

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา พ.ศ. 2567

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน 2567 - 24 ธันวาคม 2567

3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ครั้งนี้ ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ความรู้เรื่องกระดูกหัก

3.1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของกระดูกสะโพก

กระดูกสะโพกมีลักษณะเป็นข้อต่อ แบบ ball and socket synovial joint ที่ประกอบด้วยหัวกระดูกต้นขาที่มีลักษณะเกือบเป็นทรงกลม ฝังอยู่ในเบ้าที่เป็นส่วนหนึ่งของกระดูกเชิงกราน แต่ระหว่างหัวกระดูกต้นขา และเบ้า จะมีช่องว่างแยกกระดูกทั้งสองส่วนออกจากกัน ทำให้ข้อสะโพกสามารถเคลื่อนไหวได้มาก บริเวณหัวกระดูกต้นขา และบริเวณเบ้าจะมีกระดูกอ่อน (hyaline cartilage) ฝังอยู่ ซึ่งกระดูกอ่อนที่ปกคลุมหัวกระดูกต้นขา ด้านบนสุดจะหนา และจะบางลงเรื่อยๆ จนถึงบริเวณขอบล่างของหัวกระดูก ส่วนกระดูกอ่อน ที่บุผิวของเบ้าจะหนาทางด้านข้าง และจะบางลงที่บริเวณส่วนกลางของเบ้า ซึ่งกระดูกอ่อนนี้จะช่วยให้ข้อสะโพกเคลื่อนไหวได้อย่างราบรื่น หัวกระดูกต้นขายึดติดกับลำกระดูกต้นขา (femoral shaft) ด้วยส่วนคอกระดูก (femoral neck) โดยคอกระดูกจะทำมุมกับลำกระดูกต้นขาประมาณ 125 - 135 องศา และจะเอียงเป็นมุมไปด้านหน้าเล็กน้อย (anteversion) ประมาณ 10 - 15 องศา ส่วนบนของกระดูกที่อยู่ต่ำลงมาจากส่วนคอกระดูกต้นขาทางด้านนอก เรียกว่า greater trochanter ซึ่งเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อในการกางข้อสะโพก (hip abductors) และส่วนล่างของกระดูก ที่อยู่ต่ำลงมาจากส่วนคอกระดูกทางด้านใน เรียกว่า lesser trochanter ซึ่งเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อ iliopsoas และบริเวณที่อยู่ระหว่าง greater และ lesser trochanter นี้จะมีสันกระดูกที่เรียกว่า intertrochanteric line ส่วนเบ้าของกระดูกเชิงกรานที่ประกอบเป็นข้อสะโพกนั้น เรียกว่า acetabulum ซึ่งประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น ได้แก่ ilium, ischium และ pubis ซึ่งเบ้านี้จะหันไปทางด้านหน้าลงล่าง และออกไปด้านข้าง

3.1.2 ความหมายของกระดูกหัก

กระดูกหัก (Bone Fracture) คือ ภาวะที่มีการแตกหรือหักของกระดูกบริเวณที่หักอาจจะแตกเป็นรอย โดยเคลื่อนออกจากกันหรือไม่ก็ได้ บางครั้งกระดูกแตกเป็นหลายชิ้นขึ้นอยู่กับลักษณะการบาดเจ็บและความรุนแรงของอุบัติเหตุหรือการกระแทกกระดูกหัก อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการหรือในบางรายอาจทำให้เสียชีวิตได้

การจำแนกประเภทของของกระดูกหัก นิยมใช้วิธีของ Garden ในการแบ่งประเภทของคอกระดูกสะโพกหัก ซึ่งบอกวิธีการรักษาและ พยากรณ์โรคได้ โดยแบ่งเป็น Garden I หักแบบไม่สมบูรณ์ (incomplete or impacted valgus fracture) คือมีการหักของหัวสะโพก ฝังเข้ากับกระดูกคอสะโพก (valgus impact) จะเห็นรอยหักของ cortex ส่วนบนเท่านั้น และอาจเห็นเงาของ กระดูกที่ซ้อนกัน เป็นเส้นทึบสีขาว Garden II หักแบบสมบูรณ์ แต่ไม่มีการเคลื่อนของ กระดูก (complete fracture without displacement) จะเห็นรอยหักผ่าน cortex ทั้งสองฝั่งในท่า AP และ lateral cross table Garden III หักแบบสมบูรณ์และมีการเคลื่อนที่เกย กันของกระดูกบางส่วน (complete fracture with partial displacement) จะสังเกตเห็นเส้น trabecular ของ หัวกระดูก ทำมุมกับเส้น trabecular ที่คอกระดูก Garden IV หักและเคลื่อนแบบสมบูรณ์ และมีการเคลื่อนหลุดระหว่างกระดูกสองหัวและคอ (complete fracture with total displacement) จะสังเกตเห็นเส้น trabecular ของหัวกระดูก ขนานกับเส้น trabecular ที่คอกระดูกอีกครั้ง เนื่องจากหัวสะโพกเคลื่อนหลุดจากคอสะโพกอย่างสมบูรณ์ ทำให้หัวสะโพก

กลับเข้ามาอยู่ในตำแหน่งปกติตามกายวิภาค แต่การแบ่งลักษณะกระดูกหักตามวิธีของ Garden ยังมีปัญหา interobserver and intra observer reliability โดยเฉพาะระหว่าง Garden type I กับ type II และ type III กับ type IV ดังนั้น ในทางเวชปฏิบัติการแบ่งชนิดของการหักออกเป็น nondisplaced fracture (Garden type I,II) และ displaced fracture (Garden type III,IV) ก็เพียงพอ ในการวางแผนการรักษา นอกจากนี้จะมี Pauwel classification (10) ที่ประเมินมุมของกระดูกที่หัก เทียบกับแกนในแนว horizontal แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Type 1 ทำมุมน้อยกว่า 30 องศา จึงมีความมั่นคงสูง Type 2 ทำมุม 30-70 องศา Type 3 ทำมุมมากกว่า 70 องศา จัดว่าเป็นชนิดที่มีความไม่มั่นคง เนื่องจากมุมที่หักค่อนข้างชัน จึงมีโอกาส เคลื่อนได้ง่ายจากแรงเฉือน (shearing force) ที่กระทำผ่าน รอยหักของกระดูก ดังนั้น การเลือกอุปกรณ์ยึดตรึงกระดูก ใน Pauwel type 3 จึงต้องเลือกชนิดที่มีความแข็งแรงทนแรงเฉือนได้ดี

3.1.3 อุบัติการณ์การเกิดโรค

จากข้อมูลสถิติประชากรปี 2565 พบว่า ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีจำนวนมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็น 18.3 % ของประชากรทั้งหมด และเป็นช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็น 56.5% ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยมีโรคกระดูกพรุนเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยง ทำให้กระดูกหักมากกว่า ผู้ที่ไม่เป็นโรคประมาณ 5 เท่า และคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 2.02% ต่อปี ทั้งนี้ จากข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในปี 2549 มี 23,426 ราย และในปี 2568 เพิ่มขึ้นเป็น 34,246 ราย คิดประมาณว่าในปี 2593 จะเพิ่มเป็น 56,443 ราย สาเหตุสำคัญของกระดูกสะโพกหักเกิดจากการ พลัดตก หกล้ม นอกจากนี้กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุขรายงานในปี 2566 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป การพลัดตก หกล้มทำให้เสียชีวิตสูงถึง 10.20 คน ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน

3.1.4 สาเหตุการบาดเจ็บ

ในผู้ป่วยสูงวัยเกิดจากการล้มขณะเดินหรือใช้ชีวิตประจำวัน แรงกระแทกบริเวณสะโพกจะผ่าน ปุ่มกระดูก greater trochanter เข้ามาที่คอกระดูกสะโพกและทำให้เกิดการหัก ในผู้ป่วยอายุน้อยจะเกิดจาก อุบัติเหตุรุนแรง เช่น อุบัติเหตุทางการจราจร ตกจากที่สูง หรือเล่นกีฬา เป็นต้น

3.1.5 อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการปวดขณะเดินลงน้ำหนักหรือปวดเวลาขยับข้อสะโพก บริเวณที่ปวดมักเป็นบริเวณ ขาหนีบ ต้นขาหน้าแข็งและด้านใน อาการปวดจะอยู่ในระดับของต้นขาจนถึงลูกสะบ้า จะไม่ต่ำกว่าข้อเข่า ความผิดปกติในการเดิน ระยะแรกผู้ป่วยอาจปรับตัวในการเดินเป็นการเดินแบบกะเผลก (antalgic gait) โดยการเดินลงน้ำหนักด้านปวดสั้นและน้อย เอียงตัวมาด้านที่ปวดเพื่อลดแรงกระทำต่อสะโพก ทำให้สะโพกข้างที่ได้รับบาดเจ็บ สูงชันกว่าข้างที่ไม่บาดเจ็บ (trendelenburg gait) ความยาวของขาไม่เท่ากัน จากการยุบตัวหรือเคลื่อนออกของ หัวกระดูกสะโพก จะตรวจพบขาสั้น อาการบวม พบรอยช้ำและกดเจ็บบริเวณขาหนีบ เป็นผลจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากแรงกระแทก เอ็นยึดเข้าสะโพกและเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวสะโพกเกิดการดึงรั้งหรือฉีกขาด

3.1.6 การวินิจฉัยโรคและการจำแนกประเภทของการหัก

การตรวจร่างกาย

ในผู้ป่วยคอกระดูกสะโพกหักแบบเคลื่อน (displaced femoral neck fracture) จะพบว่า ขาสั้นลงและ บิดออกในท่า external rotation มีอาการปวดมากเวลา ขยับจึงไม่จำเป็นต้องตรวจพิสัยการเคลื่อนไหว เนื่องจาก ทำให้ผู้ป่วยปวด และทำให้กระดูกหักเคลื่อนที่ได้ ในผู้ป่วยคอกระดูกหักแบบไม่เคลื่อนอาจตรวจพบเพียง อาการเจ็บ เวลาขยับข้อสะโพกโดยเฉพาะ internal rotation และเจ็บเวลาเคาะสั้นเท้า

การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย

1. ภาพรังสีในท่า AP และ lateral cross table จะพบความไม่ต่อเนื่องของ Shenton line แต่ใน incomplete fracture (impacted valgus) Shenton line จะปกติแต่เห็นรอยหักบริเวณขอบด้านบนของคอกระดูกสะโพก และเห็นรอยซ้อนกันของหัวและคอกระดูกสะโพก ซึ่งเกิดจากการทรุดเข้าหากัน ปัญหาในเวชปฏิบัติที่ทำให้แพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยคอกระดูกสะโพกหักได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากคุณภาพของภาพรังสี เพราะคอกระดูกสะโพกมีมุม anteversion ประมาณ 20 องศา และขาผู้ป่วย มักอยู่ในท่า external rotate ทำให้เห็นคอกระดูกสะโพกไม่ชัดเจนการส่งภาพรังสีโดยแพทย์ช่วยบิดหมุนขา internal rotate ทำให้เห็นคอกระดูกในท่า true AP และเห็นรอยหักได้ชัดเจนขึ้น ไม่ควรส่งภาพรังสีท่า frog leg เพราะ กระดูกหักอาจเคลื่อนในระหว่างจัดท่าได้

2. Magnetic resonance imaging (MRI) ช่วยใน การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการปวดสะโพกและสงสัยคอกระดูกสะโพกหัก แต่ไม่พบรอยหักในภาพรังสี

3.1.7 การรักษา

เป้าหมายคือให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและยืนได้เร็วที่สุด จากงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง หลังกระดูกหัก จะลดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหลัง 48 ชั่วโมง ดังนั้น แนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกคอสะโพกหัก ในปัจจุบันจึงเป็นการรักษาแบบเร่งด่วน urgency surgery ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย เพื่อลดอัตราการเกิดหัวกระดูกสะโพกขาดเลือด (osteonecrosis) และในผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย การรักษาเบื้องต้นโดยการดึงขาด้วย Buck's skin traction พบว่าไม่สามารถลดอาการปวด และปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยต้องได้รับระหว่างรอผ่าตัดได้ จึงไม่มีความจำเป็นให้ดึงขาผู้ป่วยระหว่างรอผ่าตัด

1. วิธีอนุรักษ์ (conservative treatment) มีข้อ บ่งชี้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไม่สามารถผ่าตัดได้ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกนั่งหรือยืนเอง (non ambulator) ตั้งแต่ก่อนกระดูกหัก

2. การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด (surgical treatment) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ (close or open reduction with internal fixation) คือการใช้ multiple screws เพื่อยึดกระดูกเข้าหากัน เหมาะกับผู้ป่วย nondisplaced fracture ทุกกลุ่มอายุ และ displaced fracture ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ซึ่งไม่เหมาะสมที่จะทำการเปลี่ยนข้อเทียม ใน Garden I ที่การหักเกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ แต่พบว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วย เกิดการเคลื่อนที่ของกระดูกหักหลัง รักษาโดยวิธีอนุรักษ์ จึงแนะนำให้ผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วย โลหะไปเลยเพื่อป้องกันการเคลื่อนของกระดูกในกรณี กระดูกหักเป็น Pauwel type III ซึ่งมีความไม่มั่นคงหรือ กระดูกหักอยู่ขอบล่างของคอกระดูกสะโพก (Basi cervical fracture) ควรเลือก sliding hip screw with anti rotation screw ยึดตรึงกระดูก เพราะมีความแข็งแรงเชิงกลมากกว่า multiple screws และป้องกันการล้าหลัง fixation ได้ดีกว่า

2.2 ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Hip replacement) เหมาะกับผู้ป่วย displaced fracture ที่อายุมากกว่า 65 ปี เนื่องจากเกิดหัวกระดูกสะโพกขาดเลือดได้สูง โดยเลือกทำ total hip replacement ในผู้ป่วยที่มีความต้องการใช้งานค่อนข้างสูง (active and independent ambulatory) และเลือกทำ partial hip replacement ในผู้สูงอายุที่มีการใช้งานจำกัดและมีโรคประจำตัวค่อนข้างมาก (dependent ambulator)

การดูแลหลังผ่าตัด

1. ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำ (deep vein thrombosis) ในงานวิจัยที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยสะโพกหักตรวจพบภาวะลิ่มเลือด อุดตันในเส้นเลือดดำก่อนผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 16.3 การให้ยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด (anticoagulant) ร่วมกับการใช้ mechanical pumping ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

2. ฝึกให้ผู้ป่วยลุกนั่ง ยืนข้างเตียง และเดินโดยใช้ อุปกรณ์ช่วยเดินภายใน 3 วันหลังผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

3. ในผู้ป่วยที่ทำการยึดตรึงกระดูกด้วย multiple screws หรือ sliding hip screw สามารถลงน้ำหนักบางส่วนได้ทันทีหลังผ่าตัด (partial weight ambulation) ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินและค่อยๆ เพิ่มการลงน้ำหนัก โดยพิจารณาจากอาการและภาพรังสี จนสามารถลงน้ำหนัก เต็มที่ประมาณ 3 เดือนหลังผ่าตัด

4. ในผู้ป่วยที่ทำการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมชนิด cementless สามารถลงน้ำหนักบางส่วนได้ทันทีหลังผ่าตัด ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินและลงน้ำหนักเต็มที่ประมาณ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่รับการเปลี่ยนข้อเทียมชนิด cemented สามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่ทันทีหลังผ่าตัด

3.1.8 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหัก แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2564)

1. การพยาบาลเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดการผ่าตัด เช่น วิธีการผ่าตัดระยะเวลาในการพักฟื้นทั้งในห้องผ่าตัดและหลังการผ่าตัด

- ผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลที่ทำการรักษาทราบ หากมีโรคประจำตัวเพื่อประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด

- แนะนำดูแลผู้ป่วย โดยจะฝึกผู้ป่วยให้รู้วิธีลดความกังวลในการผ่าตัด เช่นฝึกการหายใจเข้า-ออกทางปาก

- ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และการไออย่างถูกวิธี เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากปอดหลังการผ่าตัดแนะนำวิธีการป้องกันการเกิดท้องผูก เช่นอาหารที่เหมาะสม การลุกเดินจากเตียงเพื่อให้กระเพาะและลำไส้กลับมาทำงานได้เร็วยิ่งขึ้น

- ในกรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ในการดำรงชีวิตหลังการผ่าตัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลจะดูแลผู้ป่วยจะแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ที่ถูกต้อง

- ดูแลผู้ป่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อ แผลกดทับ และแนะนำวิธีป้องกัน

- ผู้ป่วยควรงดอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง หรือตามที่แพทย์สั่ง เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปยังหลอดลมระหว่างการผ่าตัด

- ดูแลผู้ป่วยทำความสะอาดบริเวณที่ผ่าตัดเช่นอาบน้ำ ผู้ป่วยควรตัดเล็บให้สั้น ไม่ทาสีเล็บ ไม่แต่งหน้าเพื่อแพทย์และพยาบาลที่ทำการผ่าตัดจะให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้หากมีความผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด เช่นการขาดออกซิเจน ไม่ควรโกนขนเองบริเวณที่ผ่าตัดเพราะอาจเสี่ยงต่อการเกิดแผลและอาจติดเชื้อโรคได้ขณะทำการผ่าตัด งดการใช้ครีมและเครื่องสำอางทุกชนิดก่อนการผ่าตัด หากผู้ป่วยใส่คอนแทคเลนส์ หรือฟันปลอมควรถอดก่อนการผ่าตัด

- ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่ดีครบ 5 หมู่ เพื่อเพิ่มโอกาสให้ร่างกายฟื้นฟูได้เร็วยิ่งขึ้น

- ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้วก่อนการผ่าตัดเพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อผู้ป่วยควรควบคุมน้ำหนัก เพราะหากน้ำหนักตัวเบา หรือ น้ำหนัก มากเกินไปจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด
- ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือควรงดการสูบบุหรี่อย่างน้อย 3-6 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการผ่าตัด เช่น ความเสี่ยงในการเกิดหัวใจวายเพราะการสูบบุหรี่ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น
- หากผู้ป่วยใช้ยาจำพวกยาระงับปวดให้ลดปริมาณการใช้ลงก่อนการผ่าตัด เพื่อไม่ให้ร่างกายคุ้นชินกับยาระงับปวดมากเกินไป ยาระงับปวดจะได้มีประสิทธิภาพในการระงับความปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด
- หากผู้ป่วยมีการทานอาหารเสริมและวิตามินควรปรึกษาแพทย์ เพื่อให้แพทย์พิจารณาว่าควรหยุดรับประทานหรือไม่ก่อนการผ่าตัด
- ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการตรวจสัญญาณชีพ และต้องมีการเซ็นยินยอมรับการผ่าตัดผู้ป่วยควรมาโรงพยาบาลตามวัน และเวลาตามที่นัดหมาย

2. การพยาบาลดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

- ดูแลผู้ป่วยคอยดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังจากฟื้นจากการผ่าตัด
- ดูแลผู้ป่วยจะคอยสอบถามเรื่องความเจ็บปวด โดยจะสอบถามเป็นระดับความเจ็บเพื่อประเมินปริมาณยาที่จะใช้ระงับความเจ็บดูแลผู้ป่วย คอยตรวจสอบบริเวณที่ผ่าตัดที่มีสายยางเพื่อระบายเลือด และของเหลวออกจากบาดแผลว่ามีอาการหลุด หรือการดึงออกมาของผู้ป่วยหรือไม่
- ดูแลผู้ป่วยจะแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าและออกตามที่ได้ฝึกมาก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยขอยาระงับปวดได้น้อยลงหลังการผ่าตัดมักจะมีเสมหะในลำคอ ดูแลผู้ป่วยจะแนะนำวิธีการไอตามที่เคยให้ผู้ป่วยฝึกมา เพื่อลดอาการแผลฉีกขาด และลดการเจ็บแผล
- ดูแลผู้ป่วยจะช่วยมาเปลี่ยนท่านอน หรือพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ
- หากแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหาร ดูแลแนะนำให้ผู้ป่วยให้เริ่มต้นการรับประทานอาหารในปริมาณน้อยๆ เพื่อสังเกตว่ามีอาการแน่นท้องหรือไม่ หากทานได้ปกติ ก็สามารถรับประทานอาหารตามปกติได้ โดยเน้น อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก และผลไม้ เพราะจะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอทำให้แผลหายเร็วมากยิ่งขึ้น
- ดูแลผู้ป่วยจัดยามาให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ดูแลผู้ป่วยคอยแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการขับถ่ายให้สม่ำเสมอเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอโดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรก
- หลังผ่าตัด เจ้าหน้าที่พยาบาลจะให้การดูแลในเรื่องความเจ็บปวด โดยจะถามระดับความเจ็บปวดจากผู้ป่วย เพื่อประเมินการให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์
- หลังผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายอาจมีเครื่องบริหารยาเพื่อลดความเจ็บปวดมาด้วย โดยเครื่องนี้ผู้ป่วยสามารถกดให้ยาแก้ปวดได้ด้วยตัวเอง เมื่อมีอาการปวดอยู่ภายใต้การควบคุมและดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้

บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ แต่บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญอย่างยิ่ง ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับแบบองค์รวม เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่ทีมสุขภาพร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและถูกต้อง เหมาะสม อาจกล่าวได้ว่าในระบบการวางแผนจำหน่ายนั้นพยาบาลทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ให้บริการสุขภาพทางการพยาบาลและเป็นทั้งผู้ประสานงานติดต่อระหว่างทีมสุขภาพ รวมถึงสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ มีดังนี้

1. การประเมินปัญหาสุขภาพ เป็นการประเมิน ปัญหาแบบองค์รวม ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึง แหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือ หรือตามความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดย การ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และใช้ทักษะต่างๆ เช่น การฟัง การสังเกต เป็นต้น

2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ วิเคราะห์และสรุป ข้อมูลที่รวบรวมมาได้ เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา ซึ่งสามารถกระทำได้พร้อมๆ กับการพยาบาลในแต่ละวัน ร่วมกับใช้ความรู้ประสบการณ์และทักษะการพยาบาล ในการพิจารณาว่าข้อมูล แต่ละข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน อย่างไร สามารถบ่งชี้ว่าเป็นความผิดปกติของผู้ป่วยได้หรือไม่ มีแนวโน้มที่จะแสดงว่าเกิดพยาธิสภาพเพิ่มขึ้นภายหลังหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาแบบแผนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ว่าก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตได้หรือไม่ เพื่อจะทราบถึงภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินและวินิจฉัย ปัญหาโดยรวบรวมข้อมูลดังกล่าวมาใช้วางแผน ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัว กำหนด เป้าหมาย ระยะสั้น ระยะยาวและวิธีประเมินผล รวมทั้งเนื้อหาในการแผนการจำหน่ายผู้ป่วย สามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความ เฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละคน และปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความเหมาะสม รูปแบบการจำหน่ายที่นิยมใช้กันอย่าง แพร่หลายใน ปัจจุบันได้แก่ รูปแบบ M-E-T-H-O-D มีรายละเอียดครอบคลุม ดังนี้

Medication: ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่าง ละเอียดถึง ชื่อของยา การออกฤทธิ์ ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ วิธีการใช้ยาขนาด และปริมาณของยา จำนวนครั้ง ระยะ เวลาที่ใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยารวมถึงข้อห้ามข้อควรระวัง สำหรับการใช้ยา

Environment & Economic: ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้และสามารถจัดการเกี่ยวกับ สภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถที่จะใช้และตัดแปลงแหล่ง ประโยชน์ในชุมชน การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ควรหลีกเลี่ยง บางรายอาจ ต้องการการฝึกฝนอาชีพใหม่

Treatment: ผู้ป่วยและญาติต้องรับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ และมีทักษะที่ จำเป็น ในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และสามารถแก้ไข สถานการณ์ฉุกเฉินได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการ และแก้ไขปัญหาหรืออาการผิดปกติหรืออาการ แทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

Health: ผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้ความเข้าใจรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัด อะไรบ้าง เข้าใจถึงผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลกระทบด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจกลายเป็นผู้ที่พึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ป่วยและญาติต้องสามารถปรับตัว ปรับวิถี การดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัด ด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสามารถปรับตัวในการส่งเสริม ต่อการฟื้นฟูสุขภาพ มีความรู้ความสามารถที่จะ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

Outpatient referral: ผู้ป่วยและญาติต้องเข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตาม ที่แพทย์นัด รู้ข้อมูลแหล่งขอความช่วยเหลือหรือแหล่งประโยชน์ใน กรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น รวมถึงการส่งต่อ ข้อมูล แผนการดูแลต่อเนื่อง และการสรุปผลการดูแลไปยัง เจ้าหน้าที่ในชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เวลาเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

Diet: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และมีความเข้าใจ สามารถที่จะเลือกอาหารรับประทานอาหาร และสามารถประกอบอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและข้อจำกัด ด้านสุขภาพของตนเอง ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดรับประทานอาหารที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

4. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนจำหน่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผนจำหน่าย และร่วมดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ให้สำเร็จ ซึ่งต้องประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ วิธีปฏิบัติประกอบด้วย การสอน การสาธิต การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาการให้ความช่วยเหลือ การส่งต่อข้อมูลไปยังแหล่งประโยชน์ในชุมชน และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น

5. การประเมินผล การประเมินผลต้องติดตามทั้ง ระยะสั้น และระยะยาว โดยประเมินจากทักษะความรู้ของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การสังเกต การสอบถาม การทวนสอบและการทดลองให้ปฏิบัติ รวมถึงการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ถ้าหากพบว่า ผลการประเมินยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ อาจต้องย้อนกลับไปปฏิบัติตามขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายใหม่อีกครั้ง

3.2 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.2.1 กระบวนการพยาบาล (Nursing process) มีองค์ประกอบที่สำคัญหรือมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการเก็บรวบรวม จัดกลุ่ม ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างมีระบบ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวบรวมมาได้ เพื่อนำมาตัดสินใจว่าปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้น ในขณะนั้นคืออะไร หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นคืออะไร พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความ จัดกลุ่ม ตัดสิน และกำหนดชื่อของภาวะสุขภาพนั้น เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Planning) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำเอาปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ที่ประเมินได้จากขั้นตอนการวินิจฉัย มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ทราบว่าปัญหาใดต้องได้รับการแก้ไขก่อนหลัง จากนั้นกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล และเขียนแผนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เป็นขั้นตอนเพื่อนำแผนที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 3 มาสู่การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ภายหลังจากปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องทำการบันทึกกิจกรรมที่ได้ให้

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินว่าผู้รับบริการได้รับการดูแล และมีการพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่วางไว้ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ในขั้นตอนนี้พยาบาลและผู้รับบริการต้องตัดสินใจร่วมกันว่าแผนการพยาบาลได้ผลหรือไม่ มีปัจจัยใดที่มีผลทำให้บรรลุผลหรือล้มเหลว ถ้าพบว่าการพยาบาลที่ปฏิบัติไม่บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องปรับแผนการพยาบาลใหม่ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วิธี 1-4 ใหม่ จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.2.2 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผน (พรศิริ พันธสี, 2562)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผน

สุขภาพของ กอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน โดยการประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสุขภาพ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน
3. การขยับถ่าย เกี่ยวกับการขยับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัย ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขยับถ่าย
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด
5. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ
6. สถิติปัญญาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสความสามารถทางสถิติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง
8. บทบาทและสัมพันธ์ภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสาร และพัฒนาการด้านสังคม
9. เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์
10. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด
11. คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

4. สรุปสาระ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

คอกระดูกต้นขาหัก (Fracture neck of femur) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 80 เกิดในเพศหญิง ส่วนใหญ่เกิดจากการล้มสะโพกกระแทกพื้น ในผู้ป่วยสูงอายุมักมีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกพรุนโดยตรง ขณะที่อุบัติการณ์ในผู้ป่วยอายุน้อย พบได้น้อยมาก สาเหตุการเกิดการบาดเจ็บสัมพันธ์กับอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น ตกจากที่สูง หรืออุบัติเหตุทางจราจร คอกระดูกต้นขาหัก เป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นส่วนที่ใช้น้ำหนักและเคลื่อนไหว การยืนและเดิน ความสำคัญของการบาดเจ็บชนิดนี้คือ ตำแหน่งที่หักส่วนใหญ่มักเกิดภายในเยื่อหุ้มข้อ (Intracapsular fracture) กระดูกที่หักและเคลื่อนที่ จะไปรบกวนเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณหัวกระดูกต้นขา ทำให้เกิดความเสียหายต่อภาวะหัวกระดูกตายจากการขาดเลือดในภายหลัง (นรเทพ กุลโชต, 2562) การเกิดคอกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุ จะต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาที่สูงมากถึง ร้อยละ 72 ของยอดค่าใช้จ่ายในการรักษากระดูกหักทั้งหมด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะกระดูกหักและโรคแทรกซ้อนที่มักพบร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะหัวใจขาดเลือด โรคไต โรคความจำเสื่อม เป็นต้น สำหรับในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก ในประชากรทั้งหญิงและชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ถึงปีละ 162 ครั้ง

ต่อ 100,000 ราย และจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 851 ครั้ง ต่อ 100,000 ราย (วาสนา แจ้งไธสง, 2564) จากข้อมูลของระบาดวิทยา พบความเสี่ยงของการหกล้มเพิ่มขึ้นตามอายุโดยในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะหกล้มได้บ่อยกว่าผู้ชาย ในผู้สูงอายุจะมีการควบคุมการทรงตัวของระบบประสาท และกล้ามเนื้อด้อยลง ซึ่งตำแหน่งที่มักเกิดการหกล้ม คือ กระดูกต้นขา (Femur) หรืออาจเกิดภาวะกระดูกข้อสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและอันตรายที่สุดของการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีคอกระดูกต้นขาหักจะพบอัตราเกิดความพิการแบบถาวร (Permanent Disability) สูงถึงร้อยละ 30 ภายใน 1 ปี (นราพงษ์ หังสพฤกษ์, 2563) ส่งผลตามมาคือ ผู้ป่วยสูญเสียคุณภาพชีวิต รวมถึงผลกระทบต่อสังคม และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลอย่างมาก ผู้ป่วยบางรายต้องนอนติดเตียงทำให้เกิดแผลกดทับ หรือมีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ มีภาวะล้มเลือดออกตลอดเลือดดำที่ขาและปอด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจเกิดภาวะทุพพลภาพจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เป็นภาระต่อญาติและครอบครัวในการดูแล พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยรับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ และประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และลดอัตราการตาย (สุรางกุล สุระเสน, 2563)

จากนโยบายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) การดำเนินการเริ่มจาก การส่งเสริมให้มีการผ่าตัดแบบ Early surgery ซึ่งผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention จะต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 90 ข้อมูลจากการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น สถิติในการผ่าตัดข้อสะโพก ในระหว่างปี 2565 - 2567 มีจำนวนจำนวน 54, 70 และ 74 ครั้ง ตามลำดับ (สารสนเทศโรงพยาบาลชุมแพ, 2567) ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง คิดเป็น ร้อยละ 56, 76 และ 84 ตามลำดับ ภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยที่สูงอายุ มีความเสื่อมของสภาพร่างกาย และมีความเจ็บปวด การดูแลฟื้นฟูหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากได้รับการฟื้นฟูที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ในส่วนผู้ป่วยและญาติบางรายที่ไม่ยินยอมรับการผ่าตัด เนื่องจากสูงอายุมาก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ง่าย เกิดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการรักษา อาทิ แผลกดทับ ร้อยละ 8.01, 11.21 และ 5.85 ตามลำดับ

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลชุมแพตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จึงได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพอื่นๆ ในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาซ้ายหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา

4.3 เป้าหมาย

ให้การพยาบาลผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาซ้ายหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม : กรณีศึกษา โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา สนับสนุนการบรรลุตัวชี้วัดในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ คือ fracture around the hip

4.4 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกต้นขาซ้ายหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 1 ราย ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน 2567 - 24 มิถุนายน 2567 โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย แผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล อภิปรายสรุปผลการศึกษา

4.5 ขั้นตอนในการดำเนินงาน

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย 5 อันดับโรคแรกของงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกศึกษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เนื่องจากเป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่พบมากจัดอยู่ใน 5 อันดับโรคแรกของงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
3. ขออนุมัติหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
4. ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกหัก กายวิภาค สรีรวิทยาของระบบกระดูกและข้อที่เกี่ยวข้อง สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการหักของกระดูก อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้
 - 5.1 การประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย
 - 5.2 การวินิจฉัยการพยาบาล
 - 5.3 การวางแผนการพยาบาล
 - 5.4 การปฏิบัติการพยาบาล
 - 5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง
6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค
7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ และทีมการพยาบาล
8. จัดทำผลงานวิชาการ

4.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กรณีศึกษา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้รับการวางแผนและให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถกลับมาดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยเริ่มต้นแต่ การคัดกรอง การประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยง และให้การพยาบาลพร้อมทั้งติดตามประเมินผล
2. พยาบาลวิชาชีพนำผลการศึกษาจากการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รายอื่น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ

ให้โรงพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 1 ราย มีผลสำเร็จ ดังนี้ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 68 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดสะโพกขวา 4 ชั่วโมงก่อนมา อาการปัจจุบัน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่า ลื่นล้ม สะโพกขวากระแทกพื้น หลังจากนั้นมีอาการปวดขาขวา และไม่สามารถยกขาขวาขึ้นได้ จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือโรคไตวาย โรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติรับการรักษาโรคประจำตัวต่อเนืองที่โรงพยาบาลหนองเรือ แพทย์ทำการตรวจร่างกาย และถ่ายภาพทางรังสี พบกระดูกต้นขาหัก ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ การรักษาเบื้องต้นคือการจำกัดการเคลื่อนไหว โดยการดัดถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังที่ขาข้างขวาไว้ 3 กิโลกรัม ประเมินผู้ป่วยพบว่า มีความปวดอยู่ที่ระดับ 8 คะแนน ได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาปวด ด้วยการให้ยามอร์ฟีนขนาด 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง หลังนอนพักในโรงพยาบาล พบมีภาวะความดันโลหิตค่อนข้างสูง ได้ให้การรักษา ติดตามประเมิน และเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูง หลังจำกัดการเคลื่อนไหว ในวันต่อมาผู้ป่วยเกิดแผลกดทับที่บริเวณก้นกบ ระดับ 1 กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดแผลกดทับเพิ่ม ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่สะโพกข้างขวา แผลผ่าตัดมีเลือดซึม พบเลือดในขวดระบายเลือดปริมาณ 50 มิลลิลิตร มีภาวะซีด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) 22 vol% แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยการให้เลือด และมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) รักษาด้วยการให้ยารับประทานเพื่อเพิ่มโพแทสเซียมในเลือด ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด สีหน้าไม่สุขสบาย ได้รับยาลดปวดมอร์ฟีนขนาด 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อลดปวด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีญาติช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อขา และกระดกปลายเท้าบ่อยๆ หลังผ่าตัดวันที่ 2 ไม่มีไข้ เปิดทำแผลและถอดสายระบาย แพทย์ให้ฝึกเดิน โดยมีนักกายภาพบำบัดสอนและญาติคอยช่วยเหลือ ผู้ป่วยยังเดินไม่ได้เนื่องจากยังมีอาการปวดแผล ได้รับยาลดปวดมอร์ฟีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำเพื่อลดปวด หลังผ่าตัดวันที่ 3 ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ปวดแผลลดลง กระดกเท้าได้มากขึ้น ฝึกลุกนั่งบนเตียง ฝึกหย่อนขาข้างเดียว หลังผ่าตัดวันที่ 4 ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่ซึม ยังมีอาการปวดแผล คะแนนความปวดอยู่ที่ระดับ 5 คะแนน ฝึกเดินด้วยไม้เท้า 4 ขา เดินได้ยังไม่คล่อง หลังผ่าตัดวันที่ 5 ยังมีอาการปวด เดินได้เพียง 3-5 ก้าว หลังผ่าตัดวันที่ 6 ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ปวดแผลทุเลาลง แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ แนะนำให้เปิดทำแผลวันละครั้ง ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน และครบตัดไหมในวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 รวมวันนอนในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 8 วัน นัดตรวจซ้ำอีก 2 สัปดาห์ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 24 มิถุนายน 2567 จากการติดตามผู้ป่วย มาตรวจตามนัดวันที่ 8 พฤษภาคม 2567 สดชื่นดี ไม่มีไข้ แผลที่สะโพกขวาแห้งดี ไม่ซึม เดินได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขาได้มั่นคง ไม่มีพัสดกหกล้ม ในการดูแลผู้ป่วย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีแผลกดทับเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากกระดูกสะโพกหัก และการดัดถ่วงน้ำหนัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะ Hypokalemia

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปลี่ยนสะโพกเทียม ได้แก่
เกิดการลื่นเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก/ภาวะก้อนไขมันอุดตัน
ในปอด/เส้นประสาทและหลอดเลือดดำส่วนปลายทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อค

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณสะโพก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 วิดกกังวลเนื่องจาก พร่องความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อข้อสะโพก มีความรู้ สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้องหลังผ่าตัด หายจากอาการเจ็บปวด มีข้อสะโพกที่มั่นคง เคลื่อนไหวได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความเหมาะสม ใช้งานได้เหมือนหรือใกล้เคียงกับปกติ ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษาในทุกๆระยะของการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพที่มดูแลได้เข้ามามาตรฐานตามขั้นตอนการเตรียมก่อนผ่าตัด และวางแผนการดูแลหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติ สนับสนุนตัวชีวิตของ Service plan ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ เพื่อลดอัตราการตาย พิการติดเตียง และลดภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย จากการประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลชุมแพ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่าร้อยละ 80

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาครั้งนี้ มีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พยาบาล มีบทบาทสำคัญในดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล ตลอดจนถึงการดูแลแนะนำผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจการดูแลตนเองหรือญาติต่อเนืองที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ไม่ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นำแนวทางการพยาบาลที่ได้จากการศึกษา ไปจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโรงพยาบาลชุมแพ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และนำผลการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบกระบวนการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การปรับปรุงแนวทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ให้ทันสมัย สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีลักษณะโรคคล้ายกัน เพื่อลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกัน

6.2 ผลกระทบ

6.2.1 ผลกระทบต่อผู้รับบริการ

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษา มีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล ตลอดจนถึงการดูแลแนะนำผู้ป่วยและญาติ

ให้เข้าใจการดูแลตนเองหรือญาติต่อเรื่องที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ไม่ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

6.2.2 ผลกระทบต่อตนเอง

เพิ่มพูนองค์ความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ และยังสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในนิเทศเจ้าหน้าที่ระดับรอง หรือนักศึกษาได้

6.2.3 ผลกระทบต่อหน่วยงาน

หน่วยงานมีแบบแผนการพยาบาล ผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาหัก (Fracture right neck of femur) ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีลักษณะโรคคล้ายกัน เพื่อลดอุบัติเหตุการมีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกัน

7. ความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดำเนินการ

จากรายงานการประเมินตนเอง ของทีมที่ดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคทางออร์โธปิดิกส์ (PCT) โรงพยาบาลชุมชนแพ ได้วิเคราะห์และให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญของแต่ละโรคตามเกณฑ์ต่าง ๆ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง คือกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นกลุ่มโรคสำคัญในทุกๆ ด้าน หลังกระดูกสะโพกหัก การรักษาที่ดีที่สุดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะตามมาคือ การผ่าตัดที่รวดเร็ว จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็วเช่นกัน และจากการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคือ การผ่าตัดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และมีบทบาทสำคัญในการดูแล และช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดมากขึ้น สามารถควบคุมตนเองได้เมื่อเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ที่มารับบริการส่วนมากมักมีโรคร่วม ในการประเมินผู้ป่วยที่มีโรคร่วมคือ ความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องประเมินความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และบันทึกผลอย่างสม่ำเสมอ ประเมินประวัติการรักษา โรคความดันโลหิตสูง เช่น ยาที่ใช้ อาการแสดงที่ผ่านมา ประวัติ โรคร่วม เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ตรวจสอบอาการแสดงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หายใจลำบาก ติดตามการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยใช้ก่อนผ่าตัด และปรับยาให้เหมาะสมตามคำสั่งแพทย์ เพื่อให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ก่อนการผ่าตัดประสานงานกับแพทย์ เกี่ยวกับการใช้ยาตัวอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อการควบคุมความดันโลหิต การให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด เพื่อคลายความกังวลของผู้ป่วย ลดความเครียดที่อาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์และการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจลึก ๆ เพื่อลดระดับความเครียด การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัด ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการผ่าตัด ที่อาจมีผลจากความดันโลหิตสูงได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักนั้น จากการวิเคราะห์สาเหตุและปัญหา พบว่าเกิดจาก 1) เป็นผู้สูงอายุมีความตึงตัวของผิวหนังมีน้อย 2) อาการปวด ค่ะแน่นความปวดอยู่ในช่วง 6-8 ค่ะแน่น 3) ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยการดัดถ่วงน้ำหนักก่อนผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายต่ำ นอนนิ่งบนเตียง ไม่พลิกตะแคงตัว ส่งผลให้เกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ แนวทางแก้ไขคือ 1) ต้องให้การพยาบาล

ในเรื่องการจัดการความปวดให้เหมาะสม 2) ใช้ที่นอนลมหรือที่นอนแบบพิเศษ ที่ช่วยลดแรงกดทับและกระจายแรงบนพื้นผิวที่สัมผัสกับร่างกาย 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่าของผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 4) รักษาความสะอาดและความแห้งของผิวหนัง เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อ ควรใช้โลชั่นหรือครีมเพื่อคงความชุ่มชื้น แต่หลีกเลี่ยงการใช้บริเวณที่มีแรงกดทับโดยตรง ตรวจสอบและดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 5) การจัดท่านอนให้เหมาะสม ท่าที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยสะโพกหักคือ ท่านอนตะแคงหรือท่านอนหงาย โดยใช้หมอนรองบริเวณหลังและสะโพก 6) การส่งเสริมการเคลื่อนไหว หากผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ ควรส่งเสริมการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย 7) การดูแลอาหารและโภชนาการ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินสูง เพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมเนื้อเยื่อและเพิ่มความแข็งแรงของผิวหนัง ดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อช่วยรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนังและลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ 8) การประเมินและสังเกตอาการ ดูแลและตรวจสอบผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบริเวณที่มีแรงกดทับบ่อยๆ ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องและรอบคอบเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหัก ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเร็วที่สุดหลังการผ่าตัด ควรมีการจัดทำเอกสารให้ความรู้เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักมากยิ่งขึ้น

9.2 ควรมีสอนผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการจัดท่าทางและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ดังนี้

9.2.1 การจัดท่านอน ให้นอนหงายโดยมีหมอนรองบริเวณขาระหว่างเข่าเพื่อลดการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก หลีกเลี่ยงการนอนตะแคงข้างที่ได้รับการผ่าตัดในระยะแรก และหากจำเป็นต้องนอนตะแคง ควรนอนตะแคงข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดโดยใช้หมอนหนุนรองระหว่างเข่า

9.2.2 การเคลื่อนไหว หลีกเลี่ยงการไขว้ขา งอสะโพกมากกว่า 90 องศา และการบิดสะโพกในช่วงแรก หลังการผ่าตัด ควรเปลี่ยนท่านอนหรือนั่งบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการกดทับบริเวณที่มีการผ่าตัด

9.2.3 การเดิน ในช่วงแรก ควรใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าหรือวอล์กเกอร์ เพื่อป้องกันการหกล้มและลดแรงกดที่ข้อสะโพก การฝึกเดินและการฟื้นฟูกล้ามเนื้อควรทำตามคำแนะนำของแพทย์และนักกายภาพบำบัดอย่างเคร่งครัด

9.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน เพื่อป้องกันการหกล้ม เช่น การย้ายสิ่งกีดขวาง พื้นที่ลื่น หรือการใช้ราวจับในห้องน้ำและบันได ปรับเตียงและเก้าอี้ให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถนั่งและลุกขึ้นได้อย่างสะดวก โดยที่ไม่ต้องงอสะโพกมากเกินไป

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวโสริยา มีสะอาด 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวโสริยา มีสะอาด สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*ไสรียา*.....
 (นางสาวไสรียา มีสะอาด)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) *๑๕* / *กุมภาพันธ์* / *๒๕๖๕*
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวไสรียา มีสะอาด	<i>ไสรียา</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)*จรรณ*.....
 (นางจรรณ อองจำปา)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์
 (วันที่) *๒๕* / *กุมภาพันธ์* / *๒๕๖๕*

(ลงชื่อ)*ละม่อม*.....
 (นางละม่อม ไชยสิริ)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
 (วันที่) *๒๕* / *กุมภาพันธ์* / *๒๕๖๕*

(ลงชื่อ).....*5*.....
 (.....(นายธมนิตย์ สัจคมคำแหง).....)
 ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ.....
 (วันที่)...../...../.....

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ
2. หลักการและเหตุผล

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญ ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย 1 ใน 5 อันดับแรกของอุบัติเหตุ ที่พบในผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บ (ศิริลักษณ์ กุลลวงนิธิวัฒน์ และคณะ, 2563) และการหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าในแต่ละปี อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 และ 85 ปี เท่ากับร้อยละ 30 และ 50 ตามลำดับ และพบการบาดเจ็บที่เกิดจากการหกล้มได้ประมาณร้อยละ 12 ถึง 42 (จิรัชญา เหล่าคมพญาจารย์ และคณะ, 2567) จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ในการปฏิบัติงานโดยมีรูปแบบการป้องกันการพลัดตก หกล้ม คือ การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ซึ่งหลังจากประเมินแล้วยังไม่ได้ กำหนดรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติ ไม่ทราบขั้นตอนว่าต้องทำเมื่อใดหรือทำอย่างไร กิจกรรมการป้องกันพลัดตกหกล้มเป็นไปตามความรู้ และประสบการณ์ของพยาบาลที่แตกต่างกัน และยังไม่ได้กำหนดแนวทางการนิเทศติดตามการปฏิบัติที่ชัดเจน ปัญหาด้านระบบงาน ยังไม่มีรูปแบบวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน ส่วนด้านบุคลากร พบว่าพยาบาลจำเป็นต้องได้รับความรู้ และพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการป้องกันการ พลัดตกหกล้ม ในด้านเครื่องมือพบว่าควรนำ เครื่องมือมาตรฐานมาใช้ประเมินปัจจัยเสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้ม เมื่อประเมินผลการใช้รูปแบบเดิม ยังพบการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน

การป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นสิ่งสำคัญที่ท้าทาย สำหรับพยาบาลที่ให้การดูแล ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชุมแพ ต้องให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้านกระดูก ซึ่งต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายและทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิต และสามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพให้ได้มากที่สุด ซึ่งการทำกิจกรรมต่างๆ นี้ อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้สูง ดังนั้นการป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลที่ให้การฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่บกพร่อง ทางทรงตัว จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทีมการพยาบาลศัลยกรรมกระดูกและข้อ ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากผลกระทบที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มอาจทำให้บาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือถึงขั้นรุนแรง ได้แก่ เกิดแผลฟกช้ำถลอก กระดูกหัก ถึงขั้นพิการหรือสูญเสียความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น ข้อติด แผลกดทับ และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ รวมถึงส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความวิตกกังวล กลัวการหกล้ม สูญเสียความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง พึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ ยังเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เพิ่มค่ารักษาพยาบาล ญาติสูญเสียเวลาทำงาน เมื่อเกิดความพิการถาวรต้องการคนดูแลใน ระยะยาว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมซึ่งสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในระบบบริการ ของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั่วโลกและยังเสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียนในการดูแลผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชุมแพ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเกิดการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ เท่ากับ 2,150, 2,244 และ 2,584 คนตามลำดับ เกิดการพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 2, 3, และ 6 อุบัติการณ์ ตามลำดับ ซึ่งถือเป็น ความเสี่ยงระดับสำคัญ ได้แก่

ระดับ D หมายถึง ระดับที่ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จำนวน 4 อุบัติการณ์ และระดับ C หมายถึง ระดับที่ยังไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย จำนวน 4 อุบัติการณ์ ดังนั้น การพลัดตกหกล้มจึงเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ ทางกรพยาบาลที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติเหตุ และระดับความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม อันจะช่วยลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ต่อไป

3.2 แนวคิด

3.2.1 แนวความคิดการบริหารความเสี่ยง

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือนองค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติเหตุ (incident management) ที่ได้ผล โดยกระบวนการประกอบด้วย

1. การบันทึกและรายงานอุบัติเหตุ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน
2. การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (Root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติเหตุ
3. การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติเหตุมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ ลดอุบัติเหตุการเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย
4. การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
5. การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุนความเสี่ยง การรายงานอุบัติเหตุ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์ สาเหตุเชิงระบบและวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติเหตุ
6. การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
7. องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา

3.2.2 หลักการของวงจรคุณภาพ (PDCA) (ชนิกานต์ เขียรสุตร, 2558)

วงจรคุณภาพ PDCA หรือวงจรเดมมิ่ง (Deming Cycle) เป็นการบริหารงานด้านวงจรคุณภาพที่มีความสำคัญในการวางแผนแก้ปัญหา นำมาปรับปรุงพัฒนาและประยุกต์ใช้ในระบบการทำงาน ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การวางแผน (Plan) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายจากปัญหาหรือโอกาสต่างๆ และสร้างแผนการทำงานหรือกระบวนการทำงาน เพื่อให้เป้าหมายประสบความสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ตามความต้องการ ลำดับขั้นตอนในการวางแผน ประกอบด้วย
 - การกำหนดวัตถุประสงค์
 - การพัฒนาข้อตกลงที่เป็นตัวกำหนดขอบเขตในการวางแผน
 - พิจารณาข้อจำกัดต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการวางแผน
 - พัฒนาทางเลือก
 - ประเมินทางเลือก เพื่อเลือกสิ่งที่เป็นไปได้สูงสุดเปลี่ยนแปลงแผนสู่การปฏิบัติ
2. การนำไปปฏิบัติ (Do) เป็นการลงมือทำและเก็บข้อมูลเพื่อหาจุดอ่อนหรือจุดที่สามารถพัฒนามากขึ้นได้ รวมถึงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ อาจมีการกำหนดโครงสร้างคณะทำงานรองรับ และกำหนดวิธีการขั้นตอนในการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน

3. การติดตาม (Check) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ วัดผลกระบวนการทำงาน หาช่องทาง และวิธีพัฒนากระบวนการต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการจัดลำดับขั้นตอนสำคัญของโอกาสและอุปสรรคต่างๆ ในกระบวนการ ขั้นตอนนี้จะเริ่มเมื่อมีการดำเนินโครงการตามข้อที่ 2 ไปแล้ว และประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่

4. การดำเนินการ (Action) หมายถึง การนำผลประเมินที่ได้มาปรับเพื่อพัฒนาและวางแผนในการปรับปรุงต่อไป ซึ่งขั้นตอนนี้ควรมีการนำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบและปรับปรุงสมรรถนะของกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA ตามกรอบแนวคิดของเดมมิ่ง ซึ่งเป็นกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ระบุและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนในการปรับปรุง (P: Plan the improvement)
2. การนำไปใช้พัฒนาทางออกและการดำเนินการตามแผน (D: Do the improvement to the process)
3. การตรวจสอบการปฏิบัติ ประเมินและสรุปผลการปฏิบัติพยาบาล (C: Check the result, data collection and analysis)
4. การยืนยันการดำเนินการ การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและวางแผนใหม่ต่อไป (A: Act to hold the gain and continue improvement)

3.3 ข้อเสนอ

ผู้ศึกษาได้มีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ สำหรับพยาบาลให้ครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนตามที่ได้ทบทวนผลงานวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเกิดจากการทบทวนปัญหาร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่พบจากการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันทบทวนหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาเพื่อเป็นการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ สามารถประเมินผลการปฏิบัติได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3.3.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย จากอุบัติการณ์การพลัดตก หกล้ม

3.3.2 กลุ่มเป้าหมาย

- พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 13 คน
 - ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
- ที่มารับบริการในช่วงเวลาดำเนินการ

3.3.3 ขั้นตอนการดำเนินการ

โดยใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan)

- 1.1 ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ จากตำรา เอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตก หกล้ม

1.2 กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ จำนวน 13 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทุกราย ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ในช่วงเวลาดำเนินการ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

2.1 จัดประชุมวางแผนในการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตก หกล้ม ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

2.2 ดำเนินการจัดทำรูปแบบการป้องกันการพลัดตก หกล้ม

2.3 นำรูปแบบการป้องกันการพลัดตก หกล้ม ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำไปหาความเชื่อมั่น

2.4 ประชุมชี้แจงการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตก หกล้ม กับพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

2.5 ทดลองใช้แนวทางการป้องกันการพลัดตก หกล้ม กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ข้อสะโพกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อทุกราย

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

3.1 สุ่มสังเกต ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพก

3.2 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้มาวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาทุก 1-3 เดือน

4. ขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง (Act)

4.1 ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง นำแนวทางที่ปรับปรุงใหม่มาทดลองปฏิบัติ

4.2 ประชุมชี้แจงผลการพัฒนา สอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และขอเสนอแนะ ในการพัฒนาคุณภาพครั้งต่อไป

ระยะเวลาดำเนินการ: 1 ตุลาคม พ.ศ. 2568 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.4.1 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

- รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อใช้กับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน อาจต้องใช้แนวทางอื่นร่วมด้วยเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้มอย่างต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตก หกล้ม แต่ละรายอาจมีปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน ทั้งปัจจัย ภายในและปัจจัยภายนอก เช่น ภาวะบกพร่อง การรู้คิดของสมอง ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะความสามารถ การเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยของญาติ และผู้ดูแล ความเหมาะสมและความ พร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย แต่ละรายอาจแตกต่างกัน

3.4.2 แนวทางแก้ไข

- ควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการได้รับความรู้สำหรับเฝ้าระวังการพลัดตก หกล้ม ของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจนถึงการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- ควรมีการประสานงานในการป้องกันพลัดตก หกล้ม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และเหมาะสมในแต่ละราย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตก หกล้ม

2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ได้รับการดูแลตามรูปแบบทุกราย

3. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีความรู้และทักษะในการจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุการแพ้ปลัดตก หกล้ม

4. พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการป้องกันการแพ้ปลัดตก หกล้ม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. บุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ใช้รูปแบบการป้องกันการแพ้ปลัดตก หกล้ม ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการแพ้ปลัดตกหกล้ม ร้อยละ 100

2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการป้องกันการแพ้ปลัดตกหกล้มของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....ศิริยา.....(ผู้ขอประเมิน)

(นางสาวศิริยา มีสะอาด)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๐๕ / กรกฎาคม / ๖๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 3 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวโสริยา มีสะอาด

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 61537

งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(ปฏิบัติงานจริงที่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	25
3. ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมิน และในกรณีทีผลงานนั้นมีผู้ร่วมจัดทำ ผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำ ผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	25
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงงานหรือพัฒนางาน	10	8
5. อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคนดี เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	8
รวม	100	84

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- () เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) *AO*

(นางจิรวรรณ อองจำปา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
(วันที่) *28* / *กุมภาพันธ์* / *2568*

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *Jul*

(นางละม่อม ไชยศิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
(วันที่) *3* / *มีนาคม* / *2568*

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 5

(.....)

(นายธนิตย์ สังคมกำแหง)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ.....

(วันที่)/...../.....

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- (✓) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
 () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายยุทธพร พิรุณสาร)

(รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน)

(ตำแหน่ง) ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น.....

(วันที่) / ๑๐ เม.ย. ๒๕๖๕