

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่แกนโลหะเข้าในโพรงกระดูกบริเวณต้นขา
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง แผนการสอนในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก

เสนอโดย

นางนฐา พรหมโชติ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

( ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 259 )

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักงานแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่แกนโลหะเข้าในโพรงกระดูกบริเวณต้นขา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระยะเวลา 8 วัน (ตั้งแต่ 3 ธันวาคม 2551 ถึง 11 ธันวาคม 2551)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

กระดูกต้นขาเป็นกระดูกทรงกระบอกหรือกระดูกชนิดยาวซึ่งอยู่ต่ำกว่า lessor trochanter 2 นิ้วลงไปจนถึงบริเวณเหนือปุ่มกระดูก (supracondyle) เป็นกระดูกที่แข็งแรงและยาวที่สุดในร่างกาย มีเลือดมาเลี้ยงมาก เป็นที่ยึดเกาะของกล้ามเนื้อ เอ็นและเอ็นยึด มีหน้าที่เกี่ยวกับการรับน้ำหนักและการเคลื่อนไหว มีผิวนอกหรือเปลือกกระดูกเป็นส่วนที่มีเนื้อแข็ง ส่วนเนื้อในเป็นส่วนที่มีเนื้อพรุน ซึ่งเป็นโพรงเล็ก ๆ ติดต่อกันคล้ายฟองน้ำ ภายนอกถูกห่อหุ้มด้วยเยื่อหุ้มกระดูกที่มีความเหนียวและเซลล์ที่ผิวชั้นในของเยื่อหุ้มกระดูกที่ติดกับกระดูกเป็นเซลล์ที่มีความสามารถเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์สร้างกระดูกได้ในกรณีที่เกิดกระดูกหัก กระดูกต้นขาหัก หมายถึงภาวะที่เนื้อกระดูกขาดการต่อเนื่อง อาจจะเป็นบางส่วนหรือทั้งหมดเกิดขึ้นที่กระดูกนั้น ๆ กลไกการหัก แรงกระทำหลักที่ทำให้กระดูกหักมักเป็นแรงดัดโค้งหรือแรงงอ โดยกระดูกด้านที่รับแรงดึง จะหักออกก่อนด้านที่รับแรงอัด ซึ่งมักจะแตกย่อยเป็นชิ้นๆ และหากมีแรงกระทำอื่น ๆ ร่วมด้วยจะทำให้รูปแบบของการหักแตกต่างกันออกไป แบ่งตามตำแหน่งที่หัก เช่น ส่วนต้น (Proximal) ส่วนกลาง(Middle) ส่วนปลาย (Distal) แบ่งตามรูปแบบของรอยหัก เช่น หักขวาง(Transverse) หักเฉียง(Oblique) หักบิด(Spiral) หักย่อย(Comminute)

### การจำแนกกระดูกที่หักแบ่งได้ดังนี้

1. การจำแนกตามขอบเขตของรอยหัก เป็นการจำแนกโดยอาศัยหลักการว่ารอยหักบริเวณเนื้อที่หน้าตัดทั้งหมดของกระดูกหรือไม่ ได้แก่

1.1 กระดูกหักสมบูรณ์หรือหักตลอดคือการหักที่รอยหักกินเนื้อที่ทั้งหมดของหน้าตัดกระดูกหรือเป็นการแยกจากกันโดยสิ้นเชิง ( Complete fracture )

1.2 กระดูกหักไม่สมบูรณ์หรือหักไม่ตลอด คือการหักที่รอยหักเกิดขึ้นเพียงบางส่วนของหน้าตัดกระดูกหรือการหักซึ่งยังมีบางส่วนของกระดูกติดกันอยู่ ( Incomplete fracture ) ซึ่งสามารถแบ่งย่อยออกเป็นชนิดต่าง ๆ คือ

1.2.1 กระดูกร้าว หรือมีรอยยาวคล้ายเส้นผม

1.2.2 กระดูกหักแบบกิ่งไม้สด จะพบบ่อยในเด็กเนื่องจากกระดูกในเด็กมีความเหนียวมากกว่าผู้ใหญ่โดยรอยหักจะเริ่มจากทางด้านผิวด้านกระดูกที่มีความเค้นดึงก่อน

1.2.3 กระดูกหักแบบขู่ รอยหักจะเริ่มจากทางด้านที่มีความเค้นอัดก่อน

2. การจำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างรอยหักกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่

2.1 กระดูกหักแบบปิด หมายถึง รอยหักที่ไม่มีทางติดต่อกับภายนอกเป็นการหักของกระดูกที่ไม่มีแผลเปิด (Closed fracture)

2.2 กระดูกหักแบบเปิด หมายถึงรอยหักที่มีทางติดต่อกับภายนอก การหักของกระดูกแบบนี้ จะมีแผลเปิดจากภายนอกจนถึงตำแหน่งกระดูกหักทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Open fracture)

องค์ประกอบ ระยะเวลาที่ทำให้การเชื่อมติดของกระดูกแตกต่างกันออกไป เช่น อายุของผู้ป่วย ในวัยเด็กการเชื่อมยึดติดเร็วกว่าผู้ใหญ่ ลักษณะของการหัก ตำแหน่งที่หักและสภาพภายหลังการรักษา กระดูกที่จำกัดการเคลื่อนไหวที่ด้อยเชื่อมติดเร็วกว่ากระดูกที่จำกัดการเคลื่อนไหวไม่ดี เฝาระวังกลุ่มอาการช่องปิด (Compartment syndrome) เป็นภาวะที่ความดันภายในช่องปิดเพิ่มสูงขึ้นมากจนกระทั่งรบกวนต่อระบบไหลเวียนเลือด การทำงานของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องนั้นๆ และกลุ่มอาการระอองไขมันอุด (Fat embolism) เกิดจากความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น โปรตีนในเลือดต่ำลง กรดไขมันมากขึ้น เม็ดไขมันรวมตัวกันขนาดใหญ่ทำให้ไม่สามารถกรองออกไปจากปอดได้ ในขณะเดียวกันมีระอองไขมันจากกระดูกหลุดเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในรูปแบบการหายใจอึดอัดลิ้นปี่

#### สาเหตุ

สาเหตุของกระดูกหักที่พบบ่อยในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้พาหนะที่มีความเร็วสูง การทำงานด้วยเครื่องจักรกลที่ต้องอาศัยแรงคนร่วมด้วย การเล่นกีฬาที่มีการปะทะกันระหว่างผู้เล่นที่รุนแรง ได้รับอันตรายจากอาวุธ และการตกจากที่สูง

#### อาการและอาการแสดง

ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บมีกระดูกหักร่วมด้วยมีข้อสังเกตดังนี้

1. มีอาการปวดและบวม บริเวณที่มีกระดูกหักส่วนใหญ่จะมีเลือดออกจากรอยกระดูกหัก ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงและกระดูกชั้นที่หัก ถ้าเป็นกระดูกชั้นใหญ่จะมีอาการปวดและบวมมากกว่ากระดูกชั้นเล็ก
2. มีการผิดรูปของบริเวณที่มีการหัก โดยเกิดจากกระดูกหักมีการโก่งงอ บิดหรือหมุน และเมื่อกดกล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆ กระดูกที่หักเกิดการเกร็งตัว ก็จะมีการหดสั้นของอวัยวะนั้นๆ
3. มีการกดเจ็บที่บริเวณตำแหน่งกระดูกหักบางครั้งเวลากดดูอาจมีเสียงกรอบแกรบ ที่เกิดจากปลายกระดูกที่หักเสียดสีกัน
4. มีการเสียน้ำที่ของอวัยวะที่มีกระดูกหักนั้นคืออวัยวะที่มีกระดูกที่หักอยู่ภายใน ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติที่เคยทำ เช่น ถ้ากระดูกขาหักก็ไม่สามารถเดินได้ดังเช่นปกติ
5. สังเกตเห็นรอยแผลที่เปิดลึกลงไปจนถึงกระดูกที่หักในกรณีกระดูกหักแบบเปิด

## การวินิจฉัย

1. การชักประวัติ แพทย์จะซักประวัติเกี่ยวกับการได้รับแรงกระแทก การพลัดตกหกล้ม การได้รับอุบัติเหตุชนิดต่าง ๆ หรือการถูกทำร้ายร่างกาย ในผู้สูงอายุแพทย์จะซักประวัติให้ละเอียดมากขึ้นเพราะผู้สูงอายุอาจเกิดกระดูกหักโดยการทำกิจวัตรประจำวันปกติได้ เนื่องจากกระดูกผู้สูงอายุมีความเปราะบางมากกว่าปกติอยู่แล้ว

2. การตรวจร่างกาย แพทย์จะทำการตรวจร่างกายซึ่งประกอบด้วยการวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินกลุ่มอาการของไขมันอุด(Fat embolism syndrome) อาการแสดงที่สำคัญคือ หายใจเร็ว ซีฟจรเต้นเร็ว ไข้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการความดันออกซิเจนในเลือดลดลง เพื่อประเมินความเร่งด่วนของการช่วยชีวิต เพราะส่วนใหญ่กระดูกหักมักมาพร้อมด้วยการบาดเจ็บ การสูญเสียเลือด การได้รับบาดเจ็บทางสมองหรืออวัยวะภายในซึ่งแพทย์จำเป็นต้องช่วยชีวิต หรือช่วยทำการฟิ้นคืนชีพก่อน การรักษากระดูกหักจึงเป็นเรื่องตามมาในภายหลังหรืออาจกระทำไปพร้อม ๆ กันกับการรักษาชีวิตก็ได้ ขึ้นกับข้อบ่งชี้ตามหลักการของแพทย์ นอกจากนี้การตรวจร่างกายของแพทย์ยังประกอบด้วยการคลำเป็นการตรวจดูซีฟจร เพื่อประเมินภาวะกลุ่มอาการช่องปิด(Compartment syndrome) ซึ่งอาการแสดงที่สำคัญคือ ปวด ซีดและไม่มีซีฟจร การเคาะด้วยมือ การดูด้วยตาเปล่าเพื่อหาตำแหน่งการหักของกระดูก ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงและบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ

3. การตรวจด้วยภาพเอกซเรย์ เป็นการหาตำแหน่งและยืนยันตำแหน่งกระดูกหัก จำแนกชนิดของกระดูกหักที่ชัดเจนที่สุด ทั้งนี้แพทย์จะสั่งให้เอกซเรย์ตำแหน่งที่มีกระดูกหักหรือคาดว่ากระดูกหักในหลายๆ ท่า ซึ่งภาพถ่ายกระดูกหักที่ได้สามารถใช้ในการวางแผนการรักษาได้เป็นอย่างดี

## การรักษา

การรักษากระดูกหักมีหลายวิธี การที่แพทย์จะเลือกวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ชนิดของกระดูกหัก ตำแหน่งหรืออวัยวะที่มีกระดูกหัก โดยแบ่งเป็นการรักษากระดูกที่หักแบบปิด และการรักษากระดูกกระดูกที่หักแบบเปิด

1. การรักษากระดูกที่หักแบบปิด มีทั้งการรักษาแบบไม่ผ่าตัดและการรักษาแบบผ่าตัด

1.1 การรักษาแบบไม่ผ่าตัด การรักษาวิธีนี้จะมีการดึงจัดกระดูกให้ปลายกระดูกที่หักมาจรดกัน และทำการตรึงกระดูกให้คงที่ จนกว่ากระดูกจะติดกัน

1.1.1 การใส่ฝื่อคล้องครอบคลุมข้อต่อบนและล่างให้แนบชิดกับผิวหนัง แต่ไม่บีบรัดและสามารถป้องกันแรงที่ทำให้เกิดการผิดรูปได้

1.1.2 การดึงถ่วงน้ำหนักขาเพื่อจัดกระดูกให้เข้าที่จนกระดูกเชื่อมติดกัน

มี 2 วิธี ได้แก่ การใช้แรงดึงผ่านผิวหนัง (Skin traction) นิยมใช้ในเด็กเท่านั้น ไม่สามารถใช้กับผู้ใหญ่ได้เนื่องจากแรงดึงไม่เพียงพอ และการใช้แรงดึงผ่านกระดูก(Skeletal traction) การรักษาด้วยวิธีนี้กระดูกติด

จะใช้เวลา 2 – 3 เดือน จนเกิดมีการยึดเชื่อมติดของกระดูก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น เข่ายึดติด ในปัจจุบันนิยมถ่วงขาระยะเวลาหนึ่งแล้วทำการผ่าตัด

1.2 การรักษาแบบผ่าตัด เป็นการผ่าตัดเพื่อเปิดให้เห็นรอยหักของกระดูกโดยตรงและ จัดชิ้นส่วนที่หักเข้าที่ให้ดีที่สุดแล้วจึงทำการยึดตรึงภายในด้วยวัสดุยึดตรึงภายใน เพื่อให้ชิ้นที่หักอยู่นิ่ง อย่างมั่นคงหรือแข็งแรง ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานและใช้ชีวิตปกติได้เร็ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ของกระดูกที่หัก วัสดุยึดตรึงภายใน เช่น

1.2.1 แผ่นดามตะปูควงหรือสกรู (Plate and Screw) นิยมใช้ในกรณีกระดูกหัก รอยเดียว กระดูกหักใกล้ข้อหรือแตกผ่านข้อ

1.2.2 แกนดาม (Intramedullary nail) นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากใช้ ยึดตรึงกระดูกต้นขา โดยเฉพาะตำแหน่งลำกระดูก (Shaft) ให้ความแข็งแรงที่ดี และสามารถป้องกันการ บิดหมุนได้

1.2.3 โลหะดามกระดูกภายนอก (External fixator) อาจใช้ในผู้ป่วยกระดูกหัก ร่วมกับมีแผลเปิด กระดูกแตกหลายชิ้นหรือแผลมีการอักเสบติดเชื้อ ผิวหนังอักเสบหรือแผลไฟไหม้

2. การรักษากระดูกหักแบบเปิด การรักษากระดูกหักแบบนี้ต้องทำในโรงพยาบาลและทำโดย แพทย์เฉพาะทางที่ชำนาญ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การผ่าตัดชำระบาดแผล ซึ่งต้องทำในห้องผ่าตัด

2.2 การจัดตรึงชิ้นหัก เนื่องจากการผ่าตัดชำระบาดแผลจะเปิดให้เห็นรอยหักอยู่แล้ว จึงสามารถทำการจัดกระดูกให้เข้าที่ได้ ส่วนการเลือกใช้วิธีการตรึงชิ้นที่หักให้อยู่กับที่นั้น มีปัจจัย หลายอย่างที่ต้งคำนึงถึงเนื่องจากกระดูกหักแบบเปิดนี้มีโอกาสติดเชื้อสูง แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาการ ใช้วัสดุยึดตรึง เช่น แผ่นดามสกรูแกนดาม ลวดอ่อนหรือแข็ง หรือจะเข้าเฟือก

2.3 การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อ

2.4 การให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก

เมื่อมีกระดูกหัก ถ้าได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดผลแทรกซ้อนหลายอย่างตามมา เช่น กระดูกติดช้า กระดูกไม่ติด กระดูกผิดรูป มีการโก่งงอของกระดูก หรืออาจจะมีการติดเชื้อของ กระดูก การฟื้นฟูสภาพในช่วงที่รอให้กระดูกหักเชื่อมต่อกันนั้นกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ จะลีบเล็กลง กระดูกจะบางลง ข้อจะยึดติด จึงจำเป็นต้องทำกายภาพบำบัด บริเวณที่กระดูกหักและข้อต่อใกล้เคียง การรักษาทางกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดแนะนำผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อเหยียดข้อเท้า ข้อสะโพก อยู่เสมอ เมื่ออาการปวดและอาการบวมลดลง ควรออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อเท้า ให้ช่วงงอเข้าประมาณ 60 องศา เพื่อเป็นการป้องกัน การยึดติดของข้อเท้า และมีการเคลื่อนไหวออกกำลังของนิ้วเท้า ข้อเท้า ตลอดจนการออกกำลังกายข้างดีและแขนทั้งสองข้างเพื่อหัดเดิน โดยใช้ไม้ค้ำยัน ระยะภายหลังผ่าตัด แพทย์จะคำนึงถึงความมั่นคง ไม่ให้มีการเคลื่อนไหวของชิ้นกระดูกที่หักเป็นสำคัญ ประมาณสัปดาห์

ที่ 6 ภายหลังกผ่าตัดสามารถเดินลงน้ำหนักของขาข้างที่หักได้ พอสมควรตามคุณภาพนิยของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด โดยพิจารณาจากผลเอกซเรย์ ในช่วงสัปดาห์ที่ 12 ถึง 16 สามารถเดินลงน้ำหนักได้เต็มที่

**การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่แกนโลหะเข้าในโพรงกระดูกบริเวณต้นขา**

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ของผู้ป่วยให้มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ด้านร่างกาย โดยการซักประวัติ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การแพ้ยา ประวัติทางครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การตรวจร่างกายเพื่อประเมินพยาธิสภาพของโรค ประเมินสัญญาณชีพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสี ซักประวัติระยะเวลาการคนั้นและอาหารเพื่อความพร้อมต่อการได้ยาระงับความรู้สึก ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลต่อพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัด โดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตนเองแก่ผู้ป่วย และญาติ แนะนำสถานที่ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาของแพทย์ตามขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพเพื่อลดความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก วิตกกังวลและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำอาหารและยาทุกชนิดทางปากอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะและถอดชุดเครื่องประดับทุกชนิดออกก่อนเข้าห้องผ่าตัด เนื่องจากจะเป็นสื่อไฟฟ้าจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า พร้อมทั้งอธิบายถึงสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด เช่น บริเวณต้นขาที่ทำการผ่าตัด อาจมีขูดสุญญากาศ เพื่อระบายเลือดออกการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

การพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด แรกรับผู้ป่วยจากห้องพักฟื้น ประเมินสภาพผู้ป่วยตรวจวัดสัญญาณชีพ จัดทำนอนราบอย่างน้อย 8 ถึง 12 ชั่วโมง แพทย์อนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร และน้ำได้เมื่อผู้ป่วยตื่นดี สังเกตภาวะช็อคจากการเสียเลือด โดยสังเกตจากแผลผ่าตัดประเมินลักษณะของบาดแผลมีเลือดออกชุ่มหรือไม่ ถ้ามีเลือดออกให้ทำความสะอาดแผลด้วยวิธีปราศจากเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะ ๆ จนกว่าสัญญาณชีพจะอยู่ในภาวะปกติ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ประเมินระดับความปวดทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา แนะนำการบริหารร่างกายโดยการฝึกกริ่งกล้ามเนื้อที่ขาข้างผ่าตัดบนเตียง เฝาระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ การเฝาระวังกลุ่มอาการช่องปิด (Compartment syndrome) โดยสังเกตจากอาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ อาการปวดลึก ๆ ไม่มีขอบเขต ปวดไม่สัมพันธ์กับกระดูกหัก ปลายเท้าซีด ความรู้สึกชา คอชีพจรไม่ได้ ประเมินกลุ่มอาการล่องไขมันอุด (Fat embolism) เช่น หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ไข้ อาจพบผื่นกาดแดงโดยเฉพาบริเวณรักแร้ หน้าอกและที่ตาขาวเฝ้าสังเกตอาการในช่วง 24 – 72 ชั่วโมง หลังได้รับบาดเจ็บ ประเมินแผลกดทับเนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกปวดมากโดยไม่กล้าเคลื่อนไหว การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ จากการประเมินผลไม่พบ

ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มอาการช่องปิด กลุ่มอาการละอองไขมันอุด แผลกดทับและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เป็นการฟื้นฟูสภาพระยะหลังผ่าตัดที่มีความสำคัญอย่างมากเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาทำหน้าที่ใกล้เคียงกับปกติ โดยประเมินตั้งแต่สัญญาณชีพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ขาที่ผู้ป่วยได้รับ ประเมินและทบทวนความพร้อมของครอบครัวและผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความก้าวหน้าของโรค ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่บ้าน ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อและค่านิยม วางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

##### สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 25 ปี ขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถยนต์ ไม่สลบ กระดูกต้นขาซ้ายหัก มีแผลฉีกขาดขนาด 2x5x2 เซนติเมตร ได้เข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ แกร็บต้นขาซ้ายคามไม้พันทับด้วยผ้าพันแบบยึดไว้ แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูก รับเป็นผู้ป่วยใน เลขที่ภายนอก 58498/51 เลขที่ภายใน 21548/51 เพื่อทำผ่าตัดใส่แกนโลหะเข้าไปในโพรงกระดูก (Interlocking nail) ภายใต้การระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal block) เสียเลือดในห้องผ่าตัด 500 มิลลิลิตร กลับจากห้องผ่าตัด ขาซ้ายพันผ้ายึด มีจุดสูญญากาศ 1 ขวด คาสายสวนปัสสาวะไว้ ผู้ป่วยปวดแผลมาก ได้รับการฉีดยาแก้ปวด อาการปวดทุเลาลง หลังผ่าตัด 3 วัน แพทย์ให้เอาสายสวนปัสสาวะและสายระบายเลือดออก ผู้ป่วยได้รับการฝึกกระตุ้นบริหารข้อเข่าและกล้ามเนื้อบนเตียง เมื่อแพทย์อนุญาตให้ฝึกเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันห้ามลงน้ำหนักขาข้างซ้าย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ขณะอยู่ในความดูแลพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทั้งหมด 6 ปัญหาคือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลและติดตามประเมินผลการพยาบาล ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขแล้ว ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสามารถดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย

##### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหัก เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัย Website และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา

2. เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหัก พิจารณาถึงความสำคัญ ของโรคซึ่งพบได้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โดยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทยเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 ธันวาคม 2551 ถึง 11 ธันวาคม 2551 เลขที่ภายนอก 58498/51 เลขที่ภายใน 21548/51 ขณะอยู่โรงพยาบาลได้รับการรักษาโดยผ่าตัดใส่แกนโลหะเข้าในโพรงกระดูก (Interlocking nail) จนอาการดีขึ้นตามลำดับ รวมระยะเวลาผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 8 วัน พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 6 ปัญหา ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข

3. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ แล้วนำไปปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของผลงาน

4. จัดพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้อง

5. นำเสนอตามลำดับต่อไป

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผลงานวิชาการเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่แกนโลหะเข้าในโพรงกระดูก บริเวณต้นขา” ฉบับนี้ ผู้เสนอเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม 2551 ถึง 11 ธันวาคม 2551 ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยพบปัญหาดังนี้

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลโดย วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา ตรวจสอบปริมาณของปัสสาวะออกมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากแผลไม่พบว่ามียูเรียออก และปริมาณเลือดที่ออกในขวดสุญญากาศพบปริมาณ 50 มิลลิลิตรในสี่ชั่วโมง จากการประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย อยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิของร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 – 130/80 มิลลิเมตรปรอท ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อค ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ให้คะแนนความปวดเท่ากับ 10 บรรเทาอาการปวดโดยการจัดทำให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงที่มีพื้นราบและให้ยา Morphine 10 มิลลิกรัม เจือจางด้วย Sterile water 10 มิลลิลิตร ให้ปริมาณ 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ 1 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการปวดซ้ำ ภายหลังจากได้รับยาแก้ปวด คะแนนปวดลดลงเหลือ 4 ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวด เช่น ประเมินอัตราการหายใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบอาการผิดปกติจากการได้รับยาแก้ปวด เปลี่ยนยาแก้ปวดเป็นชนิดรับประทาน Paracetamol 500 มิลลิกรัม 2 เม็ด รับประทานเวลาปวด หรือมีไข้ทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ประเมินสัญญาณชีพทุกชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ดูแลให้ได้รับออกซิเจน



ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินระดับการขาของขาทั้งสองข้าง และอาการปวดหลังบริเวณ  
 เท่งเขมรับความรู้สึก จากการประเมินไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง  
 ผู้ป่วยอาจเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลดังนี้ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล  
 ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินไข้ สังเกตและประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน  
 บริเวณแผลผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงเป็นเวลา 5 วัน  
 เปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน Dicloxacillin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า กลางวัน  
 เย็น และก่อนนอน เปิดทำความสะอาดแผลผ่าตัดทุกวัน ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ สภาพแผลแห้งดี  
 ให้คำแนะนำในการดูแลแผล เช่น การรักษาความสะอาดแผล ไม่แกะ เกาแผล ระวังไม่ให้แผลเปียก  
 น้ำ แนะนำการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของบาดแผล เช่น อาหารที่มีวิตามินซีสูง โปรตีน  
 สูง ผักและผลไม้ทุกชนิด จากการประเมินไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการ  
 ดูแลบาดแผล ตัดไหมแผลผ่าตัดวันที่ 11 ธันวาคม 2551 แผลแห้งดีดี เฝ้ารอการติดเชื้อในระบบ  
 ทางเดินปัสสาวะ โดยการดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์  
 อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มีการขับถ่าย ดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ  
 อยู่เสมอ สังเกตลักษณะสี กลิ่น ตะกอนขุ่น และวัดไข้ทุก 4 ชั่วโมง แนะนำดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ  
 2,000 ถึง 3,000 มิลลิลิตร รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักผลไม้ น้ำส้ม จากการประเมิน  
 พบว่า ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะสายสวน ปัสสาวะสีเหลืองใสดีไม่มีตะกอน  
 หลังเอาสายปัสสาวะออก ปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ  
 ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและอาการเจ็บป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน  
 อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ทบทวนความรู้และฝึกวิธีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อกลับบ้าน ออกกำลัง  
 กายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน คือ  
 chalk cap 1,250 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า paracetamol 500 มิลลิกรัม 2 เม็ดเวลาปวด หรือมีไข้  
 ทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง มาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องหากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด  
 ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ใน  
 วันที่ 11 ธันวาคม 2551 รวมระยะเวลาในการรักษา 8 วัน

## 7. ผลสำเร็จของงาน

การพยาบาล ศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักเป็น  
 เวลา 8 วัน ในระหว่างที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลได้ให้การพยาบาล ติดตามเยี่ยมและประเมินผลการ  
 พยาบาลอย่างต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไขไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ  
 ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน  
 และมาตรวจตามนัดของแพทย์อย่างต่อเนื่องทุกครั้ง

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพิ่มคุณภาพในการบริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหัก
2. มีการพัฒนาตนเองให้เกิดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกต้นขา
3. ทราบถึงปัญหาทางการแพทย์พยาบาล ผลการประเมินกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหัก

หลังได้รับการผ่าตัด

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. การทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือต้องใช้ระยะเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการฝึกการกระตุ้นบริหารร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียงซึ่งผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2. ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจในสิ่งที่ต้องดื่งถ่วงกระดูกบนเตียง ก่อนที่จะผ่าตัด แต่หลังจากที่แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำและอธิบายเหตุผลความจำเป็นแล้ว ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาล

3. เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ในทันทีเหมือนผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักทั่วไปนั้น เนื่องจากผู้ป่วยมีไข้สูงและมีบาดแผลเปิดบริเวณต้นขาข้างที่หัก จึงจำเป็นต้องให้ใช้ลด และการอักเสบของบาดแผลลดลงจึงเกิดความล่าช้าในการที่จะทำผ่าตัด

## 10. ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำเอกสารและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักให้เป็นตัวอย่างเพื่อให้การพยาบาลในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป และทบทวนความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ

2. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติสม่ำเสมอโดยการพูดคุยและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์โดยอธิบายถึงสาเหตุ อาการ การรักษาตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจเจ้าหน้าที่เข้าใจและมีความรู้ในการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยด้วยภาวะกระดูกต้นขาหัก รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

3. ควรใช้การพยาบาลแบบองค์รวมและครอบคลุม เน้นการร่วมแก้ปัญหาระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล มากกว่าให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

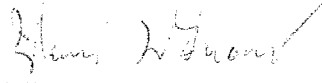
ลงชื่อ..... น.ร. พรหมโชติ

(นางนฐา พรหมโชติ)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 12 / 11 / 2556

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวนิลาวรรณ มัชยาอนนท์)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่ 19 / ก.ค. / 2553

ลงชื่อ.....

(นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

ตำแหน่งผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่ 19 / ก.ค. / 2553

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วงเวลาดังแต่วันที่ 3 ธันวาคม 2551 ถึงวันที่ 11 ธันวาคม 2551 คือ นายสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์ ได้รับการแต่งตั้งไปดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2552

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางนฐา พรหมโชติ**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)  
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 259) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

**เรื่อง** แผนการสอนในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก

**หลักการและเหตุผล**

กระดูกต้นขาหัก เป็นภาวะที่มีแรงกระทำโดยตรงหรือทางอ้อม ที่มีความรุนแรงมากต่อบริเวณต้นขา ทำให้เกิดการหักของกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์ อาจเป็นสาเหตุการตายหากเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ทั้งก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด เช่น การฉีกขาดของหลอดเลือด การกดทับเส้นประสาท กลุ่มอาการระยะของไขมันอุดตันและกลุ่มอาการช่องปิด เนื่องจากผู้ป่วยมีแผลเปิดบริเวณต้นขา จากการได้รับบาดเจ็บ จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่กระดูก ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวความพิการเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ จึงจำเป็นต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาตัว พร้อมทั้งประสานงานให้นักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ในการลุกจากเตียง และฝึกเดิน โดยใช้ไม้ค้ำยันทุกครั้งจนสามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระของครอบครัว จึงได้จัดทำแผนการสอนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและเพื่อใช้สอนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบในแนวทางเดียวกัน ง่ายต่อการนำไปใช้ ทำให้เกิดความรู้และปฏิบัติได้จริงกับผู้ป่วย ลดความรุนแรงของโรคปราศจากความพิการสามารถดำรงอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย**

1. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักให้มีความเข้าใจและลดความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักหลังได้รับการผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด
3. เพื่อลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
4. เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพงานบริการผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักต่อไป
5. เพื่อนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยรายอื่นๆ

**กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอกรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ**

เอกสารความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักเป็นอีกบทบาทของการดูแลผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเจ็บป่วยและคลายความวิตกกังวล โดยได้นำทฤษฎีทางการ

พยาบาลและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถอธิบายเป้าหมายและเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาลและมีการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน ช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล และเห็นบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน

ในที่นี้ได้นำทฤษฎีและกรอบแนวคิดมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem,1995)

เน้นความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล มุ่งช่วยเหลือให้บุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้สามารถสนองความต้องการการดูแลตนเองได้อย่างพอเพียงและคงอยู่ตลอดไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและมีความผาสุกของบุคคลนั้นๆ

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินผู้รับบริการ (assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (evaluation) การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานจะช่วยให้พยาบาลวิเคราะห์ปัญหาและให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการวางแผนการจำหน่ายตามแบบ M-E-T-H-O-D กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2539) เป็นแนวทางที่ใช้ในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย หรือเป็นแบบแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงอีกทั้งเป็นการดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง การพยาบาลที่สำคัญคือการบริหารกล้ามเนื้อขาให้แข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสร้างกำลังใจจากผู้ป่วยเองและญาติให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระของผู้อื่น ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังหักพบอุปสรรคและสาเหตุดังนี้

1. ขาดสื่อในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนและหลังผ่าตัด
2. พยาบาลมีแนวทางในการให้ความรู้ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
3. มีการเปลี่ยนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบ่อย ๆ ทำให้ได้รับข้อมูลไม่ต่อเนื่อง
4. ไม่มีการมอบหมายงานการให้ความรู้และการให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติจริง

เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังหัก จึงได้จัดทำแผนการสอนความรู้เรื่องการฝึกเดิน โดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ โดยมีแนวทางการดำเนินการดังนี้

1. ประชุมบุคลากรในหน่วยงานเพื่อหาแนวทางร่วมกัน
2. ปรึกษาเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดของโรงพยาบาล
3. สาธิตให้แก่บุคลากรเพื่อจะให้มีความรู้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

4. รวบรวมข้อมูลในการจัดทำแผนการสอนเรื่องการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหัก ก่อนและหลังผ่าตัดและได้รับการตรวจสอบข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์ ผู้เชี่ยวชาญและหัวหน้าหอผู้ป่วย
5. จัดพิมพ์แผนการสอนแผ่นความรู้โดยผ่านฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลศิริราชประชารักษ์
6. สรุปผล โดยปฏิบัติจริงและปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาด

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติลดความกลัวและวิตกกังวลให้ความร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาลด้วยดี
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานและการบาดเจ็บบริเวณกระดูกต้นขาหัก
3. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคและการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดจำนวนวันนอนในการอยู่โรงพยาบาล

#### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกระดูกต้นขาหักที่นอนพักรักษาตัวในหน่วยงาน ศัลยกรรมกระดูกชาย ได้รับการสอนตามแผนการสอนคิดเป็นร้อยละ 100

ลงชื่อ.....นางา พรมโชติ.....

(นางนฐา พรมโชติ)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 12 / 11 / 2563