

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

เสนอโดย

นางสาวกัญชลิตา สายลाम

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.134)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน
2. ช่วงระยะเวลาที่ทำผลงาน 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ถึง วันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus) เป็นโรคที่เกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้นกดทับเส้นประสาท ทำให้มีอาการปวดสะโพกร้าวลงขาที่มีพยาธิสภาพ สาเหตุเกิดจากความเสื่อมตามวัย อิริยาบถไม่ถูกต้องและการบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง มีอาการปวด,ชาและกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วมด้วย บริเวณที่พบบ่อย ได้แก่ กระดูกสันหลังส่วนเอวระดับที่ 4-5 และ กระดูกสันหลังส่วนเอวระดับที่ 5 - กระดูกกระเบนเหน็บระดับที่ 1 พบมากกว่าร้อยละ 90 (วิวัฒน์ วณะวิศิษฐ,2547:267)

### อุบัติการณ์

พบในวัยกลางคน พบได้น้อยลงในคนอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนระดับเอวพบมากในกลุ่มอายุ 35-45 ปี ที่มีพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

### อาการและอาการแสดง

1. อาการปวด อาการเริ่มแรกจะปวดบริเวณระดับเอวแล้วมีอาการปวดร้าวลงไปสะโพก ในระยะนี้การตรวจร่างกายจะไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท
- 2.อาการชา เป็นอาการที่โรครุนแรงมากขึ้นมีการกดทับรากประสาท จะพบอาการชาตามตำแหน่งที่รากประสาทไปควบคุม ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะตรวจพบกล้ามเนื้อบริเวณนั้นอ่อนแรงหรือเสียน้ำที่ การตอบสนอง (tendon reflex) ลดลงหรือหายไป
3. กระดูกสันหลังผิดรูป อาจตรวจพบลักษณะของกระดูกสันหลังโก่ง กระดูกสันหลังคด ซึ่งจะเอียงตัวไปด้านตรงข้ามกับด้านที่มีกระดูกสันหลังเคลื่อน(วิวัฒน์ วณะวิศิษฐ,2547:271)

### การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ จะพบอาการปวดหลังร้าวลงขา ซึ่งอาการปวดเกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนไปกดเบียดต่อเส้นประสาท ทำให้มีอาการปวดจะร้าวไปตามตำแหน่งที่ถูกกดทับ
2. การตรวจร่างกาย การตรวจกล้ามเนื้อ จะมีการตรวจกล้ามเนื้อแต่ละมัดเพื่อดูว่าเป็นโรคของเส้นประสาท เส้นหรือรากประสาทเส้นใด ผลการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ และการตรวจทางระบบประสาท (Neurological sign) จะช่วยในการวินิจฉัยโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อน และบ่งถึงระดับรากประสาทที่ถูกกด การตรวจที่สำคัญได้แก่ Straight Leg raising test ( SLR)และ Sitting Knee extension test ( SKE)
3. การตรวจพิเศษ ได้แก่ ภาพถ่ายรังสี , Myelography, การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและการตรวจด้วยเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์

## การรักษา

ผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน สามารถรักษาได้หลายวิธีแพทย์จะพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตามระยะการดำเนินของโรค ได้แก่ ( วิเชียร เลหาะเจริญสมบัติ,2544:30-32)

1. การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การรักษาด้วยยา การใช้เครื่องช่วยพยุง และการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง

2. การผ่าตัด ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัด มักมีข้อบ่งชี้อย่างน้อยหนึ่งข้อดังต่อไปนี้

2.1 อาการปวดหลังร้าวลงขาเกิดขึ้นต่อเนื่องกันเกิน 6 เดือน รบกวนการประกอบอาชีพหรือคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยไม่สามารถพักผ่อน หรือประกอบกิจวัตรประจำวันได้

2.2 อาการกดทับรากประสาทมากจนกล้ามเนื้ออ่อนแรงลงอย่างชัดเจน หรือมีอาการอุจจาระและปัสสาวะผิดปกติ

2.3 มีการกลับเป็นซ้ำ โดยทั่วไปควรรักษาโดยการให้ยาแก้ปวดและกายภาพบำบัดประมาณ 4-6 สัปดาห์ แต่ไม่ควรนานเกิน 3-6 เดือนเนื่องจากจะทำให้มีพังผืดยึดที่เส้นประสาท และพบว่าจะทำให้การรักษาโดยการผ่าตัดได้ผลไม่ดี

## การพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนที่รักษาด้วยการผ่าตัด ถือเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลเป็นพิเศษอยู่ในภาวะวิกฤติ พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุม ใช้กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลแบบองค์รวม ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการกำหนด ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี แก้ไขภาวะผิดปกติและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง ดังนี้

1. ชักประวัติการบาดเจ็บป่วย อาการ อาการแสดง การรักษาในอดีต ระยะเวลาของโรค อย่างมีประสิทธิภาพ จากผู้ป่วย ญาติ

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจกล้ามเนื้อการตรวจทางระบบประสาท

3. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น การถ่ายภาพรังสีที่ปอดและหลัง การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและการตรวจด้วยเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์

### การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล วางแผนร่วมมือกับแพทย์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ปลอดภัยและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดหรือภายหลังการผ่าตัดจะได้รับการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม เพื่อลดความวิตก

กังวลและมีความเข้าใจและวิธีปฏิบัติอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องให้ผู้ปกครองเซ็นอนุญาต เพื่อป้องกันการฟ้องร้องที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้

2. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบริเวณผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ งดน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆให้พร้อมทันทีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ

3. การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับเอกสารของผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการผ่าตัด จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆให้พร้อมทันทีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ

#### การพยาบาลหลังการผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการเสียเลือด วัดและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตและบันทึกระดับความรู้สึกตัว เช่นผู้ป่วยกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็น ซีด เปลือกตาซีด ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วขึ้น ประเมินการเสียเลือดโดยสังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายเลือด สังเกตบริเวณบาดแผลผ่าตัด ตรวจสอบค่าความเข้มข้นเพื่อประเมินภาวะซีดจากการเสียเลือด ให้สารหยดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

2. การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลังจะมีท่อระบายเลือด ดูแลให้มีการระบายโดยสะดวกไม่ให้มีการพับงอ สังเกตผ้าพันแผลไม่ให้รัดมากเกินไป ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล พลิกตะแคงตัวแบบ roll จัดท่านอนหงาย ใช้หมอนรองใต้เข่าใต้งอเล็กน้อย เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหลัง ใช้หมอนแบนรองใต้ศีรษะ คอและไหล่ ไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อย ๆ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาเดียวกัน

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ ให้การพยาบาลโดยเทคนิคปลอดเชื้อ เปิดทำแผลแบบแห้ง ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ดูแลให้ถูกรองรับสิ่งคัดหลั่งอยู่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเสมอ การแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ ให้ระบบสายสวนปัสสาวะเป็นระบบปิด และเอาสายสวนออกให้เร็วที่สุด

4. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดกิจกรรม ผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียงตลอดเวลา การดูแลที่สำคัญคือ การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว และการฝึกบริหารปอดโดยฝึกการหายใจ การบริหารร่างกายบนเตียง เมื่อแพทย์อนุญาตให้ลุกจากเตียงต้องกระตุ้นให้ลุกจากเตียงให้เร็วที่สุด แนะนำวิธีการขึ้น-ลงเตียง การใส่เครื่องช่วยพยุงหลัง และการฝึกเดิน

### แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. แนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย ต้องมีข้อมูลที่ต้องการ เชื่อถือได้สนับสนุนอย่างเพียงพอ บอกแนวทางการพยาบาลได้ และแนวทางการพยาบาลนั้นสามารถจัดการได้อย่างอิสระ หรือกึ่งอิสระ เป็นข้อความที่สามารถกำหนดได้ทั้งทางบวกและทางลบ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถกำหนดได้ทั้งเหตุการณ์ที่กำลังเกิด เสี่ยงต่อการเกิด หรืออาจจะเกิด (วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก,2550:1)

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน ( Majory Gordon) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินสภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งแบบแผนสุขภาพที่นำมาใช้ประกอบ 11 แบบแผน ได้แก่ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร การขับถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ สถิติปัญหาและการรับรู้ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ บทบาทและสัมพันธภาพ เพศและการเจริญพันธ์ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด คุณค่าและความเชื่อ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา,2548:97)

### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

#### สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทแม้ว่าจะไม่มีอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วยแต่โรคนี้ก็ทำให้เกิดความเจ็บปวด สร้างความรำคาญ ความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยและญาติอย่างมาก โรคนี้พบได้บ่อยในคนหนุ่มสาว และวัยกลางคนที่ทำงานหนัก พบในคนวัยทำงาน การเจ็บป่วยเกิดผลกระทบมากมาย ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองยังส่งผลต่อบุคคลในครอบครัว การเจ็บป่วยถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจึงมีความสำคัญมากที่จะจัดการและดูแลภาวะเจ็บป่วยให้สามารถผ่านพ้นไปได้ ทั้งในระหว่างที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด และการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง นอกจากผลกระทบของโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนที่กล่าวมาแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในด้านบุคลากร เทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งเป็นผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติ

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการ และกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา
2. เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน โดยพิจารณาถึงความสำคัญของโรคซึ่งพบได้ในหอผู้ป่วยพิเศษ21 กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิง อายุ 41 ปี รับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 5-11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เลขที่ภายนอก 26709/50 เลขที่ภายใน 2509/53

ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Posteria laminectomy L4-5 , Pedical screw L4-5 , Posteria lumbar interbody fusion L4-5 L5-S1 ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ระหว่างที่อยู่ในความดูแลพบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ 11 ข้อ ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ กุมภาพันธ์ 11 พ.ศ. 2553 เวลา 13.30 น. รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรวม 7 วัน

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา รวบรวมผลของกรณีศึกษาจัดทำเป็นเป็นเอกสารวิชาการ และนำเสนอผลงานตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 ดังนี้

ข้อมูลของกรณีศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยหญิง อายุ 41 ปี มาด้วยอาการปวดหลังร้าวลงขาซ้ายมาก มีอาการชาขาขวามือด้วย แพทย์นัดมาผ่าตัด รับไว้ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เวลา 10.00 น. การวินิจฉัยโรค เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตนเองทำกิจกรรมต่างๆได้เอง มีอาการปวดหลังระดับความปวดเท่ากับ 6 คะแนน ตรวจเลือดพบภาวะซีด ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับร้อยละ 27.5 ได้รับเม็ดเลือดแดงชนิดเข้มข้นจำนวน 320 มิลลิลิตร ขณะให้เลือดและหลังรับเลือดไม่มีอาการแพ้เลือด สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 80 -100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วางแผนการผ่าตัด Laminectomy วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เวลา 10.00 น.

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำ Laminectomy L4-5,PDS L4-5,PLIF L4-5 L5-S1 ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ขณะทำผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 800 มิลลิลิตร ได้รับเม็ดเลือดแดงชนิดเข้มข้นจำนวน 650 มิลลิลิตรได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 2,000 มิลลิลิตร ไม่มีอาการแพ้เลือด หลังผ่าตัด ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 34 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวด 7-8 คะแนน ให้พักผ่อนบนเตียงให้ยาฉีดแก้ปวด Tramal 50 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ ระดับความปวดลดลง 3-4 คะแนน แผลผ่าตัดที่หลังขนาดความยาว 10 เซนติเมตร แผลผ่าตัดแห้งดี มีท่อระบายเลือดลงขวดจำนวน 1 ขวด ล้างคัตหลังเป็นเลือดสดจำนวน 50 มิลลิลิตร ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ น้ำปัสสาวะ มากกว่า 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รับประทานอาหารอ่อน มีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ให้นำสายสวนปัสสาวะ และท่อระบายเลือดออก จำนวนล้างคัตหลังหลังผ่าตัดทั้งหมด 200 มิลลิลิตร อนุญาตให้ลุกจากเตียงได้ แนะนำการขึ้น-ลงเตียง แนะนำให้ใส่เสื้อพยุงหลัง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดี ผู้ป่วยเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน 4 ขาได้ ทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง

วันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เวลา 9.00 น. แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรวม 7 วันให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดแผลผ่าตัด การทำความสะอาดร่างกาย การทำกายภาพบำบัด ข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง และอาการ

ผิดปกติกี่ต้องมาพบแพทย์ ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บอกวิธีการปฏิบัติตัวที่บ้าน ได้ถูกต้องขณะที่อยู่ในความดูแล ได้พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 11 ข้อ ดังนี้

#### ก่อนผ่าตัด

**ปัญหาที่ 1** ผู้ป่วยปวดหลังและขาซ้ายเนื่องจากกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับเส้นประสาท

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อาการปวดหลังและขาลดลง

**กิจกรรมการพยาบาล :** การประเมินความเจ็บปวด โดยการซักถาม การสังเกตอาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรงของความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เข้มมือ เพื่อลดการกระทบกระเทือนบริเวณที่ปวด จัดท่านอนให้สบาย โดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้หมอนรองใต้เข่าให้งอเล็กน้อย เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหลัง ใช้หมอนเบนๆรองใต้ศีรษะ คอและไหล่ พุดจายลอบโยน และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก และไม่มีเสียงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ปัญหาที่ 2** ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดที่ถูกต้อง

**กิจกรรมการพยาบาล :** อธิบายการดำเนินโรคและแผนการรักษาพยาบาลในแต่ละวันให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลและซักถามข้อสงสัยพร้อมอธิบายให้เข้าใจ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย แจ็งและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ปัญหาที่ 3** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกเกี่ยวกับการผ่าตัด และการรักษา

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการรักษา

**กิจกรรมการพยาบาล :** พุดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อธิบายการดำเนินโรคและแผนการรักษาพยาบาลในแต่ละวันให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล และซักถามข้อสงสัยพร้อมอธิบายให้เข้าใจ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย แจ็งและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

## หลังผ่าตัด

**ปัญหาที่ 1** ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

**กิจกรรมการพยาบาล :** ประเมินระดับความปวด โดยการสังเกตอาการและอาการแสดง การซักถามระดับความรุนแรงของการปวด โดยใช้มาตรวัดความปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวกเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ดีขึ้น จัดท่านอนให้สบาย ใช้หมอนรองใต้เข่าเล็กน้อยเพื่อลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ฝึกการผ่อนคลายโดยการหายใจ เข้า-ออก ช้าๆ ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ปัญหาที่ 2** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อก สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ

**กิจกรรมการพยาบาล :** วัดและบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินความรุนแรงจากการเสียเลือด สังเกตและบันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและประเมินภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่าย ไม่รู้สึกตัว ผิวหนังเย็น ชีต เปลือกตาซีด ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายเลือด สังเกตบริเวณบาดแผลว่ามีเลือดซึมผ้าปิดแผล หรือไม่ เปรียบเทียบวงกว้างของเลือดที่ซึมผ้าปิดแผล และลงบันทึกรายงานการพยาบาล จัดวางสายท่อระบายเลือดป้องกันการพับงอ ให้มีการทำงานปกติเพื่อไม่ให้เลือดคั่งในบาดแผล ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและดื่มน้ำมากๆ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือ ได้รับเลือดตามแผนการรักษา ตรวจสอบค่าความเข้มข้นของเลือด เพื่อประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ปัญหาที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

**กิจกรรมการพยาบาล :** ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุด ช่วยพลิกตะแคงตัว ดูแลความสะอาดผิวหนังให้แห้ง ทาโลชั่นให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ดูแลความสะอาดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง ไม่เปียกชื้น ตรวจสอบอาการเพื่อประเมินการเกิดแผลกดทับทุกแวน

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ปัญหาที่ 4** ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้องเนื่องจากมีลมในท้องและไม่ถ่ายอุจจาระ

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ไม่แน่นท้อง ผายลมและอุจจาระได้ปกติ



**กิจกรรมการพยาบาล :** กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วที่สุด ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,000 – 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ปรีกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระ

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ปัญหาที่ 5** ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

**กิจกรรมการพยาบาล :** ดูแลให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและทุกครั้งหลังขับถ่าย ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะในตำแหน่งที่ไม่ให้เกิดการดึงรั้ง ดูแลถุงปัสสาวะให้อยู่ระดับต่ำกว่าตัวผู้ป่วย จัดวางสายไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับ งอ ดูแลให้เป็นระบบปิดเสมอ สังเกตและบันทึกจำนวน สี ลักษณะของน้ำปัสสาวะ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ปัญหาที่ 6** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

**กิจกรรมการพยาบาล :** .ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยเทคนิคปราศจากเชื้อ สังเกตลักษณะความผิดปกติของแผล ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินไข้ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา แนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ได้แก่ ไม่แกะ เกาแผลผ่าตัด ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ปัญหาที่ 7** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการเคลื่อนไหวไม่มีประสิทธิภาพ

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

**กิจกรรมการพยาบาล :** ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว การเดิน การประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยก่อนฝึกเดิน แนะนำวิธีการขึ้นและลงเตียงที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยใส่เสื้อพยุงหลังทุกครั้งที่ถูกเดินเพื่อลดอาการปวด การใช้ walker ฝึกเดิน ขณะผู้ป่วยฝึกเดินต้องสังเกตอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งแนะนำญาติเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ปัญหาที่ 8** ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

**จุดประสงค์ของการพยาบาล :** ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

**กิจกรรมการพยาบาล :** อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ แนะนำให้พักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง และไม่ควรนอนหงายโดยไม่มีหมอนรองได้เข้า แนะนำให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับการรับประทาน

ยา ซึ่งเป็นยาที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก และยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใส่เครื่องพยุงหลัง โดยต้องใส่ก่อนลุกจากเตียงทุกครั้งอย่างน้อย 6 สัปดาห์ การลุกจากเตียงต้องให้อยู่ในท่านอนตะแคงก่อนแล้วจึงลุกขึ้น แนะนำให้เปลี่ยนท่าทางซ้ำๆ ไม่ให้ทำกิจกรรมที่เร่งรีบ กิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง และการมาพบแพทย์ตามนัด วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

**ประเมินผล :** ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

#### 7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ รับไว้ในความดูแล วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ติดตามเยี่ยม 4 ครั้ง พบปัญหาทางการพยาบาล 11 ปัญหา ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ปัญหาการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เดินได้โดยใช้เครื่องช่วยเดิน 4 ขา ไม่มีแขนขาอ่อนแรง สีหน้าสดชื่น แผลผ่าตัดที่หลังแห้งดี แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 รวมระยะเวลาในการรักษา 7 วัน แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัดวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

#### 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังการผ่าตัด
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยพิเศษ 21
3. เป็นแนวทางในการศึกษา และเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Posteria laminectomy L4-5 , Pedical screw L4-5 , Posteria lumbar interbody fusion L4-5 L5-S1 สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

#### 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมกายภาพบำบัดเนื่องจากมีความกลัวจะเกิดความผิดปกติหลังผ่าตัด
2. ตำราวิชาการเรื่องโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนในห้องสมุดของโรงพยาบาลมีน้อย ต้องไปค้นคว้าจากแหล่งอื่นเพิ่มเติม

#### 10. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง การป้องกันแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดอยู่เสมอ รวมทั้งความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในการใช้เครื่องมือพิเศษ

2. ควรมีการจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการพยาบาลเฉพาะทางในผู้ป่วยหมอนรองกระดูกเคลื่อนตั้งแต่แรก  
รับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการให้การพยาบาลไปในทิศทาง  
เดียวกัน

3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง 24 ชั่วโมงแรกควร ได้อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือกึ่งวิกฤติเพื่อ  
ความปลอดภัยของผู้ป่วย

4. ห้องสมุดของโรงพยาบาลควรจัดให้มีเอกสารเกี่ยวกับโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนและ  
โรคอื่นๆ เพิ่มเติม

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... กัญชลิศา สายงาม

(นางสาวกัญชลิศา สายงาม)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 2 8 11 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... 

(นางสุภาณี นาควิเชียร)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่) 3 0 11 2554

ลงชื่อ ..... 

(นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่) 3 0 11 2554

หมายเหตุ 1. ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 5 พฤศจิกายน 2550 ถึงวันที่ 10  
พฤศจิกายน 2552 คือ นายสุรินทร์ กูเจริญประสิทธิ์ ได้รับการแต่งตั้งไปดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการ  
สำนักงานแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2552

## เอกสารอ้างอิง

ก่อภู เชียงทอง และคณะ.โรคกระดูกสันหลังเสื่อม.เชียงใหม่:แสงศิลป์,2550.

จันเพ็ญ สันตวาจา และคณะ.แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร:

บริษัทนาเพรส จำกัด,2548.

ไพรัช ประสงค์จีน.กระดูกหักและข้อเคลื่อน.กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2552.

พาริดา อิบราฮิม.ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร:

บริษัท เจริญการพานิชย์จำกัด, 2546.

ขงยุทธ ศิริปการ.ความรู้พื้นฐานทางคลินิกการรักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์.กรุงเทพมหานคร:

บริษัทไอกรูป เพรส จำกัด,2553.

วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และคณะ.การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.กรุงเทพมหานคร:

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส,2551.

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้.

กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,2546.

วิเชียร เลาหะเจริญสมบัติ.ระบบยึดตรึงกระดูกสันหลัง รามาธิบดี แนวคิดและวิธีการผ่าตัด.

กรุงเทพมหานคร:บริษัท โฮลิสติก แพบลิชชิ่ง จำกัด,2544.

วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยสมาก.ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA.กรุงเทพมหานคร:

บริษัท บพิศการพิมพ์, 2550.

วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ.ออร์โธปิดิกส์.กรุงเทพมหานคร:บริษัท โฮลิสติก แพบลิชชิ่ง จำกัด,2547.

สุปราณี เสนาดิลัย.การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ.กรุงเทพมหานคร:บริษัทจุดทอง จำกัด,2547.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวกัญชลิตา สายลาม**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล) (ตำแหน่งเลขที่ รพจ.134)  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์  
เรื่อง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

**หลักการและเหตุผล**

ผู้ป่วยที่มีปัญหาหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนในประเทศไทยพบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดจากการมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง การนั่งโต๊ะทำงานนาน ๆ มีการปฏิบัติตัวอริยาบทที่ไม่เหมาะสม สร้างความรำคาญ ความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยและญาติ ส่วนใหญ่ไม่เกิดอันตรายร้ายแรง สามารถให้การดูแลรักษาให้อาการทุเลาและกลับมีคุณภาพชีวิตปกติ รายที่มีอาการรุนแรงมาก ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

หอผู้ป่วยพิเศษ 21(พิเศษศัลยกรรมกระดูก) รับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางศัลยกรรมกระดูก จากสถิติในปี 2552-2553 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยโรคกระดูกสันหลังพบเป็น 1 ใน 5 โรคที่พบมากที่สุด ในหอผู้ป่วย และพบโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทั้งหมด 82 ราย และ 65 ราย ตามลำดับ จากจำนวนทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด 78 ราย และ 60 ราย ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยได้นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่หลากหลายมาให้การดูแลรักษาพยาบาล การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกันจึงมีความสำคัญ เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพ พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่นผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือผ่าตัดหอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท จึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

**วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย**

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ และทักษะ ก่อให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดน้อยลง และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

## เป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกเคลื่อนที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ทุกรายได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

## กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

โรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน คือโรคของหมอนรองกระดูกหลังปลิ้นกดทับเส้นประสาท ทำให้มีอาการปวด ชา และกล้ามเนื้ออ่อนแรง สาเหตุเกิดจากความเสื่อมตามวัย อิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง และการบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง การรักษามีหลายวิธี แพทย์จะพิจารณาให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยและระยะการดำเนินของโรคของโรค ได้แก่ การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด เช่น กายภาพบำบัด การรักษาด้วยยา การใช้เครื่องช่วยพยุงหลัง การปรับพฤติกรรม และการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ เช่น ช็อกจากการเสียเลือด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนอื่นจากการจำกัดกิจกรรม ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย สามารถฟื้นฟูร่างกายได้อย่างรวดเร็วจึงควรมีแนวทางที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน มีประสิทธิภาพ(วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ,2547:267)

## โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ควรได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (สถาบันประสาทวิทยา , 2551:18)

1. การประเมินผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล
  - 1.1 การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการบันทึกทางการแพทย์
  - 1.2 การประเมินผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล
  - 1.3 การประสานงานการส่งตรวจวินิจฉัย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
  - 1.4 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด
2. การดูแลขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
  - 2.1 ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล
    - การดูแลผู้ป่วยวันผ่าตัด (Day;0)
    - การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 – 7 (Day;1-7)
  - 2.2 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะความเจ็บป่วยเฉียบพลัน

- 2.3 แนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกเริ่ม
3. การดูแลก่อนจำหน่าย
  - 3.1 การสนับสนุนพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องของญาติและผู้ดูแล
  - 3.2 วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
    - ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาท ( Neurological deficit)
    - ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติของระบบประสาท (Non-Neurological deficit)
  - 3.3 ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติและผู้ดูแล
4. การดูแลหลังจำหน่าย
  - 4.1 การเยี่ยมบ้าน
  - 4.2 การโทรศัพท์สอบถาม
  - 4.3 เชื่อมกรณีผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

#### แนวทางการดำเนินงาน

แนวทางดำเนินการจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อน มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เสนอหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัด
2. จัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเป็นระบบ โดยการสืบค้นตำรา งานวิจัย และบทความต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ให้
  - 2.1 การประเมินผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล
  - 2.2 การดูแลขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
  - 2.3 การดูแลก่อนจำหน่าย
  - 2.4 การดูแลหลังจำหน่าย
3. นำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
4. ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
5. ประเมินผลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของผู้ป่วยในหน่วยงานหลังให้การดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรม ทุก 3 เดือน
6. แก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การดูแลตามโปรแกรม
2. การดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลดลง
4. ญาติและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด น้อยกว่า ร้อยละ 1
2. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติมากกว่าร้อยละ 80

ลงชื่อ ..... กัญฉวีลา สายลाम

(นางสาวกัญฉวีลา สายลाम)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 28 ก.ย. 2554 .....



### เอกสารอ้างอิง

ก่อภู่ เชียงทอง และคณะ.โรคกระดูกสันหลังเสื่อม.เชียงใหม่:แสงศิลป์,2550.

จันเพ็ญ สันตวาจา และคณะ.แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร:

บริษัทนาเพรส จำกัด,2548.

ไพรัช ประสงค์จีน.กระดูกหักและข้อเคลื่อน.กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2552.

ฟาริดา อิบราฮิม.ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร:

บริษัท เจริญการพานิชย์จำกัด, 2546.

วรรณิ สัตย์วิวัฒน์ และคณะ.การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.กรุงเทพมหานคร:

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส,2551.

วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้.

กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,2546.

วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงขสมาก.ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA.กรุงเทพมหานคร:

บริษัท บพิศการพิมพ์, 2550.

สุปราณี เสนาดิลัย.การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ.กรุงเทพมหานคร:บริษัทจุดทอง จำกัด,2547.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสัน

หลัง.กรุงเทพมหานคร,2551.