

## การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัว

จรงค์ อุตราชต์กิจ \* วท.บ (พยาบาลและผดุงครรภ์), วท.ม (สรีรวิทยา)

บทคัดย่อ: บทความนี้ผู้เขียนได้นำเสนอแนวคิดหลักสำหรับพยาบาลใช้เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม ภายใต้สภาวะค่าใช้จ่าย ทรัพยากร และแหล่งประโยชน์ที่จำกัด

คำสำคัญ : การพยาบาล, เด็กและครอบครัว, ปัญหาาระบบหายใจเรื้อรัง

---

\*ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัว

### การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัว

โรคระบบหายใจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญและพบได้บ่อยในเด็ก ผลจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ การดูแลและเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้เด็กจำนวนไม่น้อยต้องกลายเป็นเด็กป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องให้การดูแลและบำบัดรักษาทางระบบหายใจต่อเป็นระยะเวลานาน เพื่อรอเวลาให้ปอดกลับมาทำงานเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ในปัจจุบันผู้ป่วยเด็กเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มี การสำรวจตัวเลขที่แน่นอนของทั้งประเทศ จากฐานข้อมูลของโครงการ Pediatric Respiratory Home Care โรงพยาบาลรามาริบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้ออกซิเจนที่บ้านจำนวน 90 ราย ผู้ป่วยเด็กที่เจาะคอและต้องกลับไปดูแลที่บ้านจำนวน 102 ราย และมีเด็กต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจทั้ง Invasive และ Noninvasive mechanical ventilator ต่อที่บ้านจำนวน 36 ราย (จีราพร พงศาสนองกุล และคณะ, 2544 ; อรุณวรรณ พุทธิพันธ์, 2547)

เด็กที่เป็นโรคระบบหายใจเรื้อรังมักจะมีอาการพยาธิโรคดีกว่าผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่มี compensatory growth เกิดขึ้นภายหลังที่มีการสูญเสียส่วนใดส่วนหนึ่งของปอดไป ในเด็กปกติภายหลังเกิดจะมีการเพิ่มจำนวนของถุงลมจนถึงอายุ 2-8 ปี หลังจากนั้นจะมีการขยายขนาดถุงลมและทางเดินหายใจร่วมกับมี differentiation ของเซลล์ต่างๆ และเส้นเลือดในปอด จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้สันนิษฐานได้ว่า compensatory lung growth ในเด็กเล็กน่าจะดีกว่าเด็กโตหรือผู้ใหญ่ ดังนั้นเด็กที่เป็นโรค

ระบบหายใจเรื้อรังตั้งแต่อายุน้อย หากได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง การทำงานของระบบหายใจอาจมีโอกาสกลับมาเป็นปกติเมื่อโตขึ้น (อรุณวรรณ พุทธิพันธ์, 2547) แต่ก็ยังมีเด็กบางรายที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายเป็นปกติได้ ต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานและต้องการการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพเฉพาะทางหลายสาขา ทำให้เด็กเหล่านี้ต้องมีชีวิตอยู่กับเทคโนโลยีต่างๆ มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลและต้องการการดูแลในระยะยาว ปัญหาเหล่านี้มักพบได้บ่อยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำให้การดูแลเด็กเหล่านี้ไม่ได้สิ้นสุดแค่ในโรงพยาบาลเหมือนอย่างในอดีต เด็กต้องมีชีวิตอยู่กับเทคโนโลยีเหล่านี้ต่อที่บ้านดังนั้นความสำเร็จในการดูแลที่แท้จริงไม่ได้อยู่ที่การทำให้เด็กรอดชีวิตและกลับบ้านได้เท่านั้น แต่อยู่ที่ทำอย่างไรเด็กและครอบครัวสามารถมีชีวิตอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพและแหล่งประโยชน์ของแต่ละครอบครัว ซึ่งสิ่งนี้คือความสำเร็จที่แท้จริงและเป็นผลลัพธ์ร่วมของทุกวิชาชีพในทีมสุขภาพที่ร่วมดูแลเด็ก

ถึงแม้ผลลัพธ์ร่วมของการดูแลแบบสหสาขาวิชา (Coordinate multidisciplinary care) จะเหมือนกันแต่เป้าหมายในการทำงานของแต่ละวิชาชีพจะแตกต่างกันตามบทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพตนเอง พยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่สำคัญในทีมนี้จะมีบทบาทและความรับผิดชอบในการเสริมพลังอำนาจและพัฒนาศักยภาพของเด็กให้สามารถดูแลตนเองร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ดังนั้นการทำงานของพยาบาลจึงต้องมีแนวคิดเพื่อเป็นหลักในการทำงานและแก้ปัญหา แนวคิดที่สำคัญเหล่านี้ได้แก่ แนวคิดการจัดการการดูแลผู้ป่วย (Case management),

## จรงค์ อุตราชต์กิจ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered care), ทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (A Theory of Dependent-Care) และแนวคิดการเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัว (Family empowerment)

### แนวคิดการจัดการการดูแลผู้ป่วย (casemanagement)

เป็นแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพสูงสุด และต่อเนื่องครบวงจรจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ภายใต้ค่าใช้จ่าย ทรัพยากร และแหล่งประโยชน์ที่จำกัด เนื่องจากในปัจจุบัน case management ได้มีการพัฒนารูปแบบที่หลากหลาย และขยายวิธีการดูแลจากการดูแลรายกรณี (case) ไปสู่การจัดการเชิงกลไกและระบบการจัดการมากขึ้น ในบทความนี้ผู้เขียนได้นำเสนอแนวคิดในความหมายของ Case Management Society of America's (CMSA) ซึ่งได้ให้ความหมายของ case management ว่าเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ (collaborative process) เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผน ประสานงาน เฝ้าติดตามและประเมินผลการดูแลรวมทั้งการให้บริการต่างๆ ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการแต่ละราย โดยใช้การติดต่อสื่อสารและแหล่งประโยชน์ที่มีอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งในด้านคุณภาพการดูแลและความคุ้มค่า (Geary & Smeltzer, 1997) ปีคศ. 2002 Case Management Society of America ได้สรุปความหมายของ case management ใหม่ว่าเป็นกระบวนการของการประสานความร่วมมือของทีม

สุขภาพ (collaborative process) ในการประเมิน (assessment) วางแผน (planning) อำนวยความสะดวก (facilitation) และ การพิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ (advocacy) เพื่อให้การดูแลและการบริการที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสาร และใช้แหล่งประโยชน์อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า (quality cost - effective outcomes) (CMSA, 2002 อ้างใน Moreo & Lamb, 2003) ส่วน American Nurses Association (Geary & Smeltzer, 1997) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลแบบ case management ว่าเป็นกระบวนการของการให้บริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การประเมิน วางแผน การให้การดูแล และการประเมินผลลัพธ์ โดยมีเครือข่ายของการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างผู้ใช้บริการ สมาชิกในครอบครัว และ ผู้ให้บริการที่มีส่วนร่วม ทั้งหมด จุดมุ่งหมายที่สำคัญและผลลัพธ์ที่ต้องการคือผู้ใช้บริการสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม เพิ่มคุณภาพชีวิตและสภาวะทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ ป้องกันไม่ทำให้ผู้ใช้บริการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่เหมาะสม ลดความผิดพลาดในการให้บริการ จัดการการดูแลที่มีคุณภาพ และต่อเนื่องด้วยการให้การดูแลเป็นทีม ลดการดูแลที่ซ้ำซ้อนและไม่จำเป็น สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่มีต้นทุนต่ำแต่คุณภาพดี พัฒนาวิชาชีพพยาบาลและทำให้พยาบาลพึงพอใจในงานที่ทำ

แนวคิดของการให้การดูแลแบบ case management ตามความหมายดังกล่าวข้างต้นจึงได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโครงการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบหายใจโดยใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (จรงค์ อุตราชต์กิจ และคณะ, 2544) ซึ่งโครงการนี้เป็นโครงการพัฒนา

## การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัว

ต่อเนื่องและเป็นโครงการหนึ่งในโครงการการดูแลและบำบัดผู้ป่วยเด็กโรคระบบหายใจที่บ้าน ซึ่งได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากอดีตถึงปัจจุบันดังนี้

1. พัฒนาระบวนการดูแล (care process) ร่วมกับทีม Pediatric Respiratory Home Care และใช้กระบวนการดูแลนี้เป็นแนวทางในการประเมินวางแผนดำเนินงาน ประสานการดูแล (coordinator of care) และติดตามการดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละรายร่วมกัน รวมทั้งมีการตรวจเยี่ยมแบบทีมสหสาขา (multidisciplinary discharge planning round) ในรายที่จำเป็น ดังตัวอย่างในตารางที่ 1 และ 2

2. การประเมินด้านผู้ป่วย มีการตั้งเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการร่วมกับทีม Pediatric Respiratory Home Care เพื่อวางแผนจำหน่าย ดังตัวอย่างในตารางที่ 3

3. พัฒนาศักยภาพของพยาบาลระบบหายใจเด็ก โดยทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับ

3.1 การประเมินความสามารถ และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจัดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน

3.2 การประเมินสภาพและสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน

3.3 การประเมินสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

3.4 การประเมินแหล่งประโยชน์ของครอบครัว และแหล่งประโยชน์ทางสังคม

3.5 การบริหารจัดการ และประยุกต์เครื่องมือเครื่องใช้ทางระบบหายใจที่จำเป็นต้องไปใช้ต่อที่บ้าน

(utilization management) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม คุ่มค่า และร่วมบริหารจัดการให้มีเครื่องมือ เพียงพอที่จะใช้กับผู้ป่วยทุกราย

3.6 พัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกับทีม Pediatric Respiratory Home Care เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความผิดพลาดและลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น แนวปฏิบัติเหล่านี้ได้แก่ discharge teaching protocol, telephone protocol, nursing protocol การเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้านและการติดตามเพื่อไม่ให้เครื่องมือสูญหาย รวมทั้งทำประวัติเครื่องมือและดูแลรักษาเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อยืดอายุการใช้งาน และป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องมือดังกล่าวที่บ้าน เป็นต้น

3.7 พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการ

3.7.1 ประสานงานกับทีมพยาบาลจากหน่วยประสานงานระหว่างบ้านและโรงพยาบาลให้ติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งมีระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงไม่เว้นวันหยุดราชการ

3.7.2 ติดตามและประเมินผู้ป่วยโดยตรงที่ Home care clinic หรือ Chest clinic

3.7.3 พัฒนาแบบประเมินความสามารถ และติดตามสถานะทางด้านจิตใจของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย

3.7.4 ร่วมจัดทำรายชื่อและฐานข้อมูล Pediatric Respiratory Home Care เพื่อประโยชน์ในการดูแล ประเมินผลการดูแลความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

4. พัฒนาสื่อการสอนได้แก่ แผ่นพับ วิดีโอ และ

คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อช่วยในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสำหรับผู้ป่วย และผู้ดูแลรวมทั้งพัฒนา Website เพื่อเผยแพร่ความรู้งานวิจัยและนวัตกรรม: ([www.ra.mahidol.ac.th/pediatrics/thai/chest/index.html/](http://www.ra.mahidol.ac.th/pediatrics/thai/chest/index.html/))

5. พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่พร้อมจะจำหน่าย ซึ่งอาจเนื่องจากอาการผู้ป่วยเด็กยังไม่คงที่ หรือครอบครัวยังไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ติดต่อสถานบริการที่จะดูแลผู้ป่วยต่อโดยจะพิจารณาสถานบริการที่ครอบครัวต้องการหรือตามการใช้สิทธิของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจะมีการติดต่อสถานบริการนั้นก่อนที่จะส่งผู้ป่วยเด็กไปเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับดูแลผู้ป่วยเด็กต่อ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างต่อเนื่อง ทางโครงการฯ จะมีจดหมายส่งต่อที่มีรายละเอียดการรักษาและการดูแลจากแพทย์และพยาบาลระบบหายใจเด็กรวมทั้งจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในกรณีที่สถานบริการที่รับผู้ป่วยต่อไม่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ดังกล่าว พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย วิธีการดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อให้สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่องในกรณีที่ปัญหาสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้

#### **แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care)**

เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัว เนื่องจากครอบครัวมีความสำคัญที่สุดสำหรับชีวิตของเด็ก เมื่อเด็กอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยและ

ต้องดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้าน บิดา-มารดาจะต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลบุตร ต้องเป็นผู้ที่รอบรู้และเข้าใจบุตรของตนเองเป็นอย่างดี แนวคิดนี้จึงเป็นแนวคิดที่ให้บริการสุขภาพเด็กบนพื้นฐานของการเคารพในบทบาทของครอบครัว ให้เกียรติครอบครัวในฐานะเป็นหุ้นส่วนที่มีสถานะเท่าเทียมกันในการที่จะทำงานร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาไปสู่คุณภาพสูงสุดของการดูแลครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือตามศักยภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตตามปกติ แนวคิดนี้จึงจำเป็นในทุกขั้นตอนของการดูแล ควบคู่ไปกับการคำนึงถึงความแตกต่างของโครงสร้างพื้นฐาน เศรษฐฐานะ และวัฒนธรรมทางสังคมของแต่ละครอบครัว รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพบนพื้นฐานของความผูกพัน และการสื่อสารที่ทำให้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในทุกกระบวนการดูแลและการรักษาพยาบาล (Shelton, Jeppon, & Johnson, 1987; Shelton, 1999)

#### **ทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (A Theory of Dependent-Care)**

ทฤษฎีนี้มีฐานความรู้มาจากทฤษฎีการดูแลตนเอง และทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองซึ่งเป็นทฤษฎีการพยาบาลทั่วไปของโอเร็ม (Orem, 1991) ทฤษฎีนี้ให้แนวทางพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง ส่วนทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เป็นทฤษฎีที่ให้แนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (ซึ่งบทความนี้บุคคลที่ต้องการพึ่งพาหมายถึงผู้ป่วยเด็ก) ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีระบบ ช่วยผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติการดูแล

## การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัว

ที่จำเป็นที่เฉพาะของเด็ก (dependent-care demand) ในระดับเพียงพอและต่อเนื่อง ระบบพยาบาลที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่จะใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) โดยพยาบาลต้องใช้ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ในการค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการการดูแลที่จำเป็นและกิจกรรมที่ต้องกระทำ เพื่อนำมาวางแผนให้ความรู้และฝึกทักษะรวมทั้งประเมินผลลัพธ์เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (symptom management) และจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ เป็นต้น (จรงค์ อุตราชัตติกและจริยา วิริยะศุภร, 2544; จริยา วิริยะศุภร และจรงค์ อุตราชัตติก, 2537; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Taylor, Renpenning, & Geden, 2001)

### แนวคิดการเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัว (Family Empowerment)

การที่ครอบครัวจะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมั่นใจ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพลังอำนาจของครอบครัว พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่มีมาแต่กำเนิดแต่เป็นความสามารถที่จะพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริม หรือยับยั้ง การเกิดพลังอำนาจ การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเกิดพลังอำนาจของครอบครัวจะทำให้พยาบาลสามารถเสริมสร้างและให้ความช่วยเหลือครอบครัวให้เกิดพลังอำนาจอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวสามารถปรับตัวต่อภาระในการดูแลบุตรสามารถปรับสถานการณ์ตลอดจนปรับวิถีชีวิตของ

ตนเองและครอบครัวให้ดำเนินไปได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ แนวคิดนี้จึงช่วยให้พยาบาลเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดกับครอบครัว สามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง ให้ความช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้เกิดพลังอำนาจ เกิดศักยภาพในการมีส่วนร่วมจนสามารถดูแลเด็กและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

กิบสัน (Gibson, 1995) ได้ศึกษากระบวนการสร้างพลังอำนาจของมารดาเด็กป่วยเรื้อรังพบว่า มารดาเด็กเหล่านี้จะมีขั้นตอนต่างๆของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ดังนี้คือ

1. สภาวะก่อนจะมีกระบวนการสร้างพลังอำนาจ (Precondition of the process of empowerment) ได้แก่ คำมั่นสัญญา (commitment) ความรัก (love) ความผูกพัน (Bond) และความรับผิดชอบของมารดาที่มีต่อบุตรจะเป็นแรงจูงใจ ทำให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นและดำเนินอย่างต่อเนื่อง

2. กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (Process of empowerment)

2.1 การค้นหาความจริง (Discovering reality)

2.2 การพิจารณาและไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Critical reflection)

2.3 ความสามารถเป็นผู้ดำเนินการ (Taking charge) ในการดูแล

2.4 ความรู้สึกมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ (Hold on)

3. ผลลัพธ์และผลที่ตามมาของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ (Outcome and consequences of the process of empowerment) ผลลัพธ์ของกระบวนการนี้คือศักยภาพในการมีส่วนร่วม (participatory competence) ศักยภาพของการมีส่วนร่วมนี้อาจทำให้เกิดผลทั้งเชิงบวกและผลทั้งเชิงลบ ผลเชิงบวกได้แก่

## จรงค์ อุตราชต์กิจ

มีการพัฒนาตนเอง (self development) มีความรู้สึกพอใจในการดูแล มองชีวิตในทางที่ดี ส่วนผลเชิงลบ ได้แก่ การถูกต่อต้านจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับผิดชอบดูแลบุตรเกินศักยภาพของตนเอง เป็นต้น

สรุป แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยรายกรณี แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

และการเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัว เป็นแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญสำหรับพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัวให้ประสบความสำเร็จ มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน คุ่มค่าและเป็นธรรม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็กและครอบครัว



## การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัว

### ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติเรื่อง การจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจกลับบ้าน (แนวปฏิบัติของโครงการ Pediatric Respiratory Home Care โรงพยาบาลรามธิบดี: 2544)

วัตถุประสงค์ นโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจและต้องได้รับการดูแลที่บ้าน จะได้รับการประเมินอย่างรอบคอบ และครอบครัวมีความมั่นใจและมีความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างถูกต้องและปลอดภัย นโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องเป็นการวางแผนร่วมกันของทีม Pediatric Respiratory Home Care

ผู้รับผิดชอบ : แพทย์ระบบหายใจเด็ก แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลระบบหายใจเด็ก พยาบาลประจำผู้ป่วย และบุคลากรทางสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง

#### แนวปฏิบัติ

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจ/มีแผนการดูแลที่จะต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้แพทย์ /พยาบาลทางระบบหายใจร่วมกันประเมิน และเริ่มวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพในทีม Pediatric Respiratory Home Care เพื่อเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2. แพทย์ทางระบบหายใจเด็กรับผิดชอบในการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม ให้การรักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค รวมทั้งชนิดของ Respiratory Home Care

3. พยาบาลทางระบบหายใจรับผิดชอบเพื่อสามารถประสานการดูแลระหว่างบุคลากรในทีม Pediatric Respiratory Home Care จัดหา/เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือในการบำบัดรักษาทางระบบหายใจให้มีเพียงพอ และเหมาะสม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่อง

4. พยาบาลหออผู้ป่วยจะร่วมให้ความรู้และฝึกทักษะและประเมินผู้ป่วย/ครอบครัว ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย

5. ทีมผู้ดูแลประเมินและสอบถามความพร้อม ความมั่นใจ และความสมัครใจที่จะกลับบ้านจากผู้ป่วยและครอบครัว

6. เมื่อผู้ป่วยสมัครใจ ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความพร้อม ให้แพทย์ประจำบ้านเขียนคำสั่งจำหน่ายการรักษา และการติดตามผลการรักษาทั้งหมดลงในคำสั่งการรักษา

7. พยาบาลระบบหายใจเด็กจะประเมินความพร้อม และความสมัครใจของผู้ป่วย ครอบครัวอีกครั้ง หากมีปัญหาความไม่พร้อม หรือไม่สมัครใจให้รายงาน แพทย์ระบบหายใจเด็ก แพทย์ประจำบ้าน และพยาบาล หออผู้ป่วยทราบ

8. พยาบาลหออผู้ป่วยบริหารจัดการคำสั่งจำหน่าย การรักษา และจำหน่ายผู้ป่วย

9. ในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่พร้อม จะวางแผนส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้าน หรืออยู่รักษาในโรงพยาบาลต่อ

10. ภายหลังจากจำหน่ายจะติดตามผู้ป่วยและให้การดูแลต่อเนื่องโดยให้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งต่อพยาบาลเยี่ยมบ้าน ให้บริการที่ Home care clinic หรือ Chest clinic

หมายเหตุ : ทีม Pediatric Respiratory Home Care ประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ ได้แก่ แพทย์ระบบหายใจเด็ก, แพทย์ทางโภชนาการ แพทย์ระบบประสาท แพทย์ระบบหัวใจ แพทย์ระบบทางเดินอาหาร แพทย์ตาหูคอจมูก และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก (child development) พยาบาล ได้แก่ พยาบาลระบบหายใจเด็ก พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลหน่วยประสาน งานบ้านและโรงพยาบาล Home care equipment coordinator และอื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ กายภาพบำบัด Speech therapist



## ตารางที่ 2. แนวปฏิบัติเรื่อง การพิจารณาและจัดการสำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน (แนวปฏิบัติของโครงการ Pediatric Respiratory Home Care โรงพยาบาลรามธิบดี: 2544)

### การคัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ควรพิจารณาให้กลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจล้มเหลว เรื้อรังจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งสามารถจำแนกตามความผิดปกติทางพยาธิสรีรวิทยาเป็น 3 กลุ่มคือ

1. ความผิดปกติของระบบหัวใจและปอด
2. ความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ
3. ความผิดปกติของศูนย์ควบคุมการหายใจ

หมายเหตุ 1. ผู้ป่วยทุกรายจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจได้และมีอาการที่ขณะที่ย้ายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจที่ ventilator setting เดิมเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

2. ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแบบเดิมต่อเนื่องเป็นเดือนหรือเป็นปี

### การพิจารณาเลือกเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม

1. การใช้เครื่องไม่ยุ่งยาก การดูแลรักษาไม่ยุ่งยาก เครื่องขนาดกะทัดรัด น้ำหนักไม่มากจนเกินไป สามารถนำมาใส่เก้าอี้รถเข็นของผู้ป่วยได้
2. ใช้ได้ทั้งที่บ้าน และมีแบตเตอรี่ในตัว
3. มีเสียงสัญญาณเตือนที่จำเป็นเมื่อเครื่อง หรือผู้ป่วยมีปัญหา
4. สามารถตั้ง positive end expiratory pressure เพื่อป้องกันภาวะ atelectasis ได้
5. มี air compressor ในตัวเครื่อง และถ้าผู้ป่วยต้องการออกซิเจนที่มีความเข้มข้นมากกว่า 21% จะต้องมีการตั้งออกซิเจนหรือเครื่องผลิตออกซิเจนที่ปล่อยออกซิเจนเข้ามาผสมในวงจรของเครื่องช่วยหายใจ
6. ขณะเปิดเครื่องให้ทำงาน ไม่มีเสียงดัง

### การตั้งเครื่องช่วยหายใจ

1. ใช้ mode การช่วยหายใจแบบ A/C mode
2. ตั้ง inspiratory time ประมาณ 0.6-1 วินาที
3. ตั้งอัตราการหายใจใกล้เคียงกับค่าปกติของผู้ป่วย
4. ถ้าเป็นเครื่อง volume cycled ร่วมกับมี pressure limited ให้ตั้งความดันประมาณ 15-25 เซนติเมตร น้ำ จนกระทั่งเห็นทรวงอกขยายขึ้นในช่วงหายใจเข้า และ air entry ดีทั้ง 2 ข้าง
5. เจาะเลือดแดงส่งวิเคราะห์ก๊าซในเลือด แล้วปรับตั้งเครื่องใหม่จนกว่าจะได้ค่าก๊าซในเลือดแดง ที่เหมาะสม

### การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว

จะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดที่บ้านอย่างน้อย 2 คน ผู้ดูแลจะต้องได้รับการฝึกฝนทักษะจนมีความเชี่ยวชาญ ด้านต่างๆ ได้แก่

1. การดูแลท่อเจาะคอ การให้กายภาพบำบัดทรวงอก การดูดเสมหะ และการให้ออกซิเจน
2. การดูแลและทำความสะอาดเครื่องช่วยหายใจ การต่อท่อวงจรของเครื่องช่วยหายใจ
3. การแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อเครื่องมีสัญญาณเตือน เช่น ข้อต่อหลุด มีน้ำขังในวงจรเครื่อง หรือท่อเจาะคอตัน เป็นต้น
4. การประเมินผู้ป่วยโดยการฟังปอด สังเกตอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และพาผู้ป่วย ไปพบแพทย์เมื่อจำเป็นอย่างเร่งด่วนได้
5. การช่วยฟื้นคืนชีวิต

### การส่งผู้ป่วยกลับบ้าน และการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

1. แพทย์จะเขียนจดหมายประจำตัวให้กับผู้ป่วย บอกรายละเอียดถึงภาวะวินิจฉัยโรค และปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยให้บิดา มารดาหรือผู้ดูแลเก็บไว้ เพื่อนำไปโรงพยาบาลใกล้บ้านยามฉุกเฉิน
2. มีการติดต่อสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ทราบสภาวะของผู้ป่วย และพร้อมจะให้ความช่วยเหลือในกรณีเร่งด่วน
3. เมื่อมีปัญหาเร่งด่วนผู้ปกครองสามารถโทรศัพท์มาปรึกษากับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางระบบหายใจได้ตลอด 24 ชั่วโมง
4. มีการติดตามประเมินผลหลังจากกลับบ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน และการติดต่อทางโทรศัพท์ แพทย์นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจที่โรงพยาบาลตามความจำเป็น
5. มีการประชุมกันระหว่างบุคลากรต่างๆ ในทีม เพื่อนำปัญหาของผู้ป่วยมาปรึกษาหารือกันถึงแนวทางแก้ไข และรายงานความคืบหน้าการดูแลรักษา เพื่อนำผลสรุปมาวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

## การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัว

### ตารางที่ 3. แนวปฏิบัติเรื่อง การจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจภายหลังจำหน่ายสำหรับพยาบาลระบบหายใจเด็ก (แนวปฏิบัติของโครงการ Pediatric Respiratory Home Care โรงพยาบาลรามธิบดี: 2544)

#### แนวปฏิบัติ

1. เมื่อมีการรับทราบข้อมูลจากแพทย์ระบบหายใจเด็กว่ามีแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะเริ่มต้นวางแผนการจำหน่ายร่วมกับแพทย์ทางระบบหายใจเด็ก ตั้งแต่รับทราบข้อมูลเพื่อประเมินระดับการดูแล
  2. นำผู้ป่วยเข้าโครงการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางระบบหายใจโดยใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) เพื่อให้ระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวม ต่อเนื่องและคุ้มค่า โดยรับผิดชอบเป็นผู้จัดการผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อบริหาร จัดการในเรื่อง
    - 2.1 วางแผนการดูแลและบำบัดทางระบบหายใจ ร่วมกับแพทย์ทางระบบหายใจเพื่อประเมินระดับการดูแล
    - 2.2 วางแผนในการดูแลร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีม Pediatric Respiratory Home Care เพื่อการดูแล ต่อเนื่อง
    - 2.3 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
    - 2.4 ประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจของเด็ก และครอบครัวร่วมกับทีมผู้ดูแล
    - 2.5 ให้ความรู้ และฝึกทักษะ โดยใช้ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ รวมทั้งการแก้ปัญหา ตามแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง, การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้ออกซิเจน ที่บ้าน, การดูแลเด็กที่มีท่อเจาะคอที่บ้าน และการดูแลเด็กที่ต้องมีเครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เป็นต้น
    - 2.6 ประเมินแหล่งประโยชน์ของครอบครัว และแหล่งประโยชน์ทางสังคม
    - 2.7 ประเมินสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
    - 2.8 จัดหา และจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือให้มีความพร้อม เพียงพอและเหมาะสมสำหรับการดูแลที่บ้าน
    - 2.9 ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน ประเมินแหล่งประโยชน์ของสถานบริการใกล้บ้านและประสานงาน กับบุคลากรสุขภาพในชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ประสานประโยชน์ให้ผู้ป่วย และครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่าย และบริการที่ควรได้รับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม
  3. ร่วมกับพยาบาลประจำการในการประเมิน ความรู้ ความสามารถ และทักษะ ความเครียด การแก้ปัญหาการปรับตัว และความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น
  4. เมื่อพยาบาลประจำการ พยาบาลระบบหายใจเด็ก ประเมินผู้ป่วย และครอบครัวว่ามีความพร้อมทั้งทางด้านความรู้ ทักษะการดูแล และมีความมั่นใจ จะรายงานแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ระบบหายใจเพื่อเตรียมจำหน่าย
  5. พยาบาลประจำการ และพยาบาลระบบหายใจเด็ก จะส่งต่อพยาบาลหน่วยประสานงานบ้านและโรงพยาบาลเพื่อเยี่ยมบ้าน
  6. ในราย Home Ventilator พยาบาลระบบหายใจเด็กจะส่งผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมแพทย์ระบบหายใจและพยาบาลเยี่ยมบ้าน
  7. ให้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงในรายที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วติดตามและประเมินผลการดูแลที่ home care clinic, chest clinic, ในหอผู้ป่วย (เมื่อกลับเข้ามารับการรักษายาบาล)
  8. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลตามแผนที่กำหนดไว้
- หมายเหตุ ในรายที่ไม่สามารถจำหน่ายจาก โรงพยาบาลได้ จะร่วมประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

## จรงค์ อุตราชต์กิจ

### เอกสารอ้างอิง

- จรงค์ อุตราชต์กิจ. (2540). กระบวนการสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ต้องดูแลบุตรป่วยเรื้อรัง : กรณีศึกษา. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 3(3), 321-327.
- จรงค์ อุตราชต์กิจ, จริยา วิหะศุภกร. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในครอบครัวที่มีภาวะดูแลเด็กที่มีปัญหาเรื้อรัง : An application of theory of Dependent-care in family care of children with chronic respiratory problems. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 1(3), 14-18
- จรงค์ อุตราชต์กิจ, จีราพร พงศาสนองกุล, อธิดา ชัยศุภมงคลลาภ, มานินี ฤกษ์พูนทวีพร, อรุณวรรณ พุทธิพันธ์, สุภรี สุวรรณจุฑะ และคณะ. (2544). โครงการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาเรื้อรังโดยใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี.
- จริยา วิหะศุภกร, จรงค์ อุตราชต์กิจ. (2537). ครอบครัวและการพยาบาลครอบครัวในแนวคิดของโอเร็ม ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. (หน้า 223-249) กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินต์ติ้ง .
- จีราพร พงศาสนองกุล, จรงค์ อุตราชต์กิจ, อธิดา ชัยศุภมงคลลาภ, เสริมศรี สันตติ, อรุณวรรณ พุทธิพันธ์, สุภรี สุวรรณจุฑะ และคณะ. (2544). การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีท่อเจาะคอ : ประสบการณ์ 10 ปีในโรงพยาบาลรามธิบดี. *วารสารวิทย์โรคและทรงอก*, 22(1), 19-25.
- อรุณวรรณ พุทธิพันธ์. (2547). Long term respiratory care for chronic lung disease ใน : จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, ดุสิต สถาวร, นवलจันทร์ ปราบพาล (บรรณาธิการ). *Pediatric respiratory and critical care*. (หน้า171-178) กรุงเทพฯ : ปียอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: วีเจ พรินต์ติ้ง
- Geary, C.R., & Smeltzer, C.H. (1997). Case management : Past , present , future – The Driver for change. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(1), 9-19.
- Gibson CH. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201 - 1210.
- Knollmueller, R. (1998). Case management : What's in a name? *Nursing Manage*, 20(10), 38-42.
- Moreo, K., & Lamb, G. (2003). Protocols in practice : Providing relevant guidelines for case management practice. *Lippincott's Case Management* 8, 122-124.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing : Concept of practice*. St. Louis : Mosby-Year Book.
- Shelton TL (1999) : Family-centered care in pediatric practice : When and how? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20(2), 117-119.
- Shelton, T.L., Jeppson, E.S. & Johnson, B.H. (1987). *Family centered care for children with special health care needs* (2<sup>nd</sup> ed). Washington D.C. : Association for the care of children's health.
- Taylor, S.G., Renpenning, K.E. & Geden, E.A. (2001). A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 39-47.

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางระบบหายใจเรื้อรังและครอบครัว

## Care of Children with Chronic Respiratory Problems and their Families

Jongrak Utrarachkij \* BSc.(Nursing and Midwife), MS.(Physiology)

**Abstract :** The author presents the key concepts for the nurse. These concepts guide the professional nurse to continually provide effective and efficient care while there is cost containment and limited resources.

**Keywords :** nursing care, children and family, chronic respiratory problems

---

\* Advanced Practice Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital