

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียมชนิดไม่มีเบ้า
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การจัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียมชนิดไม่มีเบ้า

เสนอโดย

นางสุกัญญา เขมะรัง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.153)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิดไม่มีเข่า
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 7 กันยายน 2550 – วันที่ 10 กันยายน 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกข้อตะโพกหักที่ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดเกี่ยวกับการลดอาการปวด สามารถเคลื่อนไหวข้อตะโพกและสามารถประกอบกิจวัตรได้ตามปกติ คือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม แต่ผู้ป่วยประเภทนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อ การเคลื่อนของข้อตะโพกเทียม การเกิดแผลกดทับและร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงคือผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมักจะมีโรคประจำตัวหลายโรคและเป็นโรคเรื้อรัง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการสูงอายุ ซึ่งอาจทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยซับซ้อนและอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.1 กายวิภาคศาสตร์และพยาธิสภาพของกระดูกข้อตะโพกหัก

กายวิภาคศาสตร์

ข้อตะโพก (hip joint) ประกอบด้วย acetabulum และ head and neck of femur

1. acetabulum ประกอบด้วย ilium , ischium , pubis มาเชื่อมต่อกัน

acetabulum เป็นเข่าทางด้าน lateral ของกระดูก hip เกิดเนื่องจากกระดูก ilium , ischium และ pubis มาเชื่อมต่อกันซึ่งจะเชื่อมสนิทเมื่ออายุประมาณ 17 ปี ขอบล่างของเข่าจะเว้าเป็น acetabulum notch ปากเข่านี้จะหันออกทางด้านข้างและเอียงลงทำมุมประมาณ 40-60 องศากับแนวนอนและหันไปทางด้านหน้าเล็กน้อยทำมุมประมาณ 10-15 องศากับ sagittal plan เข่าที่ articulate กับส่วน head ของกระดูก femur โดยมี articular surface เป็นรูปเกือบม้ากระดูก femur เป็นกระดูกยาวที่สุดและแข็งแรงที่สุดของร่างกาย ประกอบด้วย head and neck of femur

2. head and neck of femur

- head มีลักษณะเป็นส่วนของทรงกลมชี้ขึ้นไปทางด้านในซึ่ง articulate กับ acetabulum ผิวเรียบ ยกเว้นบนสุดจะนุ่มเป็นที่เกาะของ ligamentum teres เชื่อมระหว่าง acetabulum กับ head

- neck มีความยาวประมาณ 5 ซม. เชื่อมระหว่างส่วน head และ shaft ตรงบริเวณส่วนต่อกับ shaft ทางด้านหน้ามีสันเดี่ยว ๆ เรียกว่า intertrochanteric line ส่วนทางด้านหลังเป็นสันหนาเด่นชัดเรียกว่า intertrochanteric crest นอกจากนี้ยังมีส่วนประกอบอื่น ๆ เช่น greaster trochanter, lesser trochanter, shaft และ condyles

พยาธิสภาพ

เมื่อมีกระดูกข้อตะโพกหักและข้อเคลื่อนที่หัวกระดูกต้นขาจะมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ การตายของหัวกระดูก (avascular necrosis) เพราะเมื่อคอกระดูกข้อตะโพกหักส่วน intraosseous cervical vessels จะไม่สามารถนำเลือดไปเลี้ยงส่วนหัวของกระดูกต้นขาได้จึงคงเหลือเพียงหลอดเลือดของ ligamentum teres และ retinacular vessels เท่านั้นที่จะนำเลือดไปเลี้ยงส่วนหัวของกระดูกต้นขา เมื่อกระดูกต้นขาเคลื่อนไปจากเดิมมากโอกาสที่ retinacular vessels จะถูกกดและไม่สามารถนำเลือดไปเลี้ยงส่วนหัวก็จะมากยิ่งขึ้นจะทำให้หัวกระดูกต้นขาเกิดภาวะตายและถ้าได้รับการรักษาไม่ถูกวิธีหรือมีความล่าช้า ของการรักษา ผู้ป่วยจึงมีภาวะหัวกระดูกต้นขาตาย

สาเหตุ

1. จากแรงมากระแทกต่อกระดูกโดยตรง เช่น รถชนบริเวณตะโพก ลื่นหกล้ม ตกจากที่สูง
2. ในคนสูงอายุมักจะมีกระดูกเปราะบางกว่าคนอายุน้อยทำให้กระดูกหักได้ง่ายแม้มีแรงกระแทกเพียงเล็กน้อย เช่น กระดูกต้นขาส่วนคอหัก (fracture neck of femur) พบมากในคนสูงอายุ

3.2 ความหมายของกระดูกข้อตะโพกหัก อาการและอาการแสดง การรักษา

ความหมายของกระดูกข้อตะโพกหัก

กระดูกข้อตะโพกหัก หมายถึง มีการหักของหัวกระดูก (head of femur) หรือ กระดูกต้นขาส่วนคอ (neck of femur) จนทำให้ขาผิดรูป รู้สึกเจ็บบริเวณตะโพกและเจ็บมากขึ้นเวลาเคลื่อนไหว และสามารถสังเกตเห็นได้จากขาข้างที่มีกระดูกหักจะสั้นกว่าขาข้างปกติ

อาการและอาการแสดง

1. ปวดบริเวณขาหนีบและตะโพกเวลาเคลื่อนไหวจะเจ็บมากขึ้น
2. กดเจ็บบริเวณกระดูกหัก (tenderness)
3. เดินไม่ได้ ขาบิดออกด้านข้าง (external rotation)
4. ขาข้างที่มีพยาธิสภาพจะสั้นกว่าปกติ
5. เสียงกระดูกเสียดสีกันเมื่อจับโยก
6. ในรายที่มี intertrochanteric fracture พบว่าตะโพกบวม เจ็บวคล้ำจากจำเลือด

การรักษา

แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. รักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด (conservation) ได้แก่ การถ่วงน้ำหนักที่ขา (traction) เพื่อให้ขาผู้ป่วยอยู่นิ่งระหว่างที่รอให้กระดูกติด มี 2 แบบดังนี้

- skin traction เป็นการดึงโดยใช้แรงดึงที่ผิวหนัง
- skeletal traction เป็นการดึงโดยใช้เหล็กแทงผ่านกระดูก tibial condyle หรือ femoral condyle

2. รักษาโดยวิธีการผ่าตัด

- การผ่าตัดกระดูกให้เข้าที่และยึดด้วยเหล็ก (internal fixation) ส่วนมากจะใช้ nail, plate, screw เหมาะสำหรับคนอายุน้อย กระดูกยังแข็งแรง กระดูกหักแตกไม่มาก วิธีนี้ลงน้ำหนักได้บางส่วน

- การผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกตะ โปก (hip prosthesis) ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะข้อตะ โปก (Austin moore) และการผ่าตัดเปลี่ยนทั้งข้อตะ โปกและเบ้า (total hip replacement) เหมาะสำหรับคนมีอายุมาก

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกเทียมชนิดไม่มีเบ้า

ระยะก่อนผ่าตัด

อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องพบหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดที่บริเวณข้อตะ โปก ท่อระบายเลือด สายสวนปัสสาวะพร้อมทั้งอธิบายเหตุผลและความจำเป็น

ระยะผ่าตัด

เมื่อรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดตรวจความถูกต้องของเวชระเบียน ตรวจสอบสภาพความพร้อมของผู้ป่วย ตรวจสอบยาปฏิชีวนะที่ให้มากับผู้ป่วย พร้อมทั้งตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ศึกษาขั้นตอนการผ่าตัดของ ศัลยแพทย์เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ เครื่องเย็บ พร้อมทั้งเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัด จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัดร่วมกับศัลยแพทย์ ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและปฏิบัติหน้าที่พยาบาลช่วยรอบนอก

ระยะหลังผ่าตัด

แนะนำออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อก้น ข้อเท้า ข้อตะ โปกและข้อเข่าข้างที่ผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงโดยไขหัวเตียงสูง ขณะนั่งห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าและห้ามงอข้อตะ โปกเข้าหา ควรหัดเดินโดยมีคนช่วยพยุงขาหรือใช้เครื่องช่วยพยุงข้างที่ผ่าตัด ลงน้ำหนักได้บางส่วน พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ ขณะนั่ง นอนหรือยืน พยายามหลีกเลี่ยงการไขว้ขา นั่งไขว่ห้างและหลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าที่ข้อตะ โปกงอมากกว่า 90 องศา ถ้านอนตะ แคง ควรนอนทับขาข้างดีโดยมีหมอนรองระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้ขาข้างที่ทำผ่าตัด กางออก ควรออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาและรอบข้อตะ โปกให้แข็งแรงทุกวัน เข้า-เย็น ใช้เครื่องพยุงเดินประมาณ 6 สัปดาห์หรือ จนสามารถเดินได้ดี และอธิบายอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ ข้อตะ โปกข้างที่ทำผ่าตัดเคลื่อนไหวได้น้อยลง ปวดเสียวเวลาเดิน แผลมีเลือด/น้ำเหลือง/หนองซึม รวมทั้งควรมาพบแพทย์ตามนัด

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา:

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 83 ปี มาโดยรอนอนด้วยอาการปวดที่บริเวณข้อตะโพกด้านซ้ายให้ประวัติหกล้ม 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น แพทย์วินิจฉัยว่ามีข้อตะโพกหักต้องผ่าตัด ญาติไม่อนุญาต จึงกลับไปรักษาที่บ้าน 3 สัปดาห์ผู้ป่วยมีอาการซึมปลุกไม่ตื่น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ได้รับความตรวจที่อุบัติเหตุและฉุกเฉินและรับรักษาเป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมวันที่ 28 สิงหาคม 2550 (H.N.34809-50, A.N.13920-50) โดยแพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็น กระดูกข้อตะโพกด้านซ้ายหัก (fracture of left neck femur) และวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิดไม่มีเข่าข้างซ้าย (Austin moore) แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากและญาติให้ประวัติมีโรคประจำตัวคือ Ischemic Heart Disease, Hypertention, Atrial Fibrillation รักษาด้วยยา Isordil, Folic acid, Lasix, Herbesser, Xanidine, Magesto แพทย์จึงปรึกษาอายุรแพทย์ เกี่ยวกับการรักษาก่อนผ่าตัดวันที่ 28 สิงหาคม 2550 และปรึกษาแพทย์ระบบหัวใจเกี่ยวกับการผ่าตัดวันที่ 30 สิงหาคม 2550 และเห็นสมควรผ่าตัดได้ ศัลยแพทย์จึงวางแผนผ่าตัดวันที่ 7 กันยายน 2550 และแพทย์ได้เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ส่งเลือดไปห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจ CBC ผลคือ Hct. 34.2% Hb10.4 gm/dl Plt. 296,000 ul WBC 4,230 ul (ค่าปกติ Hct. 35-45% Hb12-16 gm/dl Plt. 200,000-500,000 ul WBC 5,000-10,000 ul) ผล electrolyte Na 135 mmol/l K 3.3 mmol/l Cl 99 mmol/l CO₂ 29mmol/l, BUN 8 mg/dl, creatinine 0.8 mg/dl, blood sugar 113 (ค่าปกติ Na 136-145 mmol/l K 3.5-5.1 mmol/l Cl 100-110 mmol/l CO₂ 22-32 mmol/l BUN 8-18 mg/dl creatinine 0.9-1.8 mg/dl blood sugar 60-110),PT 35.6 วินาที , PTT 68.6 วินาที, INR 3.22(ค่าปกติ PT 9.4-12.2 วินาที , PTT 21-38 วินาที), E.K.G. ฉายรังสีทรวงอก

วันที่ 6 กันยายน 2550 แพทย์ได้ส่งประวัติผู้ป่วยให้วิสัญญีแพทย์ เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิดไม่มีเข่าข้างซ้ายวันที่ 7 กันยายน 2550 วิสัญญีแพทย์เห็นสมควรให้จองหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (I.C.U.) และจองเลือดคือ fresh frozen plasma, pack red cell, pletelet พร้อมทั้งส่งตรวจ PT, PTT, INR อีกรอบซึ่งได้ผลดังนี้ PT 12.5วินาที, PTT 49.5วินาที , INR 110 เมื่อห้องผ่าตัดได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและทราบวันผ่าตัดจึงได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วยโดยการแนะนำตัวและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง ประเมินสภาพของผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับออกซิเจน 2 ลิตรต่อนาที ใส่ skin traction ขาข้างซ้าย ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ มีสัญญาณชีพดังนี้ ความดันโลหิตได้ 130/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ได้ซักถามปัญหาของผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด จึงอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับความจำเป็นในการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ ปัญหาที่อาจพบในห้องผ่าตัดและปัญหาที่อาจจะเกิดหลังผ่าตัด และแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน

ผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม และทวนสอบความเข้าใจโดยการซักถามเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้นำไป ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามได้เป็นส่วนมาก

วันที่ 7 กันยายน 2550 ก่อนถึงเวลานัดผ่าตัดครึ่งชั่วโมง โทรศัพทตรวจสอบเกี่ยวกับการจองหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (I.C.U.) กับทางหอผู้ป่วยและให้เจ้าหน้าที่ไปรับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องรอผ่าตัดได้เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเป็นทางการพร้อมทั้งจับมือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจมากขึ้น และตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยโดยตรวจสอบจาก ตัวผู้ป่วยจากการซักถามและป้ายชื่อมือของผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วย ใบลงลายมือชื่อยินยอมผ่าตัด ยาปฏิชีวนะ ขาข้างที่จะทำผ่าตัดโดยการสังเกตที่ skin traction เมื่อถึงเวลานัดผ่าตัดคือ 9.30 น.นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัดและอุปกรณ์ในการจัดทำผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัด เมื่อวิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแล้ว ใช้ผ้านุ่มเป็นผ้าเดี่ยวให้ผู้ป่วยป้องกันการเปิดเผยและป้องกันการเป็นแผลจากการเสียดสีระหว่างผิวหนังกับผ้าและร่วมกับแพทย์ผ่าตัดจัดทำผู้ป่วยในการทำผ่าตัด โดยจับผู้ป่วยนอนตะแคงอย่างนุ่มนวลให้ตะโปกข้างซ้ายขึ้นข้างบนและด้านหลังชิดขอบเตียงผ่าตัดเพื่อความสะดวกของแพทย์ผ่าตัด จากนั้นใช้อุปกรณ์ในการจัดทำต้นตัวผู้ป่วยทั้งด้านหน้าและด้านหลังเพื่อให้อยู่ในท่าที่แพทย์ต้องการตลอดการผ่าตัด ป้องกันผู้ป่วยตกเตียง และใช้ฝักรองระหว่างตัวผู้ป่วยกับอุปกรณ์คั่นตัวเพื่อป้องกันการกดทับระหว่างการผ่าตัด หลังจากนั้นติดแผ่นฉนวนไฟฟ้าโดยใช้ผ้าหุบน้ำเช็ดผิวหนังที่เป็นขุยบริเวณต้นขาขวาและเช็ดให้แห้งก่อนติดเพื่อประสิทธิภาพในการทำงานของแผ่นกันฉนวนไฟฟ้าและจับขาขวาออกไปข้างหน้าเพื่อให้อยู่ในท่าที่สบายและไม่เมื่อยหลังผ่าตัด ดูแลยกขาข้างซ้ายเพื่อให้แพทย์ฟอกทำความสะอาดก่อนผ่าตัดและใช้ผ้านุ่ม ๆ ผูกที่ข้อเท้าเพื่อป้องกันการเสียดสีของผิวหนังและยกขาอย่างนุ่มนวลจากนั้นได้เข้าช่วยแพทย์ในการทำผ่าตัด โดยการเตรียมอุปกรณ์ในการเปลี่ยนข้อตะโปกเทียมชนิดไม่มีเบ้าอย่างถูกต้องตามหลักการปลอดเชื้อ(sterile) เพื่อป้องกันการติดเชื้อและครบถ้วนเพื่อไม่ให้เสียเวลาในการผ่าตัด ตรวจสอบผ้าซับ โลหิตและเครื่องมือพร้อมกับพยาบาลช่วยรอบนอกเพื่อป้องกันการตกค้างในตัวผู้ป่วยช่วยแพทย์ปูผ้าสะอาดปลอดเชื้อ จัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการผ่าตัดให้พร้อม เช่น สายดูดโลหิต (suction) สายจี้ไฟฟ้า ปลอดโคมไฟผ่าตัด เริ่มผ่าตัดเวลา 10.20 น. ช่วยแพทย์ในการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโปกเทียมชนิดไม่มีเบ้าข้างซ้ายโดยส่งเครื่องมือให้แพทย์ตามขั้นตอนการผ่าตัด ช่วยซับโลหิต อำนวยความสะดวกในการผ่าตัด เมื่อแพทย์นำข้อตะโปกที่หักออกได้แล้วและใส่ข้อตะโปกเทียมแล้วช่วยจับเวลาในการแข็งตัวของซีเมนต์ที่ใช้ยึดระหว่างกระดูกและข้อตะโปกเทียมเพื่อประสิทธิภาพในการยึดติดระหว่างข้อตะโปกเทียมกับกระดูก เมื่อซีเมนต์แห้งแล้วช่วยแพทย์ดึงขาตามแนวกระดูกด้วยความนุ่มนวลเพื่อให้ข้อตะโปกเทียมเข้าเบ้าและไม่มีการกดหัก ขณะทำผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 400 มิลลิลิตรวิสัญญีแพทย์จึงให้ pack red cell 350 มิลลิลิตร ช่วยสังเกตปฏิกิริยาจากการให้เลือดที่อาจเกิดได้ร่วมกับวิสัญญี เช่น ผิวหนังมีผื่นแดง หนาวสั่น ปัสสาวะเป็นเลือด เมื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโปกเสร็จแล้วก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดตรวจเช็ผ้าซับโลหิต และเครื่องมือร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอกอีกรอบ เพื่อป้องกันการตกค้างในตัวผู้ป่วย หลังจากนั้นช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายเลือดและเย็บปิด

แผลผ่าตัด ผ่าตัดเสร็จเวลา 11.23 น. ปิดแผลผ่าตัดและช่วยแพทย์พันขาบริเวณผ่าตัดด้วยผ้าพันแผลแบบยางยืด (elastic bandage) คูณไม่ให้นแน่นมาก เพื่อป้องกันการบวมของขาและการเกิดคั่งน้ำ ช่วยแพทย์จัดทำผู้ป่วยให้นอนหงายขณะจัดทำผู้ป่วยระวังการหลุดเลื่อนของท่อระบายเลือด โดยการไม่ให้ท่อระบายเลือดดึงรั้งและติดพลาสติกที่สายท่อระบายเลือดกับผิวผู้ป่วย ตรวจสอบแผลพุพองจากการใช้ไฟฟ้าบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ เมื่อนอนหงายแล้วใช้หมอนกลมวางไว้ระหว่างขาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยหุบขาป้องกันข้อตะโพกเทียมหลุดออกจากเบ้า และช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเจ็บแผลผ่าตัดและอำนวยความสะดวกในการส่งผู้ป่วยไปหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมตามแผนการรักษา ผู้ป่วยรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 วัน ขณะอยู่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่องด้วยการส่ายหน้าปฏิเสธและพยักหน้าตอบรับ มีเสมหะค่อนข้างมากได้รับการดูดเสมหะและพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ปัสสาวะไหลดี มีอาการปวด ได้รับ Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ ท่อระบายเลือดมีเลือด 330 มิลลิลิตรและมีเลือดซึมบริเวณรอบแผล ได้รับ platelet 300 มิลลิลิตร , fresh frozen plasma 2100 มิลลิลิตร ให้ pack red cell ไปประมาณ 30 มิลลิลิตร ผู้ป่วยมีฝันแฉงรายงานแพทย์ แพทย์ให้ Chlorpheniramine 10 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ หลังฉีดยา ตุ่มแดงหายไป มีไข้สูง 39.7 องศาเซลเซียส ได้รับการลดไข้โดยการเช็ดตัวลดไข้และให้ยา paracet 300 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง ไข้ลดลง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและหายใจสะดวกจึงเอาท่อช่วยหายใจออก หลังเอาท่อช่วยหายใจออกสังเกตอาการหายใจดี ไม่มีหอบเหนื่อย ปัสสาวะไหลดีมีสีเหลือง แพทย์จึงให้ย้ายกลับหอผู้ป่วยได้

วันที่ 10 กันยายน 2550 ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยเพื่อตรวจเยี่ยมอาการหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง หายใจไม่สม่ำเสมอมีสัญญาณชีพดังนี้ ความดันโลหิตได้ 144/47 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้งต่อนาที การหายใจ 22 ครั้ง มีเหนื่อยเป็นพัก ๆ เวลาที่มีกิจกรรม ต้องให้นอนหัวสูงและให้ออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที ปวดแผลเป็นพัก ๆ แต่ไม่ได้ขอยาแก้ปวด มีเสมหะในคอไอไม่ออกดูดเสมหะได้เสมหะสีขาวขุ่นค่อนข้างมาก แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อย ๆ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แผลผ่าตัดที่ตะโพกด้านซ้ายมีเลือดเก่าซึมด้านใน ไม่มีเลือดซึมเพิ่ม ท่อระบายเลือดทำงานดีมี content 120 มิลลิลิตรเพิ่มจากเดิม 30 มิลลิลิตร คูณให้ผู้ป่วยนอนหงายกางขาและใช้หมอนวางระหว่างขา ได้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยจากการสังเกต ซักถามญาติพร้อมทั้งอธิบาย ให้คำแนะนำ และแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคือ แนะนำให้เคลื่อนไหวข้อเท้าและนิ้วเท้าอยู่เสมอเพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด ห้ามนั่งไขว่ห้าง ห้ามหุบขา ห้ามนั่งให้เข้าอยู่สูงกว่าตะโพกเพื่อป้องกันข้อตะโพกเทียมหลุดออกจากเบ้าแนะนำให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ใช้หมอนรองขาข้างที่ทำผ่าตัด คูณผิวให้แห้งเสมอเพื่อป้องกันแผลกดทับ แนะนำให้ดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่ให้เปียกน้ำเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับบ้าน ไปอยู่บ้านเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งประเมินการรับรู้และทวนสอบกลับโดยการถามให้ผู้ป่วยและญาติตอบเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด อาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนถึงเวลานัด

ในระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 28 สิงหาคม 2550 - 19 กันยายน 2550 รวมระยะเวลา 23 วัน พบปัญหาการพยาบาล 6 ปัญหา ดังนี้ ไม่สุขสบายจากการปวดบริเวณต้นขาด้านซ้าย จัดทำนอนให้ผู้ป่วย สอนญาติในการช่วยเหลือคนโหวผู้ป่วย ดูแลให้ on skin traction และตรวจสอบการทำงานของเครื่องดึงถ่วง น้ำหนัก ป้องกันแผลกดทับ แนะนำให้กระดกข้อเท้าบ่อย ๆ เพื่อป้องกันปลายเท้าตก ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตาม แผนการรักษา ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดทุก 4 ชั่วโมงจากการสังเกตและการซักถามผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด จัดทำนอนให้สุขสบายโดยจัดให้อนอนหงายเอาหมอนวางระหว่างขา ช่วย พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก สงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนเต็มที่ ไม่สุขสบาย จากการมีแผลกดทับบริเวณก้นกบ แนะนำและช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ให้อนอนที่นอนลม ดูแลความ สะอาดร่างกายไม่ให้อับชื้น บริเวณปุ่มกระดูกใช้หมอนนิ่ม ๆ รอง ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างครบถ้วนเพื่อ ส่งเสริมการหายของแผลกดทับ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด สังเกตลักษณะ สี กลิ่น จำนวนปัสสาวะ ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และทุกครั้งที่ทำอุจจาระ ดูแลสายสวน ปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2000-2500 มิลลิลิตรต่อวัน ดูแลให้การระบายปัสสาวะเป็น ระบบปิดตลอดเวลา ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การฟื้นฟูสภาพ แนะนำให้ญาติฝึกบริหารกล้ามเนื้อให้ผู้ป่วยบ่อย ๆ กระตุ้นให้หัดยืน เดิน เน้นย้ำเรื่องการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ แนะนำให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง สังเกตอาการผิดปกติของแผลมีบวมแดง ปวดมาก หรือมี อาการเหนื่อยแน่นหน้าอกมากให้รับมาพบแพทย์ เน้นย้ำเรื่องการมาตรวจตามแพทย์นัด แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก เทียมชนิดไม่มีเบ้า เป็นเวลา 4 วัน และเยี่ยมก่อนการผ่าตัดจำนวน 1 ครั้งและติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 1 ครั้ง ในระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดรวมทั้งขาดความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งปัญหาที่พบได้รับการแก้ไขหมดไปและได้ให้ คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดมี

เลือด/หนอง/น้ำเหลือง ขาข้างที่ทำผ่าตัดเคลื่อนไหวได้น้อยลง ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและมาตรฐานนัดของแพทย์ จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาให้การพยาบาลทางการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิดไม่มีเบ้า
2. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิดไม่มีเบ้า
3. เพิ่มพูนความรู้แก่พยาบาลห้องผ่าตัดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิดไม่มีเบ้า

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

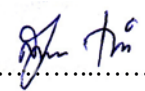
ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมด้วยคือ Ischemic Heart Disease, Hypertention, Atrial Fibrillation ญาติจึงวิตกกังวลมากเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากการผ่าตัด จึงต้องอธิบายเหตุผลและผลดี ของการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมอย่างละเอียดและซ้ำ ๆ กันญาติจึงคลายวิตกกังวล และเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุประกอบกับมีเชื้อสายจีน จึงทำให้การแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นไปค่อนข้างลำบากและต้องอธิบายให้ญาติฟังซ้ำอีกรอบเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ขณะผู้ป่วยรอผ่าตัดได้ใส่ skin traction ถ่วงน้ำหนักไว้ทำให้ลำบากในการขยับตัวเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผิวหนังบอบบางและมีความตึงตัวน้อยจำเป็นต้องใช้หมอนเบน ๆ รองตามยาวตั้งแต่ใต้เข่าถึงปลายเท้าตรวจสอบการพันของผ้ายึดไม่ให้แน่นเกินไป และแนะนำญาติให้สังเกตสีผิวที่ปลายเท้าไม่ให้ซีดหรือเขียว แนะนำให้กระดกปลายเท้าสม่ำเสมอเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง

10. ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยข้อตะโพกหักจะมีอาการเด่นชัดคือ เจ็บบริเวณที่กระดูกหักและเจ็บมากขึ้นเวลาขยับ ดังนั้นทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการผู้ป่วยประเภทนี้ควรให้บริการอย่างนุ่มนวล รวดเร็ว รวมทั้งให้การพยาบาลดูแลตั้งแต่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด นอนพักฟื้นในหอผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดทีมงานที่ให้บริการการผ่าตัดควรมีความรู้ทั้งการจัดทำผ่าตัด การส่งเครื่องมือผ่าตัด การช่วยแพทย์ในการผ่าตัด รวมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อลดระยะเวลาการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกน้อยลง และมีประสิทธิภาพในการเคลื่อนย้าย
2. ควรประสานงานกับศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อให้มีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยพร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไป
ตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....

(นางสุกัญญา เชมะรัง)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 26.....ค.ค...../51.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวพริ้มเพรา ทศกร)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่) ..26...../..ค.ค...../..51....

(ลงชื่อ)

(นายสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
เจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่)26...../.....ค.ค...../.....51.....

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสุกัญญา เชมะรัง

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว ด้าน การพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพจ.153)

สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานการแพทย์

เรื่อง การจัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิดไม่มีเบ้า

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากขึ้น โดยเฉพาะ กระดูกข้อตะโพกหัก ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ (สถิติในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ในปี พ.ศ.2548-2550 มี 324 ราย) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีกระดูกที่ค่อนข้างเปราะบางและความคล่องตัวของร่างกายค่อนข้างช้าจึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกข้อตะโพกหักส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการหกล้ม และผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การรักษาพยาบาลอย่างระมัดระวังและนุ่มนวลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวไม่นานเกินไป และจะต้องมีคนดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ดังนั้นญาติควรมีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง และหน่วยงานไม่มีสื่อในการให้ความรู้

ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิดไม่มีเบ้า รวมทั้งการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้านจากเอกสารวิชาการและตำราต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติชนิดแผ่นพับ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัด ได้ถูกต้องรวมทั้งเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดข้อตะโพกเทียมหลุดออกจากเบ้า
2. เพื่อให้ญาติสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ไม่เกิด ข้อตะโพกเทียมหลุดออกจากเบ้า

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรียม (Orem) เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากการเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเรียม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความ เป็นอยู่อันดี” ทฤษฎีทางการพยาบาลของ โอเรียม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ คือ

1. ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตัวเอง (The theory of self-care deficit)

3. ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)

ทฤษฎีดูแลตัวเอง(Self-care Theory) เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่เป็นที่พึ่ง วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเรียม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็น ดังนี้ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ใน ระยะต่าง ๆ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติจากการเจ็บป่วย การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้คือ แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ได้รับความรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับความรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค คัดแปลงอัตรานอนที่สั้นและภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือ เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ จากการศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem) พบว่าสามารถนำทฤษฎีนี้มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกข้อตะโพก (neck of femur) หัก โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ได้เป็นอย่างดีเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมด้วยเสมอ จึงทำให้การผ่าตัด hemi arthroplasty หรือ total arthroplasty ล่าช้าขึ้นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตก่อน จากการศึกษาพบว่า การเลื่อนระยะการผ่าตัดจะให้ผลทางการผ่าตัดน้อยกว่าการได้รับการผ่าตัดทันทีแล้วค่อย แก้ปัญหาทางอายุรกรรม และเมื่อเลื่อนการผ่าตัดออกไปผู้ป่วยส่วนมากจะถูกจำกัดความเคลื่อนไหวชั่วคราวโดยการทำ Buck skin traction ขาข้างที่หักโดยใช้น้ำหนักประมาณ 2-3 กิโลกรัม จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ที่พบมากที่สุดคือ แผลกดทับ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดบวม

จุดประสงค์การทำผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือต้องการใช้อุปกรณ์ที่มั่นคงยึดกระดูกเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวเร็วขึ้น ฟื้นตัวในระยะเวลาอันสั้น และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ภาวะปกติได้เร็วที่สุด จัดทำสื่อให้ความรู้ในรูปแบบแผ่นพับ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิดไม่มีเบ้าทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านจากเอกสารวิชาการและตำราต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำแผ่นพับเป็นสื่อให้ความรู้

2. รวบรวมปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิด ไม่มีเบ้าจากการเยี่ยมผู้ป่วยของหน่วยงานห้องผ่าตัด

ขั้นดำเนินการ

1. จัดทำแผ่นพับโดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ สาเหตุการหักของกระดูกข้อตะโพก การรักษา อาการที่พบ เหตุผลของการเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล การปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. นำข้อมูลทั้งหมดมาพิมพ์ในคอมพิวเตอร์ด้วยตัวหนังสือแบบ Angsana New 16 โดยจัดเนื้อหาให้เหมาะสมในกระดาษ A4 เป็นแนวขวางให้ได้สามส่วนทั้งหน้า-หลังพร้อมทั้งใส่รูปประกอบคำอธิบาย หลังจากนั้นพิมพ์ข้อมูลลงในกระดาษ A4 แล้วพับกระดาษให้เป็นสามส่วน

3. สร้างแบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การตอบคำถามและการปฏิบัติตัว ส่วนที่หนึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้านจำนวน 10 ข้อซึ่งแบ่งเป็น การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 2 ข้อ หลังผ่าตัด 3 ข้อและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 5 ข้อ ส่วนที่สองเป็นโจทย์ให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติให้ดูจำนวน 3 ข้อประกอบด้วย ออกกำลังกายบนเตียงได้ การจัดทำนอนที่ถูกต้อง หัดเดินโดยใช้เครื่องพยุงได้อย่างถูกต้อง

4. นำแผ่นพับและแบบประเมินความรู้ที่จัดทำเรียบร้อยแล้วไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา

5. นำไปทดลองใช้ และแก้ไข ปรับปรุงปัญหาที่พบจากการนำไปใช้

6. ประชุมชี้แจงในหน่วยงานห้องผ่าตัดเกี่ยวกับแผ่นพับ เป็นสื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมและญาติ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้

7. นำแผ่นพับที่ได้จัดทำไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม โดยนำไปประกอบการเยี่ยมหลังผ่าตัด จากนั้นให้ผู้พว่นำกลับไปบ้านด้วยเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

ขั้นประเมินผล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความรู้ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามในส่วนที่หนึ่งได้ถูกต้อง 8 ใน 10 ข้อและส่วนที่สองต้องปฏิบัติได้ถูกต้องทั้ง 3 ข้อ

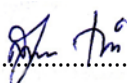
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมชนิด ไม่มีเบ้า และสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด รวมทั้งการจัดทำและการใช้อุปกรณ์ในการทำผ่าตัด
3. ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจและมั่นใจในการให้บริการของห้องผ่าตัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายและตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง 8 ข้อใน 10 ข้อ

2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และญาติสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวได้ 100 %

ลงชื่อ.....

(นางสุกัญญา เขมะรัง)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....26...../.....ธ.ค...../.....51.....