

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารและดูโอดีนัมจากการกลืนกรด
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้อง

เสนอโดย

นางสาวรุ่งนภา อุทปา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 351)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารและคูโอดินัมจากการกลืนกรด
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 23 วัน (ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2548 – วันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2548)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

3.1 ความรู้ทางวิชาการ

3.1.1 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของกระเพาะอาหารและคูโอดินัม

กระเพาะอาหารมีหน้าที่บรรจอาหาร ผสมอาหารให้เข้ากับกรดและน้ำย่อย บดอาหาร แล้วขับอาหารที่ละเอียดแล้วเข้าไปในคูโอดินัม ช่วยดูดซึมวิตามินบี 12 เหลือแร่และน้ำ ส่วนคูโอดินัม มีหน้าที่ขับอาหารไปยังลำไส้เล็ก หลังฮอร์โมนสำหรับควบคุมการทำงานของระบบทางเดินอาหารและดูดซึมธาตุเหล็ก กระเพาะอาหารมีกล้ามเนื้อ 3 ชั้น ชั้นนอกสุดเรียงตัวแบบ longitudinal ชั้นกลางเรียงตัวแบบ circular ส่วนชั้นในสุดเรียงตัวแบบ oblique โดยมีเส้นเลือดแดงที่มหาล่อเลี้ยงถึง 5 เส้น ได้แก่ right gastric, left gastric, right gastroepiploic, left gastroepiploic และ short arterics ส่วนคูโอดินัม ได้รับเลือดแดงจาก anterior และ posterior pancreaticoduodenal เส้นเลือดดำจะวิ่งขนานกับเส้นเลือดแดงเข้าไปใน portal vein และ superior mesenteric vien ซึ่งมีเส้นประสาทที่สำคัญคือ vagus nerve ควบคุมการบีบตัวและหลั่งสารต่าง ๆ โดยถูกควบคุมด้วยระบบประสาท parasympathetic ผ่านทาง vagus nerve และระบบประสาท sympathetic จาก coeliac plexus

3.1.2 ภาวะกระเพาะอาหารและคูโอดินัมตีบจากการกลืนกรด อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย และการรักษา

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยที่กลืนกรดภายในระยะ 2 – 3 วันแรก จะมีอาการอึดเสบ เส้นเลือดตีบ มีเนื้อตาย ผู้ป่วยจะปวดเสบ กลืนลำบาก แน่นหน้าอก ปวดหลัง ปวดท้อง ท้องแข็งตึง เสียงแหบ หายใจลำบาก ในระยะนี้อาจมีการอักเสบร่วมด้วย ต่อมาประมาณ 2 สัปดาห์ เนื้อตายจะหลุดออกและมีการสร้างเยื่อขึ้นมาทดแทน ซึ่งเยื่อดังกล่าวยังไม่แข็งแรง ทำให้มีเลือดออกได้ง่าย ระยะนี้อาการปวดและกลืนลำบากจะลดลง หลังจากนั้นประมาณ 4 – 6 สัปดาห์ เยื่อที่ถูกสร้างขึ้นมาทดแทน จะมีการดิ่งรั้งและหดตัวของแผลเป็น ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการกลืนลำบากมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อย อาเจียนหลังรับประทานอาหาร ปวดท้อง แน่นอึดอัดในท้อง น้ำหนักตัวลด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมาพบแพทย์ในระยะนี้

การวินิจฉัยที่ดีที่สุดคือ การซักประวัติจากผู้ป่วยและตรวจสอบผลจากขูดสารพิษ ร่วมกับภาพถ่ายรังสี ปัจจุบันวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร ซึ่งให้ผลที่แม่นยำ ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงควรทำภายใน 12 – 24 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์หลัง 3 สัปดาห์ไปแล้ว ควรวินิจฉัยด้วยภาพถ่ายรังสีร่วมกับการทำ Upper GI เพื่อดูภาวะตีบ

การรักษาภาวะตีบของกระเพาะอาหารและดูโอดินัม ผู้ป่วยจะต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะตีบ โดยทำการผ่าตัดแบบ Billroth I Gastrectomy หรือ Billroth II Gastrectomy

3.1.3 การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารและดูโอดินัมจากการกลืนกรด

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีส่วนร่วมในแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งก่อนได้รับการผ่าตัดและหลังได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3.1.4 ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา

Amoxiclav เป็นยาปฏิชีวนะใช้กำจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดลม ผลข้างเคียงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผื่นแดง

Cefazolin เป็นยาปฏิชีวนะ ใช้รักษาภาวะติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ท่อน้ำดีและทางเดินถุงน้ำดี ระบบทางเดินปัสสาวะและกระดูก ผลข้างเคียงเป็นพิษต่อไตและระบบประสาท มีผื่นคัน มีไข้ หนาวสั่น ปวดข้อ มีจุดเลือดออก บวม การแข็งตัวของเลือดช้า

Controloc เป็นยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ใช้รักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น หลอดอาหาร ผลข้างเคียงพบน้อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ผื่นคัน ไอ มีนงง

Diclofenac ใช้รักษาอาการปวดหรืออักเสบของกล้ามเนื้อ ปวดฟัน ปวดแผลผ่าตัด ปวดข้อ ปวดกระดูก ผลข้างเคียงมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง อาเจียน

Morphine ใช้บรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด ผลข้างเคียง กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เวียนศีรษะ ท้องผูก รูม่านตาเล็ก ปัสสาวะไม่ออก หากได้รับยาเกินขนาดจะทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกรูม่านตาเล็กเท่ารูเข็ม หายใจช้ามาก ความดันโลหิตต่ำ หมดสติ

Paracetamol ใช้ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ลดไข้จากการติดเชื้อ ผลข้างเคียง ง่วงซึม แพ้ยา เช่น มีผื่น บวม เป็นแผลที่เยื่อช่องปาก มีไข้ ถ้าได้รับเกินขนาดมากเกินไป อาจทำให้เกิดตับวาย คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ดีซ่าน

Pethidine ใช้ระงับอาการปวด ลดความวิตกกังวล ช่วยให้นอนหลับ ผลข้างเคียง กระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว ตาพร่า คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ความดันโลหิตต่ำ หลงลืม มีนงง สับสน ถ้าได้รับเกินขนาดอาจมีอาการหนาวสั่น กระสับกระส่ายรุนแรง ชัก รูม่านตาเล็ก

Ranitidine ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเยื่อกระเพาะอาหาร ทำให้มีการหลั่งกรดลดลง ผลข้างเคียงพบได้น้อย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ท้องผูก มีนงง นอนไม่หลับ ผื่นคัน

Xylocaine ใช้รักษาภาวะหัวใจเต้นผิดปกติของเวนทริเคิลซึ่งเกิดจากการผ่าตัด โดยลดการผ่านของโซเดียมเข้าในเซลล์ประสาท ซึ่งกลไกนี้ใช้เป็นยาชา ผลข้างเคียงพบในการใช้ยาที่มีความเข้มข้นสูงเกินกว่า 8 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการซึม เวียนศีรษะ สับสน หายใจลำบาก ตาพร่า ความดันโลหิตต่ำ ชัก และหยุดหายใจ

3.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ทั้ง 11 แบบแผน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ประวัติทางการแพทย์และการตรวจร่างกาย ข้อมูลที่ประเมินจะเป็นข้อมูลทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเมื่อแรกรับด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สังเกตและการใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างสมบูรณ์

3.2.2 กรอบแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) / ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่อง และขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี สถานภาพสมรสโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง อาเจียนหลังจากรับประทานอาหาร ผู้ป่วยให้ประวัติว่าประมาณ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยดื่มน้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ (Vixol) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเปาโล 3 วัน แพทย์ให้กลับบ้าน 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง อาเจียนทุกครั้งหลังรับประทานอาหารไปครึ่งชั่วโมง ลักษณะเป็นกากอาหารผสมกับน้ำย่อย ไม่มีเลือดปน น้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2548 เวลา 11.45 น. ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร (Flexible gastroscopy) ในวันที่ 3 กันยายน พ.ศ.2548 และวันที่ 10 กันยายน พ.ศ.2548 พบภาวะตีบของกระเพาะอาหารและดูโอดินัม ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบ Billroth II Gastrectomy ในวันที่ 14 กันยายน พ.ศ.2548

4.2 การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนที่ผิดปกติ ดังนี้

1) แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องและอาเจียนทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ลักษณะเป็นกากอาหารผสมน้ำย่อย ไม่มีเลือดปน เป็นมา 2 สัปดาห์

2) แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม

ผู้ป่วยอาเจียนหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง น้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 5 % DNSS/2 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

3) แบบแผนการขับถ่ายของเสีย

ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระมา 2 สัปดาห์ ปัสสาวะออกน้อย สีเหลืองเข้ม ปัสสาวะวันละ 4 – 5 ครั้ง

4) แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

ผู้ป่วยปวดท้อง รำคาญสายยางที่ใส่ทางจมูก และไม่คุ้นเคยกับสภาพหอผู้ป่วย ทำให้นอนไม่ค่อยหลับ กลางคืนหลับได้ประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง หลับ ๆ ตื่น ๆ

5) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอึดมโนทัศน์

ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวว่าจะไม่หายเป็นปกติ

6) แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

ผู้ป่วยวิตกกังวล สีหน้าเคร่งเครียดในระยะแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บางครั้งไม่พูด ถามคำตอบคำ

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

การเตรียมทางด้านร่างกาย โดยการประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมเลือดสำหรับใช้ในการผ่าตัด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณหน้าท้อง สอนผู้ป่วยหายใจอย่างถูกวิธีเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ถอดฟันปลอมและโลหะออกเพื่อป้องกันการสำลักและอันตรายจากเครื่องไฟฟ้าในห้องผ่าตัด

การเตรียมทางด้านจิตใจ พุดคุยซักถามด้วยวาจาที่สุภาพ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างจริงใจ เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาที่ผู้ป่วยวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาก่อนการผ่าตัด 8 ปัญหา ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถตอบคำถามเรื่องภาวะติบของกระเพาะอาหารได้

กิจกรรมการพยาบาล : สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะติบของกระเพาะอาหารและคูโอดินัม เนื่องจากการกลืนกรดนั้นจะทำให้เยื่อหูได้รับบาดเจ็บ เกิดเป็นแผลเป็น ต่อมาจะมีการดึงรั้งของแผลเป็น ทำให้ทางเดินอาหารตีบแคบลง กระเพาะอาหารจุกอาหารได้น้อยลง เวลารับประทานอาหารเข้าไปจะทำให้มีอาการปวด อึดอัด แน่นท้อง ถ้ามีภาวะติบแคบมาก ทำให้อาหารผ่านไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องและอาเจียนทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารเข้าไป ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้โดยการผ่าตัด

การประเมินผล : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขทั้งหมด จากการเยี่ยมครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2548 เวลา 18.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวการส่องกล้อง เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์การส่องกล้องมาก่อน

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและไม่กลัวการส่องกล้อง

กิจกรรมการพยาบาล : แนะนำขั้นตอนในการปฏิบัติตัวเพื่อส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร ซึ่งผู้ป่วยจะต้องงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักเข้าปอดและเป็นการเตรียมระบบทางเดินอาหารให้สะอาด จึงจะสามารถตรวจพบความผิดปกติได้โดยไม่มีเศษอาหารบังก่อนส่องกล้องผู้ป่วยจะต้องอมยาชาที่ทำให้เกิดอาการชาบริเวณโคนลิ้นและฟันยาชาบริเวณโคนลิ้นเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เจ็บและไม่เกิดการต่อต้านเวลาใส่กล้อง พยายามให้ความมั่นใจในการตรวจวินิจฉัยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการส่องกล้องเพื่อตรวจระบบทางเดินอาหาร

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด จากการเยี่ยมครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 กันยายน พ.ศ.2548 เวลา 18.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามกฎของโรงพยาบาล และสามารถพักผ่อนได้ขณะอยู่โรงพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล : สร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและอธิบายให้ทราบถึงกฎระเบียบต่าง ๆ เช่น เวลาเยี่ยม เวลารับประทานอาหาร การขอความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยกดสัญญาณเรียกบริเวณหัวเตียงผู้ป่วย การเตรียมของใช้ส่วนตัวที่จำเป็นขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในเวลากลางคืนอาจทำให้ผู้ป่วยตื่น แต่พยาบาลก็จะรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด จากการเยี่ยมครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 กันยายน พ.ศ.2548 เวลา 18.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้เนื่องจากมีอุปสรรคทางการแพทย์

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับกับการมีอุปสรรคทางการแพทย์ได้

กิจกรรมการพยาบาล : พยายามและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลในการใส่สายยางทางจมูกลงกระเพาะอาหารเพื่อช่วยระบายกรด เนื่องจากเชื่อบุกระเพาะอาหารของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการถูกกรด ถ้ามีกรดจากกระเพาะอาหารเพิ่มก็จะทำให้เชื่อบุได้รับบาดเจ็บมากขึ้น และการใส่สายยางคาไว้จะทำให้เชื่อบุได้รับบาดเจ็บน้อยกว่าการใส่และถอดสายยางบ่อย ๆ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและให้กำลังใจผู้ป่วย หาหนังสือ วารสารหรือหนังสือที่ผู้ป่วยชอบให้อ่าน เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วนและต้องได้รับการดูแลต่อไป ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลในการใส่สายยาง ซึ่งการคาสายยางไว้ทำให้ผู้ป่วยอึดอัดไม่สามารถพักผ่อนได้เพียงพอ ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลต่อไป และได้รับการแก้ไขหมดจากการเยี่ยมครั้งที่ 9 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2548 เนื่องจากไม่มีกรดจากกระเพาะอาหารออกแล้ว แพทย์จึงเอาสายยางทางจมูกออก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหาร น้ำและเกลือแร่ เนื่องจากงดน้ำและอาหารเป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารอาหาร น้ำและเกลือแร่

กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างพอเพียง ประเมินความสมดุลของจำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับจำนวนน้ำที่ออกจากร่างกายในแต่ละวัน สังเกตสี จำนวนลักษณะของสิ่งขับหลังจากกระเพาะอาหารและปัสสาวะ ติดตามผลตรวจหาค่าอิเล็กโทรไลต์ ตามแผนการรักษา สังเกตริมฝีปากแห้งหรือไม่ มีอาการอ่อนเพลีย ชิมหรือกลัมน้ำอ่อนแอ

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน และได้รับการดูแลต่อเนื่อง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาการขาดสารอาหารขณะรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : ผู้ป่วยปวดท้อง เนื่องจากเยื่อบุกระเพาะอาหารถูกทำลาย

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปวดท้องทุเลาลง pain score น้อยกว่า 4/10 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล : สอบถามและประเมินอาการปวด ตำแหน่งที่ปวด เวลาปวด ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ประเมินอาการปวดหลังได้รับยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา พยายามให้กำลังใจ หาเพลงหรือหนังสือให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมอื่น ๆ ทำ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน ยังต้องได้รับการดูแลต่อไป และได้รับการแก้ไขทั้งหมดจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 ในวันที่ 6 กันยายน พ.ศ.2548 เวลา 18.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด เนื่องจากได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ไม่กลัวการผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล : พยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดี อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัด การสวนอุจจาระเพื่อให้ลำไส้สะอาด การงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง การระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดผู้ป่วย จะไม่รู้สึกรัดตัวและไม่เจ็บ สอนการไออย่างถูกวิธี การหายใจที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดและภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 ในวันที่ 13 กันยายน พ.ศ.2548 เวลา 18.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 : ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการผ่าตัด เนื่องจากไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องภายหลังได้รับการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล : พยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดี อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บหรือระคายคอ ซึ่งเป็นผลจากการระงับความรู้สึกและใส่ท่อช่วยหายใจขณะผ่าตัด อาจมีอาการ

คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นผลจากยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ แผลผ่าตัดจะมีขนาดค่อนข้างยาวบริเวณหน้าท้อง ซึ่งในระยะแรกอาการปวดแผลผ่าตัดจะมีมาก ผู้ป่วยขอยาแก้ปวดได้และอาการปวดแผลจะค่อย ๆ ลดลงในวันถัดไป หลังผ่าตัดระยะ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและประเมินความรู้สึกตัวเป็นระยะอย่างใกล้ชิดจนกว่าจะมีอาการเป็นปกติ ผู้ป่วยจะต้องงดน้ำและอาหารต่อไปจนกว่าลำไส้จะเริ่มกลับมาทำงาน จึงจะสามารถเริ่มรับประทานอาหารได้ โดยเริ่มจากจิบน้ำก่อน ถ้าผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายตัวก็สามารถขยับตัวเปลี่ยนอิริยาบถได้บ่อย ๆ ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถขยับลุกนั่งได้บ่อยก็จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 ในวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2548 เวลา 18.00 น.

การพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดขณะและหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด

กิจกรรมการพยาบาล : วัดสัญญาณชีพ ประเมินความรู้สึกตัว เปลือกตาไม่ซีด แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเพิ่มหรือไม่ สังเกตและบันทึกปริมาณปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง ติดตามผลตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด จากการเยี่ยมครั้งที่ 5 ในวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2548 เวลา 18.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 : ผู้ป่วยไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย อาการปวดแผลผ่าตัดทุกเวลา pain score น้อยกว่า 4/10 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล : จัดท่านอนให้สุขสบายในท่าศีรษะสูง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการปวดจะค่อย ๆ ลดลงในวันถัดไป ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล แนะนำให้ผู้ป่วยประคบแผลไว้ขณะเปลี่ยนอิริยาบถหรือขณะไอ เพื่อช่วยลดการกระเทือนของแผลผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา ประเมินอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน ยังคงต้องได้รับการดูแลต่อไป และได้รับการแก้ไขทั้งหมดจากการเยี่ยมครั้งที่ 10 ในวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2548 เวลา 18.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อ เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล : วัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน หรือมีสิ่งขับหลัง ซึม รอบแผลผ่าตัด ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาล ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปลอดเชื้อ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ช่วยดูแลความสะอาดร่างกาย สุขอนามัยขณะผู้ป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน ยังคงได้รับการดูแลต่อไปและได้รับการแก้ไขทั้งหมดจากการเยี่ยมครั้งที่ 10 ในวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2548 เวลา 18.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจาก สายสวนปัสสาวะ

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล : ช่วยดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและรอบ ๆ สายสวนปัสสาวะ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิด ไม่พับงอ ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วย สังเกตสี ปริมาณและลักษณะของปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด จากการเยี่ยมครั้งที่ 9 ในวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2548 เวลา 12.00 น.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13 : ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล : ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ดังนี้ การออกกำลังกายเบาๆ ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ไม่ยกของหนัก รับประทานอาหารก่อนล้างแหว่ง โปรีตินและไขมันสูง รสไม่จัดเพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยถ่ายเหลวและถ่ายบ่อยทำให้มีการสูญเสียสารอาหารทางอุจจาระได้มาก รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ไม่ดื่มน้ำระหว่างรับประทานอาหาร ให้ดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหารและนั่งศีรษะสูง 45-60 องศา เพื่อป้องกันภาวะอาหารไหลย้อน ถ้ามีอาการผิดปกติหลังรับประทานอาหาร เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว จุกแน่นลิ้นปี่ เหนื่อยออก อาจมีอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระ ให้นอนพักแล้วอาการจะดีขึ้นภายใน 20-30 นาที แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินความผิดปกติ หรือ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

การประเมิน : ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด ยังต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นเวลา 22 วัน มีการติดตามเยี่ยม 11 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไขและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง แผลผ่าตัดได้รับการตัดไหมในวันที่ 21 กันยายน พ.ศ.2548 แผลผ่าตัดติดเชื้อ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2548 นัดตรวจติดตามวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2548 เวลา 09.30 น. ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด

ขั้นตอนการดำเนินการ : เลือกเรื่องที่น่าสนใจและนำศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานศึกษาค้นคว้าและรวบรวมความรู้ทางวิชาการ กรอบแนวคิดต่างๆจากตำรา เอกสารวิชาการ เพื่อใช้เป็นแนวทางและศึกษารวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารและคูโอดิน้ม นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงเป็นผลงาน นำมาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนพิมพ์และนำเสนอผลงาน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งติดตามประเมินผลทางการพยาบาลเป็นเวลา 22 วัน ได้รับการเยี่ยมจำนวน 11 ครั้ง พบปัญหาทางการพยาบาล 13 ข้อ ทุกข้อได้รับการแก้ไขทั้งหมด จึงทำให้การรักษาพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน สามารถดูแลตัวเองได้ และมาตรวจติดตามผลตามแพทย์นัด

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและคูโอดิน้ม

8.2 เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานแก่พยาบาลจบใหม่ และนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกปฏิบัติงาน รวมทั้งบุคลากรทางการพยาบาลที่สนใจ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาทางด้านจิตใจ ทำให้การเข้าถึงผู้ป่วยเป็นไปได้ยาก ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยยังไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา ต้องใช้ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยจนผู้ป่วยไว้วางใจ จึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

9.2 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและคูโอดิน้มต่อเข้ากับลำไส้ส่วนเจจูนัม (jejunum) ซึ่งมีผลต่อปริมาตรและความจุของกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับตัวให้เหมาะสม โดยรับประทานอาหารก่อนข้างแห้ง รสไม่จัด ทีละน้อยบ่อยๆ ครั้ง ไม่ดื่มน้ำระหว่างรับประทานอาหารหรือไม่ดื่มน้ำมาก อาจจะมีถ่ายเหลวได้ในระยะที่เริ่มรับประทานอาหาร และภายหลังรับประทานอาหารผู้ป่วยต้องนั่งศีรษะสูงประมาณ 45 องศา เป็นเวลาประมาณ 30 นาที เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหาร เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดถูกตัดออกไป ทำให้อาหารไหลย้อนได้ง่ายหรือนอนพักหลังรับประทานอาหาร 20 – 30 นาที ถ้ามีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว แต่วิธีการนี้เป็นการผ่าตัดที่มีผลต่อปัญหาทางโภชนาการในระยะยาว

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ภายหลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและคูโอดิน้ม ทำให้กระเพาะอาหารมีความจุน้อยลง ดังนั้นจึงต้องให้คำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารก่อนข้างแห้ง ทีละน้อย บ่อย ๆ ครั้ง จะได้ไม่มีปัญหาในการย่อยและการดูดซึม หลังรับประทานอาหารผู้ป่วยต้องนั่งหัวสูง 45 องศาอย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันมิให้อาหารไหลย้อน ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและมีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

10.2 พยาบาลต้องให้กำลังใจผู้ป่วย จัดสื่อความรู้เป็นรูปภาพเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมโดยเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความรู้ความเข้าใจในปัญหา และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ร่วมกับครอบครัว ทั้งขณะรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์

10.3 ควรจัดให้มีการพูดคุยกันระหว่างผู้ป่วยโรคเดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และทราบปัญหาของผู้ป่วยอื่น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ในสังคม

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวรุ่งนภา อุทปา)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....30 / พฤษภาคม / 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางนันทวัน จาตุรันตวัณชี)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

.....จ.จ.ส. 2551

ลงชื่อ.....

(นายสมพงษ์ วงศ์ปัญญาถาวร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

.....จ.จ.ส. 2551

หมายเหตุ แก่ไขระยะเวลาการดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการประเมินผลงาน
สายงานการพยาบาลวิชาชีพพระดับ 7 ครั้งที่ 2/2550 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ.2550

เอกสารอ้างอิง

ชาญชัย นิมิตรวานิช และคณะ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 29. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2548.

ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ไชยยุทธ ธนไพศาล. ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.

ธนิต วัชรพุกก์ และบรรทอง รัชตะปิติ. ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545

ปราณี ฟูไพบเราะ. คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เอลทีเพรส, 2548.

สุเทพ กุลชาวีวิทยา และคณะ. โรคของระบบทางเดินอาหารและการรักษา 2. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

สมพร ชินโนรส. การพยาบาลศัลยศาสตร์เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร, 2545.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวรุ่งนภา อุทปา

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล) (ตำแหน่งเลขที่ รพต. 351) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์
เรื่อง การเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้อง

หลักการและเหตุผล

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหาร ไม่ว่าจะเกิดจากอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บจนเสียน้ำที่ หรือจากมะเร็งลำไส้ก็ตาม แนวทางในการรักษาที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดเพื่อเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อทางด้านจิตใจสูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ยอมรับสภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง กลัว ขาดความเชื่อมั่น ไม่แน่ใจในสถานภาพทางสังคม และคิดว่าความสามารถและกิจกรรมทางสังคมถูกจำกัดขอบเขต ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลทวารเทียมได้เอง และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อจะได้ช่วยประคับประคอง ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สร้างความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลยอมรับการเจ็บป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลลงได้

วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เพื่อลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้อง

เป้าหมาย

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 12 คน มีคะแนนความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี (8 – 10 คะแนน) ร้อยละ 80 ขึ้นไป

2. ญาติและผู้ป่วยทุกรายที่มีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้องที่มารับบริการที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิงตั้งแต่วันที่ 15 กันยายน ถึง 24 กันยายน พ.ศ.2548

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหารและลำไส้ เช่น ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ การรักษาที่เป็นที่ยอมรับและเหมาะสมวิธีหนึ่งคือ การผ่าตัดเอาลำไส้มาเปิดทางหน้าท้อง หรือที่เรียกว่าทวารเทียม (colostomy) ทวารเทียมเป็นทางระบายออกของอุจจาระแทนทวารหนัก บริเวณช่องเปิดของลำไส้ที่โผล่พ้นผิวหนังหน้าท้องเรียกว่า stoma มีลักษณะกลมหรือรี สีชมพู ผิวเรียบ ปกคลุมด้วยเยื่อเมือก ไม่มีเส้นประสาทส่วนปลายที่รับความรู้สึกเจ็บปวด แต่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงมาก จึงทำให้เกิดมีเลือดออกได้ง่าย stoma เป็นกล้ามเนื้อเรียบ ไม่มีกล้ามเนื้อหูรูด ทำให้ไม่สามารถกั้นอุจจาระไว้ได้ จึงต้องมีอุปกรณ์สำหรับปิดครอบ stoma ไว้เพื่อรองรับอุจจาระที่ออกมา ถูนี้เรียกว่า colostomy bag ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อรักษาคุณภาพทางสรีระและการอยู่รอด ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนอย่างถาวรของบุคคล ในระยะแรก ๆ มักจะก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการต่อสู้เพื่อรักษาชีวิตและการยอมรับแบบถอยหนี

จากแนวคิดของโดโรธี อี โอเรม (Dorothea E. Orem) เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และทุกคนมีความต้องการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างพื้นฐานของร่างกาย และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมแบ่งเป็น 3 ทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self – care)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self – care deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง อธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โดยพิจารณาถึงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน 2) พลังความสามารถ 10 ประการ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่มีความต้องการในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มาก ๆ เพื่อประคับประคองให้ร่างกาย จิตใจ ให้มีความเป็นปกติสุข และความต้องการเหล่านี้มีมากกว่าความสามารถที่ตนเองจะกระทำได้ บุคคลจะอยู่ในภาวะที่ต้องการพยาบาล

ทฤษฎีระบบการพยาบาล อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคล และช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ การช่วยเหลือนี้แบ่งเป็นระบบการพยาบาล 3 ระบบสัมพันธ์กับความสามารถในการคิด การตัดสินใจ และความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด ใช้ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถคิด ตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ หรือคิดตัดสินใจได้แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อดูแลตนเองได้ 2) ระบบทดแทนบางส่วน ใช้กรณีที่บุคคลมีความพร้อมในการกระทำกิจกรรมในสิ่งที่ตนเองขาดทักษะ เช่น การทำแผลทวารเทียมให้พร้อมกับสอนให้ผู้ป่วยรู้วิธีการทำ เพื่อจะได้สามารถทำแผลทวารเทียมได้เองในอนาคต 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ใช้ในกรณีที่บุคคลสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แต่ยังคงขาดความรู้ ความชำนาญในกิจกรรมการดูแลตนเองนั้น

ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทที่จะช่วยบุคคลให้สามารถสนองความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอ และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้

ขั้นการดำเนินงาน

มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 นำข้อมูล ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหา นำเสนอโครงการเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย

1.2 จัดทำแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม โครงการเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และนำแบบทดสอบปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

1.3 จัดทำคู่มือและแผนการสอนเพื่อประกอบการฝึกอบรม

1.4 กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินผล โดยกำหนดให้คะแนน 0 – 3 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง คะแนน 4 – 7 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนน 8 – 10 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ดี

2. ขั้นปฏิบัติการ

2.1 กำหนดวัน เวลา สถานที่ โดยใช้บริเวณภายในหอผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรม 30 นาที

2.2 ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้ก่อนอบรม 10 นาที

2.3 บรรยายให้ความรู้ภาคทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง พร้อมมีการสาธิตประกอบการบรรยาย

2.4 จัดกลุ่มให้ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมสาธิตการดูแลทวารเทียมให้กับผู้ป่วยด้วยตนเอง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และแบ่งปันประสบการณ์ โดยมีพยาบาลช่วยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด

2.5 จัดทำบอร์ดให้ความรู้และแจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้อง

3. ขั้นตอนประเมินผล

3.1 ตรวจสอบคะแนนของแบบทดสอบทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้อง แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการฝึกอบรม

3.2 สรุปผลคะแนนและสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการฝึกอบรมร่วมกันในหน่วยงาน เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา

3.3 รายงานผลการดำเนินการเสนอหัวหน้าหอผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้อง
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้อง

3. ลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง หลังจากรับการดูแลจากพยาบาลที่มีทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยมีความรู้ มีทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง มีความพึงพอใจกับการที่มีทวารเทียม
2. คะแนนแบบทดสอบความรู้ภายหลังอบรมมากกว่า 8/10 คะแนน
3. พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดตามเยี่ยมในระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 5

ลงชื่อ.....

(นางสาวรุ่งนภา อุทปา)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่...../...../.....

เอกสารอ้างอิง

ประทีน ไชยศรี. คู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (colostomy). เชียงใหม่ :
ดารารวรรณการพิมพ์, 2544.

ยวดี เกตสัมพันธ์. บุรณาการการดูแลแผลและออสโตมี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง,
2545.

เรณู สอนเครือ. แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์
จำกัด, 2541.