การพยาบาลผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้า : กรณีศึกษา

กนกภรณ์ จำปาเงิน*

บทคัดย่อ

พัฒนาการล่าช้า เป็นกลุ่มอาการของผู้ป่วยเด็กที่มีความพิการของสมองอย่างถาวร ซึ่งมีผลให้การประสานงานของการทำงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง ส่งผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและการทรงท่าที่ผิดปกติ เช่นการเกร็งใบหน้า ลิ้น ลำตัว แขน ขา การทรงตัว การทรงท่าในขณะนั่ง ท่ายืน เดิน ผิดปกติหรืออาจเดินไม่ได้ อาจมีความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านอื่นๆ ที่จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ปอดอักเสบ และโรคลมชัก

กรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 5 ปี โรงพยาบาลด่านช้างนำส่งด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที มีประวัติเป็น Cerebral palsy ตั้งแต่กำเนิดรักษาที่โรงพยาบาลต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัย Cerebral palsy with pneumonia with epilepsy แรกรับที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ให้อ็อกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 92 เปอร์เซ็นต์ ปัญหาทางการพยาบาล คือ การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากพัฒนาล่าช้าด้านการพูดและภาษา ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและภาวะคุกคามของโรค เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากไข้สูงและพยาธิสภาพของสมอง มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากการติดเชื้อที่ปอด เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และอันตรายเนื่องจากการชัก ญาติกังวลเกี่ยวกับอาการชักและการเจ็บป่วยเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการดูแล เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายเนื่องจากการชัก รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติ ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อให้การพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลในแต่ละระยะ ต้องมีสมรรถนะการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การพยาบาล สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ระหว่างเข้ารับการรักษาพยาบาลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 8 ข้อ และทุกข้อได้รับการแก้ไขทั้งหมดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ : การพยาบาล, พัฒนาการล่าช้า

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

บทนำ

พัฒนาการล่าช้า[1] เป็นกลุ่มอาการของผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการช้ากว่าลำดับขั้นพัฒนาการปกติตามช่วงอายุของเด็ก ส่วนใหญ่มักมีอาการหรืออาการแสดงทางระบบประสาทร่วมด้วย โรคของระบบประสาทเป็นสาเหตุหนึ่งของพัฒนาการที่ล่าช้าโดยเฉพาะสมองพิการ (cerebral palsy) มีผลให้การประสานงานของการทำงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง ส่งผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและการทรงท่าที่ผิดปกติ เช่น การเกร็งใบหน้า ลิ้น ลำตัว แขน ขา การทรงตัว การทรงท่าในขณะนั่ง ท่ายืน เดิน ผิดปกติหรืออาจเดินไม่ได้ อาจมีความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านอื่นๆ เช่น มีความบกพร่องการมองเห็น การรับรู้ สติปัญญา และโรคลมชัก

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี ขนาด 680 เตียง มีผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามารักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564, พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 จำนวน 196 ราย, 126 ราย, 125 ราย และ 156 รายตามลำดับ และแผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564, พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 จำนวน 18 ราย, 16 ราย, 25 ราย และ 18 รายตามลำดับ[2] จะเห็นว่ามีจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามากขึ้น เด็กเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคได้ เช่น ปอดอักเสบ ลมชัก เป็นความวิตกกังวลของบิดา มารดา ผู้ปกครองในการดูแลบุตรหลาน

พัฒนาการล่าช้าจากสมองพิการ ประมาณร้อยละ 25[3] จะหาสาเหตุชัดเจนไม่ได้ ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงระยะเวลาที่มีการเจริญเติบโตของสมอง คือ ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 7-8 ปี สาเหตุการเกิด 3 ระยะ คือ 1) ระยะที่เด็กอยู่ในครรภ์มารดาหรือระยะก่อนคลอด (prenatal period) นับตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์จนถึงอายุครรภ์ 6 เดือน 2) ระยะระหว่างคลอด (perinatal period) นับตั้งแต่ 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์จนถึงสัปดาห์แรกหลังคลอด 3) ระยะหลังคลอด (postnatal period) อาการคือมีพัฒนาการล่าช้า ช่วง 1-3 ปีแรกตัวอ่อนปวกเปียก อายุ 3 ปีขึ้นไปกล้ามเนื้อแขนขาหดเกร็งมากกว่าปกติทำให้เคลื่อนไหวลำบาก ผู้ป่วยที่เริ่มเดินได้จะเดินเขย่งปลายเท้า หรือมีรูปแบบการเดินที่ผิดปกติ อาจมีแขนขาสั่นทำให้ควบคุมการเคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาด้านการดูดกลืน มีปัญหาด้านการพูด มีปัญหาระบบต่างๆ ของร่างกาย การวินิจฉัยโรคโดยซักประวัติ ตรวจร่างกาย สังเกตการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ตรวจ MRI เพื่อยืนยันรอยโรคและบริเวณของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ การรักษาโดยการกายภาพบำบัดเพื่อฝึกเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ฝึกการเคลื่อนไหวให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการเกร็งและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ หรืออาจผ่าตัดเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การย้ายเส้นเอ็น หรือผ่าตัดกระดูก การรักษาด้านอื่นๆ เช่น ด้านสายตา ด้านการได้ยิน ด้านจิตเวช อรรถบำบัดฝึกพูด กิจกรรมบำบัดเพื่อฝึกการดูดกลืน การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดเล็ก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีโรคทรกซ้อน ที่พบบ่อยคือ ปอดบวมหรือปอดอักเสบ[3] (Pneumonia, Pneumonitis) สาเหตุ[4] จากเชื้อโรคทำให้มีการอักเสบของปอด ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียพบเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ เชื้อไวรัส และเชื้อไมโคร พลาสมา โรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยอีกอย่าง คือ โรคลมชักในเด็ก[5] (Epilepsy) หมายถึงอาการที่เซลล์สมองปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติจำนวนมากพร้อมกันเฉียบพลัน จากตำแหน่งหนึ่งกระจายไปสู่สมองส่วนอื่น ๆ ทำให้มีอาการชั่วขณะ เช่น เกร็ง กระตุก การรู้สติแปรปรวน สาเหตุ ได้แก่ สมองพิการ สมองผิดปกติแต่กำเนิด หยุดยากันชักหรือยาที่มีผลต่อระบบประสาทอย่างกะทันหัน ปัญหาการนอนหลับ หรือวิตกกังวล

ไข้สูง ภาวะเมตาบอลิกผิดปกติ การวินิจฉัยโรคลมชัก จากประวัติลมชัก ตรวจร่างกาย การบันทึกภาพต่อเนื่องขณะมีอาการชักหรือคล้ายอาการชัก ตรวจระดับน้ำตาล โซเดียม แคลเซียมในเลือด ตรวจการทำงานของสมอง

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม มีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนการตรวจรักษา ขณะตรวจรักษา หลังตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[6] ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติพร้อมที่จะเผชิญปัญหาด้านสุขภาพที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี โดยมีการวางแผน กำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกับครอบครัวตลอดระยะเวลาการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพัฒนาการล่าช้าและมีโรคแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการศึกษา:

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและมีโรคแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค
2. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและมโรคแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และญาติ วิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ประเมินผล สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

อาการสำคัญ : ส่งต่อจากโรงพยาบาลด่านช้างด้วยอาการ หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที 1 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ ไปรักษาที่โรงพยาบาลด่านช้าง 1 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที แพทย์พิจารณาส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ประวัติเป็น Cerebral palsy ตั้งแต่กำเนิด รักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชตลอด

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 5 ปี รูปร่างค่อนข้างอ้วน น้ำหนักตัว 19 กิโลกรัม ยืนไม่ได้ (ป้าอุ้มไว้) รับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ร่างกายทั่วไปสะอาด

สภาวะจิตใจ อารมณ์: รู้ตัว ตื่นดี

การพูด: พูดไม่ได้

การเคลื่อนไหวของร่างกายและการรับความรู้สึก: แขนขาไม่มีแรง

ระบบการหายใจ: ทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ไม่มีอาการเขียวที่ปากและปลายมือปลายเท้า ชีพจร 136 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท เสียงการเต้นของหัวใจปกติ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: CBC พบ WBC=11,600 cell/uL(ค่าปกติ 5,000-10,000 cell/uL) และ Neutrophils=83.0% (ค่าปกติ 40-75%)

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด: Infiltration at right lobe

ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ:

การวินิจฉัยโรค: Cerebral palsy with pneumonia with epilepsy

การรักษาของแพทย์

แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม: รู้สึกตัว หายใจเหนื่อยเล็กน้อย หายใจ 36 ครั้งต่อนาที ให้ O_2 mask with bag 10 ลิตร/นาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 92 เปอร์เซ็นต์ มีตัวร้อน หน้าแดง ปากแดง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักตัว 19 กิโลกรัม ยืนไม่ได้ พูดสื่อสารไม่ได้ ตอบคำถามด้วยการพยักหน้าได้บ้าง กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง มีอาการเกร็งเล็กน้อยเป็นพักๆ On 5%D/NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เจาะ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, CXR พ่นยา Ventolin 1 nebule ผสมกับ NSS 2 มิลลิลิตร และ admit หอผู้ป่วยกุมาร (2-15 ปี) ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระบารมี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

การพยาบาลระยะก่อนตรวจ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากพัฒนาล่าช้าด้านการพูดและภาษา

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยพูดสื่อสารไม่ได้ เข้าใจบทสนทนาช้า พยักหน้า ส่ายหน้าได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยสื่อสารกับผู้อื่นพอเข้าใจได้

เกณฑ์การประเมินผล สามารถสื่อสารถึงความต้องการได้ เข้าใจตรงกับญาติหรือผู้ดูแล สื่อสารด้วยวิธีการอื่น เช่น ภาษากาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินการพูด หรือภาษากายเพื่อวางแผนให้การพยาบาลได้ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพปัญหา
2. ฝึกผู้ป่วยเคลื่อนไหวอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด เช่น อ้าปาก ทำปากจู๋ โดยพิจารณาจากความสามารถของผู้ป่วย[7]
3. ฝึกผู้ป่วยออกเสียงสระง่ายๆ เพื่อฝึกการเคลื่อนไหวอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด
4. แนะนำการสื่อสารด้วยวิธีการอื่น เช่น ภาษาทางกาย การใช้สัญลักษณ์หากการฝึกพูดยังไม่ก้าวหน้า เพื่อให้การสื่อสารของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ
5. แนะนำมารดาให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารเต็มที่ ไม่เร่งรัดคำตอบ แสดงท่าทาง ตั้งใจฟัง สบตา ผู้ป่วย เพื่อแสดงการยอมรับ ลดความคับข้องใจของผู้ป่วย
6. สอนมารดาเกี่ยวกับการฝึกกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูด เช่น ลิ้น ริมฝีปาก เพื่อฝึกการเคลื่อนไหวอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการ

7. วางแผนกำหนดกิจกรรมร่วมกับมารดาให้มีการฝึกกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดทุกวันเพื่อให้ได้รับการฝึกพูดซ้ำสม่ำเสมอ

8. ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฝึกพูดได้ตามแผนและมีความก้าวหน้า

9. ประเมิน ติดตามความก้าวหน้าของการพูดและบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่ติดตามเยี่ยมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการฝึกการพูดตามแผน

การประเมินผล ผู้ป่วยสื่อสารถึงความต้องการได้ เข้าใจตรงกับมารดาโดยชี้สิ่งที่ต้องการได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและภาวะคุกคามของโรค

ข้อมูลสนับสนุน ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ญาติสอบถามคำถามซ้ำๆ กับพยาบาล ท่าทางกระวนกระวาย

วัตถุประสงค์ ญาติมีความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจเกี่ยวกับอาการ และแนวทางการรักษาคร่าวๆ ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวล และสาเหตุของความกังวลของญาติ เพื่อให้การการพยาบาลที่เหมาะสม

2. สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย ให้เกิดเกิดความมั่นใจ และระบายความรู้สึกที่แท้จริงกับทีมสุขภาพ

3. ให้เวลากับญาติในการซักถามปัญหา ข้อสงสัย และตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจเพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา สิทธิต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจ ลดความเครียดจากภาวการณ์เจ็บป่วย[8]

5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย แผนการรักษาและเหตุผล อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ

6. ให้ข้อมูลมารดาและญาติเกี่ยวกับเหตุผลการพยาบาลก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อให้ญาติเข้าใจและลดความกังวลลง

7. แนะนำและสอนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่มารดาสามารถทำได้ เพื่อให้มีส่วนร่วมและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยลดความวิตกกังวล

8. ดูแลให้คำปรึกษามารดาและครอบครัวอย่างเข้าใจ ปลอบโยน ให้กำลัง เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

9. เปิดโอกาสให้มารดาเฝ้าผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยเด็กเล็ก เพื่อลดความกังวลของมารดาและญาติ ซึ่งทางโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าและเยี่ยมได้ตลอด 24 ชั่วโมง

10. ให้ความมั่นใจกับมารดาและญาติว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพเพื่อลดความกังวลของครอบครัว

การประเมินผล มารดามีสีหน้าสดชื่น บอกเกี่ยวกับโรคและอาการต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยได้ ญาติบอกว่ารู้สึกกังวลใจลดลง แต่ยังรู้สึกเครียดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่บ้าง ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลขณะตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากไข้สูงและพยาธิสภาพของสมอง

ข้อมูลสนับสนุน ตัวร้อน หน้าแดง ปากแดง สัญญาณชีพ 38.8 องศาเซลเซียส หายใจ 36 ครั้ง ชีพจร 136 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 mmHg. แพทย์วินิจฉัย Cerebral palsy with pneumonia with epilepsy

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชัก

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการ ผิวกายร้อน หน้าแดง ปากแดง กระหายน้ำ กระสับกระส่าย งอแง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4^{O}C หายใจไม่เกิน 40 ครั้ง/นาที ชีพจร 75-120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่เกิน 120/80 mmHg.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการชัก และภาวะไข้ โดยดูจาก อาการแสดงเกร็ง กระตุก สัญญาณชีพเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม[9]
2. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ (tepid sponge) ด้วยน้ำธรรมดา ครั้งละประมาณ 15 นาที เพื่อให้น้ำช่วยพาความร้อน[10]
3. ดูแลวัดไข้ซ้ำหลังเช็ดตัว 30 นาทีเพื่อให้การพยาบาลเช็ดตัวลดไข้ซ้ำหรือให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
4. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าที่ไม่หนาเกินไป เพื่อให้การระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ดี
5. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเงียบๆ ไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อยเพื่อลด Metabolism
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 2,000 cc. เพื่อให้น้ำเป็นตัวนำความร้อนออกจากร่างกาย
7. ดูแลให้ยา Paracetamol syrup 5 มิลลิลิตร ตามแผนการรักษา เมื่อเช็ดตัวแล้วไข้ไม่ลด
8. แนะนำญาติในการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลภาวะไข้ได้อย่างต่อเนื่อง
9. แนะนำมารดาในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
10. ดูแลให้ยากันชัก Dilantin (50) 1.5 เม็ด ตามแผนการรักษาของแพทย์
11. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้ได้พักผ่อน และลดการใช้พลังงาน
12. ประเมินสัญญาณชีพ และอาการแสดงก่อนชัก อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ผิวกายอุ่น ไม่มีหน้าแดง ปากแดง ไม่กระสับกระส่าย งองแง อุณหภูมิ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที $SatO_2$=97-98% ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน ตัวร้อน หน้าแดง ปากแดง สัญญาณชีพ 38.5 องศาเซลเซียส หายใจ 32 ครั้ง ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 mmHg หายใจเสียงดัง ฟังปอดพบ Rhonchi ที่ปอดข้างขวา ผล CXR: Infiltration at right lobe CBC พบ WBC=11,600 cell/uL Neutrophils=83.0%

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีไข้หรือไข้ลดลง

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีผิวกายร้อน หน้าแดง ปากแดง กระหายน้ำ กระสับกระส่าย งองแง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4^{O}C หายใจไม่เกิน 40 ครั้ง/นาที ชีพจร 75-120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่เกิน 120/80 mmHg. ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้การพยาบาลภาวะไข้ ให้การพยาบาลตามวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ข้อที่ 2-9

2. ดูแลให้ได้รับยา Clindamycin 200 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 20 มิลลิลิตร IV และCefotaxime 1 กรัม IV ตามแผนการรักษา เพื่อยับยั้งและฆ่าเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย

3. สังเกตอาการข้างเคียง คือ เบื่ออาหาร มีไข้ เลือดออกผิดปกติ ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียนเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีผิวกายร้อน หน้าแดง ปากแดง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5-37.2^{O}C หายใจไม่เกิน 26 ครั้ง/นาที ชีพจร 122 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตไม่เกิน 110/80 mmHg. SatO_2=97-98%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากการติดเชื้อที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีพัฒนาการล่าช้า หายใจเสียงดัง ฟังปอดพบ Rhonchi ที่ปอดข้างขวา หายใจ 36 ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อไหล่ช่วยในการหายใจ ไอบ่อย เสมหะสีขาวจำนวนมาก On O_2 mask with bag 10 ลิตร/นาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 sat) 92 เปอร์เซ็นต์ ผล CXR: Infiltration at right lobe CBC พบ WBC=11,600 cell/uL Neutrophils=83.0%

วัตถุประสงค์ เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการ ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจไม่เกิน 40 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอดี Breath sound ปกติ ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ชีพจร 75-120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตไม่เกิน 120/80 mmHg. ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน โดยดูจาก cyanosis ปลายมือปลายเท้าเย็น อาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ และชีพจรส่วนปลายเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม

2. จัดท่าให้นอนท่า fowler’s position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ[11]

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน Bed rest เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

4. ดูแล Complete bed bath เพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรคและผู้ป่วยสุขสบายส่งเสริมพักผ่อน

5. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ เช่น การเปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเสริฟหม้อนอนให้ขับถ่ายบนเตียง เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

6. ดูแลแนะนำดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำอุณหภูมิห้องมากๆ เพื่อไม่ให้ร่างกายขาดน้ำ และลดการเหนียวของเสมหะ

7. สอนผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ (Deep breathing exercise เพื่อให้ขับเสมหะออกได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ

8. สอบมารดาเกี่ยวกับการไอที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้สามารถสอนและกระต้นผู้ป่วยไอบ่อยๆ

9. ดูแลให้ได้รับยา Ventolin 1 NB ทันที และพ่นทุก 4 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการตามแผนการรักษาเพื่อขยายหลอดลม

10. สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาคือ ใจสั่น ปวดศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอกเพื่อให้การช่วนเหลืออย่างทันท่วงที

11. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับความเข้มข้นออกซิเจน 60% ออกซิเจน เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

12. ดูแลเคาะปอดทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อมีเสียงเสมหะเพื่อให้เสมหะบริเวณในทางเดินหายใจหลุดไหลออกมา

13. ดูแลดูดเสมหะด้วยหลัก Aseptic technique ทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อมีเสียงเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง

14. ประเมินการหายใจที่ปอด เพื่อประเมินความผิดปกติจากมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากเสมหะอยู่ในหลอดลมปอดหรือถุงลมปอด

15. ติดตามผลการตรวจ CBC, CXR ตาม แผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจ 28 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ไม่ใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียว Breath sound ปกติ ฟังปอด Clear ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท $SatO_2$=97-98%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และอันตราย เนื่องจากการชัก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแขน-ขาเกร็งเล็กน้อยเป็นพักๆ มีพัฒนาการด้านสมองล่าช้า มีประวัติ Cerebral palsy ตั้งแต่กำเนิด

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่ตกเตียง ไม่มีหกล้ม ไม่มีรอยฟกช้ำหรือบาดแผล ไม่มีการบาดเจ็บของกระดูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชัก[12]

1.1 คลายเสื้อผ้าให้หลวมเพื่อให้หายใจสะดวกขึ้น

1.2 จัดท่าตะแคงหน้าเพื่อให้น้ำลายไหลออกจากปาก ไม่สำลักเข้าไปในทางเดินหายใจ

1.3 ดูแลดูดเสมหะออกจากปากและจมูกบ่อยๆ เพื่อให้ทางเดินหายใจให้โล่ง

1.4 จัดท่านอนราบ ใช้ผ้านุ่มๆ หนุนบริเวณใต้ศีรษะเพื่อป้องกันศีรษะกระแทกกับพื้นเตียง

1.5 ดูแลเก็บสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายออกเพื่อไม่ให้เกิดศีรษะ แขน และขากระแทกกับของแข็งหรือสิ่งมีคม

1.6 ดูแลและแนะนำญาติไม่ควรเคลื่อนย้ายเด็กขณะชัก เพื่อป้องกันการพลัดตกของผู้ป่วย

1.7 ดูแลและแนะนำญาติไม่ผูกยึดตัวเด็กขณะที่มีอาการชัก เพื่อป้อกันกระดูกหัก

1.8. แนะนำไม่ใช้ไม้กดลิ้น เพื่อป้องกันฟันหักและหลุดไปอุดหลอดลม

2. ดูแลให้ได้รับยา Dilantin (50) 1.5 เม็ด และ Phenobarbital (30) 1.5 เม็ด ตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมการชัก

3. สังเกตผลข้างเคียงของยา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

4. สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก ลักษณะของใบหน้าตาขณะชักระดับความรู้สึกตัวของเด็กก่อน-ระหว่างและหลังชัก พฤติกรรมผิดปกติหลังจากชัก ระยะเวลาชักทั้งหมด จำนวนครั้งหรือความถี่ในการชัก

5. แนะนำญาติหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นเด็กเกิดการชักขึ้นอีก เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

6. ดูแลให้การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีไข้ตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยมีไข้ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เพื่อป้องกันการชักจากภาวะไข้สูง

7. ดูแลให้การพยาบาลหลังการชัก[13]

7.1 ดูแลให้พักผ่อนในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ไม่มีเสียงรบกวน

7.2 เช็ดตัวและบริเวณใบหน้า ลำคอ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายพักผ่อนได้

8. แนะนำมารดาในการสังเกตอาการนำ และอาการผิดปกติก่อนการชัก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่เกิดอันตรายจากการชัก ไม่ตกเตียง ไม่มีหกล้ม ไม่มีรอยฟกช้ำหรือบาดแผล

การพยาบาลระยะหลังตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ญาติกังวลเกี่ยวกับอาการชักและการเจ็บป่วยเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการดูแล

ข้อมูลสนับสนุน ญาติบอกว่ากลัวว่าจะมีอาการแบบนี้อีก ไม่รู้ว่าจะดูแลแบบไหน มีสีหน้าวิตกกังวลเวลามองหน้าลูก บอกซ้ำๆ ว่าไม่มั่นใจในการดูแล

วัตถุประสงค์ ญาติมีความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล ญาติหน้าตาสดชื่นขึ้น ญาติบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยถูกต้อง ยิ้มแย้ม พูดคุยมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการก่อนชัก ปัจจัยนำให้การพยาบาลที่เหมาะสม

2. ให้ความรู้มารดาและญาติเกี่ยวกับโรค อาการชักจากภาวะสมอง การรักษาโรค อาการนำ ปัจจัยเสี่ยงต่อการชักเพื่อให้ดูผู้ป่วยอย่างเหมาะสม[14]

3. แนะนำมารดาและให้หลีกเลี่ยงการนำผู้ป่วยทำกิจกรรมที่เสี่ยงและกระตุ้นต่อการชัก

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการนำก่อนชักเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง

5. อธิบายเหตุผลและความสำคัญของการรับประทานยากันชักอย่างเคร่งครัด และการสังเกตอาการข้างเคียงของยาเพื่อป้องการเกิดชักซ้ำ[15]

6. อธิบายเหตุผลของการมาตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องการเกิดอันตรายต่อการชัก

7. ให้คำแนะนำแก่มารดาในการทำกายภาพบำบัดเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวที่ปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ กระดูก

8. ให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับการฝึกผู้ป่วยออกเสียง การพูด การควบคุมการพูดตามแผนที่ได้รับจากนักแก้ไขการพูดเพื่อให้เด็กสื่อสารได้ดีขึ้น

9. ให้คำแนะนำมารดากระตุ้นให้ทำกิจกรรมบำบัดตามแผนที่นักกิจกรรมบำบัดเพื่อเพิ่มทักษะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ฝึกการดูดกลืน ทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือตัวเอง

10. แนะนำการดูให้ยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดเพื่อควบคุมอาการต่าง

การประเมินผล มารดาและญาติหน้าตาสดชื่นขึ้น บอกว่าสบายใจขึ้น บอกวิธีการดูแลผู้ป่วยถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายเนื่องจากการชัก

ข้อมูลสนับสนุน ไม่เกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้าย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือระหว่างเคลื่อนย้าย ไม่เกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกเตียง ไม่มีอาการเกร็ง ชักกระตุก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้การพยาบาลก่อนการเคลื่อนย้าย[16]

1.1 ตรวจสอบสภาพผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการเคลื่อนย้าย

1.2 เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ Ambu bag, ออกซิเจนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้าย

1.3 อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นของการเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยและวิธีการเคลื่อนย้าย

1.4 ประสานงานหอผู้ป่วยกุมารชั้น 4 เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียมรับผู้ป่วย

2. ดูแลให้การพยาบาลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.1 ประเมิน ตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นระยะๆ เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ

2.2 ดูแลยกไม้กั้นเตียงของเปลนอน ความพร้อมของถังออกซิเจนเพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อน

2.3 ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 L/min เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย

2.4 พูดคุยให้ญาติมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดความวิตกกังวลแ

2.5 ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะเคลื่อนย้ายเพื่อป้องกันการอันตรายจากการเคลื่อนย้าย

2.6 สังเกตอาการปวดศีรษะ อาการชัก หายใจหอบเหนื่อย ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) เพื่อให้การพยาบาลทันที

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกเตียง ไม่มีอาการเกร็ง ชักกระตุกขณะเคลื่อนย้าย ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 128 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที $SatO_2$=97-98%

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 5 ปี ส่งต่อจากโรงพยาบาลด่านช้างด้วยอาการหายใจเหนื่อย หายใจ 36 ครั้งต่อนาที 1 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับที่ตึกผู้ป่วยนอก เหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที

ให้อ็อกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ระดับความเข้มข้นของอ็อกซิเจนในเลือด (O_2 sat) 92 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยโรค Cerebral palsy with pneumonia with epilepsy ประวัติเป็น Cerebral palsy ตั้งแต่กำเนิด รักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชต่อเนื่อง ให้การรักษาด้วยพ่นยา Ventolin 1 nebule ผสมกับ NSS 2 มิลลิลิตร On O_2 mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ปอดมีเสียง Rhonchi ปรึกษากายภาพบำบัดช่วยเคาะปอดสำหรับดูดเสมหะ ให้ยา Cefotaxime 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ยา Clindamycin 200 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 20 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง พ่นยา Ventolin 1 nebule ผสมกับ NSS 2 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง เช็ดตัวลดไข้ ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลมีปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ได้แก่ การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากพัฒนาล่าช้าด้านการพูดและภาษา ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและภาวะคุกคามของโรค การพยาบาลขณะหลังตรวจ ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากไข้สูงและพยาธิสภาพของสมอง มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากการติดเชื้อที่ปอด เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และอันตราย เนื่องจากการชัก และการพยาบาลระยะหลังตรวจ ได้แก่ ญาติกังวลเกี่ยวกับอาการชักและการเจ็บป่วยเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการดูแล เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายเนื่องจากการชัก ทุกปัญหาได้รับการดูแลแก้ไขหมดไป และส่งผู้ป่วย Admit หอผู้ป่วยกุมาร (2-15 ปี) ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระบารมี

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยพยาธิสภาพของโรคจะมีปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการด้านร่างกาย การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ มัดเล็ก รวมทั้งพัฒนาการด้านการพูดและภาษา เด็กจะสื่อสารไม่ได้ ไม่เข้าใจบทสนทนาของผู้อื่น การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำตามคำแนะนำเพื่อการปฏิบัติตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลแก้ไข เพื่อให้สามารถสื่อสารความต้องการพื้นฐานเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยเฉพาะในการประเมินสภาวะสุขภาพเพื่อให้การพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกต้องมีความรู้ ความชำนาญในการสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้รวมถึงต้องวางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยเด็กแต่ละบุคคล โดยกรณีศึกษารายนี้มีโรคร่วมคือ Cerebral palsy ทำให้การหดเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขา การดูดกลืน ไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อการสำลัก ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการติดเชื้อที่ปอด การพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจำเป็นต้องวางแผนให้การพยาบาลปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วนของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ความยุ่งยากในการปฏิบัติการพยาบาลคือผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารความต้องการหรืออาการที่เป็นได้ด้วยตนเอง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอกจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ ผลกระทบที่มาจากโรคประจำตัว รวมทั้งความรู้ ความเครียด ความกังวล ความพร้อมของมารดาและญาติที่มีผลต่อปัญหาทางการพยาบาลและการดูแลเพื่อการตัดสินใจและการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมรอบด้านทุกมิติของปัญหาเพื่อแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องวางแผนให้การพยาบาลด้านจิตใจทั้งผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวเนื่องจากเป็นผู้ป่วยเด็กที่ส่งผลให้เกิดวิตกกังวล เครียดของทั้งมารดาและญาติ รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร ควรกำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลและการพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและมีโรคแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค และนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

2. ด้านบริการ ควรจัดทำแนวทางการพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและมีโรคแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ให้เป็นปัจจุบันและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. ด้านวิชาการ ควรจัดประชุมวิชาการให้ความรู้ เกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและมีโรคแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค แนวทางการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้มีชีวิตอยู่กับภาวะสุขภาพอย่างมีความสุข สามารถเผชิญกับโรคและดำรงชีวิตได้

บรรณานุกรม

1. พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. (2560). การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพร จำกัด.
2. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. สถิติข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. 2566.
3. พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิพันธ์, สุรางค์ เจียมจรรยา. ประสาทวิทยาในเด็ก: โรคที่พบบ่อยและปัญหาที่น่าสนใจ. กรุงเทพ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, พิมพ์ครั้งที่ 1. 2536: 59-87.
4. อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, พนิดา ศรีสันต์, กวีวรรณ ลิ้มประยูร และ สนิตรา ศิริธางกุล, บรรณาธิการ. Common Pediatric Respiratory Disease 2016. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์; 2559.
5. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ จำกัด; 2553.
6. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2562.
7. จารุกูล ตรีไตรลักษณะ, ชุติมา ชลายเดชะ, สุนีย์ บวรสุนทรชัย, วนาลี กล่อมใจ, จตุพร สุทธิวงษ์, ผกามาศ พิริยะประสาธน์ และคณะ. ตำราการจัดการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยทางระบบประสาท. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพริ้นเทอรี่ จำกัด. 2563.
8. สุขเกษม โฆษิตเศรฐ, ศุกระวรรณ อินทรขาว, สุดาทิพย์ ผาติชีพ และ พชรพรรณ สุรพลชัย . ภาวะวิกฤติในกุมารเวชศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ: ไอกรุ๊ป เพรส; 2557.
9. ประยงค์ เวชวนิชสนอง และวนพร อนันตเสรี, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 2. สงขลา: ภาคกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559
10. กาญจนา อั๋นวงศ์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลเด็กที่มีไข้และอาการชัก ใน แนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชักสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด;(2559).
11. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2562.

12. เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์, ศันสนีย์ สุดประเสริฐ, กฤตยา ธันธราและคณะ. ทบทวนวรรณกรรมโรคลมชักในเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต.พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2551.
13. อมรรัตน์ งามสวย และ วรรณิตา สอนกองแดง, บรรณาธิการ. การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ. เชียงใหม่:สมาร์ทโคตรติ้งแอนเซอรวิส จำกัด; 2563
14. ยศรวีร์ กีรติภควัต. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ ในบุตรปฐมวัย. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2553; 22(1-3): 83-93.
15. ผนึกแก้ว คลังคา, วิลาวัณย์ จันโทริ, อำภา ทาเวียง. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล 2562; 32(2):40-9.
16. เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์, อุบลวรรณ วัฒนดิลกกุล, สหัส เหลี่ยมสุวรรณ และคณะ. บรรณาธิการ. ความรู้เรื่องการระบุอาการของโรคลมชักในเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา.สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2551.