



ประกาศจังหวัดขอนแก่น  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล                 | ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก              | ส่วนราชการ                                                                                                |
|----------|-----------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑        | นางสาวรุจิรา โพธิ์แก้ว      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โรงพยาบาลขอนแก่น<br>กลุ่มการพยาบาล<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม |
| ๒        | นางสาวสุรารักษ์ อนุสุเรนทร์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โรงพยาบาลขอนแก่น<br>กลุ่มการพยาบาล<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก     |

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

qua

(นายพันธ์เทพ เสาโกศล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

| ลำดับที่ | ชื่อ-สกุล                      | ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม                                                                                                                                                                                                                      | ตำแหน่ง<br>เลขที่ | ส่วนราชการ/ตำแหน่ง<br>ที่ได้รับการคัดเลือก                                                                                                            | ตำแหน่ง<br>เลขที่ | หมายเหตุ                |
|----------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| ๑        | นางสาวรุจิรา<br>โพธิ์แก้ว      | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โรงพยาบาลขอนแก่น<br>กลุ่มการพยาบาล<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม<br>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ                                                                                                        | ๖๐๒๓๔             | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น<br>โรงพยาบาลขอนแก่น<br>กลุ่มการพยาบาล<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม<br>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล) | ๖๐๒๓๔             | เลื่อนระดับ<br><br>๑๐๐% |
| ๒        | นางสาวสุรารักษ์<br>อนุสุเรนทร์ | ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกโขนหัก : กรณีศึกษา (พ.ศ.2566)<br>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ<br>กระดูกโขนหัก<br>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ" | ๒๐๘๐๙๖            | กลุ่มการพยาบาล<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก<br>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล)                                                            | ๒๐๘๐๙๖            | เลื่อนระดับ<br><br>๑๐๐% |
|          |                                | กลุ่มการพยาบาล<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก<br>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                       |                   |                         |

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก: กรณีศึกษา (พ.ศ.2566)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 33 วัน (ตั้งแต่วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2566)
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานกระบวนการหลักในการทำงานของทีมดูแลรักษาผู้ป่วย

### 3.1 การทบทวนวรรณกรรม

#### 3.1.1 พยาธิสภาพ

การบาดเจ็บของกระดูกใบหน้า ส่วน mandible มักไม่พบการหักที่ตำแหน่งเดียวโดยพบว่ามีตำแหน่งที่หักมักเกิดขึ้นตรงบริเวณที่ได้รับแรงกระแทกโดยตรง นอกจากนี้ยังมีการส่งแรงไปตามแนวของกระดูก mandible และมีผลให้เกิดแรงกระทำต่อกระดูกบริเวณของจุดที่มีความอ่อนแอ จึงทำให้กระดูกใบหน้าส่วนอื่นแตกหักไปด้วย เมื่อกระดูกส่วน mandible หัก จะเกิดการเคลื่อนไปตามแนวที่ถูกกล้ามเนื้อต่างๆยึดติด โดยกลุ่มของกล้ามเนื้อที่ยึดกระดูก ให้เคลื่อนที่สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) Posterior group กลุ่มของกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคี้ยว ประกอบด้วย

- Temporalis ทำหน้าที่ดึงกระดูก mandible ให้ยกตัวขึ้น
- Masseter ทำหน้าที่ดึงกระดูก mandible ขึ้นด้านบนและไปข้างหน้า
- Medial pterygoid ทำหน้าที่ดึงกระดูก mandible ลงล่างและออกด้านซ้าย
- Lateral pterygoid ทำหน้าที่ดึงกระดูก mandible ขึ้นบนและไปทางด้านหน้าและดึง

เข้าข้างใน

- 2) Anterior group เป็นกลุ่มของกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการเปิดของกระดูก mandible(อ้าปาก) เมื่อเกิดการหักของกระดูก mandible ของกล้ามเนื้อในกลุ่มนี้จะดึงขึ้นส่วนของกระดูก mandible ที่หักลงข้างล่าง และไปทางด้านหลังและด้านใน กล้ามเนื้อกลุ่มนี้ประกอบด้วย 4 กล้ามเนื้อ คือ

-Geniohyoid muscle เกาะจาก inferior medial spine ของกระดูก mandible ไปเกาะที่ body ของ hyoid bone

-Genioglossus muscle เป็นกล้ามเนื้อที่เป็นองค์ประกอบหลักของลิ้น

-Mylohyoid muscle ลักษณะทางเป็นรูปพัด ทำหน้าที่เป็น diaphragm support floor of mouth เกาะจาก inner surface ของ body of mandible ทั้งสองข้างมารวมกันตรงกลางและไปยึดกับกระดูก hyoid ทางด้านหลัง

-Digestic muscle เกาะที่บริเวณ digestic fossa ที่ inferior medial portion of mandible ไปเกาะกับกระดูก hyoid ที่ lesser cornus

(อรรพรรณ ชาญสันติ และ นิธิพัทธ์ วทัญญูตา. (2552). บาดเจ็บที่ใบหน้า กระดูกใบหน้า ขากรรไกร (คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.)

### 3.1.2 ความหมายของโรค

เมื่อกระดูกหักจะมีเลือดออกจากกระดูกและเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย ทำให้บริเวณที่กระดูกหักเกิดก้อนเลือด (hematoma) กระดูกที่หักจะสูญเสียความมั่นคง นอกจากนี้ยังเกิดการสูญเสียหน้าที่ชั่วคราวของเส้นประสาทที่หักจะเกิดอาการชาในระยะเวลาสั้นๆแต่ยังคงมีความปวดอยู่ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งกระดูกโอบหน้าแตก กระดูกโอบหน้าเป็นกระดูกที่บาง และมีโพรงอากาศในกระดูกบางชิ้น กระดูกแต่ละชิ้นมีความแข็งแรงต่างกันตามลักษณะของกระดูก และตำแหน่งของกระดูกนั้น การแตกของกระดูกอาจเกิดที่ตำแหน่งถูกกระทบ (direct fracture) หรือแรงอาจส่งผ่านไปตามกระดูกแล้วมีการแตกในส่วนที่กระดูกมีความแข็งแรงน้อย (indirect fracture) (อรรพรรณ ชาญสันติ และ นิธิพัทธ์ วัทัญญตา. (2552). บาดเจ็บที่โอบหน้า กระดูกโอบหน้า ขากรรไกร (คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.), (สุมิตรา จันทรพิ้ง. (2564). อุบัติการณ์และสาเหตุของการบาดเจ็บกระดูกโอบหน้าและขากรรไกร กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชัยภูมิ 3 ปี ย้อนหลัง.)

### 3.1.3 อุบัติการณ์

การบาดเจ็บจากกระดูกโอบหน้าหักในปัจจุบัน พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นทุกๆปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่แล้วเกิดจากอุบัติเหตุทางจราจร การตกจากที่สูง การถูกยิงด้วยอาวุธปืน หรืออุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา ผู้ป่วยเหล่านี้อาจได้รับการบาดเจ็บโดยตรงที่บริเวณโอบหน้าเพียงอย่างเดียว หรือได้รับบาดเจ็บร่วมกับการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ซึ่งกลไกการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกที่อวัยวะนั้นโดยตรงหรือแรงอาจจะกระจายไปยังกระดูกในบริเวณข้างเคียง และทำให้เกิดการแตกหักของกระดูกที่ไม่แข็งแรง

จากสถิติในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (83%) ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ 16-30 ปี (38% ,  $34.68 \pm 23.85$ ) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 31-45 ปี (24.33%) และช่วงอายุ 46-60 ปี (24.33%) ตามลำดับ สาเหตุหลักเกิดจากอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์ (75.75%) การตกจากที่สูง 4.54% การถูกยิงด้วยอาวุธปืน 1.52% อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา 0.51% ตามลำดับ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัด (68.67%) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เพศชายที่มีอายุ 16-30 ปี และมีการบาดเจ็บร่วม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บผู้ป่วยที่ไม่สวมหมวกนิรภัย ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร การแตกหักของกระดูก 2 ตำแหน่งขึ้นไป ระยะเวลาอนโรงพยาบาล > 5 วัน (อรรพรรณ ชาญสันติ และ นิธิพัทธ์ วัทัญญตา. (2552). บาดเจ็บที่โอบหน้า กระดูกโอบหน้า ขากรรไกร (คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.)

จากสถิติปีงบประมาณ 2566 หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่งและศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนทั้งหมด 988 ราย จำนวนผู้ป่วยกระดูกโอบหน้าหักทั้งหมดจำนวน 102 ราย คิดเป็น 10.33% (งานสารสนเทศโรงพยาบาลขอนแก่น. 2566)



### 3.1.4 การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ เริ่มด้วยการซักถามถึงสาเหตุของการบาดเจ็บ เพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและกลไกการบาดเจ็บ

2. การตรวจร่างกาย ตรวจดูสมมาตรของโครงสร้างกระดูกใบหน้า หลังจากนั้นคลำตรวจโครงสร้างกระดูกใบหน้าโดยใช้นิ้วมือรูปไปตามกระดูกหน้าผาก ขอบกระบอกตา จมูกบริเวณคิ้ว กระดูกโหนกแก้ม กระดูกขากรรไกรบน และกระดูกขากรรไกรล่าง ตรวจในปากทั้งส่วนของขากรรไกรบนและล่าง ตรวจฟันหัก ฟันหลุด ตรวจดูแผลฉีกขาดในปาก การกดเจ็บที่ dental arches ตรวจการกลอกลูกนัยน์ตา ตรวจดูปฏิกิริยาการตอบสนองต่อแสงไฟของม่านตา ตรวจจุดจ้ำเลือดใต้ตาขาว ตรวจดูการฉีกขาดของเยื่อในช่องปาก และตรวจรูจมูก (รังสฤษฎ์ รังสรรค์. (2560). การบาดเจ็บที่ใบหน้า)

3. ลักษณะและอาการที่ตรวจพบ การแตกของกระดูกขากรรไกรบนนี้จะรุนแรงกว่ากระดูกแตกตำแหน่งอื่น การตรวจพบที่สำคัญคือ ขากรรไกรบนขยับได้ และมีการสบของฟันผิดปกติไปจากเดิม กระดูกขากรรไกรบนแตกหลุดออกจากกะโหลกส่วนใหญ่ของใบหน้า หากเคลื่อนไหวยาวไปทางด้านหลังก็จะทำให้มีการอุดตันทางเดินหายใจได้ นอกจากนี้เลือดและฟันที่แตกก็เป็นสาเหตุทำให้ทางเดินหายใจอุดตันได้เช่นกันกรณีมีการหักที่กระดูกจมูกก็มีความผิดปกติในรูปร่างของจมูก และเลือดกำเดาไหลออกทางรูจมูก กระดูกโหนกแก้มหักอาจทำให้เห็นภาพซ้อนและถ้ารุนแรงเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 (optic nerve) ทำให้ตาบอดได้ (อรรพรรณ ขาญสันติ และ นิธิพัทธ์ วทัญญูตา. (2552). บาดเจ็บที่ใบหน้า กระดูกใบหน้า ขากรรไกร (คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.)

4. การตรวจทางรังสี ปัจจุบันมีวิวัฒนาการเกี่ยวกับเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัย เมื่อผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบและบาดเจ็บศีรษะ มารักษาที่โรงพยาบาล แพทย์จะส่งตรวจเครื่องคอมพิวเตอร์ (CT scan) บางแห่งสามารถสร้างภาพเป็น 3 มิติ (3D-CT scan) มักใช้ในรายที่ต้องทำการผ่าตัดแก้ไขความพิการแต่กำเนิด หรือกระดูกหักที่ติดผิดปกติและความยุ่งยากในการผ่าตัดสามารถตรวจวินิจฉัยได้ละเอียดและทุกส่วนบริเวณใบหน้า ทั้งในส่วนของกระดูกและเนื้อเยื่อต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถตรวจได้ทั้ง axial และ coronal view โดย bone window สามารถใช้ในการตรวจวินิจฉัยกระดูกหักได้ชัดเจน และสามารถใช้เปรียบเทียบความเท่ากันของกระดูกใบหน้าทั้งสองข้าง ส่วน soft tissue window สามารถให้การตรวจวินิจฉัยภาวะ soft tissue injury ในบริเวณใบหน้าและบริเวณที่กระดูกหักได้ดี ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมา ยังพบภาวะเลือดออกในสมองได้ (อรรพรรณ ขาญสันติ และ นิธิพัทธ์ วทัญญูตา. (2552). บาดเจ็บที่ใบหน้า กระดูกใบหน้า ขากรรไกร. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.)

5. การรักษา การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอันดับแรก คือการประเมินความรู้สึกตัว การช่วยเหลือเรื่องการหายใจ ส่วนใหญ่จะให้การรักษาในห้องฉุกเฉินและตึกอุบัติเหตุ เมื่ออาการคงที่จึงจะส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเรื่องกระดูกใบหน้าหัก โดยเป้าหมายในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายเจ็บปวด กระดูกใบหน้ากลับเข้ารูปเหมือนเดิม และการเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ (อรรพรรณ ขาญสันติ และ นิธิพัทธ์ วทัญญูตา. (2552). บาดเจ็บที่ใบหน้า กระดูกใบหน้า ขากรรไกร. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.)

## 6. การพยาบาล

1) การพยาบาลก่อนการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยรายนี้ประสพอุบัติเหตุต้องสังเกตอาการทางระบบประสาท 24 ชั่วโมง หากไม่มีอาการทางระบบประสาท แพทย์ศัลยกรรมตกแต่งจะรักษากระดูกใบหน้าหัก แพทย์จะตรวจความสมบูรณ์ของร่างกาย และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ่ายภาพรังสีบริเวณใบหน้า และปอด แล้วแต่ความจำเป็นในผู้ป่วยแต่ละราย และจองห้อง ICU ไว้ล่วงหน้า ผู้ป่วยจะได้รับการพิมพ์ฟันและจำลองโครงสร้างของกระดูกใบหน้าด้วยคอมพิวเตอร์โดยทันตแพทย์ ด้วยแบบจำลองนี้ แพทย์และทันตแพทย์ สามารถลองเลื่อนกระดูกขากรรไกรบนและล่างได้เพื่อประเมินว่าทางเดินหายใจจะเพิ่มขึ้นเท่าไร

2) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และมีท่อช่วยหายใจคาอยู่ที่จมูกผ่านลงไปคอและหลอดลมประมาณ 24 – 48 ชั่วโมงและได้รับออกซิเจนที่มีความชื้น ถ้าทางเดินหายใจส่วนบนยุบวมดี ไม่มีการอุดตัน แพทย์จะเอาท่อช่วยหายใจออก เมื่อผู้ป่วยผ่าตัดออกมาต้องเฝ้าระวังดังนี้

1. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยลงเตียงด้วยความนุ่มนวล และเฝ้าระวังท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะปกติ เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน ภาวะเลือดออกอวัยวะข้างใน ซึ่งทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ
3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อเปิดทางเดินหายใจ และป้องกันการสำลักเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งลงปอด
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติใช้การประคบเย็นบริเวณคาง และใบหน้า 24 ชั่วโมงแรก และประคบอุ่นต่ออีก 3-5 วัน เพื่อลดอาการบวมบริเวณใบหน้า
5. ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ เพราะความปวดแผลและอ่อนเพลียหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมยกขาเปลี่ยนตัว
6. เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ หายใจดี ใบหน้าลดบวม แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุการอักเสบการพุทลำปากเนื่องจากการได้รับการผ่าตัดในช่องปาก การมัดฟันขณะเดียวกันควรเตรียมอุปกรณ์สื่อสาร เช่น กระดาษ ปากกา วางให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก และใช้เวลาผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร
7. ทำความสะอาดตาด้วยน้ำเกลือไอโซโทนิกและป้ายยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตาและประเมินการมองเห็นทุกวัน
8. ดูแลและอธิบายให้ญาติทราบเรื่องการทำความสะอาดในช่องปาก โดยทำความสะอาดช่องปากเมื่อตื่นนอนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง บ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง ด้วยน้ำเกลือผสมไฮโดเจนเปอร์ออกไซด์ (4:1) ตามด้วยน้ำเกลือ แปรงฟันด้วยแปรงขนาดเล็กนุ่มๆ โดยแปรงฟันที่อยู่ด้านนอกทั้งหมดและใช้มืออีกข้างช่วยแหวกช่องปาก ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

9. ตรวจดูเศษอาหารบริเวณลวดที่มัดฟัน ถ้ามีเศษอาหารติดอยู่ ให้ทำความสะอาดเอาเศษอาหารออกเพื่อป้องกันการอักเสบ ติดเชื้อ และกลืนปาก

10. ผู้ป่วยควรรับประทานเฉพาะอาหารเหลว ได้แก่ น้ำ นม โอวัลติน น้ำผลไม้ น้ำหวาน อาหารปั่นละเอียด เพราะผู้ป่วยอ้าปากไม่ได้ และการเคี้ยวจะทำให้กระดูกที่หักเคลื่อนที่ได้ รับประทานบ่อยๆได้เพราะอาหารเหลวย่อยง่าย ทำให้หิวบ่อย

### 3) การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ผู้ป่วยอาจต้องพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล 2-3 วัน ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ถ้าทางเดินหายใจยุบ บวมดี ไม่มีการอุดกัน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเหลวและน้ำได้ดี และไม่เจ็บปวดแผลมากและไม่มีปัญหาแทรกซ้อนใดๆจากการผ่าตัด แพทย์จะใช้ยางยืดขากรรไกรบนและล่างไว้ด้วยกัน ประมาณ 2-4 สัปดาห์ ระหว่างนี้ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำและอาหารเหลวทางปาก โดยช่วงแรกอาจต้องให้น้ำ และอาหารเหลวผ่านทางกระบอกฉีดยา โดยดื่มน้ำและอาหารเหลวให้ผ่านระหว่างร่องฟันไปที่คอ แต่เมื่อริมฝีปากเริ่มยุบบวมอาจให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารเหลวทางหลอดได้ หลังผ่าตัดประมาณ 2-4 สัปดาห์ แพทย์จะเอายางออกให้ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวขากรรไกรบนและล่างได้ พยายามอ้าปากให้มากที่สุดเพื่อป้องกันกระดูกขากรรไกรติด และสามารถรับประทานอาหารเหลว หรืออาหารอ่อนได้เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ไข่ตุ๋น แต่ไม่ควรเคี้ยวอาหารเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยไม่มีการสบฟันที่ผิดปกติ แพทย์จะเอาเหล็กที่ครอบฟันบน และล่าง จะเอาลวดที่ยึดออก และอนุญาตให้ผู้ป่วยเริ่มเคี้ยวอาหารได้ ผู้ป่วยควรเริ่มเคี้ยวอาหารอ่อนๆก่อน ไม่ควรเคี้ยวอาหารที่แข็งเกินไป แล้วจึงค่อยๆเคี้ยวอาหารที่แข็งมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่ามีไหมเย็บอยู่ในช่องปาก ซึ่งไหมดังกล่าวมักจะละลายได้เองภายในระยะเวลา 1-2 เดือน ผู้ป่วยควรรักษาความสะอาดในช่องปากให้ดี เช่นควรบ้วนปาก กลั้วคอ บ่อยๆ และแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันโรคเหงือกและฟันตามมา นอกจากนั้นผู้ป่วยต้องมาตรวจตามวันเวลาที่แพทย์นัดทุกครั้ง (พิชญา กองทอง และ อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักระยะหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลอุดรธานี.) (ราไฟ อินทร์วิเศษ. (2563). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขากรรไกรและใบหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกุมพวาปี จังหวัดอุดรธานี.)

### 3.2 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ ได้แก่

3.2.1 ทฤษฎีทางกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนด้านการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งกระบวนการพยาบาลเป็นวิธีที่ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์ที่ซับซ้อน จะช่วยทำให้ตัดสินใจเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (รพีพรรณ อุปการ. (2558). กระบวนการพยาบาลและการบันทึกที่มีคุณภาพ. มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงพยาบาลศิริราช.)

3.2.2 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี่กอร์ดอน (Majory Gordon) ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผนในการดูแลสุขภาพ โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน สำหรับผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก เน้นในเรื่องของการรับประทานอาหารที่เฉพาะโรคเป็นอาหารงดเคี้ยวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกใบหน้าผิดรูป ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเข้าใจและรับรู้การเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบนเตียง ทั้งการอาบน้ำ การขับถ่าย การสนทนา ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ปรับตัวหลังผ่าตัดและดูแลตัวเองได้ถูกต้อง และ 11 แบบแผนนี้เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปสู่ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย (รัชณี ผิวม่วง.(2565).การประเมินภาวะสุขภาพ.บุรีรัมย์.)

### 3.3 กรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลขับรถจักรยานยนต์ล้มเอง มีแผลที่ศีรษะตามร่างกาย มีเลือดออกจุก อาเจียน 1 ครั้ง สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยแรกรับ mild TBI (high risk) with R/O multiple right facial bone fracture (R/O fracture zygoma right, fracture mandible) วินิจฉัยสุดท้าย Panfacial fracture ให้การรักษาด้วยการผ่าตัด Open Reduction and Internal Fixation with miniplate and screws + Intermaxillary fixation ,Close reduction nasal bone, Debridement suture wound (21 กันยายน พ.ศ. 2566) ระหว่างเข้ารับการรักษาสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนเนื่องจากกระดูกใบหน้าผิดรูป การพยาบาลที่สำคัญ คือ จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา สังเกตตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ การหายใจที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน

2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกจากรากฟันเนื่องจากกระดูกใบหน้าผิดรูป การพยาบาลที่สำคัญ คือ การประคบเย็น 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดโดยการใช้น้ำแข็งห่อผ้าพันบนและล่างติดกันไว้ เป็นการลดกระดูกให้ตรงแนวระดับเดิมและให้กระดูกอยู่นิ่งๆ อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ เพื่อลดการเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดและป้องกันไม่ให้กระดูกใบหน้าผิดรูป

3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญ คือ การทำความสะอาดในช่องปาก ช่วงแรกผู้ป่วยรายนี้ใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลจะช่วยทำความสะอาดช่องปากให้และอธิบายสอนการทำความสะอาดเมื่อหลังถอดท่อช่วยหายใจ โดยการทำความสะอาดแปรงฟันด้วยแปรงขนขนาดเล็กนุ่มๆ แปรงฟันที่อยู่ด้านนอกทั้งหมดและใช้มืออีกข้างช่วยแหวกช่องปาก บ้วนปากบ่อยๆอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ด้วยน้ำเกลือผสมไฮโดเจนเปอร์ออกไซด์(4:1) ตามด้วยน้ำเกลือ (ขณะอยู่โรงพยาบาลเจ้าหน้าที่จะเตรียมน้ำยาบ้วนปากไว้ให้) จะช่วยป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและกระดูกใบหน้า

4) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญ คือ การประคบเย็นใน 24 ชั่วโมงแรก จะช่วยลดบวม ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวด และหลังจากนั้นให้ประคบอุ่นต่ออีก 3-5 วัน เพื่อลดปวดลดบวม

5) เสี่ยงต่อภาวะการฉีกขาดน้ำและสารอาหาร เนื่องจากการเคี้ยวอาหารลำบาก การพยาบาลที่สำคัญ คือ รับประทานอาหารเหลว ได้แก่ น้ำ นม น้ำผลไม้ น้ำซूप น้ำหวาน อาหารปั่นละเอียด เพราะผู้ป่วยอ้าปาก ไม่ได้และการเคี้ยวจะทำให้กระดูกที่หักเคลื่อนที่ได้ รับประทานบ่อยๆได้ตามที่ต้องการ เพราะอาหารเหลวย่อยง่าย ทำให้หิวบ่อย

6) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อกลับไปอยู่บ้านให้รับประทานอาหารอ่อนๆ ไม่แข็งหรือเหนียวเกินไป อย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ หลังจากนั้น 4-6 สัปดาห์ แพทย์จะนำลวดมัดฟันออกให้ ให้อ้าปากให้มากที่สุดหลังจากเอาลวดมัดฟันออกเพื่อป้องกันไม่ให้กระดูกขากรรไกรติด ระวังการกระทบกระแทกที่บริเวณคาง และต้องมาตรวจตามวันเวลาที่แพทย์นัดทุกครั้ง โดยให้ข้อมูลทั้งญาติและผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตามได้ พบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถทำได้และเข้าใจแพทย์จึงให้กลับบ้าน รวมระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลนอนแกล่น ทั้งหมด 4 วัน

#### 4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ภาวะการฉีกขาดของกระดูกใบหน้ามักพบมากในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บของกระดูกใบหน้ามีส่วนน้อยที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต คือ ทางเดินหายใจอุดตันจากภาวะการฉีกขาดมาก ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญตั้งแต่ตรวจร่างกายผู้ป่วย หากพบมีการบาดเจ็บของกระดูกใบหน้าร่วมด้วยต้องรีบให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง และปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพราะการบาดเจ็บของกระดูกใบหน้า ส่วนมากจะทำให้เกิดการแตกหักของกระดูกใบหน้าหลายชิ้น เช่น กระดูกขากรรไกรล่าง กระดูกโหนกแก้ม กระดูกหน้าผาก กระดูกรอบดวงตา กระดูกจมูก เป็นต้น การตรวจร่างกายอย่างละเอียด และการตรวจแบบเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์จะช่วยให้รักษาได้ถูกต้อง โดยเป้าหมายในการรักษาการแตกหักของกระดูกใบหน้าเพื่อให้กระดูกใบหน้าที่กลับมาทำงาน หรือใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องและปลอดภัย ทั้งนี้การให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เช่น การรับประทานอาหารเหลว 2-4 สัปดาห์ การทำความสะอาดช่องปากทุก 2 ชั่วโมง หากดูแลและปฏิบัติตัวได้ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดการอักเสบ ติดเชื้อกระดูกไม่เข้ารูป ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติในอนาคต

##### 4.2 เป้าหมายของงาน

4.2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครอบคลุม และมีความปลอดภัย

4.2.2 เพื่อส่งเสริมการหายของการบาดเจ็บกระดูกใบหน้า ช่วยส่งเสริมให้การฟื้นฟูสภาพหลังบาดเจ็บเป็นไปอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น



### 4.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.3.1 คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 รายโดยเป็นผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บกระดูกไหปลาร้าหัก

4.3.2 เก็บข้อมูล (Collecting data) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม-วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past health history) การเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present/ Current illness) ผลการตรวจและการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.3.3 ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี โดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาล คือแบบแผนการประเมินสุขภาพของมาร์จอรีกอร์ดอน (Marjory Gordon's functional health pattern framework) โดยเฉพาะแบบแผนที่2 ที่เน้นการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย และแบบแผนที่10 การปรับตัวให้เข้ากับสภาพลักษณะโดยเชื่อว่าอนาคตใบหน้าจะกลับมาปกติเช่นเคย

4.3.4 วิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data) โดยใช้เหตุและผลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

4.3.5 วางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) โดยกำหนดกิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

4.3.6 ใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) ที่วางแผนไว้มาปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโดยเน้นการพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

4.3.7 ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เพื่อประเมินคุณภาพทางการพยาบาล และประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วย

4.3.8 บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาล

4.3.9 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ

4.3.10 นำเสนอผลงานต่อผู้บังคับบัญชา

4.3.11 เผยแพร่ผลงานแก่หน่วยงานต่างๆ

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไหปลาร้าหักจำนวน 1 ราย

#### 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

5.2.2 ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองขณะกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากทีมสุขภาพ

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป
- 6.2 ใช้เป็นแนวทางการดูแลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก
- 6.3 เป็นแนวทางวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- 7.1 การจัดการความปวดในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ใบหน้าบวม ปวด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดช่องปากน้อย การจัดท่านอนศีรษะสูง และการประคบเย็น จะช่วยลดอาการปวด บวมได้ และจะสามารถให้การพยาบาลการดูแลช่องปากได้ง่ายขึ้น
- 7.2 การผ่าตัดกระดูกใบหน้า มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยไม่กล้าพูดเนื่องจากมัดฟัน ทำให้สื่อสารลำบากหรือไม่กล้าที่จะสื่อสาร จึงต้องให้ข้อมูลตั้งต่อก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจของแผนการรักษา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าสื่อสารไม่ได้
- 7.3 ผู้ป่วยรายนี้ ผ่าตัดมัดฟันไม่สามารถอ้าปากได้ จึงเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องแปรงฟัน ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดเชื้อโรคในช่องปาก หากแต่ให้ข้อมูลที่ชัดเจน และสอนเทคนิคการแปรงฟันที่ถูกต้องจะช่วยลดการเกิดเชื้อโรคในช่องปากและทำให้ผู้ป่วยกล้าแปรงฟันมากขึ้น
- 7.4 ผู้ป่วยรายนี้อายุน้อย ทำอาชีพรับจ้างทั่วไป มีการสูญเสียภาพลักษณ์ ส่งผลให้ประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ดังนั้นจึงต้องเริ่มจากการเสริมสร้างพลัง(Empowerment)ให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- 8.1 ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลจนแก่ระยะสั้น การฝึกฟื้นฟูสภาพจึงอาจทำได้ไม่ครบถ้วนและส่งผลให้ปฏิบัติตัวได้ไม่ถูกต้อง
- 8.2 ผู้ป่วยไม่มีความตระหนักในการดูแลตนเอง

## 9. ข้อเสนอแนะ

- 9.1 ควรนำแบบประเมินทางด้านจิตใจมาใช้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมเสริมสร้างพลัง (Empowerment)
- 9.2 พยาบาลต้องเป็นทีมที่มีความรู้ความชำนาญทั้งในเรื่องพยาธิสภาพ แนวทางการรักษาและ การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณใบหน้า
- 9.3 ควรมีการพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นในเรื่อง การเสริมศักยภาพผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักและผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วม

## 10. การเผยแพร่ผลงาน :ไม่มี

## 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวรุจิรา โพธิ์แก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สัดส่วนความรับผิดชอบคิดเป็น 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... จ.ร. โพธิ์แก้ว .....

(นางสาวรุจิรา โพธิ์แก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... 27 ..... / ..... พ.ย. .... / 25.66.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ     |
|-----------------------------|----------------|
| นางสาวรุจิรา โพธิ์แก้ว      | จ.ร. โพธิ์แก้ว |

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....  
 (.....)  
 (นางวิวรรณ อารีย์พัฒนไพสัย)  
 (ตำแหน่ง) .....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....(หัวหน้าตึก)  
 (วันที่) ๑๕ / ๓ / ๒๕๖๖

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....  
 (นางสาวจิราวดี ชุมศรี)  
 (.....)  
 (ตำแหน่ง) .....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....(หัวหน้ากลุ่มงาน)  
 (วันที่) ...../...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....  
 (นางพนรวิฐ จอมเพชร)  
 (.....)  
 (ตำแหน่ง) .....รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล.....(หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล)  
 (วันที่) ...../...../.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....  
 (นายเสกสรรค์ สุวรรณแพง)  
 (.....)  
 (ตำแหน่ง) .....นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....(ผู้อ)  
 (วันที่) ...../ 19 ธ.ค. 2566.....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....  
 (.....)  
 (ตำแหน่ง).....(นพ.สสจ.)  
 (วันที่) ...../...../.....

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และ  
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มี  
 คำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

### (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกโอบหน้าหัก

#### 2. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บกระดูกโอบหน้าหักมักเกิดร่วมกับการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ พบบ่อยจากสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์และรถยนต์ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นได้อีก เช่น อุบัติเหตุจากการตกจากที่สูง การเล่นกีฬา การรักษาที่ไม่ถูกต้องและล่าช้า จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ใบหน้าผิดรูป การสบฟันที่ผิดปกติ การมองเห็นภาพซ้อน หรือการเกิดแผลกดทับต่างๆ ดังนั้นการให้การพยาบาลและการให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีลักษณะใกล้เคียงกับก่อนเกิดอุบัติเหตุ

การบาดเจ็บของกระดูกโอบหน้า ส่วนมากจะทำให้เกิดการแตกหักของกระดูกโอบหน้าหลายชิ้น การตรวจร่างกายอย่างละเอียด จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะเสียเลือดมากทำให้ช็อคทางเดินหายใจ จึงต้องให้ความสำคัญตั้งแต่แรกรับเพื่อป้องกันการเสียชีวิต รวมถึงการให้การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อของกระดูกโอบหน้า ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ดังนั้น การให้ความรู้ คำแนะนำ สอนการปฏิบัติตัวแก่ญาติและผู้ป่วย จนสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องแม่นยำจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือไม่เกิดการ Re-admit จากการรักษากระดูกโอบหน้าหักได้

จากสถิติปีงบประมาณ 2566 หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่งและศัลยกรรมเด็ก พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนทั้งหมด 988 ราย ผู้ป่วยกระดูกโอบหน้าหักจำนวน 102 ราย คิดเป็น 10.33% ผู้จัดทำได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของญาติ สำหรับผู้ป่วยกระดูกโอบหน้าหักและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงได้ดำเนินการจัดทำโครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกระดูกโอบหน้าหัก ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุดทั้งในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

#### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลผู้ป่วยกระดูกโอบหน้าหักที่สำคัญหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ การหายใจ การประเมินสัญญาณชีพ การจัดท่านอนที่เหมาะสม เพื่อบรรเทาอาการบวมที่ใบหน้าและแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งการดูแลดังกล่าวต้องใช้ทักษะความชำนาญจากแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกเหนือจากนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดูแลตนเองเบื้องต้น สาเหตุการอักเสบ และพูดลำบาก เนื่องจากการได้รับการผ่าตัดในช่องปาก ขณะเดียวกันควรเตรียมอุปกรณ์สื่อสาร เช่น กระดาษปากกา วางให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก และให้เวลาผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร การทำความสะอาดตาด้วยน้ำเกลือ



นอร์มัลซาไรต์และป้ายยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตาและประเมินการมองเห็นทุกวัน

เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้มีการประเมินผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามีปัญหาในส่วนของความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง ไม่ให้ความร่วมมือในการรับฟังคำแนะนำ ส่งผลกระทบตลอดเวลา จึงให้เวลาและอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อธิบายการเกิดแผล และการดูแลแผลที่ถูกวิธี จะช่วยทำให้แผลหายเร็วขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากละเลยการปฏิบัติตัวที่ถูกวิธี ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือ รับฟังคำแนะนำและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ส่วนญาติมีความสนใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้องเช่นกัน

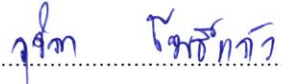
จากปัญหาข้างต้นและการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยรายนี้ ผู้จัดทำจึงได้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพทั้งขณะรักษาอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วยในการใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพจึงได้แนวคิดในการจัดทำคู่มือการเสริมศักยภาพผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักและผู้ดูแลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องปลอดภัยและเพิ่มความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติ และเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ถูกต้อง

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักอย่างถูกต้องเหมาะสม
- 4.2 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณค่ามากที่สุด
- 4.3 เพื่อให้บุคลากรที่ได้ศึกษาคู่มือการเสริมศักยภาพผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหักและผู้ดูแลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 ผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก ได้รับความรู้ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ครบคลุมเหมาะสม มากกว่าร้อยละ 80
- 5.2 ผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด น้อยกว่าร้อยละ 2
- 5.3 ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามในการดูแลตนเอง โดยการให้สาธิตย้อนกลับ ได้ถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 80
- 5.4 ไม่มีอุบัติการณ์ Re-admit ในผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก หลังจำหน่าย ภายใน 48 ชั่วโมง

(ลงชื่อ) .....  .....

(นางสาวรุจิรา โพธิ์แก้ว)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๕ / พ.ย. / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการมิถุนายน 2566- ธันวาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

### 3.1 ความรู้ทางวิชาการ

ภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง (Hypoxic-ischemic encephalopathy :HIE)

#### ความหมายของโรค

ภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง (Hypoxic-ischemic encephalopathy :HIE) คือ ภาวะสมองทำงานผิดปกติเนื่องจากการขาดออกซิเจนหรือขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ทารกจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สติ หายใจไม่สม่ำเสมอ หยุดหายใจ รีเฟล็กซ์ลดลง กำลังกล้ามเนื้อลดลงหรืออาจชักได้ (จันทร์ฉาย เปรมพันธ์พงษ์, 2565)

#### อุบัติการณ์

โดยทั่วไปทารกที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง พบอุบัติการณ์ประมาณ 1-8 /1,000 การเกิดมีชีพในประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาพบอุบัติการณ์ HIE ได้สูงถึง 26/1,000 การเกิดมีชีพ และสถิติในต่างประเทศทารกแรกเกิดที่มีภาวะHIE พบอัตราตายถึงร้อยละ 3.085 ส่วนในประเทศไทยพบอัตราตายเฉลี่ยที่ 4.2 ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับสถิติในต่างประเทศ (World Health Organization, 2018)

จากการศึกษาสถิติของทารกแรกเกิดหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 ของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าทารกแรกเกิดที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง (Hypoxic-ischemic encephalopathy) ในปี พ.ศ. 2563 , 2564 , และ 2565 คิดเป็นร้อยละ 1.1 , 2 , และ 1.2 ตามลำดับ ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1 (เวชระเบียนสรุปโรคประจำปีหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1, 2565)

#### พยาธิสภาพ

เมื่อสมองขาดเลือดจะทำให้เกิดการยับยั้ง Adenosine triphosphate (ATP) เกิดการกระตุ้นให้เซลล์สมองมีกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน(Anaerobic metabolism) มีปริมาณ Glucose ลดลง และเพิ่ม Lactic acid ภายในเวลาไม่กี่นาทีเกิดการสร้าง Glutamate ที่มีผลทำลายเนื้อเยื่อเซลล์ประสาท นอกจากนี้ ATP ที่ลดลงยังทำให้การเคลื่อนที่เข้าออกของเกลือแร่ในเซลล์สมองผิดปกติ คือโพแทสเซียมถูกปล่อยออกจากเซลล์ แคลเซียมและโซเดียมเคลื่อนเข้าเซลล์ การเปลี่ยนแปลงของสมดุลเกลือแร่นี้ทำให้เซลล์สร้าง glutamate เพิ่มขึ้น เกิดความเป็นพิษต่อระบบประสาท (Neuro excitotoxicity) ถ้ารุนแรงมากจะเกิดสมองบวม (cerebral edema) อุดกั้นทางเดินของน้ำหล่อสมองและการไหลเวียน ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase intracranial pressure: IICP) ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และการทำงานของสมอง (ประกาย แก้ว ศิริพล, 2565)

## สาเหตุ

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด ได้แก่ ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา คลอดติดไหล่ ความผิดปกติของสายสะดือ ครรภ์แฝด ทารกท่าผิดปกติ การคลอดโดยใช้หัตถการต่าง ๆ การคลอดที่ทำยากลำบาก
2. ปัจจัยทางด้านมารดา ได้แก่ ตกเลือด อายุมาก เบาหวาน รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะพิษแห่งครรภ์ ความดันเลือดต่ำ ครรภ์เกินกำหนด ซีดมาก เคยคลอดมาแล้วหลายครั้ง ได้รับยาแก้ปวดหรือยาสลบจำนวนมาก
3. ปัจจัยเกี่ยวกับทารก ได้แก่ ทารกที่เกิดก่อนกำหนด ทารกที่เจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะติดเชื้อมีในครรภ์ ความพิการโดยกำเนิด

## อาการ

ทารกจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ หายใจไม่สม่ำเสมอ หยุดหายใจ การตอบสนองลดลง กำลังกล้ามเนื้อลดลงหรืออาจชักได้ ความดันโลหิตและอุณหภูมิร่างกายไม่คงที่ ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ ความเข้มข้นของเลือดลดลง อาจเกิดภาวะชัก จากคอร์เท็กซ์ของสมองถูกทำลาย อาการมักจะเริ่มด้วยชักแบบซ่อนเร้นไปถึงชักตลอดเวลา และอาจเกิดภาวะสมองบวมจากการคั่งของสารน้ำทั้งภายในและภายนอกเซลล์ของสมอง เนื่องจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของหลอดเลือดในสมองทำให้เกิดการรั่วของสารน้ำจากหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ (สุจิตรา จันทรสิงห์, 2562)

## การรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคอง (supportive treatment)
  - 1.1 ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ETT) ตามข้อบ่งชี้ และช่วยหายใจตามความเหมาะสม หลีกเลี่ยงภาวะ hypo – hypercarbia ร่วมกับให้ออกซิเจนน้อยที่สุดเพื่อรักษาระดับ SpO<sub>2</sub> ที่ 92- 95% หรือ PaO<sub>2</sub> 60-80 mmHg หากผู้ป่วยมีภาวะ: PPHN ให้รักษาระดับ SpO<sub>2</sub> 92-97%
  - 1.2 รักษาความดันโลหิตให้ปกติ พิจารณาให้ยา inotrope เมื่อมีข้อบ่งชี้ หลีกเลี่ยงการให้ fluid bolus โดยไม่จำเป็น แนะนำให้ใช้ invasive BP monitoring โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา Therapeutic Hypothermia
  - 1.3 ควบคุมอาการชักให้ได้โดยเร็ว และเฝ้าติดตามอาการทางระบบประสาทเป็นระยะ รักษา electrolytes ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้สารน้ำในระยะแรก 45-55 ml/kg/day และค่อยๆ เพิ่มปริมาตรสารน้ำเมื่อปัสสาวะออกมากขึ้น และแก้ไขความผิดปกติทางเมแทบอลิก
  - 1.4 ผู้ป่วยที่มีเลือดออกผิดปกติ หรือ thrombocytopenia พิจารณาให้ FFP หรือ platelet ตามข้อบ่งชี้
  - 1.5 NPO จนกว่าอาการจะคงที่ เริ่มให้นมช้า ๆ อย่างระมัดระวัง เฝ้าระวังภาวะ NEC ควร NPO จนกว่าจะสิ้นสุดการรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia

2. การดูแลรักษาเฉพาะเจาะจง (specific treatment) ได้แก่ Therapeutic Hypothermia (TH) ใช้รักษาทารกที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง (Hypoxic-ischemic encephalopathy) ระดับปานกลาง หรือ ระดับรุนแรง ด้วยการควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ในช่วงที่ต้องการขณะทำ Therapeutic Hypothermia ( $33.5 \pm 0.5$  องศาเซลเซียส สำหรับ whole body cooling หรือ  $34.5 \pm 0.5$  องศาเซลเซียส สำหรับ head cooling) หลีกเลี่ยงภาวะhyperthermia และไม่มีข้อห้ามของการทำ Therapeutic Hypothermia เช่น เลือดออกรุนแรงในสมอง หรือความผิดปกติแต่กำเนิดที่มีพยากรณ์ไม่ดีเป็นต้น และควรเริ่มรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia ภายใน 6 ชม. หลังเกิด

#### เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ HIE และการรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia

1. ทารก อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์
2. Cord blood gas หรือ blood gas จากทารกภายใน 1 ชม. มี ค่า pH 7.0-7.15 หรือ BE (-10)-(-15.9) mEq/L
3. คะแนน Apgar score ที่ 10 นาที  $\leq 5$  คะแนน หรือได้รับการช่วยหายใจ (PPV)  $> 10$  นาที
4. การประเมินระดับความรุนแรงของ Hypoxic-ischemic encephalopathy ด้วย Modified Sarnat score ภายใน 6 ชม. แรกเกิด

ตาราง Modified Sarnat score

| ลักษณะทางคลินิก                                                                             | ระดับกลาง                                                             | ระดับรุนแรง                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. ระดับการรับรู้สติ                                                                        | ง่วง ซึมลง                                                            | ไม่รู้สีกตัว                      |
| 2. การเคลื่อนไหวด้วยตัวเอง                                                                  | เคลื่อนไหวลดลง                                                        | ไม่มีการเคลื่อนไหว                |
| 3. ท่า                                                                                      | งอส่วนปลาย                                                            | ไม่มีการตอบสนอง                   |
| 4. แรงตึงตัวของกล้ามเนื้อ                                                                   | กล้ามเนื้ออ่อนแรง                                                     | อ่อนปวกเปียก                      |
| 5. ปฏิกริยา การตอบสนอง<br>- การดูด (Sucking reflex)<br>- สะดุ้ง ตกใจ (Moro reflex)          | ดูดเบา<br>ไม่สมบูรณ์                                                  | ไม่มี<br>ไม่มี                    |
| 6. ระบบประสาทอัตโนมัติ<br>- การขยายของรูม่านตา<br>- อัตราการเต้นของหัวใจ<br>- อัตราการหายใจ | ขนาดรูม่านตา $< 3$ mm.<br>$< 100$ -120 ครั้ง/นาที<br>หายใจไม่สม่ำเสมอ | ไม่มี<br>ไม่สม่ำเสมอ<br>หยุดหายใจ |

(การแปลผล: เมื่อได้คะแนนตรวจในระดับนั้น  $\geq 3/6$  ด้าน หรือ ถ้าคะแนนตรวจ = 3/3 การประเมินให้ถือระดับการรับรู้สติ เป็นหลัก) แปลจาก Modified Sarnat score (Shankaran Laptook, 2008)

## การพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ให้ยาแก้ช็อกตามแผนการรักษา
3. เมื่อรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia ดูแลให้ทารกให้อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ ( $33.5 \pm 0.5$  องศาเซลเซียส สำหรับ whole body cooling หรือ  $34.5 \pm 0.5$  องศาเซลเซียส สำหรับ head cooling) หลีกเลี่ยงภาวะhyperthermia
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ โดยลดแสงสว่าง ลดเสียง ลดกิจกรรมต่าง ๆ รบกวนทารกให้น้อยที่สุด
5. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักสะอาดปราศจากเชื้อ โดยล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสทารก
6. ดูแลความสะอาดร่างกายของทารกหลังขับถ่าย การเช็ดตาและเช็ดสะดือให้ทารกทุกวัน
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารตามแบบแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับเกลือแร่เพียงพอ
8. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและปริมาณสารน้ำออก เพื่อประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำ
9. ประเมินและป้องกันการเกิดแผลกดทับ

## เภสัชวิทยาและการพยาบาลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ

1. Ampicillin (แอมพิซิลลิน) ยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนนิซิลลิน

**ข้อบ่งใช้** ขจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อเช่น ปอดบวม หลอดลมอักเสบ ติดเชื้อในหูทางเดินปัสสาวะและผิวหนัง

**ผลข้างเคียง** ผื่นแดงตามตัว ไข้ ซึ่งพบได้ไม่บ่อยในทารก แต่ขนาดยาที่สูงมาก ๆ อาจกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ชักได้

2. Cefotaxime (เซฟแทกซิม) เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มเซฟาโลสปอริน (Cephalosporins)

**ข้อบ่งใช้** ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ใช้รักษาการติดเชื้อจากแบคทีเรียในร่างกาย เช่น การติดเชื้อที่กระดูกและข้อต่อ การติดเชื้อที่ระบบประสาทส่วนกลาง การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น และยังอาจใช้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด

**ผลข้างเคียง** ผื่นคัน หายใจลำบาก แน่นหน้าอก มีอาการบวมที่ใบหน้า ปาก หนาวสั่น มีไข้ รอยขีดหรือเลือดออกผิดปกติ



## แนวคิดกระบวนการพยาบาล

**การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)** เป็นการวางกรอบการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพในทุกมิติของการพยาบาล ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ สามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาลทฤษฎี การพยาบาล หลักทางวิทยาศาสตร์ในการ วิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหาที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งรวมถึงทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการเลือกกิจกรรม การพยาบาลในการแก้ปัญหา การค้นหาปัญหาหรือความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละบุคคลมีความหลากหลายที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรคที่เป็นวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและความเชื่อ ดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการหรือสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ กระบวนการพยาบาลได้รับการยอมรับว่า เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) นำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การตรวจสอบข้อมูล (Validating data) การจัดระบบข้อมูล (Organizing data) การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data) และการบันทึกข้อมูล (Recording of data)

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริงมาสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing Planning) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล การพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Implementation) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล มุ่งเน้นความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิของบุคคล และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้รวมถึงการบันทึกทางการพยาบาล

5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation) เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับ เป้าหมายหรือไม่



#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ทารกที่มีภาวะภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง (hypoxic ischemic encephalopathy: HIE) ทารกจะเสียสมดุลของเกลือแร่ โพแทสเซียม โซเดียม และแคลเซียมบริเวณเยื่อหุ้มสมอง ทำให้กระบวนการ neuro excitotoxicity ลดลง ลดกระบวนการหลัง oxidative stress ซึ่งกระบวนการนี้ถ้ามากเกินไปจะนำมาซึ่งการทำลายหรือสร้างความเสียหายแก่เซลล์ต่าง ๆ จากการขาดเลือดและออกซิเจน ส่งผลให้สมองถูกทำลาย เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาท ซึ่งภาวะนี้ถือเป็นสาเหตุสำคัญของการตายหรือเกิดภาวะสมองพิการที่สำคัญ ส่วนในรายที่รอดชีวิตมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพประมาณร้อยละ 25 – 30 (มนัสวี พันธวาศิษฐ์, 2564)

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลทารกอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นให้ปลอดภัย และเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน

##### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.2.1 คัดเลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ราย
- 4.2.2 รวบรวมเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการแพ้ยา
- 4.2.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
- 4.2.4 ศึกษาค้นคว้าจากตำราวิชาการ ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง
- 4.2.5 นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจให้เหมาะสมกับความต้องการ
- 4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
- 4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
- 4.2.8 นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชา
- 4.2.9 ปรับปรุงแก้ไขผลงานตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล

##### 4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลทารกภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงวิชาการ

5.1.1 มีผลงานเชิงวิชาการเรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยงจำนวน 1 เรื่อง

#### กรณีศึกษา

ทารกเพศชาย อายุ 1วัน สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 3,260 กรัม คลอดที่โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ.2565 เวลา 12.36 น. ประวัติการตั้งครรภ์มารดาอายุ 28 ปี ครรภ์ที่1 ทารกได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) เนื่องจากมีอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ (fetal distress) น้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที คะแนนแอฟการ์ (APGAR score) ที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 3, 6 และ 8 ตามลำดับ แรกคลอดทารกเขียวทั้งตัว ไม่ร้อง ไม่เคลื่อนไหว ทำการกระตุ้น เข็ดตัว จัดท่านอนศีรษะแขวนเล็กน้อย (Sniffing position) ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ได้น้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ทารกไม่หายใจ ทำการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก (Positive pressure ventilation: PPV) RR 60 ครั้งต่อนาที, PIP20 cmH<sub>2</sub>O, PEEP5 cmH<sub>2</sub>O, FIO<sub>2</sub> 1.0 ครบ 15 วินาที ประเมิน ทารกหายใจเอือก อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที ทำการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกต่ออีก 30 วินาที ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที เขียวทั้งตัว ไม่เคลื่อนไหว หายใจไม่สม่ำเสมอ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 55 เปอร์เซ็นต์ หยุดทำการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก ทำการกระตุ้น และดูดเสมหะ ให้ออกซิเจนผ่านทางสายยาง (Flow O<sub>2</sub>) 10 ลิตรต่อนาที, FIO<sub>2</sub> 1.0 ที่นาที่ที่ 5 ทารกเริ่มปากแดง เคลื่อนไหวร่างกายเล็กน้อย ปลายมือ-ปลายเท้าเขียว มีเสียงครางขณะหายใจออก หายใจไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 160 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 95 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้การรักษาโดยใส่หน้ากากหายใจทางจมูก (Nasal Continuous Positive Airway Pressure: NCPAP) ใช้แรงดันบวก 5 cmH<sub>2</sub>O ความเข้มข้นของออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ อัตราการไหลของออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ที่นาที่ที่ 10 ทารกตัวแดง หายใจไม่สม่ำเสมอ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 100 เปอร์เซ็นต์ แพทย์พิจารณาย้ายไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1

แรกรับ ทารกตัวแดง มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 70 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที นำทารกนอนใต้เครื่องให้ความอบอุ่นปรับอุณหภูมิให้เหมาะสม วัดอุณหภูมิกายได้ 36.4 องศาเซลเซียส แพทย์วินิจฉัยทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบหน้ากากหายใจทางจมูก แรงดันบวก 6 เซนติเมตรน้ำ ความเข้มข้นของออกซิเจน 30 เปอร์เซ็นต์ ตรวจน้ำตาลในเลือดได้ 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 60-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) แพทย์ให้สารน้ำ 10% D/W 500 มิลลิลิตร อัตราการไหล 8 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทาง ผ่านทางสายสวนเส้นเลือดดำทางสะดือ ความเข้มข้นของเลือด 40 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 56/42 มิลลิลิตรปรอท แพทย์ให้สารน้ำ 0.9 NSS 35 มิลลิลิตรอัตราการไหล 70 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (ภายใน 30 นาที) และให้ Dobutamine 6.4 มิลลิลิตร + 5% D/W 15.6 มิลลิลิตรอัตราการไหล 1 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมง

หลังคลอดแพทย์ได้ประเมินระบบประสาท (Modified sarnat score) และผลค่าก๊าซของสายสะดือหลังคลอดได้ PH 6.917, PaO<sub>2</sub> 36.2 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 44.8 mmHg, HCO<sub>3</sub> 9.2 mmol/L, BE -23.6 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ pH 7.35-7.45, PaO<sub>2</sub> 80-100 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 35-45 mmHg, HCO<sub>3</sub> 22 - 26) มีค่าของเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง ระดับปานกลาง (Moderate hypoxic ischemic encephalopathy) ให้การรักษาด้วยการลดอุณหภูมิร่างกาย (Therapeutic hypothermia) ติดตั้งเครื่องประเมินคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography: EEG) ฝ้าระวังอาการชักเกร็ง (Seizure) ส่งเลือดตรวจโลหิตวิทยาและเพาะเชื้อในกระแสโลหิต ผลตรวจ CBC ผลเลือด WBC 28,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร platelet 261,000 เปอร์เซ็นต์ neutrophil 32 เปอร์เซ็นต์ lymphocyte 34 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ WBC 4,000-11,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร platelet 150,000-400,000 เปอร์เซ็นต์ neutrophil 45-75 เปอร์เซ็นต์ lymphocyte 20-45 เปอร์เซ็นต์) แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 165 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง และ Cefotaxime 165 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง

อายุ 2 วัน ทารกหายใจไม่หอบ ตัวแดงดี อัตราการหายใจ 48-54 ครั้งต่อนาทีใช้เครื่องช่วยหายใจแบบเดิม อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที ทารกตัวเย็น อุณหภูมิแกนกลางร่างกาย 34 องศาเซลเซียส (ให้การรักษาด้วยการลดอุณหภูมิร่างกาย) ไม่มีอาการชักเกร็ง ความดันโลหิต 70/34 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ลดอัตราการไหลของ Dobutamine จนกระทั่งหยุดยาได้ เริ่มให้กินนมทางสายยาง 5 มิลลิลิตรทุก 3 ชั่วโมง ให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำแบบสมบูรณ์ (Total parenteral nutrition: TPN) ด้วยอัตราการไหล 6.3 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควบคู่กับการให้ 20% Intralipid อัตราการไหล 3 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

อายุ 4 วัน ทารกหายใจไม่หอบ อัตราการหายใจ 48 ครั้งต่อนาที แพทย์เปลี่ยนเครื่องช่วยหายใจแบบให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง (Heated Humidified High Flow Nasal Cannula: HHHFNC) ให้นมทารกทางสายยาง 65 มิลลิลิตรทุก 3 ชั่วโมง ทารกรับนมได้ดี ไม่ท้องอืด ไม่สำรอก แพทย์พิจารณาหยุดให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ และถอดสายสวนเส้นเลือดดำทางสะดือออก หลังให้การรักษาด้วยการลดอุณหภูมิร่างกายครบ 72 ชั่วโมง ทารกไม่มีอาการชักเกร็ง แพทย์พิจารณาหยุดการรักษาโดยเพิ่มอุณหภูมิร่างกายทารก (Rewarm) ที่ละ 0.5 องศาเซลเซียสทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งอุณหภูมิร่างกายทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิกายปกติทารก 36.9-37.1 องศาเซลเซียส)

อายุ 5 วัน ทารกตัวแดง ร้องไห้เสียงดัง หายใจไม่หอบ สามารถหายใจได้เอง กินนมได้ ท้องไม่อืด ไม่มีใช้อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส แพทย์พิจารณาหยุดให้ยาปฏิชีวนะ ย้ายทารกไปรับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และให้มารดามารดามีกเลี้ยงหลังได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบ ดูดนมได้ดี บิดามารดามีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 8 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซระหว่างปอดและหลอดเลือดลดลง
2. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง เนื่องจากปริมาณเลือดและน้ำในร่างกายลดลง
3. เสี่ยงต่อภาวะสมองถูกทำลาย เนื่องจากมีภาวะสมองขาดออกซิเจน
4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย Therapeutic hypothermia
5. มีภาวะติดเชื้อ เนื่องจากการสอดใส่สายต่าง ๆ เข้าร่างกาย
5. เสี่ยงต่อภาวะอิลิคโตรไลต์ที่ไม่สมดุล เนื่องจากการทำงานของไตลดลง
6. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำ สารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากระบบการย่อยการดูดซึมอาหารทำงานลดลง
7. บิดามารดามีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยของทารกเนื่องจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาของทารกไม่เพียงพอ

กรณีศึกษาผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการประเมิน สังเกต รวมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และรายงานแพทย์ให้ทันเวลาที่ ให้การพยาบาลที่เหมาะสม โดยดูแลเรื่องการหายใจและการให้ออกซิเจน คือ ทำทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ โดยการดูดเสมหะในปากและจมูกโดยใช้อุปกรณ์ดูดเสมหะที่เหมาะสม ดูแลให้ทารกได้รับการรักษารักษาด้วยการลดอุณหภูมิร่างกาย (Therapeutic hypothermia) เฝ้าระวังภาวะชัก เกร็ง และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการลดอุณหภูมิร่างกาย ป้องกันการติดเชื้อ กระตุ้นประสาทสัมผัส และส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคมและจิตใจ และการช่วยเหลือครอบครัวให้เผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลได้ และสามารถปรับตัว ซึ่งมีผลทำให้ทารกได้รับการรักษารวดเร็วและถูกต้อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต นอกจากนี้พยาบาลยังมีความสามารถในการคาดการณ์ถึงปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดกับทารกที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง และหาแนวทางป้องกันและดูแลให้ทารกปลอดภัย

## 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการพยาบาล และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5.2.2 ญาติมีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นในต่อการรักษา และการพยาบาลของทีมสุขภาพ

5.2.3 พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลทารกที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลทารกที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 นำประสบการณ์และปัญหาที่พบ เข้าร่วมอภิปรายในหน่วยงานเพื่อพัฒนาความรู้ และศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6.3 เป็นแนวทางประกอบการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การประเมินทารกที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง มีความสำคัญมากเนื่องจากทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จำเป็นต้องมีการสังเกตอาการของทารกอย่างใกล้ชิด และรวดเร็ว รวมถึงประเมินสัญญาณชีพที่ผิดปกติ และให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของทารกได้ทันทั้งที่

7.2 ความยุ่งยากในการประเมินความต้องการของทารก เนื่องจากทารกไม่สื่อสารความรู้สึกของการเจ็บป่วย และความต้องการในการดูแล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องใช้ทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อกาประเมินสภาวะเจ็บป่วยและความต้องการของทารก เพื่อตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ทารกแรกเกิดไม่สามารถสื่อสารถึงความรู้สึกเจ็บป่วยและความต้องการของตนเองได้ จึงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ใช้ทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การสังเกตรายละเอียดอย่างรอบคอบในการประเมินสภาวะเจ็บป่วยและความต้องการของทารก เพื่อตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

8.2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติมีความสำคัญในการให้ข้อมูลบิดามารดาที่มีความวิตกกังวลสูง ในเรื่องการเจ็บป่วย และกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต เปิดโอกาสให้ได้เข้าเยี่ยมบุตร ล้างมือก่อนสัมผัสบุตร

## 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในระยะวิกฤต

9.2 กำหนดแผนพัฒนาความรู้บุคลากรในหน่วยงาน ควรมีการจัดอบรมทางด้านวิชาการแก่พยาบาลเพื่อให้การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และทันสมัยต่อความก้าวหน้าทางวิชาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน

9.3 พัฒนาปัญหา อุปสรรคหน้างานสู่งานวิจัยทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด

9.4 จัดทำสื่อ หรือนวัตกรรม เพื่อให้ญาติเข้าถึงข้อมูลการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมภาวะสุขภาพของทารก

9.5 ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยได้รับการติดตามการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงการดูแล ให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา

9.6 ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะขั้นตอนในการพยาบาล Therapeutic Hypothermia และการดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องทำความเย็นผ่านผิวหนังโดยเครื่อง

อัตโนมัติ (Automated surface cooling) รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย

#### 10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ผลงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤติ 1 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวสุรารักษ์ อนุสุเรนทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*สุรารักษ์ อนุสุเรนทร์*.....

(นางสาวสุรารักษ์ อนุสุเรนทร์)

(ตำแหน่ง).....*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ*.....

(วันที่).....*28*...../*พ.ย.*...../*2566*.....

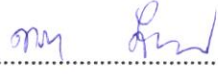
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ                   |
|-----------------------------|------------------------------|
| นางสาวสุรารักษ์ อนุสุเรนทร์ | <i>สุรารักษ์ อนุสุเรนทร์</i> |



ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....   
 (..... ดารา ค้วหน .....)  
 (ตำแหน่ง) ..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ .....  
 (วันที่) 16 / พ.ย. / 66

(ลงชื่อ).....   
 (..... (นางอังนารวรรณ นามืองจันทร์) .....)  
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
 (วันที่) 16 / พ.ย. / 66

(ลงชื่อ).....   
 (..... (นางพินรัฐ จอมเพชร) .....)  
รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล  
 (ตำแหน่ง) .....  
 (วันที่) ..... / ..... / .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....   
 (..... (นายเสกสรร สุวรรณแพง) .....)  
 (..... นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ .....)  
 (ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
21 ธ.ค. 2566  
 (วันที่) ..... / ..... / .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

### 1.เรื่อง นวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัว

### 2.หลักการและเหตุผล

แผลกดทับ (Pressure injury) เป็นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่ และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง จากคำนิยามของสถาบัน National Pressure Ulcer Advisory Panel : NPUAP (ผกามาศ พิธีรากร, 2564) แผลกดทับมักจะพบบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีเครื่องมือแพทย์กดทับ ลักษณะผิวหนังอาจมีหรือไม่มีรอยฉีกขาด ด้วยสภาวะของผิวหนังในทางการเจริญเติบโตยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ผิวหนังจะมีลักษณะบาง ซึ่งการเจริญของผิวหนังชั้นนอกในชั้นสตราตัม คอร์เนียม (stratum corneum) ยังพัฒนาไม่เต็มที่ และมีสารไฟบริน (fibrin) น้อย ทำให้การยึดเหนี่ยวระหว่างผิวหนังชั้นนอกและชั้นในไม่ดี เกิดการลอกหลุดได้ง่าย และผิวหนังชั้นในที่ประกอบด้วยคอลลาเจน (collagen) และเส้นใยยืดหยุ่นน้อย ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ในการป้องกันการสูญเสีย น้ำจากร่างกายและป้องกันอันตรายจากภายนอก (พัชชา ชินธนาวงศ์, 2558) เมื่อทารกแรกเกิดป่วยได้เข้ารับการรักษาในระยะวิกฤต มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาและทำหัตถการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นใส่ท่อหายใจผ่านทางท่อหลอดลมคอ การใส่ท่อทางจมูก การใช้เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง การใส่สายสวนทางสะดือ การใส่สายสวนปัสสาวะ การรักษาด้วยความเย็น (Therapeutic hypothermia) รวมไปถึงการได้รับยาคลายกล้ามเนื้อและยาสงบ ซึ่งหัตถการต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนทำให้ทารกต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เกิดการเสียดสีผิวหนังของทารกที่บอบบาง แห้ง ลอกบางรายมีภาวะบวม ทุพโภชนาการ การไหลเวียนโลหิตไม่ดี มีความดันโลหิตต่ำ จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ทารกเกิดแผลกดทับได้ง่าย ทารกจะได้รับความเจ็บปวดจากการเกิดแผลกดทับ และยังมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลกดทับ การลดแรงกดทับที่ทำให้ผิวหนังฉีกขาด การเพิ่มสารอาหารที่เสริมสร้างความแข็งแรงของเนื้อเยื่อ การดูแลผิวหนังไม่ให้ชื้นหรือแห้งเกินไป และการจัดทำพลิกตะแคงตัวทารกทุก 2 – 3 ชั่วโมง เป็นทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และลดการเสียชีวิตของทารกได้ (ปัตนิ แสนคำมูล และคณะ, 2557)

งานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2563 – 2565 มีทารกที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษ จำนวน 261 ราย, 245 ราย และ 233 ราย อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับตั้งแต่ปี 2563 – 2565 พบว่าเป็น 8, 3, 3 ราย ตามลำดับ หรือคิดเป็น 2.22 , 0.96 และ 0.85 ต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตนั้นคือ การไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ถือเป็นเป้าหมายสูงสุด ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรต้องตระหนัก คำนึงว่าหาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องดูแลทารกตลอด 24 ชั่วโมง จากความรู้ทางวิชาการดังกล่าว งานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 1 ได้มีแนวทางปฏิบัติเพื่อ

ป้องกันการเกิดแผลกดทับ กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญคือ การจัดท่าพลิกตะแคงตัวทารกทุก 2 – 3 ชั่วโมง การจัดท่าพลิกตะแคงตัวนั้นจำเป็นที่จะต้องใช้อุปกรณ์ในการพยุงตัวทารกให้อยู่ในท่าที่ต้องการ โดยใช้ผ้าขนหนูม้วนเป็นแท่งกลมใช้หนุนที่หลังของทารก พบปัญหาผ้าขนหนูมักคลายตัวและมีขนาดที่ไม่เหมาะสมกับการจัดท่าให้ทารก ทำให้การจัดท่าพลิกตะแคงตัวทารกไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล จึงทำให้อาจจะเกิดแผลกดทับได้อีกทั้งหน่วยงานยังขาดนวัตกรรมที่จะช่วยในการจัดท่าพลิกตะแคงตัว

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและจัดทำนวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัว เพื่อช่วยในการจัดท่าพลิกตะแคงตัวทารกแรกเกิดป่วย ป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ ให้มีความสะดวก รวดเร็ว ไม่เสียเวลาในการม้วนผ้า และช่วยให้ทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตมีความปลอดภัย ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตได้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

### 3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงและถูกจำกัดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจที่มีความถี่สูงจะมีการสั่นสะเทือนตลอดเวลา ทำให้เกิดการเสียดสีของผิวหนังทารก ส่งผลทำให้เกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย (ผกามาศ พิธรากร, 2564) เกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่คุกคามคุณภาพชีวิตของทารกโดยตรงคือ เกิดความเจ็บปวด ความทรมาน ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ชั่วโมงการดูแลมากขึ้น การฟื้นฟูจากโรคซาลง การติดเชื้อที่แผลกดทับซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัว และผู้ดูแล เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และทางเศรษฐกิจของครอบครัว เสียรายได้ ซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้ หากหน่วยงานและบุคลากรไม่ตระหนักและใส่ใจปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับไปในแนวทางเดียวกัน โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกโดยตรง ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกาพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม เพื่อป้องกันและลดปัญหาต่าง ๆ งานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จากการค้นหาสาเหตุของการเกิดแผลกดทับของทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตพบว่า ทารกยังไม่ได้รับการจัดท่าพลิกตะแคงตัวที่เหมาะสม และไม่มีอุปกรณ์ในการจัดท่าพลิกตะแคงตัว ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการจัดท่าพลิกตะแคงตัวให้กับทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤต การมีอุปกรณ์ที่เพียงพอเหมาะสมในการช่วยการจัดท่าพลิกตะแคงตัวทารกได้สะดวก และถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson's human caring science) วัตสันเชื่อว่าการดูแลเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ การพยาบาลเป็นศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ เป้าหมายของการดูแลคือ การช่วยเหลือบุคคลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Watson, 1985 อ้างตาม ณัฐชยา วุฒิมานกรณ, 2556) หนึ่งในนั้น

คือการใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล มีการนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลทารก เริ่มจากการประเมินปัญหาของทารกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสังเกต ค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ พูดคุยซักถามมารดา เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวม และนำมาวางแผนการ

พยาบาลเพื่อจัดทำนวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัว หลังจากนั้นจึงนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายต่อไป

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัวขึ้น โดยการจัดทำเป็นหมอนทรงกลมซึ่งดัดแปลงมาจากหมอนข้างตัดเย็บด้วยผ้า และยัดหมอนด้วยใยสังเคราะห์ให้อยู่ทรง และคงรูปของหมอนซึ่งหมอนที่ได้จะมีความอ่อนตัว นุ่ม ไม่อับชื้น ดูแล่ง่าย ไม่เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังทารก เหมาะกับการใช้จัดทำพลิกตะแคงตัวทารก โดยมุ่งหวังว่าทารกที่ได้ใช้นวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัว จะได้รับการจัดท่าที่ถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติ เกิดความสุขสบาย ไม่เกิดแผลกดทับ และบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจ สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการล้มกดทับในทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤต

### ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน มิถุนายน 2566 – ธันวาคม 2566

### กลุ่มเป้าหมาย

1. ทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตทุกราย ในงานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 1
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 1

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรางานวิจัยต่าง ๆ
2. ปรึกษาหัวหน้างานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 1 เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำนวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัว
4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำนวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัวและทดลองใช้ในหน่วยงาน
5. นำไปใช้ในหน่วยงาน
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมให้ดีขึ้น

### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตได้รับการจัดทำพลิกตะแคงตัว ด้วยนวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัวทุกราย
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนในงานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต มีความพึงพอใจจากการใช้นวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัวกับทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤต
3. ทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤต 1 ทุกรายไม่เกิดแผลกดทับ

### 5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. งานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต มีนวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัว จำนวน 8 ใบ
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนในงานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 1 มีการใช้นวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัวกับทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤต 1 ทุกราย ร้อยละ 100
3. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัวมากกว่า ร้อยละ 90
4. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตทุกราย เท่ากับ 0 ครั้ง

(ลงชื่อ)..... สุรารักษ์ อนุสุนทร .....

(นางสาวสุรารักษ์ อนุสุนทร)

(ตำแหน่ง) ..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ .....

(วันที่) 3 / 12 / ๖๖ .....

ผู้ขอประเมิน