

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกหลังผ่าตัด

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ

เสนอโดย

นางสาวอัจฉราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 194)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกหลังผ่าตัด
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 27 วัน (ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2550)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงเข้ามากระทบต่อศีรษะแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมองกับเส้นประสาทสมอง (ศุภโชค จิตรวาณิช, 2547:75)

อาการและอาการแสดง ที่เป็นการบ่งบอกว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะวิกฤต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวจะลดลงกว่าเดิมซึ่งเกิดจาก 2 ปัจจัย คือเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงทำให้แรงดันกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง สมองจึงขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีการเคลื่อนที่เกิดการยื่นย้อยของเนื้อสมองไปกดศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวที่ก้านสมอง โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงเฉพาะที่ทางระบบประสาท คือ การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา ต่อแสงสว่างอาจเป็นข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง คือ รูม่านตามีขนาดโตขึ้น มีปฏิกิริยาต่อแสงน้อยลงหรือ ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงอาจจะเป็นข้างใดข้างหนึ่ง โดยเฉพาะข้างเดียวกับที่มีรอยโรคเกิดขึ้น และเมื่อมีการคุกคามมากๆ จะเกิดทั้งสองข้าง และการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวแขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง โดยเฉพาะด้านตรงข้ามที่มีรอยโรคในสมอง จะเกิดการอ่อนแรงมีการเคลื่อนไหวน้อยลง หรือไม่มีมีการเคลื่อนไหว นั่นคือเส้นประสาทและศูนย์ควบคุมการทำงานที่เกี่ยวกับรูม่านตาและการเคลื่อนไหวถูกกดเบียดหรือถูกคุกคาม จึงทำให้มีการทำงานน้อยลงหรือไม่ทำงาน เป็นการสูญเสียหน้าที่ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง ซึ่งจะพบในระยะแรกที่มี ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพในทางที่เลวลง เรียกปฏิกิริยาตอบสนองคushing(Cushing's response) คือ ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น โดยที่ความดันไดแอสโตลิกไม่สูงขึ้นตามยังคงเท่าเดิม จึงทำให้ความแตกต่างระหว่างความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก (pulse pressure) กว้างขึ้น การเต้นของชีพจรจะเกิดภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (bradycardia) และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการหายใจเนื่องจากความดันในโพรงกะโหลกสูง จะทำให้เกิดการยื่นย้อยของเนื้อสมองกดศูนย์หายใจที่อยู่ในพอนส์และเมดลลา ซึ่งหากไม่ได้รับการป้องกันแก้ไขจะทำให้ไม่รู้สึกตัว โอกาสรอดชีวิตลดลง

การวินิจฉัยโรค การบาดเจ็บที่ศีรษะถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการวินิจฉัยและการประเมินที่ถูกต้องเหมาะสมโดยเร็ว การวินิจฉัยที่ดีจะต้องประกอบไปด้วย การซักประวัติการชกประวัติทั้งจากผู้ป่วยและผู้เห็นเหตุการณ์ หรือผู้นำส่งโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดต่างๆ การตรวจร่างกายและข้อมูลทางคลินิก การตรวจศีรษะและใบหน้าเพื่อสำรวจรายละเอียดต่างๆ การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย ตรวจดูขนาดของม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง การตรวจการเคลื่อนไหวของลูกตา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจวิเคราะห์พิเศษ การตรวจภาพถ่ายรังสีที่กะโหลก(skull x-ray) การตรวจภาพถ่ายรังสีสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT-scan)

การรักษา

1. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะแรกต้องดูแลระบบทางเดินหายใจและสัญญาณชีพโดยเฉพาะ ความดันโลหิต เพื่อให้ร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ รวมทั้งประเมินมีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วยหรือไม่

2. การผ่าตัด Craniotomy, Craniectomy, Burr hole, Ventriculostomy, ventriculo-atrial shunt ventriculo-peritoneal shunt

การพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันที เนื่องจากถือว่าอยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ทั้งนี้ที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะร่วมกันในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และจะต้องประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วโดยครอบคลุมดังนี้

1. ชักประวัติการบาดเจ็บอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จากผู้ป่วย ญาติ ผู้เห็นเหตุการณ์
2. การประเมินอาการทางระบบประสาท เพื่อทราบความผิดปกติของระบบประสาท ตลอดจน

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ

3. การตรวจทางรังสี ได้แก่ การถ่ายภาพกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่พูด ไม่สามารถทำตามสั่ง หรือมีการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง โดยมีคะแนนตามแบบประเมินความรู้สึกตัวเท่ากับ 8 หรือน้อยกว่า ควรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้หลัก ABC ต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล วางแผนร่วมมือกับแพทย์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ปลอดภัยและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดหรือภายหลังการผ่าตัดจะได้รับการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม เพื่อลดความวิตกกังวลและมีความเข้าใจและวิธีปฏิบัติอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องให้ผู้ปกครองเซ็นอนุญาต เพื่อป้องกันการฟ้องร้องที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้

2. การเตรียมร่างกาย เตรียมบริเวณผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ งดอาหารและน้ำทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ควรเจาะเลือดส่งไปธนาคารเลือดทันที เพื่อธนาคารเลือดจะเตรียมเลือดได้ทัน การใส่สายสวนปัสสาวะ ป้องกันการกั่งของปัสสาวะ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสี ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง โดยการเพิ่มการไหลกลับของหลอดเลือดดำ ดูแลให้การระบายอากาศของปอดเป็นไปได้ดี ไม่มีภาวะอุดตัน หลีกเลียงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันช่องท้อง (Valsalva maneuver) หลีกเลียงการกระตุ้นผู้ป่วยบ่อยๆ วางแผนการ

ทำกิจกรรมพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระบบประสาท (ประเมินตาม ตารางกลาสโกว์ โคลมา สเกล) รักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ

2. การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคงภาวะสมดุลของน้ำและelectrolyte โดยบันทึกปริมาณ ลักษณะ สี และวัดค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะทุกชั่วโมง วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการที่ผู้ป่วยภาวะขาดน้ำ บันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมง ติดตามค่า electrolyte ค่าความเข้มข้นของซีรัม หากผิดปกติควรรายงานแพทย์

3. การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ในผู้ป่วยที่มีท่อระบาย (redivac drain) ดูแลให้มีการระบายโดยสะดวกไม่ให้มีการหักพับ งอ สังเกตผ้าพันแผลบริเวณศีรษะหากรัดแน่นเกินไป อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะได้ ต้องพันผ้าให้ผู้ป่วยใหม่ ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด craniectomy ห้ามใช้ผ้ายึด (elastic bandage) พันรอบศีรษะ หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่ทำการผ่าตัด ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความนุ่มนวล ไม่รบกวนผู้ป่วยตลอดเวลา พยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาเดียวกัน

4. การพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัดสมอง ปอดอักเสบติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเปิดทำแผลแบบทำแผลแห้ง (dry dressing) และเปิดทำทุกวันจนกว่าจะตัดไหม ทำแผลโดยเทคนิคปราศจากเชื้อ ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ประเมินสภาวะของปอด ดูแลเสมหะด้วยเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อ ติดตามผลการตรวจทางโลหิตวิทยา และผลการเพาะเชื้อของเสมหะ ผลการเพาะเชื้อของปัสสาวะ

5. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา แนะนำระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่ อธิบายอุปกรณ์ต่างๆ รอบตัวผู้ป่วยกับญาติใกล้ชิด เพื่อเข้าใจต่อประโยชน์ของอุปกรณ์นั้นๆ เปิดโอกาสให้ญาติได้ถาม ระบายความรู้สึก ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้การช่วยเหลือรวดเร็วแก่ผู้ป่วย ตอบสนองต่อคำบอกของญาติทันที

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน

1.แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Majorjory Gordon)

2.ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่เกิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตหรือพิการ ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทุกคนควรได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยแก้ไขและป้องกันการบาดเจ็บของสมองมิให้เกิดขึ้น จากสถิติโรงพยาบาลตากสิน (พ.ศ. 2548 –พ.ศ. 2550) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2548 จำนวน 90 ราย ปีงบประมาณ 2549 จำนวน 89 ราย ปีงบประมาณ 2550 จำนวน 64 ราย ซึ่งพบมีอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้ ได้ทำการศึกษาโดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำราเกี่ยวกับโรคบาดเจ็บที่ศีรษะ(head injury : epidural hematoma) และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
2. เลื่อนกรณีศึกษา ชายไทยอายุ 29 ปี รับประทานไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2550 รับประทานไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2550 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก บาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณเหนือเยื่อหุ้มสมอง(head injuries and epidural hematoma) ได้รับการผ่าตัด craniectomy with clot removal เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2550 การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย บาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณเหนือเยื่อหุ้มสมอง(head injuries and epidural hematoma) ระหว่างที่อยู่ในความดูแลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 10 ข้อ ได้รับการแก้ไขให้หมดไปทุกข้อ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550
3. นำข้อมูลกรณีศึกษา ที่รวบรวมได้มาจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการและนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการด้านกรณีศึกษาทั้งหมดร้อยละ 100 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา ชายไทยอายุ 29 ปี รับประทานไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2550 รับประทานไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2550 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก บาดเจ็บที่ศีรษะและมีเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณเหนือเยื่อหุ้มสมอง(head injuries and epidural hematoma) ได้รับการผ่าตัด craniectomy with clot removal เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2550 ยาที่ได้รับขณะรักษา คือ ยา pethidine 50 มิลลิกรัม เข้าทางกล้ามเนื้อ ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อปวด ยา plasil 10 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยา Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ยา Ranidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ยา Dilantin 250 มิลลิกรัม ผสม NSS 100 cc. ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง ยา Dilantin 50 มิลลิกรัม 6 เม็ด ทางสายยางให้อาหาร ก่อนนอน ยา Ranidine 150 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางสายยางให้อาหาร วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 2 เม็ด ทางสายยางให้อาหาร เวลาที่มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ทุก 4 ชั่วโมง ยา B1-6-12 1 เม็ด ทางสายยางให้อาหาร วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ยาระบาย Milk of magnesium 30 มิลลิตร ทางสายยาง ยา Fortum 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ยา Amikin 750 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง ยา B complex 1 เม็ด ทางสายยางวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ยา Sulperazon 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ยา Fosmicin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ยา Valium 5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที ยา Phenobarb 1 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางสายยางวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย บาดเจ็บที่ศีรษะและมีเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณเหนือเยื่อหุ้มสมอง (head injuries and epidural hematoma) แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 นัดมาตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ขณะที่อยู่ในความดูแลได้พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ และได้ให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว สดชื่นได้เอง ทำตามคำบอกได้ กลาสโกว์ โคม่า สกอร์ 10 คะแนน

(E₄V_TM₀) ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจ มีเสียงเสมหะ

2. มีไข้ต่ำๆ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส

จุดประสงค์การพยาบาล เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดท่านอน ไม่ให้คอพับ ทางเดินหายใจโล่ง ลิ้นไม่ตก นอนตะแคงกึ่งคว่ำหันหน้าไปทางด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการดูดเสมหะที่มีการดูดก้นออกให้หมด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และ ตรวจสอบการหายใจของผู้ป่วยว่าสัมพันธ์กับเครื่องหรือไม่ จดบันทึกการใช้เครื่องทุกแรมวันละ 3 ครั้ง

3. เช็ดตัวลดไข้ ห่มผ้าบางๆ ให้ออนบนที่นอนที่มีเครื่องทำความเย็น และ วัดบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนสัญญาณชีพคงที่ สังเกตการหายใจ

4. วัดและจดบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วมือทุกหนึ่งชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนของผู้ป่วย

5. สังเกตภาวะเขียวตามริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าเพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน

6. บันทึกอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 18 มกราคม 2550 เวลา 08.00 น.

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง

ข้อมูลสนับสนุน 1. สมองได้รับความกระทบกระเทือน ทำให้เกิดก้อนเลือดคั่งในโพรงกะโหลกในชั้นเนื้อเยื่อดูรา กลาสโกว์ โคม่า สกอร์ 10 คะแนน (E₄V_TM₀)

2. ผู้ป่วยหมดสติ หลังหกล้มศีรษะฟาดพื้น ผลถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมอง พบว่ามีเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณเนื้อเยื่อดูรา และส่วนเนื้อสมอง

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงของผู้ป่วย โดยการตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก 15-30 นาทีในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก จนอาการคงที่วัดทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา การอ่อนแรงของแขนขา อาการชักเกร็ง ความดันโลหิต ชีพจร

2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา โดยให้หนุนหมอนบางๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ไม่ให้คอพับ ช่วยให้ออกเลือดไหลเวียนจากสมองกลับสู่หัวใจได้สะดวก ลดการคั่งของเลือดในสมอง

3. อธิบายเหตุผลการตรวจสอบอาการทางระบบประสาทให้ครอบครัวและญาติ เข้าใจว่าการตรวจสอบบางครั้งต้องใช้แรงกระตุ้นเจ็บ

4. ดูแลท่อหลอดลมคอให้อยู่ในตำแหน่งเดิมไม่มีการเลื่อนหลุด

5. ให้อาหารตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกวิธี เพื่อลดการทำงานของเซลล์สมอง

6. วัดและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วมือทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 15 มกราคม 2550 เวลา 06.00 น.

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการชักเกร็ง กระตุก เนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บ

เซลล์ประสาทในสมองถูกรบกวน

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาได้เอง ทำตามคำบอกได้ กลาสโกว์ โครมา สกอร์ 10 คะแนน ($E_4V_7M_6$)

2. สมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุรถล้ม ผลถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมองพบมีเลือดออกในโพรงกะโหลกบริเวณเหนือเยื่อหุ้มสมอง และส่วนของเนื้อสมอง

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการชักเกร็ง กระตุก

กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก 15-30 นาทีในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก จนอาการคงที่วัดทุก 1 ชั่วโมงโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา การอ่อนแรงของแขนขา อาการชักเกร็ง ความดันโลหิต ชีพจร เพื่อทราบความเปลี่ยนแปลง

2. สังเกต บันทึกอาการชักเกร็ง กระตุกของผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านชัก

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 23 มกราคม 2550 เวลา 18.00 น.

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอระหว่างการเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ และมีการเคลื่อนย้ายเพื่อไปทำการผ่าตัด

จุดประสงค์การพยาบาล ไม่มีการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล 1. ก่อนการเคลื่อนย้ายให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอโดยการ hyperventilation ด้วย Ambu bag บีบลมเข้าปอด ดูแลเสมหะจนไม่ได้ยินเสียงครีคราคในท่อหลอดลมคอ

2. ตรวจสอบว่าท่อหลอดลมคอติดแน่นไม่เคลื่อนเข้า / ออกและใช้ Ambu bag บีบลมเข้าปอดต่อด้วยออกซิเจนตลอดเวลาที่เดินทาง

3. ยกผู้ป่วยโดยให้ลำตัวกับศีรษะยกขึ้นพร้อมกัน โดยให้นอนบนไม้กระดานสำหรับเคลื่อนย้าย (patslide) แล้วยกทั้งไม้ หรือมีคนหลายคนยกพร้อมกันทั้งลำตัว คอ และศีรษะ

4. ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระวัง แขน ขา หรืออวัยวะอื่นๆ ขึ้นออกไปนอนกรนอน สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการเปลี่ยนแปลงของทางเดินหายใจ

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 12 มกราคม 2550 เวลา 21.00 น.

ปัญหาที่ 5 ครอบครัวและญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน 1. ญาติผู้ป่วยมีการซักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยหลายครั้ง

2. จากลักษณะท่าทางที่กระสับกระส่ายของญาติที่แสดงถึงความวิตกกังวล

จุดประสงค์การพยาบาล ครอบครัวและญาติผู้ป่วยเข้าใจคลายความวิตกกังวลลง

กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและญาติผู้ป่วยด้วยกิจรยาที่อ่อนโยนและเป็นมิตร

เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ

2. อธิบายอาการของผู้ป่วย การรักษา และการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย
 3. จัดให้พบแพทย์ผู้รักษาเพื่อญาติจะได้สอบถามปัญหาข้อข้องใจเกี่ยวกับการรักษา
 4. อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ขณะที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย
 ผู้ป่วยหนักว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยแพทย์ และพยาบาล รวมถึงอธิบายถึงระเบียบการเยี่ยมชม
 การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่โรงพยาบาล และให้คำแนะนำและช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งญาติต้องปฏิบัติตาม
 การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 12 มกราคม 2550 เวลา 21.00 น.

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและ electrolyte เนื่องจากสูญเสียเลือด ขณะผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูญเสียเลือด 200 มิลลิลิตร ในระหว่างผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง (เมื่อสังเกตและบันทึกต่อมา)
3. ปริมาณน้ำเข้า มากกว่า ปริมาณน้ำออก

จุดประสงค์การพยาบาล มีความสมดุลของสารน้ำและ electrolyte

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยว่ามีภาวะขาดน้ำหรือเกลือแร่หรือไม่ โดยสังเกตจากผู้ป่วย ปากแห้ง ผิวแห้งแตก มีอาการอ่อนเพลีย
2. วัดสัญญาณชีพและจดบันทึกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ hypovolemic shock และสังเกตอาการ ระดับความรู้สึกเปลี่ยนไป สับสน กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
3. ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำในปริมาณที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ตวง บันทึกปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกายและปริมาณปัสสาวะ สังเกตสี ลักษณะ
5. ติดตามผลการตรวจค่า electrolyte ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 15 มกราคม 2550 เวลา 06.00 น.

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบ เนื่องจากใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีเสมหะมากบางครั้ง เวลาหายใจมีเสียงครืดคราด

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อของผู้ป่วย
2. ดูแลเสมหะอย่างสะอาดปราศจากเชื้อ (sterile technique) ให้หมดทุกครั้งที่มีเสมหะ
 ชั่งอยู่ในทางเดินหายใจ เคาะปอดก่อนดูดเสมหะ ขณะดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอ จับท่อให้อยู่กับที่ ตลอดเวลาไม่เลื่อนเข้าออก สังเกตและบันทึก ลักษณะสีของเสมหะที่ดูดออกมาทุกครั้ง เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ป่วย
3. ฟังเสียงลมหายใจเข้าปอดทั้ง 2 ข้างทุกชั่วโมงตรวจสอบว่าท่อหลอดลมคอที่ใส่ทางปากหรือจมูกไม่ลงไปอยู่ในปอดด้านใดด้านหนึ่งทุกครั้งขณะพลิกตัวหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

4. เป่าลมให้กระเปาะของท่อหลอดลม (cuff) โป่งและไขหัวเตียงสูง 15–30 องศาทุกครั้ง ก่อนให้อาหารทางสายยางและทิ้งไว้หลังจากให้อาหารเสร็จแล้วอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง ป้องกันการสำลัก

5. ตรวจสอบก่อนให้อาหารทุกครั้งว่าสายยางให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหาร ป้องกันสายยางอาหารเข้าปอด และปล่อยให้อาหารไหลลงสู่กระเพาะอาหารช้า ๆ โดยอาศัยหลักแรงโน้มถ่วง (gravity) ไม่ใช่แรงดัน ป้องกันการสำลักเข้าปอดผู้ป่วย

6. ทำความสะอาดปาก ฟัน รวมทั้งเปลี่ยนเชือกผูกท่อหลอดลมคอทุก 8 ชั่วโมง

7. เจาะเลือดส่งตรวจทางโลหิตวิทยาเพื่อประเมินการติดเชื้อ

8. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 22 มกราคม 2550 เวลา 14.00 น.

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากใส่คาสายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะ ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2550

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล 1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและเมื่อจับต้องสายสวนปัสสาวะ

2. ดูแลให้สายสวนต่อลงถุงปัสสาวะเป็นระบบปิดตลอดเวลา

3. ตรวจสอบและจัดวางสายสวนให้อยู่ในลักษณะที่ปัสสาวะไหลได้สะดวกไม่มีการหักพับ งอ และมีความยาวเพียงพอที่จะสามารถพลิกตัวผู้ป่วยได้สะดวกไม่เกิดการดึงรั้งสายสวนปัสสาวะ

4. ใช้พลาสติกปิดสายสวนปัสสาวะในตำแหน่งที่บริเวณต้นขาด้านในเพื่อไม่ให้เกิด การดึงรั้งและไม่ให้มีการเลื่อนเข้า-ออกของสายสวนเพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้

5. แขนงถุงหรือวางขวดรองรับปัสสาวะในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ

6. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและสายสวนปัสสาวะอย่างถูกวิธี ด้วยสบู่และน้ำยาฆ่าเชื้ออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และภายหลังการขับถ่ายอุจจาระทุกครั้งทันที หรือเมื่อสกปรกเปรอะเปื้อน ขณะทำความสะอาดจับสายสวนปัสสาวะให้อยู่กับที่ไม่เลื่อนเข้าหรือเลื่อนออก

7. สังเกตและบันทึกอาการอักเสบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และรอบๆ สายสวนปัสสาวะทุกแรม รวมทั้งลักษณะ สี กลิ่น และจำนวนของเหลวที่ออกมาเรื่อยๆ สายสวนปัสสาวะหรือจากทางเดินปัสสาวะ

8. วัดและบันทึกอุณหภูมิ ร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

9. ส่งปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 28 มกราคม 2550 เวลา 09.00 น.

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด craniectomy กลาสโกว์ โคม่า สกอร์ 10 คะแนนและไม่สามารถ

ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้

2. ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ ผิวหนังแห้ง

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล 1. พลิกตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หลีกเลียงการนอนทับบริเวณที่มีรอยแดง
ขนาดเบา ๆ บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ทุกครั้งที่พลิกตัว ยกเว้นบริเวณที่มีรอยแดง ซึ่งไม่จางหายไป ภายใน
30 – 45 นาที

2. ทำความสะอาดร่างกายทุกวันด้วยสบู่อ่อนๆ และน้ำ เช็ดสบู่ออกจนหมด ถ้า
ผิวหนังแห้งใช้โลชั่นทาผิวหลังเช็ดตัว รักษาความสะอาดของผิวหนังไม่ให้ชื้นและหรือแห้งเกินไป

3. ปูที่นอนให้เรียบตึงอยู่เสมอ ผ้าปูที่นอนสะอาด และแห้งตลอดเวลา

4. ตรวจสอบและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังทุกครั้งที่พลิกตัวได้แก่ รอยแดง
พุพอง สีผิดปกติ หรืออาการระคายเคือง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ใบหู และบริเวณที่ติดพลาสติกเตอร์

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอทั้งโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน
และวิตามินในแต่ละวัน ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 15 มกราคม 2550 เวลา 06.00 น.

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยไม่ถ่าย 5 วัน หลังเริ่มให้อาหารทางสายยาง

2. ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวลดลง จากพยาธิสภาพของสมอง

จุดประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องผูก และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้อาหารปั่นผสมและน้ำทางสายยางตามแผนการรักษา

2. ส่งปรึกษาพยาบาลบำบัดตามแผนการรักษาเพื่อทำ Passive exercise และสอน

ผู้ป่วยให้ปฏิบัติเองได้

3. ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้น เพื่อช่วยเพิ่ม
การเคลื่อนไหวของลำไส้ กระตุ้นให้มีการทำงานของลำไส้มากขึ้น สอนผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง
(Abdominal exercise) โดยให้เขม่วหน้าท้องแล้วกั้นไว้ 5 วินาที แล้วปล่อย ทำติดกัน 10 ครั้ง/ 1 ชุด

4. ดูแลให้ยา MOM จำนวน 30 มิลลิกรัม ทางสายยาง ตามแผนการรักษา

5. ติดตามประเมินผลหลังจากผู้ป่วยได้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำและได้รับประทานยา

ตามแผนการรักษา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในวันที่ 19 มกราคม 2550 เวลา 08.00 น.

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 27 วันและเยี่ยมจำนวน 10 ครั้ง
พบว่าปัญหาทั้ง 10 ข้อ ได้รับการแก้ไขพร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
ถูกต้อง จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทราบถึง ภาวะวิกฤต พยาธิสภาพ ของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ

2. สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดนำก้อนเลือด
ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนำก้อนเลือดออกสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะและเลือดออกในส่วนเนื้อสมองจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด มีผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะและเลือดออกในส่วนเนื้อสมอง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ หากไม่ได้รับการวางแผนการพยาบาลที่ดี

10. ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรควรมีความรู้ และสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย รวมทั้งให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2. ควรจัดให้มีการทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะและเลือดออกในส่วนเนื้อสมองทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อจะได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. จัดทำเอกสารหรือแผ่นพับในเรื่อง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง และการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติ หรือผู้ป่วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ... อัจฉราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว

(นางสาวอัจฉราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว)

ผู้ขอรับการประเมิน

27 / ตุลาคม 2552

ได้รับการตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ... 

(นางนันทวัน จาตุรันต์วัฒน์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

27 / ต.ค. / 2552

ลงชื่อ... 

(นายตมพงษ์ วงศ์ปัญญาถาวร)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

(ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน)

27 / ต.ค. / 2552

เอกสารอ้างอิง

โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ยุทธรินทร์, 2541

ทิพพาพร ตั้งอำนาจ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.

ประนอม หนูเพชร. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง. สงขลา : ชาญเมืองการพิมพ์,2546.

วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร :ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์ ,2546.

ศุภโชค จิตรวานิช.แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.หน้า 75-82.

ในสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย. บรรณาธิการ,The NAT Updated Course 2004.ชมรมพยาบาลประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า,2547.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวอัคราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพต.194) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยในระยะวิกฤตส่วนใหญ่ มักได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะเพื่อสังเกตและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อแผนการรักษาของแพทย์ หรือจากพยาธิสภาพจากโรคของผู้ป่วยเอง จึงมีผลอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

จากข้อมูลสถิติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาลตากสิน พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2551 คือ 1.96 และ 2.63 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติจากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลตากสิน) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น แสดงถึงการมีผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ

ดังนั้น หากมีการดูแลให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวมทั้งการเฝ้าระวังติดตามภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ คือภาวะติดเชื้อลดลงได้ ซึ่งจะ เป็นประโยชน์และผลดีกับผู้ป่วยโดยตรง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ
2. พยาบาลวิชาชีพในหอบำบัดผู้ป่วยหนัก สามารถปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ใส่

คาสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือมีการติดเชื้อลดลง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ ออซุเบลได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่มีความหมาย (Meaningful learning) ว่าเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้รับมาจากการที่ผู้สอนอธิบายสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ให้ทราบ และผู้เรียนรับฟังด้วยความเข้าใจ โดยผู้เรียนเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งที่เรียนรู้ กับโครงสร้างทางพุทธิปัญญาที่ได้เก็บไว้ในความทรงจำและจะสามารถนำมาใช้ในอนาคต และจากความหมายทางจิตวิทยา การเรียนรู้หมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอย่างค่อนข้างถาวรอันเป็นผลมาจาก

การฝึกฝนและการมีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะก็เช่นเดียวกัน เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทางเข้าของเชื้อจุลินทรีย์สู่ระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ

1. เชื้อเข้าทางปลายสายสวนปัสสาวะขณะที่ใส่สายสวน
2. เชื้อจุลินทรีย์เข้าสู่กระเพาะปัสสาวะบริเวณเชื่อมต่อปัสสาวะกับสายสวนด้านนอก
3. เชื้อจุลินทรีย์เข้าทางรอยต่อระหว่างสายสวนปัสสาวะและถุงปัสสาวะ ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิด

จากการปลดสายสวนออกจากถุงปัสสาวะ ทำให้เชื้อจากมือแปดเป็นบริเวณรอยต่อของสายสวนและถุงเก็บปัสสาวะ

4. ที่ส่วนปลายของถุงเก็บปัสสาวะ ซึ่งเป็นบริเวณที่เปิดเทปปัสสาวะออก
- ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินปัสสาวะ

1. การป่วยด้วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ นิ่ว caliceal & urethral diverticula, hydronephrotic kidney, vesicourethral reflux, bladder neck obstruction

2. การป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน มะเร็ง การมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
3. ผู้ป่วยสูงอายุ
4. ผู้ป่วยเพศหญิง
5. การสวนคาสายสวนปัสสาวะ

6. ระยะเวลาในการใส่สายสวนปัสสาวะ

การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ อาศัยหลักการคือ

1. การสวนปัสสาวะอย่างถูกต้อง
2. การถอดสายสวนออกเมื่อหมดความจำเป็น
3. การดูแลสายสวนและการระบายปัสสาวะอย่างถูกต้อง

การสวนปัสสาวะอย่างถูกต้อง ผู้ทำหน้าที่สวนปัสสาวะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากการสวนปัสสาวะ ซึ่งหากเข้มงวดและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแล้วจะทำให้ถูกต้องมากขึ้น

1. เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ โดยเตรียมเป็นชุด ผ่านการล้างและทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว

1.1 สายสวนปัสสาวะ เลือกสายสวนปัสสาวะขนาดเล็กที่สุดที่ใช้ได้โดยปัสสาวะไม่รั่ว

ออกรอบๆสาย ในผู้ใหญ่ใช้ขนาด 14 ถึง 18 F

1.2 ผ้าปู (drape)

1.3 ถุงมือ 2 คู่

1.4 เขลตี้หล่อลื่น

1.5 ถุงเก็บปัสสาวะที่มีสายต่อ

1.6 ซามรูปไต 1 ใบ

- 1.7 ถ้วย 1 ใบสำหรับใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ
- 1.8 ปากกิบไม่มีเขี้ยว
- 1.9 ผ้าก๊อช สำลี
- 1.10 กระจกบอกลีดยาขนาด 20 มล.
- 1.11 Normal saline
- 1.12 พลาสเตอร์สำหรับยึดสายสวนกับร่างกายผู้ป่วย
2. ทำการสวน ต้องเคร่งครัดต่อกรรมวิธีปลอดเชื้อ และมีขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 ล้างมือให้สะอาดทุกวิธี 6 ขั้นตอน และเช็ดมือให้แห้ง สวมถุงมือ
 - 2.2 ทำความสะอาดรอบๆ รูเปิดท่อปัสสาวะด้วยสบู่และน้ำ แล้วเช็ดด้วย normal saline
 - 2.3 ปูผ้าเปิดช่องเฉพาะบริเวณที่จะสวนปัสสาวะ
 - 2.4 เปลี่ยนถุงมือคู่มือใหม่
 - 2.5 เลือกสายสวนขนาดที่เหมาะสม ถอดสายสวนออกจากซอง ป้ายเคลือบหล่อลื่นบนสายสวน
 - 2.6 ใส่อสายสวน สำหรับผู้ชาย รัดองคชาติให้ตั้งฉากกับลำตัวผู้ป่วยด้วยนิ้วชี้และนิ้วกลางของมือซ้าย สอดสายสวนเข้าในหลอดปัสสาวะช้าๆ จนปัสสาวะไหลออกสะดวกดี ส่วนผู้ป่วยหญิงใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือซ้ายแหวก Labia แล้วจึงค่อยๆ สอดสายสวนเข้าเช่นเดียวกัน
 - 2.7 ถ้าจะคาสายสวนปัสสาวะไว้ ให้ฉีดน้ำเข้าลูกโป่งสายสวนประมาณ 10- 20 มล. ด้วยกระจกบอกลีดยาที่เตรียมไว้ แล้วค่อยๆ ดึงสายสวนออกจนลูกโป่งนั้นตรึงกระชับกับส่วนล่างของกระเพาะปัสสาวะพอดี
 - 2.8 ต่อสายสวนปัสสาวะเข้ากับท่อที่ต่อลงถุงเก็บปัสสาวะ
 - 2.9 ตรึงสายสวนปัสสาวะด้วยพลาสเตอร์ ในผู้ป่วยหญิงให้ตรึงสายสวนปัสสาวะกับที่โคนขา ด้านใน ส่วนผู้ป่วยชายจะตรึงกับโคนขาด้านหน้าหรือกับหน้าท้องก็ได้
 - 2.10 จัดสายสวนให้ลาดลงจากท่อปัสสาวะสู่ถุงเก็บปัสสาวะตามลำดับ และแขวนถุงปัสสาวะไว้ที่ข้างเตียงหรือปลายเตียง

การถอดสายสวนออกเมื่อหมดความจำเป็น อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับระยะเวลาของการคาสายสวน ถ้าหมดข้อบ่งชี้แล้วให้รีบถอดสายสวนออกซึ่งแล้วแต่แพทย์ผู้ดูแลพิจารณา

การดูแลสายสวนและการระบายปัสสาวะ ในปัจจุบันวิธีการลดอัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดคือการระบายปัสสาวะระบบปิด (closed urinary drainage system) ดังนั้นไม่ควรถอดสายสวนออกจากท่อระบายปัสสาวะโดยไม่จำเป็น และควรดูแลระบบการระบายปัสสาวะดังนี้

 1. ตรวจสอบบ่อยๆ เพื่อให้แน่ใจว่าปัสสาวะไหลลงถุงเก็บได้สะดวก อย่าให้ท่อหักพับงอ
 2. เช็ดรูเปิดของท่อปัสสาวะด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ แอลกอฮอล์ 70% ก่อน- หลัง ทุกครั้งที่มีการเปิดระบายออก เทปัสสาวะออกเมื่อปัสสาวะเกือบเต็มถุง

3. ถ้าสายต่อถูกเก็บปีสภาวะ หรือรอยต่อ รั่วหรือหลุด ให้เปลี่ยนสายต่อและถุงปีสภาวะใหม่
ทั้งหมด

4. การเก็บปีสภาวะเพื่อส่งตรวจ ถ้าต้องการปริมาณเล็กน้อย ให้เจาะคูดจากกระเปาะ
สายสวนปีสภาวะด้วยกรรมวิธีปลอดเชื้อถ้าต้องการปริมาณมาก ให้เทออกจากถุงรองรับด้วยความระมัดระวัง
โดยไม่ให้ท่อที่เก็บปีสภาวะออกสัมผัสกับสิ่งสกปรก และเช็ดท่อนั้นด้วย แอลกอฮอล์ 70%

การเปลี่ยนสายสวนปีสภาวะควรทำเมื่อจำเป็น ไม่เปลี่ยนตามกำหนดเวลา แต่พิจารณาจาก
ลักษณะการอุดตัน ความสกปรกของสายสวน หากคลึงสายสวนแล้วพบว่าภายในสายสวนมีลักษณะ
เหมือนเม็ดทรายควรเปลี่ยนสายสวน ระยะเวลาในการเปลี่ยนสายสวนไม่เจาะจงอาจอยู่ระหว่าง 5 วัน ถึง
2 สัปดาห์

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงในการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน
ระบบทางเดินปีสภาวะจากการใส่คาสายสวนปีสภาวะ จึงได้นำเสนอโครงการการเพิ่ม
ประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปีสภาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวน
ปีสภาวะต่อที่ประชุมภายในหน่วยงาน และขอความร่วมมือจากพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อร่วม
กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปีสภาวะ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 จัดทำแผนการสอนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปีสภาวะ ได้แก่ ทางเข้า
ของเชื้อจุลชีพสู่ระบบทางเดินปีสภาวะจากการคาสายสวนปีสภาวะ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลที่ระบบทางเดินปีสภาวะ การสวนปีสภาวะอย่างถูกต้อง การถอดสายสวนออกเมื่อหมด
ความจำเป็น การดูแลสายสวนและการการระบายปีสภาวะอย่างถูกต้อง

1.2 จัดทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปีสภาวะ ก่อนและหลัง
เข้ารับการอบรม จำนวน 10 ข้อ

1.3 กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินผลในการทำแบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่
ใส่คาสายสวนปีสภาวะ โดยการกำหนดให้คะแนน 0-3 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง คะแนน 4-7 อยู่
ในเกณฑ์ปานกลาง คะแนน 8-10 อยู่ในเกณฑ์ดี

2. ชั้นปฏิบัติการ

2.1 กำหนด วัน เวลา และสถานที่ผู้เข้ารับการอบรม และเชิญวิทยากร โดยให้พยาบาลควบคุม
โรคติดเชื้อเป็นผู้บรรยาย ใช้สถานที่ห้องประชุมของหอบำบัดผู้ป่วยหนัก

2.2 ประเมินความรู้ก่อนการสอนโดยการทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่
คาสายสวนปีสภาวะ เป็นเวลา 10 นาที

2.3 ทำการสอนโดยการบรรยายเกี่ยวกับเนื้อหา ทางเข้าของเชื้อจุลชีพสู่ระบบทางเดิน
ปีสภาวะจากการคาสายสวนปีสภาวะ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ระบบทางเดินปีสภาวะ
การสวนปีสภาวะอย่างถูกต้อง การถอดสายสวนออกเมื่อหมดความจำเป็น การดูแลสายสวนและการ
ระบายปีสภาวะอย่างถูกต้อง เป็นเวลา 30- 45 นาที

2.4 ประเมินหลังการสอน โดยการทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะซ้ำอีกครั้ง เป็นเวลา 10 นาที

3. ชั้นประเมินผล

3.1 ตรวจสอบคะแนนของแบบทดสอบทั้งก่อนและหลังของผู้เข้ารับการอบรม

3.2 สรุปผลคะแนนและสรุปผลการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรคในการฝึกอบรมร่วมกันกับพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ และพยาบาลในหน่วยงาน

3.3 รายงานผลการดำเนินงานเสนอหัวหน้าหอบำบัดผู้ป่วยหนัก

3.4 ติดตามประเมินผลการติดเชื้อของผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะของหน่วยงานทุกไตรมาส เพื่อประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับ

1. ทำให้บุคลากรในหน่วยงานตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น

2. เป็นการประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะในหน่วยงาน
ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพ หอบำบัดผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตากสิน ที่ได้รับการอบรมสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง ร้อยละ 100

2. พยาบาลวิชาชีพ หอบำบัดผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตากสินมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะตามเกณฑ์ที่กำหนด มากกว่า ร้อยละ 80

3. ผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะในหอบำบัดผู้ป่วยหนักไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือมีการติดเชื้อลดลง < 5 ครั้ง / 1,000 วันนอน

ลงชื่อ... อัจฉราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว

(นางสาวอัจฉราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 27 / ตุลาคม / 2552

เอกสารอ้างอิง

สมหวัง ด่านชัยวิจิตร. วิธีป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:

เรือนแก้วการพิมพ์, 2533

ทัศนาศา แคมณี. ทฤษฎีการเรียนรู้. 2550,

<http://www.personal.umich.edu/~rickl/Document/cognitive-theory-soar.pdf>

อะเคื้อ อุนทเลขกะ. ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่ :

มิ่งเมือง, 2548