

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลและให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยหมอนรองกระดูกเคลื่อน
(เพิ่มเติม)

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อ
ช่วยหายใจลำบาก (เพิ่มเติม)

เสนอโดย

นางขวัญใจ พรรณมณีทอง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1068)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลและให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยหมอนรองกระดูกเคลื่อน (แก้ไขชื่อเรื่อง จากการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะตามมติคณะกรรมการประเมินผลงานสายการพยาบาลวิชาชีพครั้งที่ 5/2551 ลว. 23 ก.ค. 2551)
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 22 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2551 ถึง วันที่ 19 สิงหาคม 2551)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการ

1. กายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยาของกระดูกสันหลัง
2. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยหมอนรองกระดูกเคลื่อน
3. การให้ยาระงับความรู้สึก แบบทั่วร่างกาย (general anesthesia)
4. เกศซ์วิทยาเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยการประเมินผู้ป่วยความรูปร่างแบบของ NANDA
2. กรอบแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปร่างแบบของ NANDA
3. กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยหมอนรองกระดูกเคลื่อน

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 77 ปี 10 เดือน ก่อนมีอาการปวดหลัง 8 เดือน ก่อนมีอาการปวดหลังร้าวไปขาขวาปวดเข่าขวา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Herniated Disc) โดยตรวจ เอ็ม อาร์ ไอ พบหมอนรองกระดูกเอวที่ 4 ต่อชั้นที่ 5 ด้านขวาเคลื่อน จากการตรวจร่างกายพบความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาขวาเกรด 4 ยกได้แต่ด้านแรงกดไม่ได้ กล้ามเนื้อขาซ้ายเกรด 5 แข็งแรงปกติ รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 28 กรกฎาคม 2551 แพทย์วางแผนการรักษาทำผ่าตัด Refusion ในวันที่ 30 กรกฎาคม 2551 วิทยาลัยพยาบาลวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก แบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) และมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ ติดเครื่องมือในการเฝ้าระวังผู้ป่วยด้วยเครื่องวัดความดันอัตโนมัติ เครื่องวัดชีพจรและความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง เครื่องแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เริ่มนำสลบผู้ป่วยบนเปลนอนด้วยออกซิเจน 100% ให้ยาตาม

หลักการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายฉีดยานาสูบลบ โพรโปฟอล 100 มิลลิกรัม ยาหย่อนกล้ามเนื้อซัลซินิกลอริน 75 มิลลิกรัม (อังกาบ ปราการรัตน์ และวราภา สุวรรณจินดา, 2536:49) ใ้ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ความลึก 20 เซนติเมตร ความคุมการหายใจ 10 – 12 ครั้งต่อนาที รักษาระดับความรู้สึกด้วยไนตรัสออกไซด์ต่อออกซิเจน 1:1 ลิตรต่อนาที ไอโซฟลูเจน 1% เวจรอน 5 – 2 มิลลิกรัม เดิม 1 – 2 มิลลิกรัมทุก 1 ชั่วโมง เสริมด้วยมอร์ฟีน 6 มิลลิกรัม เดิม 1 – 2 มิลลิกรัมทุก 1 ชั่วโมง เพื่อรักษาระดับความรู้สึก จัดทำผู้ป่วยนอนคว่ำเป็นความสะดวกในการทำผ่าตัด ต้องระมัดระวังการจัดท่านผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะ คอ ลำตัว ถึงส่วนเท้า ศีรษะหนุนหมอนขนาดพอเหมาะ โดยลำคอและกระดูกสันหลัง อยู่ในแนวเดียวกันมีผ้านุ่มๆ หรือฟองน้ำรองบริเวณที่มีโอกาสกดทับ เช่น ใบหู จมูก ปาก ตา เป็นต้น ใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่ทั้ง 2 ข้าง ลำตัวส่วนอก กระบังลม หน้าท้องโค้ง ไม่มีการกดทับใช้ผ้าหนุนสะโพก เข่า ข้อเท้า และข้อมือ ไม่ให้มีการทับอวัยวะเพศ (ชนศ วรธนอภิสิทธิ์, พิชัย สันติสวัสดิ์ และเมษันท์ ประมาธิกุล, 2549:71) ตรวจสอบเครื่องดมยาและก๊าซออกซิเจน และไนตรัสออกไซด์ ว่าถูกต้อง ตรวจสอบรอยรั่วของข้อต่อต่างๆ และการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เพราะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจน วิทยาลัยพยาบาลต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 5 นาที ปรับระดับยาให้เหมาะสม เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ โดยใช้ EKG การอิมตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง ความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การบันทึกน้ำเข้า – ออก การสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดทุก 1 ชั่วโมง เสียเลือดทั้งหมด 600 มิลลิลิตร ดูแลสารน้ำที่ผู้ป่วยชดเชยให้เพียงพอกับการสูญเสียในระหว่างผ่าตัด ศัลยแพทย์ใช้เวลาในการทำผ่าตัด 5 ชั่วโมง 50 นาที เมื่อการผ่าตัดใกล้เสร็จปิดไอโซฟลูเจน ให้ออกซิเจน 100% จัดทำผู้ป่วยนอนหงายบนเปลนอน แก่ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วย อะโทรปีน 1.2 มิลลิกรัม และนิโอสติกมีน 2.5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ รอจนกระทั่งฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยหายใจเพียงพอทรวงอกเคลื่อนไหวเต็มที่สม่ำเสมอ ความจุปอด (Tidal volum) ได้ 500 มิลลิลิตร ความอิมตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดไม่น้อยกว่า 95% สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถทำตามคำสั่งได้ดูดีเสมอในท่อช่วยหายใจและปากจนหมด จึงถอดท่อช่วยหายใจออก ให้สูดดมออกซิเจน 100% ผ่านทางหน้ากากครอบต่ออีกประมาณ 5 – 10 นาที นำผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นจากยาสลบรอดูอาการหลังผ่าตัด ประมาณ 2 ชั่วโมง ประเมินผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบของ NANDA (วิจิตรา กุสุมภ์อรุณี เสงขสมาก, 2551 : 31) พบว่าไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน การกำซาบของเนื้อเยื่อได้ส่งกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงต่อไป

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ในระหว่างการทำผ่าตัด ใช้เวลาทำผ่าตัด 5 ชั่วโมง 50 นาที มีการสูญเสียเลือดประมาณ 600 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำและ pack red cell 1 ยูนิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน การกำซาบของเนื้อเยื่อดี สัญญาณชีพปกติ หลังการถอดท่อช่วยหายใจออก ระดับการรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ผู้ป่วยปลอดภัย ปัญหาหลังผ่าตัด มีอาการปวดแผลใช้มาตราวัดความเจ็บปวดได้ระดับ 4 แก้วไขโดยการจัดสิ่งแวดล้อม จัดทำอนรายงานแพทย์เพื่อให้ยาระงับปวด ตามแผนการรักษา อาการปวดลดลงปัญหาผู้ป่วยได้รับการแก้ไข

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ได้รับความรู้ทางการพยาบาลผู้ป่วยหมอนรองกระดูกเคลื่อน
2. ได้รับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลตามกรอบแนวคิด การวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ NANDA
3. ได้รับความรู้ถึงการประเมินภาวะสุขภาพ ตามรูปแบบ NANDA
4. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสันหลังในโรคอื่นๆ ได้

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

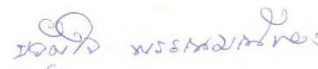
การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) ผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อเวคูรอน ฤทธิ์ของยาจะทำให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายเป็นอัมพาต ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้เกรด 0 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ จะต้องได้รับการระมัดระวังอย่างถูกต้อง รวมถึงกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ จะมีการหย่อนตัวทำให้การกำซาบของเนื้อเยื่อลดลงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลจะต้องให้ประมาณสารน้ำ และเลือดชดเชยให้พอเพียง ออกซิเจนที่ผู้ป่วยได้รับต้องไม่ต่ำกว่า 30% ในการผ่าตัดหมอนรองกระดูกเคลื่อนผู้ป่วยนอนคว่ำเพื่อสะดวกในการผ่าตัด พร้อมกับควบคุมไม่ให้เคลื่อนไหว การจัดทำผู้ป่วยจะต้องระวังตั้งแต่ศีรษะ คอ ลำตัว ถึงปลายเท้า โดยคอ กระดูก

สันหลังอยู่ในแนวเดียวกัน การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยจะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรในห้องผ่าตัด เช่น แพทย์ผู้ทำผ่าตัด พยาบาลประจำห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่ประจำห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล ในการพลิกตัวผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นท่านอนคว่ำ รวมทั้งการกดทับของ ส่วนอก กระบังลม หน้าท้อง การเตรียมอุปกรณ์ และยาต่างๆ ให้พร้อม ตรวจสอบเครื่องดมยาในสภาพพร้อมใช้ ตรวจสอบรอยร้าว ข้อต่อต่างๆ เครื่องช่วยหายใจทำงานได้ตามกำหนด ความถูกต้องของก๊าซออกซิเจนและไนตรัสออกไซด์

10. ข้อเสนอแนะ

1. ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดหมอนรองกระดูกเคลื่อน ควรระมัดระวังเรื่องการจัดทำผู้ป่วยนอนคว่ำในการผ่าตัดการกดทับตามปุ่มกระดูก เนื่องจากการได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ อาจทำให้ได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ และการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง ภาวะพร่องออกซิเจน
2. ทางเดินหายใจและการหายใจ เป็นสิ่งสำคัญจะต้องมีการประเมินเกี่ยวกับการหายใจ ลักษณะการหายใจ เสียง จังหวะ ความลึกตื่น โดยเฉพาะในผู้ป่วยท่ามีการบาดเจ็บของสันหลังส่วนบน
3. ผู้ป่วยทำผ่าตัดหมอนรองกระดูกเคลื่อนเกิดการเจ็บปวด และการเคลื่อนไหว การประเมินบริเวณเส้นประสาททอดผ่าน (innervation) โดยการตรวจสอบความเคลื่อนไหว (motor loss) และความผิดปกติของการรับความรู้สึก (sensory loss)
4. การขยับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ อาจมีการสูญเสียการขยับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ จัดการสอนผู้ป่วยและญาติในเรื่องการควบคุม
5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการทำผ่าตัดหมอนรองกระดูกเคลื่อน พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขไปตามคำแนะนำของของคณะกรรมการ

ลงชื่อ


(นางขวัญใจ พรรณมณีทอง)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....2...../..ต.ค...../..2551.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

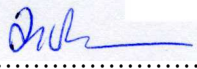
(ลงชื่อ) 

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่)2...../.....ต.ค...../.....2551.....

(ลงชื่อ) 

(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)

(ตำแหน่ง) ผู้ตรวจราชการ 9

ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่)2...../.....ต.ค...../.....2551.....

หมายเหตุ แก่ไขระยะเวลาการดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการประเมินผลสายงาน

การพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 วช. ครั้งที่ 2/2550 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550

อ้างอิง

ชเนศ วรชนอภิสิทธิ์, พิชัย สันต์สวัสดิ์ และเมย์ฉันท์ ปรมาริกุล. **Comprehensive Spine Course 2549.**

กรุงเทพฯ :S.M Circuit Oress, 22549

วิจิตรา กุสุมภ์, อรุณ เสงยศมาก. **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA.** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ :

บริษัทพิชการพิมพ์, 2551

อังกาบ ปราการรัตน์ และวรา สุวรรณจินดา. **ภัยของการให้ยาระงับความรู้สึก.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯ

เวชสาร, 2536.

อังกาบ ปราการรัตน์ และคณะ. **วิสัญญีวิทยาทันยุค แนวทางปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท วงศ์กมล

โปรดักชั่น, 2545.

Richard & Suell. **Clinical Anatomy for Medical Students. Philladephia** : Lippincott Williams & Wilkins, 2000

ข้อเสนอแนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางขวัญใจ พรรณมณีทอง

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ด้านการพยาบาลวิสัญญี (ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1068) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล สำนักการแพทย์
เรื่อง การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

หลักการและเหตุผล

การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคภาวะฉุกเฉินและวิกฤตและการให้ยาระงับความรู้แบบทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดหรือหัตถการที่เสี่ยงต่ออันตราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและมีการกำซาบของเนื้อเยื่อ เพียงพอ พบว่าถ้าใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จภายใน 10 นาที จะทำให้สมองขาดออกซิเจน และถึงแก่กรรม ซึ่งเป็นภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุเนื่องจากความผิดปกติทางกายวิภาค และความผิดพลาดทางเทคนิค (จิตติมา ชินโชติ, สุวรรณ สุรเศรษฐ์ : 2543, 177) นอกจากนี้พบว่าขาดความพร้อม เนื่องจากไม่สามารถประเมินผู้ป่วยได้ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกได้ รวมถึงการขาดความรู้ ความชำนาญในการตัดสินใจจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จากสถิติพบว่ามากกว่า 30 % ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตเมื่อได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก จะสัมพันธ์กับภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก จากการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านวิสัญญี จะมีการกำหนดให้เรียนเทคนิคพิเศษต่างๆ และเรียนรู้อุปกรณ์การช่วยเหลือที่มีไว้ใช้ดูแลเรื่องทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะทางเดินหายใจ (Anesthesiology : 1995,1343) ด้านวิสัญญีแพทย์โดยสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Anesthesiologists ;ASA) ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก (วรรณ สมบูรณ์วิบูลย์, เวารักษ์ วีระวัฒนกานนท์ ปวีณา บุญบุรพงศ์ สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์:2544,41) เพื่อให้วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล ได้มีแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง และรวดเร็ว มีประสิทธิภาพทั้งการประเมินผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ และการปฏิบัติการใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งจะให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด แต่วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยขาดประสบการณ์ในการแก้ปัญหา จึงจำเป็นต้องฝึกทักษะโดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ดังนั้นวิสัญญีพยาบาล ที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 3 ปีลงมาให้เข้ารับการอบรม ทั้งทางภาคทฤษฎี และปฏิบัติเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเพิ่มทักษะทางด้านการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

ส่วนพยาบาลวิสัญญีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 3 ปี ที่ขาดความรู้ความชำนาญ ในการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากจะทำให้เกิดภาวะสมองตาย (brain dead) หรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เพื่อพัฒนาวิสัญญีพยาบาล ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยจัดการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความชำนาญแก่วิสัญญีพยาบาล

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
2. สามารถประเมินภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น (assessment of airway obstructiou) ได้ถูกต้อง
3. ประเมินผู้ป่วยทั่วไป เพื่อเตรียมความพร้อมในการใส่ท่อช่วยใจ
4. สามารถเตรียมอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม พร้อมใช้อุปกรณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ Laryngoscope เลือกขนาดของ blade เหมาะสมกับผู้ป่วย การเลือกขนาดของท่อช่วยหายใจเหมาะสมกับเพศ อายุของผู้ป่วย

เป้าหมาย

ฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 3 ปี เข้ารับการอบรมจำนวน 20 คน โดยการจัดอบรมภาคทฤษฎีจำนวน 3 ชั่วโมง และการจำลองสถานการณ์ให้ฝึกปฏิบัติจำนวน 3 ชั่วโมง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิดข้อเสนอ

1. กระบวนการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยการประเมินความรู้ตามรูปแบบของ NANDA (วิจิตรา กุสุมภ์ : 2551,5-11)
2. ความรู้ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เรื่อง การประเมินภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น (วิจิตรา กุสุมภ์, อรุณี เสงยสมาก : 2551, 69)
3. ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
4. มาตรฐานการปฏิบัติสำหรับปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากตามที่สมาคมวิสัญญีแพทย์ แห่งสหรัฐอเมริกา (ASA) ได้กำหนดไว้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ


1. ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
2. ประเมินภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว
3. ได้รับความรู้การประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบ NANDA และสามารถนำไปประเมินผู้ป่วยก่อนการได้รับยาระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง
4. ได้รับความรู้แนวทางปฏิบัติเมื่อพบภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากตามที่สมาคมวิสัญญีแพทย์ แห่งสหรัฐอเมริกาคำหนดไว้
5. พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาล

6. สามารถเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ได้อย่างเหมาะสมกับการใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี

7. เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย จากภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผลสัมฤทธิ์ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากหลังการอบรม
2. สังเกตความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
3. อัตราความเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ลดลงเหลือร้อยละ 0
4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการได้รับการให้ยาสลบเพื่อทำผ่าตัด หรือได้รับการช่วยชีวิตในการใส่ท่อช่วยหายใจ

ลงชื่อ


(นางขวัญใจ พรรณมติทอง)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....2...../..ต.ค...../..2551.....

อ้างอิง

วรรณมา สมบูรณ์วิบูลย์, เทวรักษ์ วีระวัฒนานนท์, ปรีณา บุญบุรพงศ์ สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. **วิสัญญีวิทยา
พื้นฐาน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2544.

วิจิตรา กุมสุมภ์, และอรุณี เสงขสมาก. **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ NANDA**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ :
บริษัทพิชการพิมพ์, 2551.

วิจิตรา กุสุมภ์. **การพยาบาลภาวะวิกฤตแบบองค์รวม**. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล
สหประชาพาณิชย์, 2551

จิตติมา ชินะโชติ และสุวรรณณี สุรเศรษฐ์. **ตำราพื้นฐานวิชาการวิสัญญีวิทยา**. กรุงเทพฯช พี.เอ.ลิฟวิ่ง, 2543

Koppe, James. **Anesthesiology**. Philladephia: Lippincott williams & wilkins, 1995.