

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพชำนาญการ

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอาหารทะเล
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผ่นพับเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง

เสนอโดย

นางมนชิสดา แดงทองดี

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพส 246)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่ได้รับการผ่าตัด (แก้ไขตามมติคณะกรรมการประเมินผลงานสายงานพยาบาลวิชาชีพ (ชุดที่ 2) ครั้งที่ 1/2556 เมื่อวันที่ 1 มี.ค. 2556)
2. **ช่วงระยะเวลาที่ทำผลงาน** 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน 2554 ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2554)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ความรู้ทางวิชาการ

คำจำกัดความ โรคกระเพาะอาหารทะลุ หมายถึง การมีบาดแผลของทางเดินอาหารชั้น mucosa ตั้งแต่บริเวณหลอดอาหาร (esophagus) ถึงลำไส้เล็ก (jejunum) แต่ส่วนมากพบในบริเวณกระเพาะอาหาร (gastric) และลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum)

พยาธิสภาพของโรค

แผลกระเพาะอาหารมักเกิดที่กระเพาะอาหารส่วน antrum ใกล้กับขอบด้านในของกระเพาะอาหาร (lesser curvature) เพราะเป็นที่มีเลือดมาเลี้ยงน้อยที่สุด และเยื่อกระเพาะอาหารเป็นอันตรายได้ง่าย ขณะกลืนเนื้อหัดตัว สาเหตุสำคัญเกิดจากการเสื่อมของปัจจัยป้องกันเยื่อกระเพาะอาหารจากการทำลายส่วนใหญ่สัมพันธ์กับยากลุ่ม NSAIDS และการติดเชื้อ H.pylori แผลกระเพาะอาหารส่วนใหญ่เป็นผลจากการอักเสบของเยื่อกระเพาะอาหารส่วน antrum เชื่อว่าการอักเสบนี้เป็นผลจากเชื้อ H. pylori อาจร่วมกับกล้ามเนื้อหูรูดส่วน pylorus ปิดไม่สนิท ทำให้มีการไหลย้อนของสารในลำไส้เข้ากัดปลายกระเพาะอาหาร เมื่อความต้านทานของเยื่อกระเพาะอาหารลดลง มีการทำลายเซลล์เยื่อเป็นผลให้ hydrogenion สามารถซึมเข้าเยื่อจึงมีการปล่อย histamine ซึ่งจะไปกระตุ้นการหลั่งกรดและ pepsinogen หลอดเลือดขยายตัว เพิ่มการซึมผ่านของหลอดเลือดฝอย เยื่อกระเพาะอาหารบวมและสูญเสียโปรตีน เกิดวงจรการทำลายตัวเองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนมีการทะลุเกิดขึ้นซึ่งส่วนใหญ่จะพบการทะลุที่ผนังด้านหน้าบริเวณส่วนโค้งด้านในการเกิดรูทะลุมากขึ้นเมื่อมีการใช้ยากลุ่ม NSAIDS เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยประมาณ 70-80% จะมีประวัติเป็นแผลในกระเพาะอาหารมาก่อนและจะมีอาการของโรคกระเพาะอาหารทะลุมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและกระจายไปทั่วท้อง อาการและอาการแสดงแบ่งเป็น 3 ระยะ

1. early stage (2 ชั่วโมงแรก) เมื่อเกิดการทะลุของกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น กรดและน้ำย่อยจะไหลออกมาทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อช่องท้อง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องทันทีที่บริเวณ epigastrium และอาจจะปวดท้องน้อยด้านขวาได้จากการที่น้ำย่อยจากกระเพาะไหลมา

ตาม right paracolic gutter อาการอาจจะเป็นแบบ neurogenic shock ผู้ป่วยจะนอนนิ่ง ๆ หน้าซีด เหงื่อออก มือเท้าเย็น หายใจเร็วและตื้น

2. intermediate stage (2-12 ชั่วโมง) หลังจากเกิดการระคายเคืองของเยื่อช่องท้อง เยื่อช่องท้องจะมีการตอบสนองโดยการหลั่ง fluid เข้าไปในช่องท้องเป็นการเจือจางน้ำย่อยจากกระเพาะ ทำให้ปวดท้องน้อยลง แต่ผู้ป่วยจะมีอาการของ Hypovolemic shock จากการเสีย fluid เข้าไปในช่องท้อง อัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจจะเร็วขึ้นกระหายน้ำและจะเจ็บเวลาขยับตัว ต้องนอนนิ่ง ๆ ตรวจร่างกายจะพบมีอาการกดเจ็บ (tenderness) กดปล่อยแล้วเจ็บ (rebound tenderness) และท้องแข็ง (guarding) บริเวณใต้ลิ้นปี่ ในบางรายอาจจะมีปวดที่บริเวณหัวใจหลักร่วมด้วยได้

3. late stage (เกิดหลัง 12 ชั่วโมง) หลังจาก 12 ชั่วโมง จะเริ่มมีการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย กลายเป็น bacterial peritonitis ตรวจร่างกาย จะเริ่มมีไข้ มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และจะตรวจพบมีการเพิ่มขนาดของหน้าท้องได้

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดกระเพาะอาหารเป็น ๆ หาย ๆ เรื้อรัง มีปัจจัยส่งเสริม เช่น การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารรสจัด ความเครียด รับประทานยาแก้ปวด ยาชุด และ การใช้สารเสพติดต่าง ๆ

2. การตรวจร่างกาย เช่น มีการกดเจ็บ กดปล่อยแล้วเจ็บ และท้องแข็ง บริเวณใต้ลิ้นปี่ และฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, U/A, Electrolyte, BUN, Creatinin, LFT มักเป็นการตรวจพื้นฐานในผู้ที่มีอาการปวดท้อง การแปลผลต้องพิจารณา ร่วมกับการตรวจร่างกาย เนื่องจากผลเหล่านี้ไม่มีความเฉพาะเจาะจงของโรค

4. การตรวจพิเศษ การตรวจทางรังสี (x-ray abdomen) คลื่นความถี่สูง (U/S) หรือ (Computerized tomography-CT) การถ่ายภาพรังสีช่องท้อง (film abdomen series) จะพบมีลมรั่วในช่องท้อง (free air) บริเวณใต้กะบังลมด้านขวา

การรักษา

โดยทั่วไปการรักษาภาวะกระเพาะทะลุจะรักษาโดยการผ่าตัด แต่อาจจะรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดได้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดช่องท้องได้ หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดและผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยา

การผ่าตัดที่นิยมในการรักษากระเพาะอาหารทะลุ คือการผ่าตัด simple suture with omentum graft หรือ with grabam' patch การเย็บปิดรูทะลุ ทำได้หลายวิธีแต่ที่ง่ายที่สุดคือใช้ absorbable suture material เย็บเหนือขอบบน ขอบล่างและตรงกลางรูทะลุ เสร็จแล้วใช้ omentum ส่วนที่อยู่ใกล้หรืออาจใช้ ligament

วางบนรูทะลุแล้วผูกที่เย็บไว้ทั้ง 3 เข็ม แต่ถ้าเป็น โรคแผลกระเพาะอาหารต้องตัดชิ้นเนื้อตรงขอบแผล ก่อนทำ simple suture ทุกครั้ง เพราะแผลอาจเป็นเนื้อร้ายได้ หลังเย็บปิดรูทะลุแล้วต้องล้างช่องท้องด้วย 0.9% normal saline ประมาณ 500 มิลลิลิตร จนสะอาดแล้วดูดออกให้หมด

การพยาบาล

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด
 - 1.1 ประเมินสภาพผู้ป่วย พุคคุษชักถามอาการ ประเมินอาการปวดท้อง โดย การสังเกต สอบถาม ความรุนแรงจากผู้ป่วย ตรวจสอบสัญญาณชีพ และเก็บ specimens ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 1.2 ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอมรับการรักษา โดยการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ในแต่ละ โรงพยาบาล พร้อมทั้งมีพยานเซ็นกำกับ
 - 1.3 ดูแลการได้รับสารอาหาร น้ำ และ electrolyte บางรายที่มีภาวะโลหิตจาง แพทย์มักให้เลือดทดแทน บันทึกสารน้ำที่ได้รับและที่ขับถ่ายออกแต่ละวัน ให้ถูกต้อง เพื่อสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
 - 1.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ ไม่มีเสียงรบกวนมาก เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความตึงเครียด
 - 1.5 สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่น ๆ หากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที
 - 1.6 ประเมินความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามสิ่งที่สงสัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและแนวทางการรักษา
2. การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด
 - 2.1 การประเมินทางด้านร่างกาย ตรวจสอบสัญญาณชีพ ภาวะช็อค ตรวจดูแผลผ่าตัดเพื่อสังเกต การมีเลือดออก หรือสารคัดหลั่ง ให้บันทึกลักษณะและจำนวน ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 2.2 ประเมินทางด้านระบบประสาทของผู้ป่วย หลังได้รับยาระงับความรู้สึกตัว
 - 2.3 ประเมินความเจ็บปวดของแผลผ่าตัดของผู้ป่วยว่าอยู่ระดับใด เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวด
 - 2.4 ดูแลให้ได้รับสารน้ำและ electrolyte บันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับถ่ายออกในแต่ละวัน
 - 2.5 แนะนำผู้ป่วยเมื่อรู้สึกตัวหลังผ่าตัด ให้เริ่มขยับพลิกตะแคงตัวบนเตียงได้ วันต่อมาจึงค่อย ๆ ลุกนั่งบนเตียง ถ้าไม่มีอาการเวียนศีรษะ ให้ลองยืนที่เตียง และเดินรอบ ๆ เตียงตามลำดับเพื่อกระตุ้น ให้กระเพาะอาหาร และลำไส้ทำงานได้ดี ป้องกันอาการท้องอืดแน่นท้อง ซึ่งจะมีผลต่อแผลผ่าตัด ทำให้แผลเจ็บตึงและแผลติดเชื้อได้
 - 2.6 เมื่อแพทย์ตรวจดูแล้วพบว่ากระเพาะอาหารและลำไส้เริ่มทำงาน แพทย์จะอนุญาตให้เริ่มจิบน้ำได้ หลังจากนั้นถ้าไม่มีอาการท้องอืด แน่นท้อง แพทย์จะให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อนต่อไป
 - 2.7 หายใจเข้า ออกลึก ๆ ยาว ๆ เป็นพัก ๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอด

2.8 ประมาณ 7 วันหลังผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาตัดไหม กรณีที่ยังไม่ได้ตัดไหมให้ระมัดระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ จะทำให้แผลอักเสบติดเชื้อได้ และทำแผลวันละ 1 ครั้ง ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

2.9 การทำงานและการออกกำลังกาย งดการทำงานหนัก เช่น การยกของหนัก โดยเฉพาะในระยะ 1 - 1 เดือนครึ่ง หลังการผ่าตัด

2.10 ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลคือ มีไข้ ปวดท้องรุนแรง ปวดท้องเป็นพัก ๆ แผลผ่าตัดอักเสบบวมแดง มีหนอง หรือแผลผ่าตัดเป็นรอยแยก

เภสัชวิทยา

metronidazole เป็นยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ทำลายเชื้อบิคมิตัวทั้งในลำไส้และเนื้อเยื่อ ผลข้างเคียง พบน้อย อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ปวดท้อง ปวดศีรษะ มีนงง สับสน การพยาบาล 1. แนะนำให้ผู้ป่วยทราบผลข้างเคียงของยา เพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อมีอาการ

2. ยาอาจทำให้เมื่อดื่มน้ำขมขื่น ทำให้ติดเชื้อง่าย ควรหลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษา ไม่หยุดยาเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

ceftiaxone เป็นยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ทำลายเชื้อครอบคลุมทั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ ผลข้างเคียง การแพ้ยา พบไม่บ่อย จะมีอาการ เหนื่อยออกมาก ใจสั่น อาเจียน และตัวเขียว การพยาบาล 1. ชักประวัติการแพ้ยา สังเกตอาการแพ้ยา เมื่อพบรีบหยุดยาและรายงานแพทย์ทราบทันที

2. การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ควรฉีดช้าๆ 3-5 นาที เพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดและหลอดเลือดดำอักเสบ
3. ควรเก็บยาที่ยังไม่ละลายในอุณหภูมิไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส และอย่าให้ยาถูกแสง สำหรับที่ผสมแล้วต้องใช้ภายใน 2 ชั่วโมง แต่ถ้าเก็บในตู้เย็นอยู่ได้นาน 24 ชั่วโมง

morphine เป็นยาระงับความเจ็บปวดที่เสพติดได้ โดยออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้ง่วงซึม ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน กัดการหายใจ ง่วงนอน ตาพร่ามัว เกิดการเสพติด ถ้าได้รับยาเกินขนาดอาจเกิดผื่นแพ้ที่ผิวหนังได้

การพยาบาล 1. ยาประเภทเสพติดได้ ควรระมัดระวังให้ผู้ผู้ป่วยถูกขนาดและวิธี อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์

2. การให้ยาทางหลอดเลือดดำควรให้ช้า ๆ และเจือจางด้วยน้ำกลั่นหรือ 0.9 % normal saline การฉีดยาเร็วจะทำให้เกิดการหายใจได้
3. อธิบายให้ทราบอาการข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง บางรายอาจมีอาการคัน หน้าแดง
4. ผู้ป่วยที่ได้รับยาเกินขนาดจะเกิดการหายใจ รุ่มนตาหดเล็ก ต้องเตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ และยาด้านฤทธิ์ได้แก่ naloxone ให้ทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคกระเพาะอาหารทะลุเป็นโรคที่พบบ่อยโรคหนึ่ง ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการและมีกลไกการเกิดโรคที่ซับซ้อน ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร จนเป็นโรคกระเพาะ ได้แก่ ยาแก้ปวดแอสไพริน ยารักษาโรคกระดูกและข้ออักเสบ การสูบบุหรี่ ความเครียด อาหารเผ็ด น้ำอัดลม สุรา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหาร เกิดการอักเสบเรื้อรังและรุนแรงจนเกิดโรคกระเพาะอาหารทะลุได้ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 25-30 และถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รักษาไม่ทันอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จากสถิติผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2552 2553 และ 2554 มีจำนวน 4 ราย 7 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ ดังนั้นจึงเห็นว่าโรคกระเพาะทะลุเป็นโรคที่ควรให้ความสำคัญในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไปโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิบาล 3 วันที่ 17 มิถุนายน 2554 ด้วยอาการปวดท้อง 6 ชั่วโมงก่อนมา มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน เอกซเรย์ช่องท้องพบ free air under right diaphragm แพทย์วินิจฉัยโรคกระเพาะอาหารทะลุ พิจารณาส่งต่อมาโรงพยาบาลสิรินธร เพื่อทำการรักษาโดยการผ่าตัด explor lap and simple suture with omental graft นอนพักรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 3 วัน งดน้ำงดอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาปฏิชีวนะ หลังการผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้ย้ายไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงเป็นเวลา 7 วัน แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 27 มิถุนายน 2554 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รับผู้ป่วยหลังผ่าตัด explor lap and simple suture with omentum graft จากห้องผ่าตัด แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/40 มิลลิเมตรปรอท
2. ให้การพยาบาลที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 3 วัน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ไม่มีเลือดออกเพิ่ม อธิบายอาการและการรักษา การดูแลแผลผ่าตัดอย่างถูกวิธี และการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. แพทย์อนุญาตให้ย้ายไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงวันที่ 20 มิถุนายน 2554 และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วันที่ 27 มิถุนายน 2554 และนัดเพื่อติดตามอาการ วันที่ 6 กรกฎาคม 2554 เวลา 8.00 น.

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี เป็นคนไทยเชื้อสายจีน HN 18567/54 AN 7786/54 รับย้ายจากโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3 วันที่ 17 มิถุนายน 2554 เวลา 11.00 น. มาด้วยอาการปวดท้อง มีคลื่นไส้ไม่มีอาเจียน 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 110/74 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายพบหน้าท้องแข็งตึง ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ผลการตรวจเลือด CBC Hb 10.2 g % (ค่าปกติ 14-18 g%) Hct 30.8 % (ค่าปกติ 31-43 %) WBC 9.98×10^3 /UL (ค่าปกติ $4.5-10.7 \times 10^3$ /UL) neutrophil 77.2 % (ค่าปกติ 40-65%) lymphocyte 19.2 % (ค่าปกติ 20-40%) platelet count 395×10^3 /UL (ค่าปกติ $140-450 \times 10^3$ /UL) electrolyte Na 138 mmol/l (ค่าปกติ 135-145 mmol/l) K 3.83 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l) Cl 107 mmol/l (ค่าปกติ 100-110 mmol/l) CO₂ 22.7 mmol/l (ค่าปกติ 24-32 mmol/l) BUN 10 mg/dl (ค่าปกติ 8-20 mg/dl) Cr 1.1 mg/dl (ค่าปกติ 0.8-2 mg/dl) เอกซเรย์ช่องท้องพบ free air under right diaphragm แพทย์วินิจฉัยกระเพาะอาหารทะลุ ส่งต่อมาโรงพยาบาลศิรินคร เพื่อให้การรักษาโดยทำการผ่าตัด explor lap and simple suture with omental graft ให้การดมยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในวันที่ 17 มิถุนายน 2554 เวลา 13.10 น. ถึง 14.30 น. เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากและมีภาวะช็อค หลังผ่าตัดแพทย์จึงให้ย้ายมาพักฟื้นที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในวันที่ 17 มิถุนายน 2554 เวลา 15.00 น. แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 146 /90 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้สารน้ำ 0.9 % NSS หยดทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายให้อาหารทางจมูกต่อลงถุง งดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกสารน้ำที่ร่างกายได้รับ ผู้ป่วยได้รับ PRC 1 unit หมู่เลือด B จากห้องผ่าตัด ขณะผ่าตัดมีเลือดออกเล็กน้อยประมาณ 10 ซีซี ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ceftiaxone 2 กรัมทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง metronidazole 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง omeprazole 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เมื่อปวดแผลทุก 6 ชั่วโมง ปัญหาที่พบ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Hct หลังการผ่าตัด 8 ชั่วโมง ร้อยละ 34 สังเกตแผล ผ่าตัดพบว่าไม่มีเลือดซึม ปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับ 1600 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออก 1000 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ระดับความเจ็บปวด 8 คะแนนจาก 10 คะแนน ได้รับ morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ

เวลา 21.00 น. หลังได้รับยา ผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดลดลง การหายใจปกติ 16 ครั้งต่อนาที ไม่มีผื่นแดง

วันที่ 18 มิถุนายน 2554 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าไม่สุขสบาย ตรวจสอบสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/50 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเลือด CBC Hb13.4 g % (ค่าปกติ 14-18 g%) Hct 35 % (ค่าปกติ 31-43 %) WBC 9.86×10^3 /UL (ค่าปกติ $4.5-10.7 \times 10^3$ /UL) neutrophil 44.2 % (ค่าปกติ 40-65%) lymphocyte 30 % (ค่าปกติ 20-40%) platelet count 371×10^3 /UL (ค่าปกติ $140-450 \times 10^3$ /UL) electrolyte Na 137.4 mmol/l (ค่าปกติ 135-145 mmol/l) K 3.58 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l) Cl 106 mmol/l (ค่าปกติ 100-110 mmol/l) CO₂ 21.2mmol/l (ค่าปกติ 24-32 mmol/l) BUN 8 mg/dl (ค่าปกติ 8-20 mg/dl) Cr 0.7 mg/dl (ค่าปกติ 0.8-2 mg/dl) แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยให้สารน้ำ 5% D/N/2 หยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปัญหาที่พบ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึม ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ระดับความเจ็บปวด 7 คะแนน จาก 10 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด morphine 4 มิลลิกรัม เวลา 8.00 น. ได้รับออกซิเจน canular 3 ลิตรต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้วได้ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและ electrolyte เนื่องจาก ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าในร่างกาย 3030 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออก 2600 มิลลิลิตร ต่อวัน อธิบายให้ผู้ป่วยทราบความจำเป็นที่ต้องงดน้ำและอาหาร เมื่อกระเพาะอาหารและลำไส้เริ่มทำงาน แพทย์จะอนุญาตให้เริ่มจิบน้ำได้ ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาและแผลผ่าตัด อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล และดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด พุดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ญาติดูแลและอยู่กับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง พักผ่อนนอนหลับได้ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

วันที่ 19 มิถุนายน 2554 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีอาการปวดแผลผ่าตัด ทางหน้าท้องเล็กน้อย ระดับความเจ็บปวด 4 คะแนน จาก 10 คะแนน ทนได้ไม่ได้รับยาแก้ปวด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว ร้อยละ 100 แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยให้สารน้ำ 5% D/N/2 หยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและ electrolyte เนื่องจาก ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร ปริมาณสารน้ำเข้า 2050 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออก 1800 มิลลิลิตร ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่แห้งตึง แนะนำให้ทาวาสลินที่ริมฝีปากเพื่อป้องกันปากแห้งแตกได้ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อย จากการสอบถาม

พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการเคลื่อนไหวร่างกายมากจะทำให้แผลผ่าตัดแยก อธิบายการดูแลแผลผ่าตัด การไอ การจามที่มีประสิทธิภาพ ข้อดีของการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ป้องกันการเกิดภาวะท้องอืด ผู้ป่วยลุกนั่งและเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น

วันที่ 20 มิถุนายน 2554 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้องเล็กน้อย ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว ร้อยละ 100 แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึม แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยให้สารละลาย 5 % D/N/2 หยดทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง งดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด ปริมาณสารน้ำเข้า 2400 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออก 2600 มิลลิลิตร ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยย้ายไปพักพื้นที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงได้ ปัญหาที่ส่งต่อ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด เพื่อให้หอผู้ป่วยติดตามประเมินสภาพแผลผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำและ electrolyte เนื่องจากผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาและแผลผ่าตัดเมื่อกลับไปพักพื้นที่บ้าน จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยรับประทานน้ำอัดลมและอาหารรสจัดเป็นประจำ พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับโรคกระเพาะอาหารทะลุ อาการและการรักษา แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา การรับประทานยาให้หมดตามแพทย์สั่ง ไม่หยุดยาเอง งดรับประทานอาหารรสเผ็ด น้ำอัดลม ชาและกาแฟ ห้ามยกของหนัก ห้ามแผลผ่าตัดถูกน้ำ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การมาตรวจตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด มีไข้ แผลบวมแดง มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึม มีอาการปวดท้อง อาเจียนเป็นเลือด ให้รีบมาพบแพทย์

วันที่ 23 มิถุนายน 2554 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารเหลวใสได้ ให้หยุดยาลดและเปลี่ยนเป็นยากิน omeprazole 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร metronidazole 200 มิลลิกรัม วันละ 3 เวลาหลังอาหาร ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยเข้าใจและตอบคำถามได้ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและน้ำอัดลมได้ ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงรวม 7 วัน แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน วันที่ 27 มิถุนายน 2554 โดยให้ยาไปรับประทานที่บ้านและนัดตรวจเพื่อติดตามอาการ วันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 เวลา 8.00 น. รวมนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ศรุกรณีสึกษาผู้ป่วยหญิงไทยมาโรงพยาบาลวันที่ 17 มิถุนายน 2554 ด้วยอาการปวดท้อง 6 ชั่วโมง ก่อนมา เอกซเรย์ช่องท้องพบ free air under right diaphragm แพทย์วินิจฉัยกระเพาะอาหารทะลุ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด explor lap and simple suture with omental graft หลังการผ่าตัดนอนพักรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก 3 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึม ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่เคยได้รับการผ่าตัดและขาดความรู้เกี่ยวกับโรคกระเพาะอาหารทะลุ ได้ให้ความรู้โรคกระเพาะอาหารทะลุ และการดูแลแผลผ่าตัด คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยซ้ำ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ และบอกวิธีการดูแลตนเองได้ถูกต้อง แพทย์อนุญาตให้พักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงต่อ 7 วัน จึงอนุญาตให้กลับบ้าน รวมระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน นัดตรวจเพื่อติดตามอาการวันที่ 26 มิถุนายน 2554 เวลา 8.00 น.

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เป็นแนวทางสำหรับพัฒนาตนเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุ

8.2 ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้จากการให้คำแนะนำของพยาบาล ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเหมาะสมหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยากในการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากผู้ป่วยอายุมาก มีปัญหาเรื่องการได้ยิน และผู้ป่วยเป็นคนไทย เชื้อสายจีน พูดไทยไม่ชัดและฟังภาษาไทยได้ไม่ดี ทำให้การสื่อสารกับพยาบาลเป็นไปได้ด้วยความลำบาก รวมทั้งผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด และมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดที่ผิด เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายมากจะทำให้แผลผ่าตัดแยก เป็นต้น

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 พยาบาลควรมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรคและการดูแลแผลผ่าตัดทุกครั้ง ก่อนการให้ความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

10.2 พยาบาลควรมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร กรณีที่ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรงไม่ได้ ควรให้ญาติที่ดูแลผู้ป่วย ช่วยเป็นคนกลางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

10.3 ติดตามผลการรักษาตลอดจนให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุโดยทีมเยี่ยมบ้านและมีการส่งต่อศูนย์สาธารณสุข

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....*สมรภัฏ ทองทอง*.....

(นางมนชิสิตา แดงทองดี)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....*21 มิ.ย. 2554*.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*อรุณ อิศรเดชา*.....

(นางสุวลักษณ์ อิศรเดชา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่).....*22 มิ.ย. 2554*.....

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้รับการประเมิน โดยตรงในช่วงระหว่างวันที่
17 มิถุนายน 2554 ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2554 คือนางอัจฉรา สุประดิษฐ์ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

(ลงชื่อ).....*พิพัฒน์ เกรียงวัฒนศิริ*.....

(นายพิพัฒน์ เกรียงวัฒนศิริ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่).....*25 มิ.ย. 2554*.....

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางมนชิสิตา แดงทองดี**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 246) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย
เรื่อง แผ่นพับเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง

หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดทางหน้าท้องเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาเนื้อเยื่อหรืออวัยวะของร่างกายที่มีพยาธิสภาพ
หรือได้รับบาดเจ็บให้กลับสู่สภาวะปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แก้ไขและซ่อมแซม
หรือเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ของโรคหรือความผิดปกติของอวัยวะ แม้การผ่าตัดจะมีประโยชน์ในการรักษา
แต่ขณะเดียวกันการผ่าตัดก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดด้วยเช่นกัน
การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยแต่ละรายจะใช้เวลาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ
ระดับการศึกษา สุขนิสัยเดิม ภาวะโรคประจำตัวของผู้ป่วย การได้รับบาดเจ็บของอวัยวะ สภาพจิตใจ
ภาวะจิตสังคม ชนิดของการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด จำเป็นต้องมีแผนการดูแลผู้ป่วย
หลังการผ่าตัด เพื่อเสริมสร้างการดูแล ตนเองภายหลังการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลา
การนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย สามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับ
การผ่าตัดทางหน้าท้องที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2552 2553 และ 2554
มีจำนวน 10 ราย 12 ราย 31 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุเพิ่มขึ้นตามสถิติใน
ปี 2552 2553 และ 2554 มีจำนวน 4 ราย 7 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ ดังนั้นจึงเห็นว่าควรจัดทำแผ่นพับ
ประกอบ การสอน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้วิธีการดูแลปฏิบัติตนและการดูแลแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง
ได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคกระเพาะอาหารทะลุ และสามารถ
ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองหลังผ่าตัดทางหน้าท้องได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
หลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลตนเองไว้ว่า “การดูแลตนเอง
เป็นการปฏิบัติกิจกรรม ที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต
สุขภาพและความเป็นอยู่อันดี” จึงนำกรอบแนวคิดมาใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

ทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและบรรเทาความรู้สึกกลัว วิตกกังวลและความเครียดหลังการผ่าตัด และยังเป็น การลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง ได้อีกด้วย ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดในการจัดทำแผ่นพับ การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นสื่อการสอนให้ความรู้และสามารถปฏิบัติได้จริงแก่ผู้ป่วย และญาติ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ข้อเสนอ

1. ประชุมปรึกษานุศลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพื่อค้นหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง
2. เสนอแนวคิดจัดทำแผ่นพับการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง ต่อหัวหน้าหน่วยงาน
3. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล รูปแบบการทำแผ่นพับเรื่องการดูแลหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง จากตำรา เอกสารทางวิชาการ สื่ออิเล็กทรอนิกส์และอื่นๆ
4. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า มาจัดทำแผ่นพับการดูแลหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยมี เนื้อหา ดังนี้ การผ่าตัดทางหน้าท้อง การปฏิบัติตนที่เหมาะสมได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแผนการรักษา การดูแลแผลผ่าตัด การมาตรวจตามนัดและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที พร้อมคำอธิบายและภาพประกอบเพื่อส่งผลกระทบต่อความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน
5. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย
6. ประชุมร่วมกันในหน่วยงานเพื่อประเมินผลการใช้แผ่นพับโดยการสอบถามความรู้ของผู้ป่วย และญาติ พร้อมทั้งนำมาปรับปรุงแก้ไข
7. นำแผ่นพับการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้อีกครั้ง กับผู้ป่วยจำนวน 5 ราย แล้วนำมาประเมินผลซ้ำ
8. ประชุมร่วมกันในหน่วยงานเพื่อประเมินผลการใช้แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง ครั้งที่ 2
9. นำแผ่นพับที่ได้รับการแก้ไขลงเลขเอกสารที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ
10. แจกแผ่นพับเรื่อง การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องทุกราย
11. ประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติโดยการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นรายบุคคล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้องมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดทางหน้าท้องได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด สามารถทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่อง โรคกระเพาะอาหารทะลุ มากกว่า ร้อยละ 80

2. อัตราผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง มากกว่า ร้อยละ 80

(ลงชื่อ)..... อนุใจ หนองจอก

(นางมนชิสิตา แดงทองดี)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)..... 21/10/2558