

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรคเนื้องอกเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง โครงการลดการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

เสนอโดย

นางสาวปติดา โพธิวัฒน์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 954)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 12 วัน (ตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2551)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

### กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (acoustic nerve) มีอยู่ 2 ส่วน คือ ส่วนบริเวณ โคเชีย (cochlear) ซึ่งจะมีส่วน cochlear nerve ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน และส่วนเวสทิบูลาร์ (vestibular) จะมี vestibular nerve ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัว เปลี่ยนท่าทาง หันลูกตา หันศีรษะและคอ

### สาเหตุและกลไกการเกิดโรค

เนื้องอกเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (acoustic neurinoma) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign) สาเหตุของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เข้าใจว่าน่าจะเป็นความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 22 และคู่ที่ 17 เป็นเนื้องอกของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (acoustic nerve) โดยเนื้องอกอยู่นอกสมอง มีขอบเขตชัดเจน เติบโตช้า ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมอง โดยการกดเนื้อสมองที่อยู่ใกล้ ๆ เกิดขึ้นในส่วน ของช่องว่างภายในหู ขณะที่ทอดอยู่ในช่องหูชั้นใน หรือในสมองก็ได้ แต่ที่พบบ่อยที่สุดมักจะเริ่มต้นที่บริเวณ ทางเปิดของหูชั้นใน เนื้องอกจะทำให้กระดูกส่วนนี้มีการขยายใหญ่ แล้วมีการขยายตัวเข้าไปใน cerebellopontine angle cistern เมื่อมีขนาดใหญ่ก็จะกด เส้นประสาทสมอง ก้านสมอง บริเวณที่สมองน้อยยึดติดกับก้านสมอง และช่องระบายน้ำไขสันหลัง ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลัง เกิดภาวะโพรงสมองโต (hydrocephalus) ถ้าเนื้องอกมีขนาดใหญ่ จะมี arachnoid cyst อยู่ทางด้านหลัง เนื้องอกที่มีขนาดใหญ่จะดันให้ มีการย้อยของสมองน้อย ลงล่างผ่าน foramen magnum โดยด้านที่มีเนื้องอกมักจะลงไปมากกว่าด้านตรงกันข้าม

### พยาธิสภาพ

ลักษณะเนื้องอกจากภายนอกจะมีสีเทาปนเหลือง มีหลอดเลือดไปเลี้ยงไม่มาก เนื้อจะไม่แข็งนัก บางรายที่มีขนาดใหญ่ อาจมีลักษณะนิ่ม เป็น เพราะเกิด degeneration ของส่วนกลางของเนื้องอก ขณะผ่าตัด คุดูออกได้ง่าย อาจพบ cysts เล็ก ๆ หลายแห่งและบางรายอาจมีจุดเลือดออกเก่า ๆ

### อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงมักเกี่ยวกับขนาดของเนื้องอก ส่วนมากมาด้วยอาการได้ยินเสียงลดลงของหู ด้านหนึ่ง มีเสียงในหู อาการได้ยินลดลงมักจะค่อย ๆ เป็น ถ้าไม่สังเกตอาจไม่ทราบถึงความผิดปกติ การทรงตัวไม่ดี ถ้าขนาดใหญ่อาจมีอาการหน้าชา ปวดศีรษะ ปากเบี้ยวหรือมีอาการอื่น ๆ ถ้าไปกดก้านสมองหรือเส้นประสาทสมองอื่น ๆ เช่น กลืนน้ำลายลำบาก มองภาพซ้อน เสียงแหบ กลืนลำบาก ในระยะสุดท้ายของโรคจะมีอาการของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีการอุดตันทางไหลของน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ตามัว อาเจียน ความรู้สึกค่อย ๆ เบลอลง ในที่สุดจะถึงแก่กรรม

### การวินิจฉัย

การตรวจประเมินผู้ป่วยควรได้รับการตรวจการได้ยิน (audiometric test) เช่น Pure tone audiogram, Speech discrimination score และตรวจวินิจฉัยด้วย CT scan แต่ให้ความละเอียดได้ไม่ดีเท่า MRI การตรวจวินิจฉัยด้วย MRI เป็นวิธีที่ดีในการวินิจฉัย บางครั้งอาจเห็นเนื้องอกขนาดเล็กอยู่ในช่องประสาทหู และช่วยบอกลักษณะของเนื้องอก ความสัมพันธ์กับสมองข้างเคียง การกดก้านสมอง มีภาวะน้ำคั่งในสมอง

### การรักษา แบ่งออกได้เป็น

1. ฝ้าติดตามดู คือการ ตรวจการได้ยิน ถ้าเนื้องอกโตขึ้นอาจพิจารณาผ่าตัด
2. การฉายแสง อาจฉายแสงอย่างเดียวหรือร่วมกับการผ่าตัด การฉายแสงปัจจุบันที่นิยมทำคือการฉายรังสีแกมมา
3. การผ่าตัด มีวิธีการผ่าตัดหลายวิธี ขึ้นกับขนาดของก้อน การได้ยินของผู้ป่วย ความถนัดของ ศัลยแพทย์ วิธีการผ่าตัดเช่น suboccipital approach, translabyrinthine approach, middle fossa approach

### การพยาบาล

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด คือ การเตรียมความพร้อมร่างกาย บริเวณผ่าตัด และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแนวทาง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพหลังการผ่าตัด และแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

### การพยาบาลหลังการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองระยะวิกฤต (24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด) คือ

1. จัดท่านอน ใน 24 ชั่วโมงแรก ให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่ง ๆ บนเตียง จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้การไหลเวียนกลับของเลือดสะดวก ลดการบวมของสมอง
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพราะถ้าเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตันจะทำให้มีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงได้ ผู้ป่วยจะซึมลงและอาจหมดสติได้
3. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท
4. ดูแลให้ได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์
5. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Electrolyte, BUN, Creatinine, CBC

การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปของร่างกาย การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ความเจ็บปวดของร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

### แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยใช้กรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของนอร์ตัน
2. การวินิจฉัยการพยาบาลใช้กรอบแนวคิดของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA)

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 48 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ แม่บ้าน ภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด กรุงเทพมหานคร มีสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด ไม่มีโรคประจำตัว 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเดินเซ รู้สึกว่าตาทั้ง 2 ข้างมีขนาดไม่เท่ากัน มีอาการปวดศีรษะจนต้องตื่นขึ้นมากลางดึกประมาณ 2 ครั้งต่อคืน เป็นมากเวลาไอหรือจาม ปวดมากบริเวณท้ายทอย นิ่งพักประมาณ 5 นาทีอาการจะดีขึ้น ไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือตาพร่ามัว 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชาตามปลายมือข้างขวา ไปโรงพยาบาลใกล้บ้านแนะนำให้ ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (จากโรงพยาบาลเอกชน) พบเนื้องอกของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ขนาด 4.4 x 3.8 x 3.3 ลูกบาศก์เซนติเมตร จึงมาพบแพทย์ วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล แพทย์นัดมาผ่าตัด การวินิจฉัยโรค เนื้องอกเส้นประสาท สมองคู่ที่ 8 ด้านซ้าย (left acoustic neurinoma) รับไว้ที่ตึกศัลยกรรม พิเศษ 3 วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะบริเวณท้ายทอยด้านซ้าย เอาเนื้องอกออก (left lateral sub-occipital craniectomy remove tumor) ในวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 หลังการผ่าตัดเข้ารับการรักษาต่อที่หออภิบาลศัลยกรรมประสาท แรกรับให้การพยาบาลโดยประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ พร้อมสังเกตอาการชักเกร็ง กระตุกจากการประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วย คะแนนการตรวจร่างกายทางระบบประสาท (glasgow coma score) เท่ากับ 11 ผู้ป่วยลืมตาได้เอง สามารถทำตามคำสั่งได้ ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก แขนขา อ่อนแรงเล็กน้อย ทั้ง 2 ข้าง รูม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง ไม่พบอาการชักเกร็ง กระตุก ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ยี่ห้ออีเวนท์ รูปแบบการหายใจด้วยเครื่องสลัดกับการหายใจดี วยตนเอง (mode SIMV) อากาศไปยังผู้ป่วย 40 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 ปริมาตรอากาศที่ให้ 500 มิลลิลิตร งดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดยกเว้นยา ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะ cefrom 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง (วันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2551) ยาป้องกันการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ให้ยาป้องกันการสะสมบวม dexamethazone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง (วันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2551) ยาป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร omeprazole 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง (วันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2551) ยาแก้ปวด paracetamol 500 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดมาก ผลการตรวจค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ความแข็งตัวของเลือด และผลการตรวจ อิเล็กโทรไลต์พบว่าปกติ 1 วันหลังผ่าตัดแพทย์ถอดท่อช่วยหายใจออก ได้รับออกซิเจนผ่านทางหน้ากาก (face mask with bag ) ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที หลังถอดท่อช่วยหายใจสามารถหายใจได้ดีไม่มีอาการหอบเหนื่อย ความอึดตัวของ

ออกซิเจนที่ปลายนิ้วร้อยละ 100 ลดยาป้องกันภาวะสมองบวม dexamethazone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทาง หลอดเลือดดำเป็นทุก 12 ชั่วโมง(วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2551)ยาป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร sucralfate 1 กรัม ทุก 12 ชั่วโมง งดรับประทานอาหารและน้ำใน 3 วันแรก หลังจากนั้น เริ่มรับประทานอาหาร อ่อน และอาหาร ธรรมดาตามลำดับ แพทย์หยุดให้สารน้ำทดแทนทาง หลอดเลือดดำ หลังผ่าตัด 5 วัน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์ อนุญาตให้ไปดูแลรักษาต่อที่ตึก ศัลยกรรมพิเศษ 3 หลังผ่าตัด 14 วัน แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และนัดตรวจอีก 2 สัปดาห์ ตรงกับวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2551

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคเนื้องอกเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ บริเวณท้ายทอยด้านซ้ายเอาเนื้องอกออก วันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 หลังผ่าตัดรับไว้ในความดูแลที่ หออภิบาลศัลยกรรมประสาท ผู้ศึกษาได้ประเมินอาการ ตรวจระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ เพื่อ วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด จนอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและ สามารถย้ายไปดูแลรักษาต่อที่ตึกศัลยกรรมพิเศษ 3 วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2551 และกลับบ้านในวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลและ ติดตามเยี่ยม 5 ครั้ง พบปัญหาทางการ พยาบาลทั้งหมด 8 ปัญหา ได้ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและส่งเสริมอาการให้ดีขึ้นตามลำดับ ดังนี้ การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากหลังผ่าตัดได้รับยาระงับ ความรู้สึก ทำให้กล้ามเนื้อหายใจอ่อนล้าและได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง

จุดประสงค์ของการพยาบาล : รูปแบบการหายใจมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

แรกรับจากห้องผ่าตัด ประเมินการหายใจ และภาวะการขาดออกซิเจน โดยสังเกตอัตราการหายใจ ลักษณะของการหายใจ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา และ ให้ออกซิเจนอย่างสมบูรณ์ ดูแลท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ยี่ห้ออีเวนท์ รูปแบบการหายใจด้วย เครื่องสลัดกับการหายใจด้วยตนเอง อากาศไปยังผู้ป่วย 40 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของ ออกซิเจนร้อยละ 40 ปริมาตรอากาศที่ให้ 500 มิลลิลิตร ดูแลเสมหะทางท่อช่วยหายใจ และ เปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว อัตรา และลักษณะการหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงพร้อมบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

ประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ (วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เวลา 18.00 นาฬิกา)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** การปรับตัวของช่องในกะโหลกศีรษะลดลง เนื่องจากเนื้อเยื่อสมองได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด และเซลล์สมองอาจเกิดการกดทับจากก้อนเลือดที่เกิดขึ้นใหม่

จุดประสงค์ของการพยาบาล : การปรับตัวของช่องในกะโหลกศีรษะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะ ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ สูงเช่น ชีพจรช้าลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ความดันชีพจรมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ให้การพยาบาลเพื่อลดและป้องกันการเพิ่ม ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ ได้แก่ จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 15-30 องศา ควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช็ดตัวลดไข้เมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงเกิน 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เนื่องจากภาวะคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ และภาวะขาดออกซิเจน จะทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัว ทำให้การไหลกลับของหลอดเลือดดำช้า ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดในสมอง ทำให้สมองบวม มีผลทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้นด้วยให้ยาลดบวมภาวะสมองบวม dexamethazone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง เช่น ไข้สูง ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ชักเกร็ง กระตุก ตาพร่ามัว

ประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ (วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เวลา 22.00 นาฬิกา)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** อาจเกิดภาวะช็อก เนื่องจากมีการสูญเสียเลือดและน้ำระหว่างการผ่าตัดจำนวนมาก (hypovolemic shock)

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดภาวะ hypovolemic shock

กิจกรรมการพยาบาล

ตรวจบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว สังเกตบริเวณแผลผ่าตัดว่ามีเลือดออกเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย ติดตามผลการตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

ประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ (วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เวลา 22.00 นาฬิกา)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย สภาวะของโรค และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

จุดประสงค์ : ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมการพยาบาล

พูดคุยกับ ผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และเห็นใจ อธิบายการดำเนินโรค และแผนการรักษาพยาบาลในแต่ละวันให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ และรับฟังด้วยความตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมอธิบายให้เข้าใจ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้กำลังใจโดยการใช้น้ำคำพูดที่สุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล แจ่มและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล

ประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ (วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เวลา 24.00 นาฬิกา)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากหลังถอดท่อช่วยหายใจวันแรก มีเสมหะในคอ และขับออกได้ไม่ดี

จุดประสงค์ของการพยาบาล : รูปแบบการหายใจมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ตามกลาสโกว์ โคม่า สเกล และอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตลักษณะการหายใจเช่น หายใจเร็ว หายใจตื้น หอบลึก มีเสียงเสมหะในลำคอบอก ไม่สามารถไอ ขับเสมหะออกได้เอง ช่วยเคาะปอดและดูดเสมหะ สอนวิธีไออย่างมีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วย เพื่อขับเสมหะในลำคอ กระตุ้นและแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ 6-8 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี บันทึกค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในร่างกาย ที่ปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านทางหน้ากาก อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาทีตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ (วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เวลา 18.00 นาฬิกา)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และจากการสอดใส่ท่อหรือสายต่าง ๆ เข้าร่างกาย

จุดประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และไม่เกิดการติดเชื้อในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

สังเกตและบันทึกอาการปวด บวม แดง ร้อน และสิ่งระบายที่ซึม ออกจากแผลผ่าตัด ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ซีฟอรเร็ว หายใจเร็ว อาจแสดง

ถึงภาวะติดเชื้อ ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ดูแลทำแผลผ่าตัดด้วยวิธีปลอดเชื้อ และ  
แนะนำผู้ป่วยไม่ควรเอามือจับแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำเพราะจะทำให้แผลติดเชื้อและแผลหายช้าลง ดูแล  
ให้ได้รับยาปฏิชีวนะ cefrom 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 วัน ตามแผนการรักษา  
และติดตามผลการเพาะเชื้อน้ำไขสันหลัง และการตรวจนับจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวในร่างกาย  
ประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ (วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เวลา 22.00  
นาฬิกา)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์

จุดประสงค์ของการพยาบาล : ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มี  
ความสมดุลของสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์

กิจกรรมการพยาบาล

ดูแลให้ได้รับสารน้ำชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำ และรับประทาน  
อาหาร ตามแผนการรักษา ของแพทย์ พร้อมสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน สำลัก ขณะและหลังรับประทาน  
อาหาร บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง พร้อมทั้ง สังเกตการเปลี่ยนแปลง เช่น  
กระสับกระส่าย ชีพจร ชักเกร็ง บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก  
หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมง และ ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ทางห้องปฏิบัติการ

ประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ (วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เวลา 22.00  
นาฬิกา)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ  
ปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

จุดประสงค์การพยาบาล : ลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านและดำรงชีวิตใน  
สังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

กิจกรรมการพยาบาล

ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น อาการปวดศีรษะ  
อย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง การได้ยินเสียงไปหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง มีไข้ แผลผ่าตัด  
แยกหลังตัดไหม หรือมีหนอง มีอาการชัก เป็นต้น อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค  
และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนะนำให้รับประทานยาตามคำสั่งการรักษาให้ครบ สังเกตอาการผิดปกติ  
ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างรับประทานยา ห้ามหยุดยาหรือลดขนาดยาเอง แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

ประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เวลา 22.00  
นาฬิกา)



ในผู้ป่วยรายนี้ หลังได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ หูข้างซ้ายได้ยินดีขึ้นและอาการปวดศีรษะค่อยๆหายไป แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ ไม่มีแผลแยกหลังตัดไหม แขนขาทั้ง 2 ข้างกำลังปกติ และกลับบ้านวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ก่อนกลับบ้าน แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ ผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว ถ้าไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงผิดปกติให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอีกครั้ง ใน 2 สัปดาห์ ตรงกับวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรวม 14 วัน

## 7. ผลสำเร็จของงาน

เนื้องอกเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง แต่ผลที่เกิดตามมาของโรคจะทำให้ผู้ป่วย สูญเสียความสามารถในการได้ยิน การทรงตัวและการดูแลตนเอง เมื่อก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ทำให้เกิดความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ โดยมีการประเมิน สภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้ป่วย มีการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคเนื้องอก เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะบริเวณท้ายทอยด้านซ้ายเอาเนื้องอกออก วันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 หลังผ่าตัดรับไว้ในความดูแลที่หออภิบาลศัลยกรรมประสาท ผู้ศึกษาได้ประเมินอาการ ตรวจระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ เพื่อวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด จนอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและสามารถย้ายไปดูแลรักษาต่อที่ตึกศัลยกรรมพิเศษ 3 ดูแลติดตามเยี่ยม 5 ครั้ง พบปัญหา 8 ปัญหา ได้รับการดูแลปัญหาอย่างต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไขและได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานยา เมื่อกลับไปที่บ้าน และเน้นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด รวมเวลาในการรักษาพยาบาล 14 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส แขนขาทั้ง 2 ข้างเคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ แผลผ่าตัดที่ ศีรษะแห้งดี หลังตัดไหมไม่มีแผลแยก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2551 และนัดมาตรวจที่ห้องตรวจศัลยกรรมประสาท วันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เพื่อติดตามการรักษา

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะบริเวณท้ายทอยด้านซ้ายเอาเนื้องอกออก(left lateral sub-occipital craniectomy remove tumor)

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัว เกี่ยวกับการทำผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ

พื้นฐานทางด้านกายวิภาคสรีรวิทยาของสมอง การรักษา การดำเนินโรค และความสัมพันธ์ระหว่างอาการของผู้ป่วยกับการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพทางระบบประสาทที่เกิดขึ้น โดยการประเมินและสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ตลอดจนรายงานให้แพทย์ทราบได้อย่างรวดเร็ว เพื่อวางแผนให้การรักษาได้ทันเวลา

#### 10. ข้อเสนอแนะ

1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ เพื่ออธิบายแนวทางการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด และแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด
2. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทาง ระบบประสาท จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง และมีทักษะในการสังเกตอาการทาง ระบบประสาท อย่างถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ และสามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด
3. การให้การดูแลทางด้านจิตใจ เป็นเรื่องสำคัญในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เนื่องจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยให้เข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ญาติ ในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
4. หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาท ควรจัดสอนสุขศึกษาให้กับผู้ป่วย และญาติ ให้มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข  
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... ปกิตา โพลีวัฒน์.....  
(นางสาวปกิตา โพลีวัฒน์)  
ผู้รับการประเมิน  
2 / พฤศจิกายน 2552

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... .....

(นาง เพลินพิศ ปานสว่าง)  
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร  
และวชิรพยาบาล  
(วันที่) ..... - 2 พ.ย. 2552 /.....

ลงชื่อ..... .....

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร  
และวชิรพยาบาล  
(วันที่) ..... 3 พ.ย. 2552 /.....

## เอกสารอ้างอิง

- กำพล ศรีวัฒนากุล. คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์. ปทุมธานี: สกายบุคส์, 2538.
- จเร ผลประเสริฐ. ประชาศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เขียวบุ๊คพับลิชเชอร์, 2528.
- เจษฎา นิมมานนิตย์. เนื้องอกสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2537.
- ชนพ ช่วงโชติ. พยาธิวิทยาวินิจฉัยของเนื้องอกระบบประสาท. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2549.
- ชัชรินทร์ อังศุภากร. การพยาบาลศัลยกรรมประสาทเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตการพิมพ์, 2532.
- นันทา เด็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่3. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวปัทมา โพธิวัฒน์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ด้านการพยาบาล  
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 954) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร  
และวชิรพยาบาล สำนักงานการแพทย์

**เรื่อง** โครงการลดการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

**หลักการและเหตุผล**

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางระบบประสาทส่วนใหญ่มักช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องนอนพักรักษาตัวใน  
โรงพยาบาล จะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจากพยาธิสภาพของโรค เป็นผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้  
น้อยลง ในกรณีที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ประกอบกับผู้ป่วยต้อง  
เผชิญกับความเครียด กังวลจะเกิดความพิการ มีผลให้ความอยากอาหารน้อยลง รับประทานอาหารได้แต่ไม่เพียงพอ  
แพทย์อาจพิจารณาใส่สายให้อาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ การให้อาหารทาง  
สายยาง ทำโดยใส่สายยางเข้าทางรูจมูก ผ่านลำคอและหลอดอาหารลงสู่กระเพาะอาหาร หรืออาจทำผ่าตัด  
เล็กทางหน้าท้อง ใส่ท่อผ่านผิวหนังเข้ากระเพาะอาหาร หรือใส่เล็กโดยตรง ภาวะแทรกซ้อนจากการให้  
อาหารทางสายให้อาหาร มีหลายภาวะ เช่น ปลายสายให้อาหารเลื่อนออก อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก ขาดน้ำ  
ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และเกิดแผลกดทับที่ขอบจมูกและภายในจากการใส่สายให้อาหารทางจมูกเป็น  
เวลานาน ในกรณีที่ใส่สายให้อาหารทางจมูก

ในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า  
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการใส่สายให้อาหารทางจมูก เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่จะมีระดับ  
ความรู้สึกตัวลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จึงเป็นสาเหตุให้แพทย์  
พิจารณาใส่สายให้อาหารทางจมูก ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ โดยระยะเวลาการใส่สาย  
ให้อาหารนั้นขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย บางรายอาจต้องให้อาหารทางสายยางตลอดชีวิต และ  
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารทางจมูกเป็นเวลานาน ๆ คือ ภาวะแผลกดทับ  
ถึงแม้ว่าการเกิดแผลกดทับในบริเวณนี้จะไม่รุนแรงมาก แต่ก็สามารถสร้างความเจ็บปวดและไม่สบาย  
ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะติดเชื้อ เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จากการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่  
ในหออภิบาลศัลยกรรมประสาทพบว่า ยังไม่มีแนวทางในการป้องกันภาวะการเกิดแผลกดทับจากการใส่  
สายยางให้อาหารทางจมูก ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ ไม่  
ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย จึงได้มีการจัดทำโครงการลดการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทาง  
จมูก เพื่อช่วยลดปัญหาจากผลกระทบดังกล่าวและเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

## วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่อง “การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก”
3. เพื่อเพิ่มศักยภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน
4. เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

### เป้าหมาย

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยคัดสรรกรรมประสาทไม่เกิดภาวะแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ทฤษฎีการปรับตัวของรอยซ์ (Roy' adaptation model) ที่ว่าด้วยการปรับตัวของมนุษย์ และการให้ความช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีปัญหาในการปรับตัว เมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเข้ามาในชีวิต โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ ทฤษฎีการปรับตัวของรอยซ์จะมุ่งที่คน เป้าหมายการพยาบาล ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และทิศทางการปฏิบัติการพยาบาล โดยที่คนเป็นระบบเปิด ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมที่บอกถึงการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการปรับตัวใช้กระบวนการควบคุมในด้านกลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้ ในขอบเขตพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านสรีระ อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีบทบาทส่งเสริมการปรับตัวโดยการจัดการกับสิ่งเร้าให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวัง ซึ่งหมายถึงมีการปรับตัว (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546: 155)

จากแนวคิดการปรับตัวของรอยซ์จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก โดยจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก และส่งเสริมการป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก การให้อาหารทางสายยาง อาจทำโดยใส่สายยางเข้าทางรูจมูก ผ่านลำคอ และหลอดอาหารลงสู่กระเพาะอาหาร ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้อาหารทางสายยาง ได้แก่

- ปลายสายให้อาหารเลื่อนออกมาอยู่ในหลอดอาหารหรือเข้าไปในหลอดลมจะทำให้ผู้ป่วยอาเจียนและสำลักอาหารได้
- อาเจียน เนื่องจากปลายสายเลื่อนมาอยู่ในหลอดอาหาร การให้อาหารทางสายเร็วเกินไป เกิดการหดเกร็งของกระเพาะอาหาร มีลมเข้าไปขณะให้อาหารทำให้ผู้ป่วยท้องอืด เป็นสาเหตุให้เกิดการอาเจียนได้ การจัดทำไม่เหมาะสม ทำที่เหมาะสมในการให้อาหารทางสายคือ ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง

- ท้องเสีย หรือ ท้องผูก
- ขาดน้ำ ( dehydration )
- ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ ( electrolyte imbalance )
- เกิดแผลกดทับที่ขอบจมูกและภายในทางเดินหายใจและหลอดอาหาร ในผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารทางจมูกเป็นเวลานาน

แผลกดทับ (pressure sore) คือ แผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณผิวหนังเป็นเวลานานจนผิวหนังชั้นบนหรือเนื้อเยื่อภายใต้ผิวหนังถูกทำลาย แผลกดทับมีหลายระดับ อาการที่พบอาจเป็นแค่รอยแดงบริเวณผิวหนัง ตันถึงแผลลึกถึงกล้ามเนื้อและกระดูกในรายที่มีอาการรุนแรงหรือไม่มีการป้องกันรักษาที่ถูกต้อง การสังเกตอาการเบื้องต้นสังเกตได้จากอาการผิวหนังของผู้ป่วยโดยเริ่มจาก เกิดรอยแดงที่บริเวณผิวหนังหรือผิวซ้ำๆ สัมผัสรอยดังกล่าวจะไม่เปลี่ยนกลับเป็นสีผิวปกติ แม้ว่าจะไม่มีการกดทับแล้วก็ตาม เป็นอาการเริ่มต้นของแผลกดทับ ต่อมาจะเกิดรอยแตกเป็นรอยแผลเปิดจากแผลที่ตื้น และเริ่มขยายใหญ่ขึ้นผ่านชั้นไขมันขยายไปยังกล้ามเนื้อจนถึงกระดูก ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถขยับตัวหรือช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกไม่รู้ตัว และผู้ป่วยสมองพิการ ภาวะโภชนาการผิดปกติ มีภาวะขาดสารอาหาร โดยมีแนวทางดำเนินการคือ

1. จัดประชุมบุคลากรเพื่อหาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกโดยการสืบค้นตำรา งานวิจัย และบทความต่างๆที่เกี่ยวข้องนำมาสังเคราะห์สร้างเป็นแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ดังนี้

1.1 กำหนดวิธีการยึดตรึงสายยางให้อาหารทางจมูก โดยการยึดตรึงบริเวณจมูกสลับกับริมฝีปากด้านบน กำหนดให้วันที่เลขคู่ยึดตรึงบริเวณจมูก วันที่เลขคี่ยึดตรึงบริเวณริมฝีปากด้านบน สลับกันไปในแต่ละเดือน เพื่อเป็นการลดแรงกดทับจากสายยางให้อาหารทางจมูกที่ต้องยึดตรึงสายในบริเวณเดิมซ้ำ ๆ

1.2 จัดทำป้ายหัวเตียงแจ้งให้บุคลากรทราบว่าในวันที่เลขคู่และเลขคี่ในแต่ละเดือนจะต้องยึดตรึงสายยางให้อาหารทางจมูกตำแหน่งใด เพื่อป้องกันการยึดตรึงสายยางให้อาหารทางจมูกซ้ำบริเวณเดิม

1.3 พยายามปฏิบัติงานในแต่ละเวร ตรวจสอบความถูกต้องของการยึดตรึงสายให้อาหารทางจมูกในผู้ป่วยกับป้ายการยึดตรึงสายให้อาหารทางจมูกที่หัวเตียง ถ้าพบว่าไม่ตรงกันให้ยึดแนวทางการปฏิบัติตามวิธีการยึดตรึงสายยางให้อาหารทางจมูกให้ตรงกับป้ายหัวเตียงเสมอ

1.4 จัดทำคู่มือวิธีการยึดตรึงสายยางให้อาหารทางจมูก เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติภายในหน่วยงาน

1.5 อบรม ปฐมนิเทศนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่หน่วยงาน ให้ทราบถึงแนวทางการป้องกันแผลกดทับ จากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก โดยวิธียึดตรึงสายยางให้อาหารทางจมูก

2. นำแนวทางปฏิบัติไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3. ประเมินผลการเกิดผลกตทัตถจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมุกของผู้ป่วยในหน่วยงานก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้
4. ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดผลกตทัตถจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมุก
5. ประเมินผลการเกิดผลกตทัตถจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมุกของผู้ป่วยในหน่วยงานหลังนำแนวปฏิบัติไปใช้
6. แก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติจากผลการประเมินที่ได้
7. จัดอบรมบุคลากรในหน่วยงานเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดผลกตทัตถจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมุก
8. ติดตามผลทุก 1 เดือน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานเดียวกัน
2. ไม่เกิดผลกตทัตถจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมุก
3. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
4. ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล

#### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกตทัตถจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมุกอย่างถูกวิธี ของบุคลากรทางการพยาบาลร้อยละ 100
2. อัตราการเกิดผลกตทัตถจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมุกเท่ากับ 0

ลงชื่อ..... *ปัทมา โพธิ์วัฒน์*

(นางสาวปัทมา โพธิ์วัฒน์)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ *2* / *พฤษภาคม* / *2552*



## เอกสารอ้างอิง

- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ . การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย : พยาบาลสาร . เมษายน- มิถุนายน,2549.
- ฟารีดา อิบราฮิม. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค, 2542.
- ฟารีดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.
- สมจิต หनुเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรีนติ้ง, 2543.