมทั้งประเมินภาวะโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ

8. ให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงการพาผู้ป่วยเด็กไปในที่แออัด หรือหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่ไม่สบายหรือมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีท่อหลอดลมคอซึ่งเป็นช่องทางเปิดให้เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจได้โดยตรง จึงมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่ายว่าเด็กปกติ (Lugo-Machado & Cárdenas, 2024)

9. ให้คำแนะนำในการพาผู้ป่วยเด็กไปรับวัคซีนที่อนามัยใกล้บ้านตามช่วงวัย และวัคซีนเสริมที่ช่วยป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและป้องกันการติดเชื้อ

10. ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบพาเด็กมาโรงพยาบาล เช่น หายใจหอบเหนื่อย ออกนํมูม ปีกจมูกบาน สีผิวซีด หรือเขียวคล้ำ ชัก เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวสามารถมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงกำหนดนัดพบแพทย์



11. เน้นย้ำการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน ทำให้ต้องมีการนัดติดตามกับแพทย์ที่ดูแล โดยพยาบาลประสานงานกับแพทย์ที่ดูแลแต่ละระบบเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการตรวจในเวลาที่เหมาะสม ประหยัดเวลาในการมาพบแพทย์ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยเด็กมีนัดพบแพทย์ทั้งหมด 4 นัด โดยอีก 1 เดือนข้างหน้า มีนัดกับแพทย์ระบบทางเดินอาหารเพื่อติดตามอาการและประเมินผลหน้าท้อง และแพทย์ระบบทางเดินหายใจ เพื่อประเมินอาการและเปลี่ยนท่อหลอดลมคอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (ปกตินัดทุก 3-4 สัปดาห์) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่จำเป็นจะต้องทำในโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์พร้อมในการช่วยชีวิตและทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความปลอดภัยระหว่างเปลี่ยนท่อหลอดลมคอ (Lawrence et al., 2021) และอีก 2 เดือนข้างหน้า มีนัดกับแพทย์เวชพันธุศาสตร์และคลินิกโภชนาการ

12. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวในการดูแลร่วมกันของผู้ดูแลและทีมสุขภาพเมื่อกลับบ้าน ให้ความมั่นใจกับผู้ดูแลหากมีปัญหาในการดูแลสามารถปรึกษากับพยาบาลระบบหายใจเด็กผ่านทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ หรือเบอร์โทรของหอผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแล รวมทั้งใช้เป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ติดตามความก้าวหน้าของการดูแลรักษาระหว่างผู้ดูแลและทีมสุขภาพ

13. ให้กำลังใจผู้ดูแล ชื่นชมในสิ่งที่ผู้ดูแลทำได้ถูกต้องและทำได้ดี รวมทั้งให้คำแนะนำในสิ่งที่ผู้ดูแลยังไม่มั่นใจ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน

14. ประสานงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยเด็ก และติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยประสานกับเจ้าหน้าที่และสถานพยาบาลใกล้เคียงเพื่อส่งต่อการดูแล รวมทั้งแจ้งให้ผู้ดูแลทราบถึงระบบการดูแลในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินและเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีท่อหลอดลมคอ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อกลับบ้าน อีกทั้งการดูแลมีความซับซ้อนและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยยึดหลักการให้เกียรติและเคารพผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง นอกจากนี้ พยาบาลยังมีหน้าที่สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ รวมถึงเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพเพื่อร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสม อันนำไปสู่การพัฒนากระบวนการที่เอื้อประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางไม่เพียงช่วยพัฒนาระบบการดูแลให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ยังส่งเสริมคุณภาพการบริการและเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งส่งผลให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายใต้การดูแลที่เหมาะสมและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิชาการนี้ได้รับสนับสนุนจากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ภายใต้โครงการแลกเปลี่ยนอาจารย์พยาบาลเพื่อเข้าร่วมการอบรมระยะสั้นในต่างประเทศ



References

- Acorda, D. E., Brown, J. N., Lambert, E. M., & Gibbs, K. D. (2023). Psychosocial measures and outcomes among caregivers of children with tracheostomies: A systematic review. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 168(5), 979–987. <https://doi.org/10.1002/ohn.202>
- Acorda, D. E., Jackson, A., Lam, A. K., & Molchen, W. (2022). Overwhelmed to ownership: The lived experience of parents learning to become caregivers of children with tracheostomies. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 163, 111364. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2022.111364>
- Al-Faleh, M., Alsheef, H., Al-Anzi, O., Jabaan, R., AlQahtani, S. M., & Alabdulmhsin, M. (2023). Pediatric tracheostomy: A quality-of-life assessment study in Saudi Arabia. *Cureus*, 15(10), e47235. <https://doi.org/10.7759/cureus.47235>
- Friesen, T. L., Zamora, S. M., Rahmanian, R., Bundogji, N., & Brigger, M. T. (2020). Predictors of pediatric tracheostomy outcomes in the United States. *Otolaryngology Head Neck Surgery*. 163(3), 591-599. <https://doi.org/10.1177/0194599820917620>
- Fuller, C., Wineland, A. M., & Richter, G. T. (2021). Update on pediatric tracheostomy: Indications, technique, education, and decannulation. *Current Otorhinolaryngology Reports*, 9(2), 188–199. <https://doi.org/10.1007/s40136-021-00340-y>
- Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: State of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (2017). *Patient-and family-centered care defined*. https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html?utm_source=chatgpt.com
- Kaewthamrong, S., & Hakom, N. (2020). Nurse's roles in caring for patients with tracheostomy in intensive care. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(4), 114-123. (in Thai)
- Komori, M. (2024). Update on pediatric tracheostomy. *Auris, Nasus, Larynx*, 51(3), 429–432. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2024.01.003>
- Lawrence, P. R., Chambers, R., Faulkner, M. S., & Spratling, R. (2021). Evidence-based care of children with tracheostomies: Hospitalization to home care. *Rehabilitation Nursing*, 46(2), 83–86. <https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000254>
- Lee, M., & Wilson, H. (2021). Complications of tracheostomy. *Shanghai Chest*, 5, 42. <https://shc.amegroups.org/article/view/6988/pdf>
- Lugo-Machado, J. A., & Cárdenas, A. Z. (2024). The impact of tracheostomy on spoken language in children: A narrative review. *Romanian Journal of Rhinology*, 14(54), 49-52. <https://doi.org/10.2478/rjr-2024-0009>
- October, T. W., Jones, A. H., Michals, H. G., Hebert, L. M., Jiang, J., & Wang, J. (2020). Parental conflict, regret and short-term impact on quality of life in tracheostomy decision making. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(2), 136-142. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002109>
- Okonkwo, I., Cochrane, L., & Fernandez, E. (2020). Perioperative management of a child with a tracheostomy. *BJA Education*, 20(1), 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2019.09.007>