

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง โครงการลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

เสนอโดย

นางสาวภนิดา คำบัว

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 980)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 9 วัน (ตั้งแต่ วันที่ 20 ธันวาคม 2550 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของเนื้องอกต่อมใต้สมอง

เนื้องอกต่อมใต้สมอง เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign) ที่เกิดขึ้นจากเซลล์ของ adenohypophysis สามารถแบ่งชนิดของเนื้องอกต่อมใต้สมอง ตามการหลั่งและหน้าที่ของฮอร์โมนสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ไม่มีการผลิตฮอร์โมน จะไม่มีอาการแสดงของฮอร์โมนในทางคลินิก อีกกลุ่มหนึ่งเป็นพวกที่มีการผลิตฮอร์โมน ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงตามชนิดของฮอร์โมนที่เนื้องอกนั้นผลิตออกมา

สาเหตุและกลไกการเกิดโรค

เนื้องอกต่อมใต้สมอง เป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นอยู่ภายในแอ่งเทอร์ซิกา (sella turcica) แล้วขยายตัวออกไปโดยรอบ ตัวเนื้องอกเองมีขอบเขตแต่ไม่มีถุงหุ้ม เมื่อขยายใหญ่แอ่งกระดูกที่ถูกกดจะมีการดูดซึมและสร้างขึ้นใหม่ ทำให้แอ่งเทอร์ซิกาพองตัว แต่เมื่อเนื้องอกมีขนาดใหญ่มากกระดูกก็อาจหายไปหมด และเนื้องอกจะขยายตัวเข้าไปในโพรงสฟินอยด์ (sphenoid sinus) เมื่อขยายไปทางด้านข้างก็จะดันผนังด้านใกล้กลางของโพรงแคฟเวินัส (cavernous sinus) ให้โป่งไปทางด้านข้างจะเห็นท่อหลอดเลือดแดงภายในยกสูงและอยู่ห่างจากแนวกลางมากขึ้น

พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาและการพยาบาล

ตัวเนื้องอกจะมีสีเทาปนชมพู มีขอบเขตและมีเลือดไปเลี้ยงพอประมาณ เนื้อมีลักษณะอ่อน เวลาทำผ่าตัดสามารถดูดออกหรือตัดออกได้ง่าย ในบางรายเนื้องอกอาจมีลักษณะการตายของเนื้อเยื่อ เมื่อใช้มีดกรีดลงบนถุงหุ้ม ก็จะมีส่วนของเนื้องอกที่คล้ายครีมไหลออกมา และบางรายก็อาจเป็นถุงน้ำ ภายในจะมีสีฟ้าหรือสีน้ำตาลซึ่งแสดงถึงว่าเคยมีเลือดออกมาก่อน

ผู้ป่วยจะมีอาการตามัว การมองเห็นทางด้านข้างจะเสียไป ชอบเดินชนสิ่งของทางด้านข้าง ถ้าเนื้องอกมีขนาดใหญ่ขึ้นจะทำให้ไม่หลั่งฮอร์โมนก่อนเนื้องอกจะไปกดและทำลายเนื้อต่อมที่ตีให้เสียหายที่ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย หมดความรู้สึทางเพศ ในผู้หญิงจะไม่มีประจำเดือน ผมร่วง ผิวหนังหนาแห้ง ตกสะเก็ด แต่ถ้าเนื้องอกมีขนาดใหญ่และยื่นขึ้นไปกดส่วนหน้าของเวนทริเคิลที่ 3 จนถึงช่องมอนโรจะเกิดมีการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยมีปวดศีรษะ อาเจียน ชิม เป็นต้น

การรักษา

สามารถแบ่งการรักษาเนื้องอกต่อมได้สมองออกเป็น 3 วิธีใหญ่ๆ ดังนี้

1. การรักษาโดยการผ่าตัดมี 2 วิธี

1.1 การผ่าตัดแบบเปิดกะโหลก (transcranial approach)

1.2 การผ่าตัดผ่านกระดูกสฟีนอยด์ (transsphenoidal approach)

2. การรักษาทางยา คือ การรักษาโดยการให้ฮอร์โมนทดแทน ฮอร์โมนที่ให้ ได้แก่ hydrocortisone, thyroid hormone, growth hormone, pitressin, estrogen และ androgen

3. การรักษาทางรังสี

การพยาบาล

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด คือ การเตรียมความพร้อมร่างกาย บริเวณผ่าตัด และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพหลังการผ่าตัดและแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

การพยาบาลหลังการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองระยะวิกฤต (24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด) คือ

1. จัดทำนอน ใน 24 ชั่วโมงแรก ให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ บนเตียง จัดให้นอนท่าราบเล็กน้อย ศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้การไหลเวียนกลับของเลือดสะดวก ลดการบวมของสมอง

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพราะทางเดินหายใจอุดตันจะทำให้มีการกั่งของกาซคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงได้ ผู้ป่วยจะซึมลงและอาจหมดสติได้

3. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางสมอง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูปร่างของรูม่านตาและการมีปฏิกิริยาต่อแสง การเคลื่อนไหวและกำลังกล้ามเนื้อของแขนขา ความบกพร่องของประสาทสมองการวัดอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจและความดันโลหิต

4. การให้ยาครบถ้วนตามการรักษาของแพทย์

5. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ในกรณีปัสสาวะออกมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและความถี่จำเพาะของปัสสาวะน้อยกว่า 1.005 แสดงว่ามีภาวะเบาจืด

6. ในรายที่มีภาวะเบาจืด ดูแลให้ยา pitressin ตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Electrolyte, BUN, Creatinine, CBC

การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยพ้นวิกฤตประกอบด้วย การดูแลสภาพอนามัยทั่วไปของร่างกาย การจับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ความเจ็บปวดของร่างกาย และ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ แผลกดทับ

เภสัชวิทยา

1. dexamethazone สรรพคุณรักษา อาการแพ้รุนแรง อาการช็อกเนื่องจากการใช้ยา อาการหอบเหนื่อย ลดอาการบวมของสมอง ลดระดับแคลเซียมในเลือด และ อาการอักเสบรูมาตอยด์ ข้อต่ออักเสบ
2. minirine สรรพคุณใช้ในการรักษาโรคเบาเจ็ดมีผลทำให้ปริมาณปัสสาวะลดน้อยลง ในขณะที่ความเข้มข้นของปัสสาวะ (urine osmolality) เพิ่มขึ้น และความเข้มข้นของพลาสมาลดลง (plasma osmolality)
3. hydrocortisone มีฤทธิ์กดการทำงานของต่อมใต้สมองและต่อมหมวกไต
แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน
 1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวความคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของ กอร์ดอน
 2. กรอบแนวความคิดวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA)

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง: เนื่องจากต่อมใต้สมอง เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ที่เกิดขึ้นจากเซลล์ของต่อมใต้สมอง ซึ่งแบ่งชนิดตามการหลั่งและหน้าที่ของฮอร์โมน ผลที่เกิดตามมาของโรคจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ก็จะเป็นสาเหตุให้มีการกินเนื้อที่ในสมอง ทำให้เกิดความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญที่ดูแลผู้ป่วย จะต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ โดยมีการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล และการให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนถึงสิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา : ชายไทยอายุ 58 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพพ่อบ้าน ภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด มาโรงพยาบาลด้วยอาการตามัว มองเห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะเป็นพักๆ แพทย์รับไว้ที่ตึกศัลยกรรมชาย วันที่ 20 ธันวาคม 2550 รับไว้ในความดูแลที่หออภิบาลศัลยกรรมประสาท เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2550 การวินิจฉัยโรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง (pituitary adenoma)

ได้รับการผ่าตัดผ่านทางช่องจมูก (transsphenoidal adenomectomy) ในวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2550

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนที่ผิดปกติ 8 แบบแผน ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ : ก่อนได้รับบาดเจ็บมีสุขภาพดีตลอด แข็งแรง ไม่เคยแพ้สารเคมี อาหาร หรือยาใดๆ

อาการสำคัญ : 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการตามัว มองเห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะเป็นพักๆ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการตามัว มองเห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะเป็นพักๆวันนี้แพทย์นัดมาผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บในอดีต : ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว : ทุกคนในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ ไม่เคยเป็นโรคร้ายแรงและโรคทางพันธุกรรม

การตรวจร่างกายพบว่า ช่วยเหลือตัวเองได้ดีพอควร แขนขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวได้ปกติ มีแรงเท่ากันทั้งสองข้าง

2. โภชนาการและการเผาผลาญ : ชอบรับประทานอาหารรสจัด รับประทานอาหารได้ทุกชนิด และรับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ติดยาเสพติดใดๆ เมื่อมีความผิดปกติ รับประทานอาหารได้ปกติ

3. กิจกรรมการออกกำลังกาย : ก่อนการบาดเจ็บผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ หลังเกิดเหตุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ปกติ ในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด และถูกจำกัดกิจกรรม ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ค่อนข้างลำบาก พร้อมทั้งได้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ที่บริเวณแขนซ้าย

4. การพักผ่อนนอนหลับ : นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง นอนหลับสนิท

5. ความรู้สึกนึกคิด : รู้สึกตัวดีตอบโต้ได้ตามปกติ รู้สึกปวดศีรษะ แขนขาทั้งสองข้างกำลังปกติ

6. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ : รู้สึกว่าตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ในเรื่องการช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากยังอ่อนเพลียอยู่

7. บทบาทและสัมพันธภาพ: ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน เป็นพ่อบ้าน มีรายได้ประมาณ 3,000 บาทต่อเดือนที่บุตรสาวให้ไว้ใช้จ่าย พอใช้ไม่มีหนี้สิน

8. การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด: ก่อนเข้ารับการรักษา เป็นคนมีเพื่อนฝูงมาก เวลามีปัญหาจะปรึกษาภรรยาและลูกสาวที่อาศัยอยู่ด้วยกันเสมอ หลังจากทราบว่าเป็นโรคเนื้องอกต่อมได้สมอง ผู้ป่วยมีสีหน้าเคร่งเครียดบางครั้งสอบถามเรื่องราวบาดเจ็บซ้ำๆ และการรักษา รวมถึงผลของการรักษาว่าหายเป็นปกติหรือไม่

การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านทางช่องจมูก (transsphenoidal adenomelectomy) ในวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยหลังกลับจากการผ่าตัดเข้ารับการรักษาต่อที่หออำนวยการประสาท ได้ให้ออกซิเจน face mask with bag ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ในระยะแรกหลังการผ่าตัด 8 ชั่วโมง ต้องสังเกตอาการและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะ ciprofloxacin 400 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ยาป้องกันการเกิดปัญหาความดันในกะโหลกศีรษะสูง dexamethazone 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ยาป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารเป็น omeprazole 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ยาแก้ปวด pethidine 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดมาก และยากดการทำงานของต่อมใต้สมองเป็น hydrocortisone 100 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ผลการตรวจค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ความแข็งตัวของเลือด และ ผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์พบว่าปกติ งดรับประทานอาหารและน้ำใน 2 วันแรกหลังจากนั้นสามารถ เริ่มรับประทานอาหารเหลว และอาหารอ่อนตามลำดับ หลังผ่าตัด 4 วัน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยไปรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หลังผ่าตัด 7 วัน แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และนัดตรวจอีก 1 สัปดาห์

ปัญหาที่พบและการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก หลังผ่าตัดได้ยาสลบ กล้ามเนื้อหายใจอ่อนล้าและได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง

จุดประสงค์ของการพยาบาล

รูปแบบการหายใจมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินการหายใจ และภาวะการขาดออกซิเจน โดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจความลึกของการหายใจและวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว จัดท่านอนศีรษะสูง(semi fowler's position/ high fowler's position)ในกรณีที่ไม้ขัดกับการรักษาเพื่อให้ปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่ และให้หนุนพักอย่างสมบูรณ์เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน Face mask with bag ความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ 40 อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที และสอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจทางปาก เนื่องจากหลังผ่าตัดมีผ้าอุดช่องจมูกหายใจลึกๆและเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด

ประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 25 ธันวาคม 2550) เวลา 10.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 การปรับตัวของช่องในกะโหลกศีรษะลดลงเนื่องจาก เนื้อเยื่อสมองได้รับบาดเจ็บ (brain tissue trauma) จากการผ่าตัดและเซลล์สมองอาจเกิดการกดทับจากก้อนเลือดที่เกิดใหม่ (rebleed)

จุดประสงค์ของการพยาบาล

การปรับตัวของช่องในกะโหลกศีรษะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงเช่น ชีพจรช้าลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ความดันชีพจรมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ให้การพยาบาลเพื่อลดและป้องกันการเพิ่มความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ ได้แก่ การจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 15-30 องศา เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนกลับของเลือดดำตามแรงโน้มถ่วงของโลกและการปรับตัวของสมอง หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกของผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา จัดให้นอนเอนราบหรืออียงเล็กน้อย เนื่องจากขณะที่พียงข้อสะโพกมากๆ จะมีการคั่งค้างของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลทำให้แรงดันในช่องอกสูงขึ้น มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ ควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช็ดตัว ลดไข้เมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงเกิน 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เนื่องจากภาวะคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ และภาวะขาดออกซิเจน จะทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัว ทำให้การไหลกลับของหลอดเลือดดำช้า ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดในสมอง ทำให้สมองบวม มีผลทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้นด้วย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง เช่น ไข้สูง ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ชักเกร็งกระตุก ตาพร่ามัว

ประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 27 ธันวาคม 2550) เวลา 10.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมน เนื่องจากต่อมใต้สมองถูกรบกวนจากการผ่าตัดสมอง

จุดประสงค์ของการพยาบาล

ไม่ได้รับอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมน

กิจกรรมการพยาบาล

วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการที่ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำเช่น ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง น้ำหนักลด ความดันโลหิตลดลงและชีพจรเร็วขึ้น บันทึกจำนวน ลักษณะ สี และวัดค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะเบาจืด คือ มีจำนวนปัสสาวะมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สีใส และค่าความถ่วงจำเพาะน้อยกว่า 1.005 ควรรายงานแพทย์ทราบ ดูแลให้ยา hydrocortisone 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับสารน้ำชนิด 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ cortisol level, prolactin, T3, T4, TSH, BUN, creatinine, electrolyte

ประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 27 ธันวาคม 2550) เวลา 10.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และจากการสอดใส่ท่อหรือสายต่างๆ จุดประสงค์ของการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และไม่เกิดการติดเชื้อในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

สังเกตและบันทึกอาการปวด บวม แดง ร้อน และสิ่งระบายที่ซึมออกจากแผลผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้มากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว อาจแสดงถึงภาวะติดเชื้อ ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ดูแลทำแผลผ่าตัดด้วยวิธีปลอดเชื้อ และแนะนำผู้ป่วยไม่ควรเอามือจับ ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ เพราะจะทำให้แผลติดเชื้อและแผลหายช้าลง ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ ciprofloxacin 400 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมงและ ติดตามผลการเพาะเชื้อน้ำไขสันหลัง และการตรวจนับจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวในร่างกาย

ประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 27 ธันวาคม 2550) เวลา 10.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

จุดประสงค์ของการพยาบาล

ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

กิจกรรมการพยาบาล

ดูแลให้ได้รับสารน้ำชนิด 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลให้รับประทานอาหารเหลวใส ได้แก่ น้ำหวาน น้ำซूप นม น้ำผลไม้ต่างๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมงพร้อมทั้งสังเกตการเปลี่ยนแปลง เช่น กระสับกระส่าย ซึมลง ชักเกร็ง บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 8 ชั่วโมงและ ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ทางห้องปฏิบัติการ

ประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 27 ธันวาคม 2550) เวลา 10.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากผลคุกคามของโรคที่มีต่อร่างกายและจิตใจ เช่น ความขาดความรู้เรื่องโรค แผนการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

จุดประสงค์ของการพยาบาล

ลดความวิตกกังวล ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

กิจกรรมการพยาบาล

สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ได้ซักถามและระบายความคับข้องใจ และความวิตกกังวลต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และความสบายใจโดยใช้คำพูดที่ชัดเจนอ่อนโยน แจ่มให้

ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย จัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ที่ทำการรักษา เพื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการรักษาต่าง ๆ ที่ยังสงสัยให้มีความกระจ่างยิ่งขึ้น

ประเมินผล: ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 25 ธันวาคม 2550) เวลา 18.00 นาฬิกา
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

จุดประสงค์การพยาบาล

1. ลดความวิตกกังวล ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ
2. ให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

กิจกรรมการพยาบาล

ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง การมองเห็นเสียไปหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง มีไข้ แผลผ่าตัด บวมแดง หรือมีหนอง มีอาการชัก เป็นต้น อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนะนำให้รับประทานยาตามคำสั่งการรักษาให้ครบ และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างรับประทายยา ห้ามหยุดยาหรือลดขนาดยาเอง แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

ประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 27 ธันวาคม 2550) เวลา 10.00 นาฬิกา

ในผู้ป่วยรายนี้ หลังจากการผ่าตัด โดยผ่านทางช่องจมูกเอาเนื้องอกต่อมได้สมองออกวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ อาการตามัวและอาการปวดศีรษะค่อยๆหายไป แผลผ่าตัดไม่มี การติดเชื้อ แขนขาทั้งสองข้างกำลังปกติ และกลับบ้าน 28 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ก่อนกลับบ้าน แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว ถ้าไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงผิดปกติให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอีกครั้ง ระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรวม 9 วัน หลังจากได้รับการผ่าตัด พยาบาลให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง การให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดความชำนาญและมั่นใจได้ว่าสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกวิธีเมื่อกลับบ้าน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคเนื้องอกต่อมใต้สมองรับไว้ในความดูแลวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านทางช่องจมูก (transsphenoidal adenomectomy) ดูแลติดตามเยี่ยม 4 ครั้ง พบปัญหา 7 ปัญหา ได้รับการดูแลปัญหาอย่างต่อเนื่อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไขและได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การรับประทานยา เมื่อกลับไปที่บ้าน และเน้นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด รวมเวลาในการรักษาพยาบาล 9 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส แขนขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ แผลผ่าตัดที่จมูกแห้งดีไม่มีซีรัมซึม แพทย์นัดมาพบที่หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2551 เพื่อติดตามการรักษา

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคเนื้องอกต่อมใต้สมองที่ได้รับการผ่าตัดผ่านทางช่องจมูก (transsphenoidal adenomectomy)

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ด้านผู้ป่วย จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัว เกี่ยวกับการทำผ่าตัดผ่านทางช่องจมูกร่วมกับมี nasal packing อุดรูจมูก ไว้หลังผ่าตัด ทำให้หายใจไม่สะดวก ต้องหายใจทางปาก ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียจากการที่มีจำนวนปัสสาวะออกมาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพราะกลัวหายใจไม่ได้จึงเกิดความท้อแท้ ไม่ยอมทำกิจกรรมและเคลื่อนไหวร่างกายเพราะคิดว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการให้การพยาบาล

ด้านบุคลากร จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานทางด้านกายวิภาคสรีรวิทยาของสมอง การรักษา การดำเนินโรค และความสัมพันธ์ระหว่างอาการของผู้ป่วยกับการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพทางระบบประสาทที่เกิดขึ้น โดยการประเมินและสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ ตลอดจนรายงานให้แพทย์ทราบได้อย่างรวดเร็วเพื่อวางแผนให้การรักษาได้ทันเวลา

10. ข้อเสนอแนะ

โรคเนื้องอกต่อมใต้สมองเป็นโรคที่ไม่อาจป้องกันได้ และสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก ดังนั้นผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ เพื่ออธิบายแนวทางการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด และแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด
2. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางสมองจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง และมีทักษะในการสังเกตอาการทางสมองอย่างถูกต้อง รวดเร็วแม่นยำและสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด

3. การให้การดูแลทางด้านจิตใจ เป็นเรื่องสำคัญในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้ออก ต่อมาได้สมอง การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยให้เข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้ง การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ญาติ ในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

4. หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาท ควรจัดสอนสุขศึกษาให้กับผู้ป่วย และญาติให้มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง แนวทางในการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

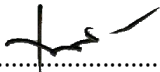
ลงชื่อ..... 

(นางสาวกนิดา คำบัว)

ผู้ขอรับการประเมิน

- 9 ส.ค. 2552

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นาง เพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

(วันที่) 12 / ส.ค. 2552

ลงชื่อ..... 

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

(วันที่) 12 / ส.ค. 2552

เอกสารอ้างอิง

- คำพล ศรีวัฒนากุล. คู่มือการใช้งานฉบับสมบูรณ์. ปทุมธานี: สกายบุคส์, 2538.
- จเร ผลประเสริฐ. ประสาทศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เขียวบุ๊คพับลิชเชอร์, 2528.
- เจษฎา นิมมานนิตย์. เนื้องอกสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2537.
- ชนพ ช่วงโชติ. พยาธิวิทยาวินิจฉัยของเนื้องอกระบบประสาท. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล
พับลิเคชั่น, 2549.
- ชัชรินทร์ อังศุภากร. การพยาบาลศัลยกรรมประสาทเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตการพิมพ์,
2532.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่3. เชียงใหม่:
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวณิศา คำบัว**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ด้านการพยาบาล
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 980) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์

เรื่อง โครงการลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางระบบประสาทส่วนใหญ่มักจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องนอนพักรักษาตัวใน
โรงพยาบาล จะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจากพยาธิสภาพของโรค เป็นผลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวน้อยลง
ประกอบกับผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด กลัวจะเกิดความพิการ มีผลให้ความอยากอาหารน้อยลง
อาหารที่ได้รับก็มีเสียน้อยลง บางคนต้องขยับถ่ายบนเตียง เกิดความอายน้อยลงเหมือนนั่งถ่าย
อุจจาระ ทำให้อุจจาระอยู่ในลำไส้นาน เกิดการคั่งค้างของอุจจาระ อุจจาระแห้งแข็ง ขยับถ่ายลำบาก
โดยเฉพาะในผู้ป่วยหญิงหรือผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีกล้ามเนื้อหน้าท้อง กระบังลมหย่อนและกล้ามเนื้อหูรูดขอบ
ทวารหนักที่ช่วยในการขยับถ่ายอ่อนแอ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะท้องผูกมากขึ้นและเรื้อรังได้
(สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 26)

ภาวะท้องผูกทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดอาการต่างๆ เช่น แน่นอึดอัด เบื่ออาหาร คลื่นไส้
วิงเวียนศีรษะมีไข้ นอนไม่หลับ บางรายปวดท้องมาก จากภาวะอุจจาระอุดตัน ต้องล้างออก
(สมจิต หนูเจริญกุล, 2543 : 26) บางรายเป็นเรื้อรัง เกิดลำไส้อุดตัน ต้องผ่าตัดลำไส้ เพื่อลดภาวะท้องผูก
แพทย์ผู้ทำการรักษาต้องให้ระบายหรือสวนอุจจาระ ซึ่งเป็นการกระตุ้นลำไส้บีบตัว เคลื่อนไหว
ผิดปกติ เกิดการปวดถ่ายอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย
ต้องใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นภาระให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การเกิดภาวะท้องผูกในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและพบเป็นจำนวนมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสurgical
มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ร่วมกับแนวการรักษาจะจำกัดปริมาณน้ำที่เข้าสู่
ร่างกายเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะท้องผูก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย
ไม่สุขสบาย แน่นอึดอัด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะมีไข้ นอนไม่หลับ ต้องใช้เวลาในการนอนใน
โรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากเป็นการเพิ่มภาระให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้ง

โรงพยาบาลเองก็ต้องมีค่าใช้จ่ายในการใช้ยาเพิ่มขึ้น จากการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท พบว่ายังไม่มีแนวทางในการป้องกันภาวะท้องผูก ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ ซึ่งไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย จึงได้มีการจัดทำโครงการลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อช่วยลดปัญหาจากผลกระทบบดังกล่าวและเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่อง “การลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้”
3. เพื่อเพิ่มศักยภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน
4. เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
5. เพื่อลดค่าใช้จ่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล

เป้าหมาย

ผู้ป่วยในหออภิบาลศัลยกรรมประสาทไม่เกิดภาวะท้องผูก

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ทฤษฎีการปรับตัวของรอยย์ (Roy' adaptation model) ที่ว่าด้วยการปรับตัวของมนุษย์ และการให้ความช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีปัญหาในการปรับตัว เมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเข้ามาในชีวิต โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ ทฤษฎีการปรับตัวของรอยย์จะมุ่งที่คน เป้าหมายการพยาบาล ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และทิศทางการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยที่คนเป็นระบบเปิด ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมที่บอกถึงการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการปรับตัวใช้กระบวนการควบคุมในด้านกลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้ ในขอบเขตพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านสรีระ อत्मโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีบทบาทส่งเสริมการปรับตัวโดยการจัดการกับสิ่งเร้าให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวัง ซึ่งหมายถึงมีการปรับตัว (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546: 155)

จากแนวคิดการปรับตัวของรอยย์จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจในเรื่องการลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะท้องผูก และส่งเสริมการป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก ภาวะท้องผูก (constipation) หมายถึง ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระ ระหว่าง 3 วันต่อครั้ง ถึง 3 ครั้ง

ต่อสัปดาห์ หรือมีความยากลำบากในขับถ่ายอุจจาระ และการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงในช่วงเวลาหนึ่ง อาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับภาวะท้องผูก ได้แก่ อุจจาระแห้ง แข็ง ท้องอืด และปวดท้องสาเหตุของภาวะท้องผูกแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ 1) เกิดขึ้นเองโดยไม่มีรอยโรคของระบบทางเดินอาหารหรือโรคอื่นๆ เป็นสาเหตุนำมาก่อน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย ภาวะขาดน้ำ การเคลื่อนไหวลดลง การออกกำลังกายน้อย กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแอหรือหย่อนไป การละเลยไม่ถ่ายอุจจาระทันทีที่ปวดถ่าย ตลอดจนความไม่สะดวกในการขับถ่าย และ 2) ภาวะท้องผูกที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือสาเหตุนำมาก่อน เช่น มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น มีก้อนเนื้อยื่นออก มีการอักเสบของผนังลำไส้ ลำไส้กลืนกัน ทำให้เกิดอาการอุดตัน การเคลื่อนไหวของลำไส้ผิดปกติ มีความผิดปกติทางจิต มีความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคของต่อมไทรอยด์ มีพยาธิสภาพของไขสันหลัง หรือเป็นโรคของระบบประสาท หรือการได้รับยาบางอย่าง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 26) โดยมีแนวทางดำเนินการคือ

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยการสืบค้นตำรา งานวิจัย และบทความต่างๆที่เกี่ยวข้องนำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน
2. นำแนวทางปฏิบัติไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
3. ประเมินผลการเกิดภาวะท้องผูกของผู้ป่วยในหน่วยงานก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้
4. จัดอบรมบุคลากรในหน่วยงานเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
5. ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติในการลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
6. ประเมินผลการเกิดภาวะท้องผูกของผู้ป่วยในหน่วยงานหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้
7. แก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติจากผลการประเมินที่ได้
8. ติดตามผลทุก 1 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานเดียวกัน
2. ลดการเกิดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
3. เป็นการลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
4. ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ได้อย่างถูกต้องวิธี ของบุคลากรทางการพยาบาลร้อยละ 100
2. อัตราการเกิดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ลดลงร้อยละ 80

ลงชื่อ..... *ภนิดา คำบัว*

(นางสาวภนิดา คำบัว)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ *- 9 ส.ค. 2552*

เอกสารอ้างอิง

จินตนา เพ็ญจันทร์. การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัย เพื่อป้องกันภาวะ
ท้องผูกในผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย, 2546.

นภาพร เฉลิมพรพงศ์. การประชุมวิชาการ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 9
เรื่องการบำบัดทางการพยาบาล : วิธีสู่การพัฒนาคุณภาพ. การแก้ไขและป้องกันภาวะ
ท้องผูกในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข
อาเซียน, 2546.

ฟาริดา อิบราฮิม. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท ชนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค จำกัด, 2542.

ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร:
ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง, 2543.