

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้พิจารณา

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยลำคอกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูก
ด้วยแกน โลหะ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำเรื่องการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้

เสนอโดย

นางสาวสมพิศ แสนวันดี

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 566)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยลำกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยแกนโลหะ

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ระยะเวลา 17 วัน (ตั้งแต่ 9 เมษายน 2550 ถึง 25 เมษายน 2550)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับลำกระดูกต้นขาหัก

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของกระดูกต้นขา

กระดูกต้นขา(femer) เป็นกระดูกที่ยาวที่สุด และแข็งแรงที่สุดในร่างกาย ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ได้แก่ ส่วนหัวกระดูก (head) คอกระดูก (neck) ปุ่มใหญ่ของกระดูกต้นขา (greater trochanter) ปุ่มเล็กของกระดูกต้นขา (lesser trochanter) ลำกระดูก (shaft) และปุ่มกลมของปลายกระดูก (condyles)

ลำกระดูกต้นขา (femoral shaft) มีลักษณะเป็นกระดูกท่อนยาวกลวง ด้านหลังเป็นสัน ซึ่งเป็นที่จับของกล้ามเนื้อ ในทำยืนตรงกระดูกต้นขาทอดโค้งไปทางด้านหน้าและมีแนวโค้งเข้าในที่บริเวณปุ่มใหญ่ของกระดูกต้นขา มีกล้ามเนื้อ abductor ของสะโพกเกาะอยู่ที่ปุ่มเล็กของกระดูกต้นขา มีกล้ามเนื้อ iliopsoas เกาะ กรณีที่มีการหัก ความพิการผิดรูปจะเกิดจากการดึงของกล้ามเนื้อทั้งสองกลุ่มทำให้สะโพกอยู่ในท่ากางออก ท่าอ และหมุนออก ผิวด้านในของกระดูกต้นขาจะมีกล้ามเนื้อ adductor เกาะอยู่ที่ femoral condyles และมีกล้ามเนื้อ gastrocnemius ซึ่งจะทำการโง่งงอโดยมุมแหลมชี้ไปทางด้านหลังในกรณีที่มีการหักบริเวณส่วนกลางของกระดูกต้นขา

สาเหตุของลำกระดูกต้นขาหัก

ส่วนมากเกิดจากภยันตรายที่รุนแรง ทำให้เกิดมีแรงมากกระทบที่ลำกระดูกต้นขาโดยตรง ทำให้กระดูกหักแบบขวาง มักเกิดในคนหนุ่มสาว เช่น อุบัติเหตุรถชนกัน รถคว่ำ อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ หรือจากลูกยิง นอกจากนี้อาจเกิดจากการมีแรงมากกระทำโดยทางอ้อม เช่น แรงบิดหมุน ซึ่งจะทำการกระดูกหักแบบเกลียว และเนื่องจากกระดูกต้นขามีกล้ามเนื้อเกาะหลายมัด ขึ้นกระดูกหักจึงมักเคลื่อนและหมุนได้

พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรคและการรักษา

ลำกระดูกต้นขาหัก (fracture shaft of femer) หมายถึง การหักบริเวณกระดูกต้นขาจากตำแหน่ง 1 นิ้ว ต่ำจากปุ่มเล็กของกระดูกต้นขา ถึงบริเวณเหนือปุ่มกลมปลายกระดูกต้นขา ซึ่งเป็นส่วนที่มีความแข็งแรงและมีเลือดมาเลี้ยงมาก

อาการและอาการแสดง

เมื่อลำกระดูกต้นขาหัก ขาส่วนบนจะมีการปวดมาก กดเจ็บบริเวณที่มีกระดูกหัก เคลื่อนไหวแล้วจะมีอาการเจ็บมาก ขาข้างที่หักจะสั้นกว่าอีกข้าง และมีการโง่งงอ หรือบิดออก คลำพบปลายกระดูกที่หัก ในบริเวณนี้มีเลือดมาเลี้ยงมาก ถ้ามีเลือดออกมากอาจทำให้ผู้ป่วยช็อคได้

การวินิจฉัยโรค

ได้จากการซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยมีประวัติได้รับอันตรายมาก่อน เช่น อุบัติเหตุรถชนกัน หรือตกจากที่สูง ตรวจร่างกายจะพบว่าขาข้างที่หักช่วงบนจะบวม และสั้นกว่าอีกข้างและเนื่องจากกระดูกต้นขาเป็นกระดูกที่ยาวที่สุด เมื่อมีการหักผู้ป่วยจะเสียเลือดได้มาก และอาจทำให้ช็อคจากการเสียเลือดได้นอกจากนี้ขาข้างที่หักจะบิด โกงงอ เพราะปลายกระดูกต้นขากล้ามเนื้อและผิวหนังนูนขึ้นมา เมื่อตรวจทางรังสีจะพบตำแหน่งและลักษณะการหักที่ชัดเจน โดยทั่วไปกระดูกที่หักขึ้นบนมักอยู่ในท่ากางออกเนื่องจากแรงดึงของกล้ามเนื้อที่เกาะอยู่ ถ้าพบว่ากระดูกหักขึ้นบนอยู่ในท่าหุบ ควรสงสัยว่ามีข้อสะโพกหลุดร่วมด้วย

การรักษา

ในขั้นต้นผู้ป่วยทุกรายที่กระดูกต้นขาหัก ควรได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และจองเลือดไว้ทันทีเพื่อแก้ไขภาวะช็อคจากการเสียเลือด และในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถได้รับการรักษาที่จำเพาะของกระดูกหักได้ การถ่วงดึงน้ำหนักผ่านกระดูก สามารถป้องกันและลดอันตรายต่อเนื่องและลดบวมได้ การรักษาถ้ากระดูกต้นขาหัก จุดประสงค์ เพื่อให้กระดูกติดกันได้ในช่วงเวลาที่เหมาะสม แล้วต้องมีความแข็งแรงพอที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ การรักษาที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ

1.การรักษาแบบไม่ผ่าตัด โดยการดึงน้ำหนักผ่านกระดูก (skeletal traction)

2. การรักษาแบบผ่าตัด คือ การจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ ซึ่งเป็นที่นิยมมาก ผลการรักษากระดูกติดดี ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้เร็ว

ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา

1.Paracetamol สรรพคุณ ช่วยลดอุณหภูมิของร่างกายเฉพาะผู้ที่มีไข้เท่านั้น

บทบาทพยาบาล อธิบายถึงอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ผื่น ท้องเสีย คลื่นไส้ ขนาดยาที่สูงๆสามารถทำลายตับได้ (ถ้ารับประทาน 15 กรัมคือ 30 เม็ดในครั้งเดียวจะทำลายตับอย่างรุนแรง) ติดตามการตรวจเอนไซม์ตับคือ alkaline phosphatase ไม่ควรให้ยานี้เกิน 10 วัน

2.Cefazolin สรรพคุณ เป็นยาที่เหมาะสมสำหรับใช้รักษาโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อ Streptococci และ nonenterococcal streptococci ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ penicillin ได้

บทบาทพยาบาล สังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ท้องเดิน และควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแนวโน้มจะเกิดการเสื่อมของไต เนื่องจากอาจทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น

3.Tramal สรรพคุณ เป็นยาระงับปวดที่มีอาการปวดไม่รุนแรงจนถึงปวดรุนแรงเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น ปวดแผลจากกระดูกหัก

บทบาทพยาบาล แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการไม่พึงประสงค์จากยา และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง แขนขาอ่อนแรง หากพบควรหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์

4.Calcium carbonate สรรพคุณ ใช้ป้องกันและรักษาโรคกระดูกอ่อนที่เกิดจากการขาด

แคลเซียม มีประสิทธิภาพในการลดกรดสูง

บทบาทพยาบาล สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา เช่นคลื่นไส้ หรืออาจมีอาการรุนแรงขึ้นได้ แต่พบได้น้อย มักเกิดภายหลังใช้ยาเป็นเวลานาน

5.Morphine สรรพคุณ เป็นยาระงับปวดชนิดเสพติด สกัดจากฝิ่นธรรมชาติ บรรเทาอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด

บทบาทพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย สังเกตการหายใจ เนื่องจากหากได้ยาในปริมาณที่มากจะกดศูนย์หายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจช้าลง ควรให้ออกซิเจนกับผู้ป่วย และเตรียมยา antidote หากผู้ป่วยหายใจช้ากว่า 12 ครั้งต่อนาที ให้รายงานแพทย์เพื่อให้ยา antidote

6. Cephalixin กลุ่ม Cephalosporin สรรพคุณ รักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหูชั้นกลาง ผิวหนัง และกระดูก ทำลายทั้งเชื้อกรัมบวกและกรัมลบ

บทบาทพยาบาล ชักประวัติแพ้ยา ถ้าแพ้ เพนนิซิลลิน มีโอกาสแพ้ยานี้ได้ สังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผื่นคัน ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน

7. Ferrous sulfate สรรพคุณ ใช้ในผู้ป่วยโลหิตจาง ขาดธาตุเหล็กหรือมีการสูญเสียเลือดชนิดเรื้อรัง

บทบาทพยาบาล สังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก แนะนำผลข้างเคียง ทำให้อุจจาระสีดำเขียวเข้ม การรับประทานยาขณะท้องว่างทำให้อุดซึมยาได้ดีขึ้น หรือให้ยาพร้อม วิตามินซี เพิ่มการดูดซึมได้ดีขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยถ้ากระดุกตันขาหักที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยแกน โลหะ

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานที่ในหอผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อลดความกดดันทางอารมณ์และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ให้ข้อมูลในเรื่องที่ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและข้อมูลอื่นๆที่ผู้ป่วยต้องการ ประเมินและค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพื่อหาทางช่วยเหลือผู้ป่วย ให้กำลังใจและเห็นใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การถ่วงดิ่งน้ำหนักผ่านกระดูก และการปฏิบัติตัวขณะถ่วงดิ่งน้ำหนักผ่านกระดูก การผ่าตัด และภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากผ่าตัด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด เช่น การไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมความสะอาดบริเวณขาด้านหน้ายา hibiscrub สวมอุจจาระก่อนนอน งดน้ำอาหารและยาทุกชนิดทางปากหลัง 24.00 น.ก่อนวันผ่าตัด สวมชุดโรงพยาบาลถอดชุดชั้นในและเครื่องประดับออกก่อนเข้าห้องผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามในข้อสงสัย รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

แรกรับผู้ป่วยจากห้องพักฟื้น ประเมินสภาพผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ ประเมินลักษณะของแผล จัดทำอนรบบวางขาข้างที่ผ่าตัดบนหมอนเพื่อลดอาการปวดและบวม สังเกตอาการตกเลือดและอาการ

นำของภาวะซ็อก โดยสังเกตจากแผลผ่าตัดและปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้ามามากกว่า 200 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง รายงานให้แพทย์ทราบ ดูแลท่อระบายให้ไหลสะดวกตลอดเวลา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยา ตามแผนการรักษา ประเมินอาการปวด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งและสะอาด ทำความสะอาดและตัดไหมตามแผนการรักษา แนะนำการบริหารร่างกาย โดยเริ่มต้นตั้งแต่วันแรก หลังผ่าตัด เริ่มจากกระดกข้อมือ ข้อเท้า การลุกนั่งห้อยขาข้างเตียง เมื่อผู้ป่วยพร้อม ตลอดจนการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน

การพยาบาลผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนในการให้คำแนะนำที่เหมาะสม แนะนำ การดูแลแผล ระวังไม่ให้แผลเปื่อยกน้ำ ไม่แกะหรือเกาแผล ถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น แผลบวมแดง มีน้ำเหลืองหรือหนอง และมีไข้ ให้มาพบแพทย์ทันที การรับประทานยาต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้ยา ถ้าพบให้หยุดยาและรีบมาพบแพทย์ แนะนำรับประทาน อาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูงเพื่อส่งเสริมการหายของแผล และการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันสามารถลงน้ำหนักขาซ้ายที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยแกนโลหะได้บางส่วน พร้อมทั้งการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ออกกำลังกายเท่าที่สามารถทำได้ อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามในข้อที่สงสัย

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยลำกระดูกต้นขาหัก มักเกิดในผู้ป่วยวัยหนุ่มสาวซึ่งได้รับอุบัติเหตุที่มีแรงกระแทกรุนแรง เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ ส่งผลให้เกิดความบาดเจ็บกับเนื้อเยื่อและหลอดเลือดใหญ่ และอาจทำให้ผู้ป่วย เสียเลือดได้มากถึง 1,500 – 2,000 มิลลิลิตร ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและรักษาพยาบาลที่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้ ปัจจุบันผู้ป่วยลำกระดูกต้นขาหักมักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนโลหะ ซึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตัวเองได้ ถูกต้อง และสามารถคงหน้าที่การไ้ใช้งานของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุปผลจากการศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 20 ปี สถานภาพสมรสโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร อาชีพนักศึกษา ให้ประวัติว่า 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ และถูกรถยนต์ชน ผู้ป่วยกระเด็นตกจากรถ ศีรษะไม่กระทบพื้น มีอาการปวดและบวมบริเวณต้นขาซ้าย เดินไม่ได้ ไม่มีอาการปวดต้นคอหรือปวดท้อง มารับการตรวจที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล แพทย์ศัลยกรรมกระดูกตรวจร่างกายและเอกซเรย์ต้นขาซ้าย วินิจฉัยว่า ลำกระดูกต้นขาซ้ายหัก ให้เข้ารับเป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกหญิง วันที่ 9 เมษายน 2550 เวลา 02.00 น. HN : 5213/45 , AN:8080/50

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ตรวจร่างกายผู้ป่วย อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้น 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 47 กิโลกรัม ส่วนสูง 161 เซนติเมตร บริเวณต้นขาซ้ายบวม ไม่สามารถขยับขาได้ ขาซ้ายสั้นกว่าขาขวา และปวดต้นขาซ้ายมาก ตรวจร่างกายในระบบอื่นๆไม่พบความผิดปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าความเข้มข้นของเลือด 32.8 เปอร์เซนต์ (ค่าปกติ 36-42 เปอร์เซนต์) เม็ดเลือดขาว 12,200 cells/cum (ค่าปกติ 5,000-10,000cells/cum) เกล็ดเลือด 307 THSD/CU.MM. (ค่าปกติ 140-450 THSD/CU.MM.) ค่าการทำงานของไต BUN 8 mg/dl (ค่าปกติ 8-20 mg/dl) Cr 0.8 mg/dl (ค่าปกติ 0.8-2 mg/dl) ค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย Sodium 136 mmol/l (ค่าปกติ 136-145 mmol/l) Potassium 4.1 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l) Chloride 102 mmol/l (ค่าปกติ 100-110 mmol/l) Carbon dioxide 31 mmol/l (ค่าปกติ 22-32 mmol/l) ผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจทางรังสีผลการเอกซเรย์ปอดปกติดี ได้รับการถ่วงดิ่งน้ำหนักผ่านกระดุกขนาด 15 ปอนด์ ในวันที่ 9 เมษายน 2550 เวลา 03.30 น. ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง ระยะแรกผู้ป่วยมีอาการปวดขาซ้ายมาก เคลื่อนไหวไม่ได้ ต่อมาอาการปวดน้อยลง บริเวณที่แทงลวดเพื่อถ่วงดิ่งน้ำหนักแผลแห้งดี ไม่มีการอักเสบติดเชื้อ วันที่ 18 เมษายน 2550 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกระดูกต้นขาซ้ายด้วยแกนโลหะ (Closed reduction internal fixation with interlocking nail) ภายใต้อาการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง กลับถึงหอผู้ป่วยเวลา 13.30 น. แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดคุยรู้เรื่อง มีแผลผ่าตัดบริเวณต้นขาซ้าย ปิดพลาสติกปิดแผลชนิดโปร่งต่อสายระบายจากแผลลงขวดสุญญากาศ 1 ขวด บริเวณแผลไม่มีเลือดซึม ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีปริมาณปัสสาวะในถุง 30 มิลลิลิตร สีเหลืองใส อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซนต์ ตรวจความเข้มข้นของเลือด 36 เปอร์เซนต์ ระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลมาก บรรเทาด้วยการจัดทำให้สุขสบายโดยวางขาซ้ายบนหมอนตั้งแต่ได้นอนถึงปลายเท้า พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และให้ยาแก้ปวด morphine 5 มิลลิกรัมเจือจาง ด้วย 0.9% NSS 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง 3 ครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์ จนอาการปวดทุเลาลง เปลี่ยนยาเป็นชนิดรับประทาน tramal 1cap. ทุก 8 ชั่วโมง ได้รับยา cafazolin 1 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 วัน แล้วเปลี่ยนเป็น cephalixin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆหลังผ่าตัด บรรเทาด้วยการเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้จนอาการปกติ ต่อมาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แพทย์ถอดสายระบายเลือดจากแผลลงขวดสุญญากาศออกและเปิดทำความสะอาดแผลผ่าตัด สภาพแผลแห้งดี ขนาดแผลยาวประมาณ 5 นิ้ว

ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อหัดเดิน โดยใช้ไม้ค้ำยัน โดยสามารถลงน้ำหนักขาซ้ายที่ได้รับการผ่าตัดได้เพียงบางส่วน วันที่ 25 เมษายน 2550 แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และได้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน คือ chalk cap 1,500 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า cephalixin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน ferrous sulfate 1 เม็ดหลังอาหาร 3 เวลา และ

paracetamal 500 มิลลิกรัม 2 เม็ดเวลาปวด หรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง นัดตรวจติดตามผลการรักษาและตัดไหมในวันที่ 1 พฤษภาคม 2550 ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก รวมระยะเวลาในการรักษา 17 วัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1.เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแล คือ ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 20 ปี
HN : 5213/45 AN:8080/50
2. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน
- 3.ศึกษาค้นคว้าหาความรู้ทางวิชาการ กระบวนการพยาบาลจากตำรา วารสาร งานวิจัย
Website
4. นำข้อมูลทั้งหมดมาเรียบเรียงเป็นผลงาน จัดพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้อง

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผลงานวิชาการเรื่อง“การพยาบาลผู้ป่วยลำกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยแกนโลหะ” ฉบับนี้ ผู้เสนอเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 9 เมษายน 2550 ถึงวันที่ 25 เมษายน 2550 ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยพบปัญหาดังนี้

แรกเริ่ม ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวด จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบบนเตียง พยายามให้กำลังใจผู้ป่วย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และให้ยาแก้ปวด morphine 5 มิลลิกรัม เจือจางด้วย 0.9% NSS 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ เวลา 03.15 น. ก่อนการถ่วงดึงน้ำหนักผ่านกระดูก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หรือยาอาจกดศูนย์การหายใจ โดยประเมินสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังให้ยา และได้จัดเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์เพื่อถ่วงดึงน้ำหนักผ่านกระดูกให้เข้าที่ก่อนการผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการถ่วงดึงน้ำหนักผ่านกระดูก และให้กำลังใจผู้ป่วยขณะได้รับการถ่วงดึงน้ำหนักผ่านกระดูกในวันที่ 9 เมษายน 2550 เวลา 03.30 น. ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง ภายหลังได้รับการถ่วงดึงน้ำหนักผ่านกระดูกแล้ว ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น สัญญาณชีพปกติ ชีพจรเต้น 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/67 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากยาแก้ปวด ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษา จึงให้ความรู้เกี่ยวกับกระดูกหักและการรักษาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อมูล เพื่อคลายวิตกกังวล พร้อมทั้งประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล และเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา

อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ จึงอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลและเห็นความสำคัญของการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การยกหลังและก้นให้ลอยจากพื้นบ่อยๆ เพื่อป้องกันแผลกดทับ แนะนำให้ใช้เครื่องโหนตัว ช่วยในการยกหลังและก้นให้ลอยจากพื้น หรือช่วยเหลือตัวเองในการเปลี่ยนอิริยาบถ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนอิริยาบถ ดูแลผ้าปูที่

นอนผ้าขาวเตียงให้แห้งและเรียบตึงเสมอ แนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะได้รับการถ่วงดึง นำหนักผ่านกระดูก เช่น การใช้หมอนนอนเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกระดูกหัก การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ บริหารข้อเท้าเพื่อลดอาการบวมและป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ ประเมินผลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ ไม่เกิดแผลกดทับ

ก่อนผ่าตัด พบปัญหา คือ ผู้ป่วยวิตกเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยสังเขป พร้อมทั้งสอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เช่น สอนการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมความสะอาดบริเวณขาด้วยน้ำยา hibiscrub สอนอุจจาระก่อนนอน งดน้ำอาหารและยาทุกชนิดทางปากหลัง 24.00 น. ของคืนก่อนวันผ่าตัด สวมชุดโรงพยาบาล ถอดชุดชั้นใน และเครื่องประดับออกก่อนเข้าห้องผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยสอบถามในข้อที่สงสัย ประเมินผลหลังจากให้ความรู้ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลสามารถไอและหายใจได้ถูกวิธี สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดในวันที่ 11 เมษายน 2550 ดูแลให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมผ่าตัด จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัด ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้พร้อม เตรียมบริเวณขาซ้ายที่จะทำผ่าตัดให้สะอาดด้วยน้ำยา hibiscrub สอนอุจจาระด้วย uneson enema เวลา 20.00 น. ดูแลให้งดน้ำอาหารและยาทางปากทุกชนิดหลัง 24.00 น. เข้าวันผ่าตัด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Lactated ringer solution 1000 มิลลิลิตร ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และรอเข้าห้องผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้โทรศัพท์มาแจ้งพยาบาล งดผ่าตัดผู้ป่วยเนื่องจากทำผ่าตัดไม่ทัน จึงได้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการงดผ่าตัด พุดคุยให้เข้าใจถึงเหตุผลของการงดผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับเหตุผลของการงดผ่าตัด

แพทย์วางแผนผ่าตัดผู้ป่วยอีกครั้งในวันที่ 18 เมษายน 2550 ได้ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดให้ผู้ผู้ป่วย และเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดอีกครั้ง เข้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Lactated ringer solution 1000 มิลลิลิตร ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 09.00 น. ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกต้นขาซ้ายด้วยแกนโลหะ (Closed reduction internal fixation with interlocking nail) ภายใต้อาการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง เสียเลือดขณะผ่าตัด 150 มิลลิลิตร รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดเวลา 13.30 น. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว พุดคุยรู้เรื่อง มีแผลผ่าตัดบริเวณต้นขาซ้าย ปิดพลาสติกปิดแผลชนิดโปร่งต่อสายระบายจากแผลลงขวดสุญญากาศ 1 ขวดมีเลือดในขวดระบายสีแดงจางประมาณ 5 มิลลิลิตร บริเวณแผลไม่มีเลือดซึม ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีปริมาณปัสสาวะในถุง 30 มิลลิลิตร สีเหลืองใส

หลังผ่าตัด พบปัญหา อาจเกิดภาวะช็อคหลังผ่าตัดจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลโดย วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อค ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Lactated ringer solution 1000 มิลลิลิตร ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา วัดและบันทึกจำนวนปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไตทุก

ชั่วโมง สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้ามามากกว่า 200 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันที จากการประเมิน สัญญาณชีพผู้ป่วย อยู่ในเกณฑ์ปกติและคงที่ อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 – 130/85 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สีเหลืองใส เลือดในท่อระบายไม่ออกเพิ่ม ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อค ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด บรรเทาโดย จัดทำให้ผู้ป่วยวางขาซ้ายบนหมอนตั้งแต่ใต้ร่องถึงปลายเท้า และให้ยา morphine 5 มิลลิกรัม เจือจางด้วย 0.9% NSS 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมงในวันที่ 18 เมษายน 2550 เวลา 16.00 น. และ 23.10 น. วันที่ 19 เมษายน 2550 เวลา 9.15 น. ตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หรือยาอาจกดศูนย์การหายใจ โดยประเมินสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังให้ยา ประเมินอาการปวดซ้ำภายหลังจากได้รับยาแก้ปวด ผู้ป่วยปวดลดลง และหลับได้ ไม่พบอาการผิดปกติ เปลี่ยนยาแก้ปวดเป็นชนิดรับประทาน tramal 1 cap. ทุก 8 ชั่วโมง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนราบอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพทุกชั่วโมง เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา โดยสังเกตและสอบถามอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ซึ่งจากการประเมินไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลผ่าตัดและใส่สายสวนปัสสาวะคา ให้การพยาบาล ดังนี้ ล้างมือทั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล ประเมินอาการไข้ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด ประเมินสีของสารคัดหลั่งจากท่อระบาย และดูแลให้ท่อระบายเป็นระบบปิด ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 วันจึงเปลี่ยน เป็นชนิดรับประทาน cephalexin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน เปิดทำความสะอาดแผลผ่าตัดแบบแห้ง (Dry dressing) อย่าง aseptic technique ให้คำแนะนำในการดูแลแผล เช่น การรักษาความสะอาดแผล ไม่แกะ เกาแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ เฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดย ดูแลสายสวนปัสสาวะคาให้เป็นระบบปิด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 2 ครั้ง แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 2,500 มิลลิลิตร เพื่อส่งเสริมการทำงานของไตและป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สังเกตสีของปัสสาวะ ดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเสมอ clamp สายสวนปัสสาวะเมื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ถอดสายสวนปัสสาวะออกในวันที่ 20 เมษายน 2550 หลังถอดสาย ผู้ป่วยปัสสาวะได้ปกติ จากการประเมิน ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส ไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดี (ถอดสายระบายเลือดจากแผลออกในวันที่ 20 เมษายน 2550) ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะได้ปกติ สีเหลืองใส

มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากเดินไม่มั่นคง ภายหลังผ่าตัด แพทย์ส่งผู้ป่วยปรึกษาหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อฝึกเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน สามารถเดินลงน้ำหนักขาซ้ายที่ได้รับการผ่าตัดได้เพียง

บางส่วน จึงติดต่อประสานงานกับหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูเกี่ยวกับการเดินของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติม เกี่ยวกับการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยฝึกเดินที่หอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเดินได้ถูกวิธี แนะนำผู้ป่วยเดินเฉพาะในช่วงกลางวัน งดเดินกลางคืน และให้ผู้ป่วยขับถ่ายบนเตียงในเวลากลางคืน โดยให้หมอนหนุนไว้ข้างเตียง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ประเมินผล ผู้ป่วยเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้ถูกวิธี และไม่เกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้คำแนะนำดังนี้ คือ แนะนำการดูแลแผล ระวังไม่ให้แผลเปื่อยกน้ำ ไม่แกะแผล หากแผลเปื่อยกน้ำ ฝ่าปิดแผลหลุด มีหนองซึมเปื้อน ให้รีบมาโรงพยาบาลเพื่อทำแผล รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเน้นอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูงเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลอักเสบ บวมแดงหรือมีหนอง ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน คือ chalk cap 1,500 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า cephalixin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน ferrous sulfate 1 เม็ดหลังอาหาร 3 เวลา และ paracetamol 500 มิลลิกรัม 2 เม็ดเวลาปวด หรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมงและที่สำคัญต้องรับประทานยาปฏิชีวนะติดต่อกันจนหมด เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดและป้องกันการดื้อยา อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลที่สงสัยและยังวิตกกังวล ประเมินผล ผู้ป่วยรับฟังอย่างตั้งใจและบอกว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และสามารถบอกวิธีการดูแลแผลและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 25 เมษายน 2550 รวมระยะเวลาในการรักษา 17 วัน แพทย์นัดตรวจติดตามผลการรักษาและตัดไหมในวันที่ 1 พฤษภาคม 2550 ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก

7. ผลสำเร็จของงาน

หลังจากได้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลและติดตามเยี่ยม พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไข เมื่อจำหน่าย ไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้ถูกต้อง มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน นัดติดตามการรักษาและตัดไหมในวันที่ 1 พฤษภาคม 2550 ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก แผลผ่าตัดแห้งดี ได้รับการตัดไหมแล้ว ผลเอกซเรย์พบว่า กระดูกติดดี

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดตามกระดูกด้วยแกน โลหะ
2. บุคลากรในหน่วยงานสามารถใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยล่ากระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยแกน โลหะ
3. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ


ผู้ป่วยล่ากระดูกต้นขาหัก จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตามกระดูกด้วยแกน โลหะ

แต่ด้วยข้อจำกัดของห้องผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกมีเพียง 2 ห้อง และผ่าตัดในเวลาราชการเท่านั้น ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน จึงจะทำการผ่าตัดนอกเวลาราชการ ซึ่งไม่เพียงพอกับปริมาณของผู้ป่วยด้านศัลยกรรมกระดูกที่มีจำนวนมาก จึงทำให้ผู้ป่วยรายนี้งดผ่าตัด สาเหตุจาก แพทย์ทำผ่าตัดไม่ทัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น และมีรายงานความเสี่ยงในหน่วยงานเรื่อง งดผ่าตัดจำนวนมาก



10. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยงดผ่าตัด สาเหตุจาก ข้อจำกัดของห้องผ่าตัดมีน้อย แพทย์ทำผ่าตัดไม่ทัน จึงได้เสนอเข้าที่ประชุม PCT ของภาควิชาศัลยกรรมกระดูก เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขร่วมกัน ที่ประชุมเสนอให้ขยายระยะเวลาในการทำผ่าตัดนอกเวลาราชการ และเพิ่มห้องผ่าตัดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ 
(นางสาวสมพิศ แสนวันดี)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5
ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่.....27...../.....ศ.ค...../.....52.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ 	ลงชื่อ 
(นางสาวสุลีย์ แก้วนิล)	(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 8 วช (ด้านการพยาบาลทั่วไป) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล
วันที่.....27...../.....ศ.ค...../.....52.....	วันที่28...../.....ศ.ค...../.....52.....

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้ขอรับการประเมินโดยตรง

คือ นางเพลินพิศ ปานสว่าง อยู่ระหว่างการอบรมหลักสูตร นักบริหารการแพทย์และสาธารณสุข รุ่นที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2552 ถึงวันที่ 28 สิงหาคม 2552

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวสมพิศ แสนวันดี**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 566) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์
เรื่อง จัดทำเอกสารประกอบคำแนะนำเรื่องการเดินทาง โดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้

หลักการและเหตุผล

การเดินทางโดยใช้ไม้ค้ำยันในผู้ป่วยลำกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยแกนโลหะมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากภายหลังจากการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยสามารถเดินลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้เพียงบางส่วนเท่านั้น หากผู้ป่วยเดินไม่ถูกวิธีจะทำให้ลำกระดูกที่ได้รับการตามไว้ด้วยแกนโลหะ เกิดการ โกง โค้งงอ หรือเกิดการหักซ้ำได้ ทำให้การผ่าตัดไม่ประสบผลสำเร็จ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการรักษานานมากขึ้น จากการทบทวนสถิติของหน่วยงานปี 2548- 2549 พบว่ามีการหักซ้ำของลำกระดูกต้นขาจากการเดินไม่ถูกวิธีประมาณ 3 ราย

เพื่อเป็นการป้องกันการหักซ้ำของลำกระดูกต้นขา ผู้ศึกษาจึงทำการค้นคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน และจัดทำเป็นเอกสารประกอบคำแนะนำเรื่องการเดินทางโดยใช้ไม้ค้ำยัน โดยจัดทำเป็นรูปเล่มและให้ความรู้รายบุคคล เรื่อง การเดินทางโดยใช้ไม้ค้ำยัน ซึ่งทางหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงได้ตระหนักถึงความสำคัญของข้อเสนอแนะและแนวคิดดังกล่าวว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเมื่อนำมาปฏิบัติ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการเดิน โดยใช้ไม้ค้ำยันและสามารถเดินได้ถูกต้อง
2. เพื่อป้องกันการหักซ้ำของลำกระดูกต้นขาจากการเดินไม่ถูกวิธี

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหักซ้ำของลำกระดูกต้นขาจากการเดินไม่ถูกวิธี
2. บุคลากรในทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้กับผู้ป่วย ในเรื่องการเดินทางโดยใช้ไม้ค้ำยัน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ผู้ป่วยลำกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตามกระดูกต้นขาด้วยแกนโลหะภายหลังการผ่าตัดประมาณ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน โดยที่ผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัดได้เพียงบางส่วน เพื่อป้องกันการหักซ้ำของกระดูก และป้องกันอาการปวด การให้ความรู้ผู้ป่วย เรื่องการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน จึงเป็นสิ่งสำคัญ และเคยมีการจัดทำแผนการสอนไว้ในรูปแบบแผนการสอนผู้ป่วยรายบุคคล ในเนื้อหาเชิงบรรยาย ไม่มีรูปภาพประกอบการสอน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องและอาจงดจากการเดินไม่ได้ และไม่สนใจการสอนเท่าที่ควร ในการพัฒนางานครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อจัดทำสื่อการสอนเป็นรูปเล่มประกอบการให้ความรู้ เรื่อง การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน มีองค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ ได้แก่ สิ่งเร้าความสนใจในการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยใช้รูปภาพประกอบ การอธิบายทุกขั้นตอน เพื่อกระตุ้นความสนใจ เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอยากเรียนรู้ ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ กายะ ที่ว่า สิ่งเร้าต่างๆเป็นองค์ประกอบที่สำคัญซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาว่าเรื่องการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน จากตำรา วารสารวิชาการ website
2. ถ่ายภาพขั้นตอนในการเดินแต่ละวิธี
3. นำข้อมูลทั้งหมดจัดทำเป็นรูปเล่มและตรวจสอบความถูกต้อง
4. นำผลงานมาทดลองใช้ในหน่วยงาน
5. ติดตามประเมินผล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน
2. ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมีความตระหนักในการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน
3. ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดตามลำกระดูกต้นขาด้วยแกนโลหะไม่เกิดการหักซ้ำของลำกระดูกต้นขาจากการเดินไม่ถูกวิธี
4. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยสามารถเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน ได้ถูกวิธี มากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์
2. อัตราการหักซ้ำของลำกระดูกต้นขา จากการเดินไม่ถูกวิธีเท่ากับ 0

ลงชื่อ *สมจิตต์ แสนวันดี*
 (นางสาวสมพิศ แสนวันดี)
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5
 ผู้ขอรับการประเมิน
 วันที่27../.....ศ.ค...../....52.....

