

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล

เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการจัดทำนอนและวิธีการให้อาหารทางสาย
ยางเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เสนอโดย

นางสาวสุชีรา ทวีเกตุ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 208)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 10 วัน (ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ.2552 ถึงวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2552)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

การบาดเจ็บทางศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงเข้ามากระทบต่อศีรษะแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมองกับเส้นประสาทสมอง (ศุภโชค จิตรวาณิช, 2547:75) ซึ่งภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราก็เป็นภาวะหนึ่งที่เกิดจากการบาดเจ็บทางศีรษะ

อาการและอาการแสดง ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา อาการการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological signs) การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยจะลดลงกว่าเดิมจากที่เคยรู้สึกตัวจะซึมลงหรือไม่รู้สึกรู้ตัว ความรู้สึกตัวที่ลดลงหรือไม่รู้สึกรู้ตัว การเปลี่ยนแปลงอาการแสดงเฉพาะที่ทางระบบประสาท คือการเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา (pupils) ต่อแสงสว่างอาจเป็นข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง กล่าวคือ รูม่านตามีขนาดโตขึ้น มีปฏิกิริยาต่อแสงน้อยลง หรือไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง อาการปวดศีรษะ อาการอาเจียน การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพในทางที่เลวลง เช่น ความดันโลหิต ซีฟจร การหายใจ และอุณหภูมิของร่างกายอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้

การวินิจฉัยโรค ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการวินิจฉัยและการประเมินที่ถูกต้องเหมาะสมโดยเร็ว การวินิจฉัยที่คิดจะต้องประกอบไปด้วย การซักประวัติ การตรวจประวัติทั้งจากผู้ป่วยและผู้เห็นเหตุการณ์ หรือผู้นำส่งโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดต่างๆ การตรวจร่างกายและข้อมูลทางคลินิก การตรวจศีรษะและใบหน้าเพื่อสำรวจรายละเอียดต่างๆ การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย ตรวจขนาดของม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง การตรวจการเคลื่อนไหวของลูกตา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจวิเคราะห์พิเศษ การตรวจภาพถ่ายรังสีที่กะโหลก (skull x-ray) การตรวจภาพถ่ายรังสีสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT-scan)

การรักษา

1. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะแรกต้องดูแลระบบทางเดินหายใจและสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิต เพื่อให้ร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ รวมทั้งประเมินมีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วยหรือไม่

2. การผ่าตัด Craniotomy, Craniectomy, Burr hole, Ventriculostomy, Ventriculo-atrial shunt, Ventriculo-peritoneal shunt

การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการ การตรวจรักษาทันที เนื่องจากถือว่าอยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจะร่วมกันในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและจะต้องประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว โดยครอบคลุมดังนี้

1. ชักประวัติการบาดเจ็บอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จากผู้ป่วย ญาติ ผู้เห็นเหตุการณ์
2. การประเมินอาการทางระบบประสาทเพื่อทราบความผิดปกติของระบบประสาทตลอดจนความรุนแรงของการบาดเจ็บ
3. การตรวจทางรังสี ได้แก่ การถ่ายภาพกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่พูด ไม่สามารถทำตามสั่ง หรือมีการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง โดยมีคะแนนตามแบบประเมินความรู้สึกตัวเท่ากับ 8 หรือน้อยกว่า ควรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้หลัก ABC ต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล วางแผนร่วมมือกับแพทย์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ปลอดภัยและอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าขณะอยู่ในห้องผ่าตัดหรือภายหลังการผ่าตัดจะได้รับการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและญาติซักถาม เพื่อลดความวิตกกังวลและมีความเข้าใจและวิธีปฏิบัติอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเชิญบิยินยอมรับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องให้ผู้ปกครองเช่นอนุญาติ เพื่อป้องกันการฟ้องร้องที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้
2. การเตรียมร่างกาย เตรียมบริเวณผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้องคอาหารและน้ำทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ควรเจาะเลือดส่งไปธนาคารเลือดทันที เพื่อธนาคารเลือดจะเตรียมเลือดได้ทัน การใส่สายสวนปัสสาวะ ป้องกันการคั่งของปัสสาวะ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสี ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง โดยการเพิ่มการไหลกลับของหลอดเลือดดำ ดูแลให้การระบายอากาศของปอดเป็นไปได้ดี ไม่มีภาวะอุดตัน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันช่องท้อง (Valsalva maneuver) หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยบ่อยๆ วางแผนการทำกิจกรรมพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระบบประสาท (ประเมินตามตารางกลาสโกว่า โคม่า สเกล) รักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ
2. การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคงภาวะสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยบันทึกปริมาณ ลักษณะสี และวัดค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะทุกชั่วโมง วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการ ที่ผู้ป่วยภาวะขาดน้ำ

บันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมง ติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าความเข้มข้นของซีรัม หากผิดจากค่าปกติควรรายงานแพทย์

3. การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ในผู้ป่วยที่มีท่อระบาย (redivac drain) ดูแลให้มีการระบายโดยสะดวกไม่ให้เกิดการหักพับ งอ สัมผัสผ้าพันแผลบริเวณศีรษะหากรัดแน่นเกินไป อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะได้ ต้องพันผ้าให้ผู้ป่วยใหม่ ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด craniectomy ห้ามใช้ผ้ายืด (elastic bandage) พันรอบศีรษะ หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่ทำการผ่าตัด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล ไม่รบกวนผู้ป่วยตลอดเวลา พยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาเดียวกัน

4. การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัดสมอง ปอดอักเสบติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเปิดทำแผลแบบทำแผลแห้ง (dry dressing) และเปิดทำทุกวัน จนกว่าจะตัดไหม ทำแผลโดยเทคนิคปราศจากเชื้อ ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ประเมินสภาวะของปอด ดูแลเสมหะด้วยเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อ ติดตามผลการตรวจทางโลหิตวิทยา และผลการเพาะเชื้อของเสมหะ ผลการเพาะเชื้อของปัสสาวะ

5. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา แนะนำระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่ อธิบายอุปกรณ์ต่างๆ รอบตัวผู้ป่วยกับญาติ ใกล้ชิด เพื่อเข้าใจต่อประโยชน์ของอุปกรณ์นั้นๆ เปิดโอกาสให้ญาติได้ถาม ระบายความรู้สึก ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้การช่วยเหลือรวดเร็วแก่ผู้ป่วย ตอบสนองต่อคำบอกของญาติทันที

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Majorjy Gordon)

2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่เกิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

จากสถิติโรงพยาบาลตากสิน (งบประมาณ พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2552) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2550 จำนวน 64 ราย ปีงบประมาณ 2551 จำนวน 64 ราย และปีงบประมาณ 2552 จำนวน 166 ราย ซึ่งพบว่ามีอย่างต่อเนื่อง การบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากแรงกระทำต่อสมอง และสิ่งห่อหุ้มสมองทั้งส่วนของหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมองและหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มิอันตรายถึงแก่ชีวิต รองลงมาคือเกิดความพิการและมีคุณภาพชีวิตที่เลวลงจากที่ควรเป็น หรือฟื้นตัวช้า ทำให้เป็นภาระของครอบครัวและสังคมดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ

ที่ศีรษะทุกคนควรได้รับการประเมิน และรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยแก้ไขและป้องกันการบาดเจ็บของสมอง มิให้เกิดขึ้น ผู้เสนอจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้ และได้ทำการศึกษาโดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำราเกี่ยวกับโรคบาดเจ็บที่ศีรษะ (epidural hematoma) และทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

2. เลือกรณีศึกษา หญิงไทยอายุ 16 ปี รับประทานในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ.2552 มาด้วย ซ่อนท้ายรถจักรยานยนต์ล้มแล้วหมดสติ อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาเมื่อเรียก (to verbal stimuli :E3) พูดเป็นคำๆ (inappropriate words:V3) ทำตามบอกได้ดี (Follow Command: M6) รูม่านตาทั้ง 2 ข้างมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงปกติ ขนาด 4 มิลลิเมตร แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย (resistant against effort :grade IV) การวินิจฉัยโรคครั้งแรก เลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (epidural hematoma) ต่อมาผู้ป่วยซึมลง หลับมากขึ้น ระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงทางระบบประสาทเท่าเดิม ได้รับการผ่าตัด right craniotomy remove blood clot เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2552 เวลา 10.30 น. และย้ายเข้ารักษาตัวในหอบำบัดผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด วันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2552 เวลา 14.00 น. การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย เลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (epidural hematoma) ระหว่างที่อยู่ในความดูแลพบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ทั้งหมด 8 ข้อ ได้รับการแก้ไขให้หมดไปทุกข้อ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตา พูดคุยได้รู้เรื่อง ทำตามคำบอกได้ (E₄V₅ M₆) รูม่านตาสองข้างมีขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองเท่ากันสองข้าง แขนขาแข็งแรงดี (grade V) แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2552

3. นำข้อมูลกรณีศึกษา ที่รวบรวมได้มาจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการและนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการด้านกรณีศึกษาทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 16 ปี รับประทานในโรงพยาบาล วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ.2552 ด้วยอาการสำคัญคือ ซ่อนท้ายรถจักรยานยนต์ล้มแล้วหมดสติ ถูกนำส่งโรงพยาบาลเอกชนและส่งต่อโรงพยาบาลตากสิน ตามสิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาเมื่อเรียก (E3) พูดเป็นคำๆ (V3) ทำตามคำสั่ง (M6) รูม่านตาทั้ง 2 ข้างมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงปกติ ขนาด 4 มิลลิเมตร แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย (grade IV) วันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ.2552 เวลา 6.00 น. ผู้ป่วยซึมลง หลับมากขึ้น ระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงทางระบบประสาทเท่าเดิม แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราข้างขวา จึงรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมองเพื่อนำก้อนเลือดออก ในวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2552 เวลา 10.30 น.หลังผ่าตัดย้ายเข้าหอบำบัดผู้ป่วยหนัก ซึ่งหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว ลืมตาเมื่อเรียก (E3) พูดคุยได้ไม่สับสน (V5) ทำตามคำสั่ง (M6) รูม่านตาทั้ง 2 ข้างมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงปกติ ขนาด 3 มิลลิเมตร แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย (grade IV) มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ มีสายระบายเลือด 1 เส้น งดน้ำ งดอาหาร ไว้ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ได้รับการวางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ

คือ อาจเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะช็อคเนื่องจาก การสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ (electrolyte) เนื่องจากจำนวน ปัสสาวะออกมาก ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อสภาพการเจ็บป่วย โดยปัญหาต่างๆได้รับการ รักษาพยาบาลจนผู้ป่วยอาการดีขึ้น วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 เวลา 16.00 น. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง (E4) พูดคุยได้ไม่สับสน (V5) ทำตามคำสั่ง (M6) รูม่านตาทั้ง 2 ข้างมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง ปกติ ขนาด 2 มิลลิเมตร แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย (grade IV) แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ไม่มีอาการอักเสบ บวม แดงและผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงใด ๆ แพทย์จึงย้ายออกจากหอบำบัดผู้ป่วยหนัก เพื่อไปรักษาต่อที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ จนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 รวมระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 10 วัน และนัดมาติดตามผลการรักษา ในวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 เวลา 13.30 น. ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก กับแพทย์ศัลยกรรมประสาท

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากอาจมีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังผ่าตัด right craniotomy remove blood clot

จุดประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบ ประสาททุก 15-30 นาทีในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก จนอาการคงที่วัดทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของ ระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา การอ่อนแรงของ แขนขา อาการชักเกร็ง ความดัน โลหิต ซีพจร เพื่อทราบความเปลี่ยนแปลง

2. สังเกต บันทึกอาการชักเกร็ง กระจกของ ผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านชัก

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2552

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน เนื่องจากอาจเกิดภาวะสมองบวมหลังการผ่าตัด craniotomy และได้รับยาแก้ปวด morphine

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด craniotomy ได้รับยาระงับความรู้สึก และได้รับยาแก้ปวด morphine

จุดประสงค์ เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดท่านอน ไม่ให้คอพับ ทางเดินหายใจโล่ง ลิ้นไม่ตก นอนตะแคงกึ่งคว่ำหน้า หัน หน้าไปทางด้านใดด้านหนึ่ง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการดูดเสมหะที่มีการอุดตันออกให้หมด เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ค่าความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้วมือ จนสัญญาณชีพ คงที่

3. บันทึกอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน

4. เช็ดตัวลดไข้ ห่มผ้าบางๆ ให้นอนบนที่นอนที่มีเครื่องทำความเย็น
- การประเมินผล** ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2552
- ปัญหาที่ 3** ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและอยู่ในช่วงงดน้ำและอาหาร ปัสสาวะออกมาก
- ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยสูญเสียเลือด 400 มิลลิลิตร ในระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการริมฝีปากแห้งแตก งดน้ำงดอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะออกมาก
- จุดประสงค์** มีความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์
- กิจกรรมการพยาบาล**
1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยว่ามีภาวะขาดน้ำหรือเกลือแร่หรือไม่โดยสังเกตจากผู้ป่วยปากแห้ง ผิวแห้งแตก มีอาการอ่อนเพลีย
 2. วัดสัญญาณชีพและจบบันทึกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ hypovolemic shock และสังเกตอาการ ระดับความรู้สึกเปลี่ยนไป สับสน กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
 3. ดูแลให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา ประเมินและบันทึกลักษณะปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
 4. ติดตามผลการตรวจค่า electrolyte ตามแผนการรักษาของแพทย์
- การประเมินผล** ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2552
- ปัญหาที่ 4** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเพิ่มหลังผ่าตัด สูญเสียเลือดจากแผลผ่าตัดสมองได้ อาจเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
- ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง มีแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะด้านขวา มีสายยางระบายเลือดจากแผลผ่าตัด ผู้ป่วยสวนคาสาขสวนปัสสาวะ
- จุดประสงค์** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
- กิจกรรมการพยาบาล**
1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนสัญญาณชีพปกติ
 3. ดูแลแผลอย่างปราศจากเชื้อ (sterile technique) สังเกตและบันทึกลักษณะสีของเสมหะที่ดูดออกมาทุกครั้ง เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ
 4. เจาะเลือดส่งตรวจทางโลหิตวิทยา เพื่อประเมินอาการติดเชื้อและภาวะซีด
 5. ตรวจสอบหมู่เลือดที่นำมาให้ผู้ป่วยให้ตรงกับหมู่เลือดของผู้ป่วยทั้งระบบ ABO และ Rh
 6. สังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือดและหลังให้เลือดใน 48 ชั่วโมงแรก ได้แก่ กระสับกระส่าย ความดันโลหิตต่ำหรือสูงผิดปกติ หนาวสั่น มีไข้ มีผื่นลมพิษ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ปวดเอว ให้หยุดเลือดทันทีและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

7. ติดตามผลการตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงหลังให้เลือด 24 ชั่วโมง

8. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

9. สังเกตบริเวณรอบท่อระบายเลือดจากแผลผ่าตัด มีลักษณะอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อ เช่น อาการปวด บวม แดง ร้อน หรือสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด มีสี กลิ่น จำนวนผิดปกติหรือไม่ เพื่อประเมินการติดเชื้อ

10. ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ สายสวนปัสสาวะ จัดวางตำแหน่ง ถุงรองรับปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับลำตัวผู้ป่วย สายสวนไม่หักพับงอ เพื่อให้ปัสสาวะไหลได้สะดวก ไม่ไหลย้อนกลับ ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2552

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณศีรษะถูกทำลาย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดสมองด้านขวา คะแนนความเจ็บปวด 6-8 คะแนน

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลงและพักผ่อนนอนหลับได้

กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จัดระบบการพยาบาลเพื่อการพักผ่อนของผู้ป่วย

2. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ตะแคงด้านตรงข้ามกับแผลผ่าตัด

3. ประเมินความเจ็บปวดด้วยแบบประเมินความเจ็บปวดทุก 1 ชั่วโมง

4. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเป็น morphine 25 มิลลิกรัม ผสมในน้ำ 50

มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 1-3 มิลลิิตร/ชั่วโมง

5. ติดตามวัดสัญญาณชีพขณะให้ morphine ทุก 15 นาที จนสัญญาณชีพปกติ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2552

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยและญาติ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในหอบำบัดผู้ป่วยหนัก

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ ผลการตรวจ ประเมินร่างกาย แผนการรักษาตามขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพพยาบาล บอกหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการพยาบาลทุกครั้ง

2. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

3. ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติ

รับทราบและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

4. เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยม และซักถามข้อสงสัย ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเท่าที่จะสามารถทำได้ และไม่เกิดอันตราย

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2552

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยอาจมีความพิการทางหู

ข้อมูลสนับสนุน หูขวาได้ยินไม่ชัด

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยสามารถได้ยินปกติ

กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการฟังและการได้ยินเสียงของผู้ป่วย

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาของแพทย์แผนก หู คอ จมูก อย่างครบถ้วนและถูกวิธี

3. ติดตามและประเมินการได้ยินเสียงของผู้ป่วย

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน รอติดตามผลตรวจตามนัด

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 10 วันและเยี่ยมจำนวน 7 ครั้ง พบว่าปัญหาทั้ง 7 ข้อ ได้รับการแก้ไขพร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทราบถึง กายวิภาค พยาธิสภาพ ของภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา

2. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราที่ได้รับการผ่าตัดนำก้อนเลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนำก้อนเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดจากการผ่าตัดทำให้ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล บางครั้งต้องผูกยึดผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันการตกเตียงและการเลื่อนหลุดของสายระบายต่างๆและต้องอธิบายเหตุผลในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยฟังซ้ำหลายครั้ง

2. ผู้ป่วยมีญาติเข้ามาเยี่ยมหลายคนทำให้รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยและต้องเสียเวลาในการพูดคุยตอบข้อซักถามของญาติแต่ละคนเป็นเวลานาน

3. แหล่งข้อมูลที่ใช้ประกอบการดำเนินงานค่อนข้างน้อย เช่น ตำรา หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราทำให้ต้องค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากนอกโรงพยาบาล

10. ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรควรมีความรู้เฉพาะทางในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นคูรา ที่จะสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย รวมทั้งให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
2. ควรจัดให้มีการทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นคูราทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อจะได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. จัดทำเอกสารหรือแผ่นพับในเรื่องการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง และการดูแลผู้ป่วย ให้แก่ญาติ หรือผู้ป่วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ สุชีรา ทวีเกต
 (นางสาวสุชีรา ทวีเกต)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 วันที่ 21 / กุมภาพันธ์ / 2555

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ Ann

(นางนันทวัน จาตุรันต์วิชัย)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

วันที่ 21 / กพ. / 2555

ลงชื่อ ก

(นางกิตติยา ศรีเลิศฟ้า)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน

วันที่ 21 / กพ. / 2555

เอกสารอ้างอิง

- โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ยุทธรินทร์, 2541.
- ทิพพาร ตั้งอำนาจ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง, 2547.
- ประนอม หนูเพชร. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง. สงขลา : ชาญเมืองการพิมพ์, 2546.
- วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์, 2546.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก. กรุงเทพมหานคร: บพิธ, 2552
- ศุภโชค จิตรวานิช. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. หน้า 75-82. ในสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย. บรรณาธิการ, The NAT Updated Course 2004. ชมรมพยาบาลประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2547.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของนางสาวสุชีรา ทวีเกตุ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 208) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการจัดทำนอน และวิธีการให้อาหารทางสายยางเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

หลักการและเหตุผล

พยาธิกำเนิดของปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital – acquired pneumonia : HAP) ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia : VAP) เกิดจากมีเชื้อโรคลุกลามไปในทางเดินหายใจส่วนล่างบริเวณถุงลม ถ้ามีเชื้อปริมาณมากหรือมีความรุนแรงจนร่างกายกำจัดไม่ได้จนเกิดโรคสาเหตุที่เชื้อโรคลงไปในถุงลมได้ในคนที่ใส่เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่เกิดจากสำลักเอาสารคัดหลั่ง บริเวณคอหอยบริเวณ subglottis บริเวณ sinus หรือเหนือท่อ endotracheal tube ซึ่งการจัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศาสามารถป้องกันการสำลักน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร เศษอาหาร น้ำลายและเสมหะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งวิธีการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้องถูกวิธี สามารถลดอุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา (Wu et al., 2009) หรือการให้อาหารทางสายยางเป็นระยะ (intermittent enteral feeding) ในปริมาณน้อยๆ ทำให้ผู้ป่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการสำลักได้ (Chen, Chou, Lin, & Wu, 2006)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอบำบัดผู้ป่วยหนักมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งเป็นผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารร่วมด้วย ซึ่งการจัดทำนอนและการให้อาหารที่ถูกต้องนั้นจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่พบว่าปัญหาของการจัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศาและการพลิกตะแคงตัวคือ การปฏิบัติของบุคลากรในการจัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ให้กับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจค่อนข้างต่ำ ซึ่งในต่างประเทศพบการจัดทำนอนศีรษะสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 องศา ร้อยละ 80 และน้อยกว่า 10 องศา ร้อยละ 40 (Powers, 2006) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนอนศีรษะสูง 30-45 องศา พบเพียงร้อยละ 36.3-40.2 เท่านั้น (วรรณุช เณรพรม, 2544; วรรณุช เพ็ชรยัง, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และพิกุล บุญช่วง, 2546 ซึ่งจากการศึกษามูลค่าการปฏิบัติวิธีการให้อาหารทางสายยางถูกต้องเพียงร้อยละ 53.99-70.4 (วรรณุช เณรพรม, 2544; วรรณุช เพ็ชรยัง, 2545; สุภาพร พัฒนสาร, 2552)

ดังนั้นจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการจัดทำนอน และวิธีการให้อาหารทางสายยางเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการจัดท่านอนที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธีมากกว่าร้อยละ 80
3. อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง : 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางทุกราย ได้รับการจัดท่านอนและวิธีการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธี

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การดำเนินการ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการจัดท่านอน และวิธีการให้อาหารทางสายยางเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ใช้ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจคือ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีสาเหตุคือ ผู้ป่วยเสียกลไกธรรมชาติในการป้องกันการสำลัก การไอเนื่องจากมีท่อช่วยหายใจในลำคอ โดยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่การใช้เครื่องช่วยหายใจนานมากกว่า 48 ชั่วโมง หรือหลังการถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมง จะมีอาการและอาการแสดงคือ ไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ถ้าหากรุนแรงก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการพยาบาลที่สำคัญในเรื่อง การดูแลความสะอาดในช่องปาก การจัดท่านอน การดูแลการให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การล้างมือ การดูแลอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจขณะที่ใช้กับผู้ป่วย ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะการจัดท่านอนและการให้อาหารทางสายยางเท่านั้น โดยการจัดท่านอนที่ถูกต้องและวิธีการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธีจะช่วยป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหาร การสำลักของอาหารเข้าสู่ปอดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดปอดอักเสบ การจัดท่านอนที่ถูกต้องทำได้โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา และพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (เมื่อไม่มีข้อห้าม) และวิธีการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธีทำได้โดย การประเมินการทำงานของลำไส้โดยการฟัง Bowel sound ทดสอบตำแหน่งสายให้อาหารโดยใส่ลมทางสายยางแล้วฟังเสียงที่กระเพาะอาหาร คูดิ่งคองข้างในกระเพาะอาหารออกมา ถ้ามีปริมาณมากกว่า 50 มิลลิลิตร ให้ใส่กลับและประเมินซ้ำอีก 1 ชั่วโมง ถ้ายังเหลือมากกว่า 50 มิลลิลิตร ให้รายงานแพทย์ ปล่อยให้ให้อาหารไหลลงสู่กระเพาะอาหารช้าๆตามแรงโน้มถ่วง หากผู้ป่วยไอระหว่างการให้อาหารหยุดการให้อาหารจนกว่าผู้ป่วยจะหยุดไอเพื่อป้องกันการอาเจียนและสูดสำลัก จากความสำคัญของการจัดท่านอนและวิธีการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธีดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการจัดท่านอน และวิธีการให้อาหารทางสายยางเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นำเสนอโครงการการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการจัดทำนอน และวิธีการให้อาหารทางสายยางเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อผู้บังคับบัญชา
2. กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการจัดทำนอน และวิธีการให้อาหารทางสายยาง โดยการประสานด้านการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยางแก่บุคลากรทางการพยาบาลและจัดทำแนวทางปฏิบัติการจัดทำนอนและการให้อาหารทางสายยาง
3. กำหนดวันเวลา สถานที่ ในการจัดอบรมและเนื้อหาในการให้ความรู้เรื่องการจัดทำนอนและการให้อาหารทางสายยางพร้อมทั้งเชิญวิทยากรมาให้ความรู้
4. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการจัดทำนอนและการให้อาหารทางสายยางและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องพร้อมทั้งแก้ไขตามคำแนะนำ
5. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดทำนอนและการให้อาหารทางสายยาง ตามวันเวลาที่กำหนดพร้อมทั้งประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม
6. นำแนวทางการปฏิบัติการจัดทำนอนและการให้อาหารทางสายยางให้หน่วยงานใช้ในการปฏิบัติตาม
7. ประเมินผลการปฏิบัติการจัดทำนอนและการให้อาหารทางสายยางของบุคลากรทางการพยาบาลทุก 3 เดือน และเก็บข้อมูลการเกิดปอดอักเสบของผู้ป่วยทุกเดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานในการจัดทำนอนและวิธีการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง
2. เพื่อใช้ข้อมูลในการปรับปรุงและวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. ลดอัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการจัดทำนอนที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธีมากกว่าร้อยละ 80
3. อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 8 ครั้ง : 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ

ลงชื่อ.....ศุชีรา ทวีเกตุ.....

(นางสาวศุชีรา ทวีเกตุ)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....21 / กย. / 2555.....

เอกสารอ้างอิง

- วรรณุช เณรพรม. (2544). ผลการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
 ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหออภิบาลทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณนา เพ็ชรยัง, วิลาวัลย์ พิเชิธรเสถียร, และพิกุล บุญช่วง. (2546). ผลของกลุ่มควบคุมคุณภาพ
 ต่อการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ.
 กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร พัฒนสาร. (2552). ผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่ออุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบ
 จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล
- Powers, J. (2006). Managing VAP effectively to optimize outcomes and costs. **Nursing Management**,
 37(11), 48A - 48G.
- Chen, Y. C., Chou, S. S., Lin, L. H., & Wu, L. F. (2006). The effect of intermittent nasogastric feeding on
 preventing aspiration pneumonia in ventilated critically ill patients. **The journal of nursing
 research**, 14(3),167-180.
- Wu, Y. C., Hsu, P. K., Su, K. C., Liu, L. Y., Tsai, C. C., Tsai, S. H., Hsu, W. H., Lee, Y. C., & Perng, I
 (2009). Bile acid aspiration in suspected ventilator-associated pneumonia. **Chest**, 136(1), 118-124.