

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม	หน้า :
แนวปฏิบัติการพยาบาลเลขที่ : WI-ICU -012	ทบทวน : ทุกปี
เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง 	วันที่บังคับใช้ มีนาคม 2567 ทบทวนครั้งที่ 1 เมษายน 2568 ทบทวนครั้งที่ 2 มีนาคม 2569
แผนก : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ICU Neuro non trauma, ICU Neuro surg, ศย, ศช
ผู้จัดทำ : ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและสมอง	
ผู้รับผิดชอบ : ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและสมอง นิตติ์ สันติสุข (นางสาวปิยะดี สัพพะบำรุง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	ผู้อนุมัติ นันทวรรณ แสนโสภิต (นางนันทวรรณ แสนโสภิต) หัวหน้าพยาบาล

ลงนามรับทราบและนำสู่การปฏิบัติ

ลำดับ	รายชื่อพยาบาลในหน่วยงาน	ลงนาม	หมายเหตุ
1	นางชนิษฐา เกิดมณี		
2	นางธัญญภรณ์ นาคนาเกร็ด		
3	นางสาวสมหญิง เดชป่อง		
4	นางสาวศุภรภมาศ ตั้งมานะสิริ		
5	นางสาวกนกพร พวงบอน		
6	นายณัฐภัทร ธรรมเจริญ		
7	นางสาวยุพารัตน์ ศรีทอง		
8	นางสาววิศญามล ห้วยหงษ์ทอง		
9	นางสาวเปรมฤดี ไก่แก้ว		
10	นางสาวอมลรดา สีสุก		
11	นางรชาชล อินทนชิตจ้อย		
12	นางสาวดวงสุดา เสงี่ยมสกุลสุข		
13	นางสาวกิตติมา สิทธิเกษร		
14	นางสาวสิริวิมล ชำอ่อง		
15	นางสาวอรรธกาล อ้อยเคี่ยม		
16	นางสาวปวันรัตน์ ศรีคำ		

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) คือ ภาวะที่มีก้อนเนื้องอกซึ่งมีเซลล์ที่ผิดปกติเกิดขึ้นในกะโหลกศีรษะ ซึ่งเนื้องอกสมองนี้อาจ เกิดจากเซลล์ในระบบประสาทที่แบ่งตัวผิดปกติเอง (Primary brain tumor) หรืออาจเกิดจากเซลล์มะเร็งนอกระบบประสาทกระจายมาสู่ระบบประสาทก็ได้ (Metastasis brain tumor) ระบบประสาทประกอบด้วยสมองและไขสันหลัง เป็นระบบที่สำคัญของร่างกายมนุษย์ทำหน้าที่ที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวความจำ ความรู้สึกนึกคิด ดังนั้นเมื่อภายใน กะโหลกศีรษะเกิดความผิดปกติจะรบกวนระบบประสาทและการทำงานของสมอง ส่งผลให้มีอาการ ผิดปกติ ดังนี้ ปวดศีรษะ อาเจียน มีปัญหาด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ การพูด การได้ยิน การมองเห็น ความจำ อาจเกิดภาวะชัก ส่งผลให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหรือความพิการได้ การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอกออกเป็นวิธีการหนึ่งของการรักษาเนื้องอกสมองทั้งนี้การผ่าตัดนั้นจะได้ผลมาน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิด และตำแหน่งของเนื้องอก สมองว่าจะสามารถกำจัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมด หรือกำจัดออกได้บางส่วน และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาล จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้รับการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ขอบเขต

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองใช้กับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนครปฐม

นิยามศัพท์

โรคเนื้องอกสมอง Brain tumor หมายถึง ความผิดปกติด้านการเจริญเติบโตของก้อนเนื้อในสมองหรือในกะโหลกศีรษะ ที่อาจเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดในระบบประสาทและสมอง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองจากพยาธิสภาพของโรคอื่นที่แพร่กระจายไปสู่สมอง

เอกสารอ้างอิง

ฉัตรกมล ประจวบลาภ.ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง:มิติของ การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล2561; 33(2):15-28.

นลินี พสุคนธ์ภาค และผศ.ดร.วัน เพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป กรุงเทพมหานคร : บริษัทธนาเพรส จำกัด; 2557.

วรรณนิศา ชัยวิสิทธิ์ และคณะ. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สติ. เวชบัณฑิตศิริราช. 2560; 10 (2):109-11.

บังอร ฉางทรัพย์. กายวิภาคศาสตร์1 . พิมพ์ครั้งที่7. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2560: 328 -345.

หน้าที่ความรับผิดชอบ

พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติตามแนวทางและวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง รวมทั้งให้คำแนะนำและบันทึกอาการได้อย่างถูกต้อง และครอบคลุม
ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) ตามระเบียบปฏิบัติอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดย่อย	เป้าหมาย
1. ความปลอดภัยของผู้ป่วย (เฉพาะโรค)	1. ร้อยละของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ครบถ้วน 2. อัตราภาวะแทรกซ้อน - VAP - CAUTI - Pressure injury	100% <5.5:1000 < 4 :1000 < 2 :1000
2. การบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน	ร้อยละการได้รับการจัดการบรรเทาทุกข์ทรมานจากการปวด	100 %
3. ความสามารถในการดูแลตนเอง	1. ร้อยละผู้ ป่วยได้รับการประเมิน Barthel ADL ก่อนจำหน่าย 2. ร้อยละการกลับเข้ารับการรักษภายใน 28 วัน จากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง	> 80%
4. การเสริมพลัง ความพึงพอใจ	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและหรือญาติ	>85%
5. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	Care giver ได้ รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	100%

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<u>ระยะแรกเริ่ม</u> 1. ประเมินปัญหาและความต้องการแรกเริ่มเมื่อมาถึงหอผู้ป่วยโดย - ผู้ป่วยวิกฤตภายใน 5 นาที - ผู้ป่วยไม่วิกฤตภายใน 15 นาที 2. จัดสถานที่เหมาะสมกับการจำแนกประเภทผู้ป่วยดังนี้ - ผู้ป่วยวิกฤตได้แก่ผู้ป่วยประเภท 4-5 อยู่ใกล้ Nurse station 3. วินิจฉัยความรุนแรง ความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา 4. ผู้ป่วยวิกฤตมีการส่งต่อข้อมูล ก่อนเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยใน/ห้องผู้ป่วยหนัก	1. การเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่	1. ประสารทีมภายในหอผู้ป่วย 2. ประเมินสภาพชักประวัติเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล	1. เตรียมเตียงและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วย 2. เตรียมอุปกรณ์และวัสดุ ครุภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย 3. พยาบาลแนะนำตนเอง ทักทายผู้ป่วย และญาติด้วยท่าที่เป็นมิตร 4. ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับสัญญาณชีพและความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น ชัก แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ตาพร่ามัวลง หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง 5. ชักประวัติทั่วไปและประวัติทางระบบประสาท ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา 6. รายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบ 7. จัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง และเปลี่ยนเสื้อผ้า	มีความพร้อมรับผู้ป่วยใหม่

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
5. ประเมินปัญหาความต้องการ แรกรับตามแบบประเมิน ภาวะสุขภาพ			8. ตรวจสอบการลงนามยินยอมให้ การ รักษาของผู้ป่วยหรือญาติ 9. ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของ ผู้ป่วย และตามแผนการรักษาของแพทย์ 10. การปฐมนิเทศผู้ป่วยใหม่ และญาติ เกี่ยวกับทีมงานรักษาพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล ภาระเบี่ยงของหอผู้ป่วย	
ระยะแรกรับ ผล CT brain พบมีเนื้องอกใน สมอง ผล MRI brain พบมีเนื้องอกใน สมอง	2. เสี่ยง/เกิดภาวะชัก	1. ติดตามประเมินภาวะชัก 2. ดูแลป้องกันการเกิด อุบัติเหตุขณะชัก 3. บันทึกลักษณะระยะเวลา ที่ชักพร้อมรายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ได้รับยากันชัก ตาม	1. ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการชัก จัดท่านอน ให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าไป ด้านใดด้านหนึ่ง ห้ามใส่อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ช้อน ไม้กดลิ้น ฯลฯ เข้า 2 ปากผู้ป่วยขณะชัก เพราะอาจ ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ 2. เตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ ให้พร้อมใช้งานให้ออกซิเจน และดูแล ทางเดินหายใจให้โล่ง 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักตามแผนการ รักษา พร้อมทั้งสังเกต อาการ ข้างเคียงจากการให้ยา (กรณีที่ให้ยา phenytoin ควรผสม ใน 0.9% NSS	1. ไม่เกิดภาวะชัก 2. ไม่เกิดอุบัติเหตุถ้ามี ภาวะชัก

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
มี Glasgow coma scale GCS≤13		แผนการรักษา	เท่านั้น และห้ามผสมในสารน้ำที่มีส่วนผสมของ dextrose เพราะจะทำให้ตกตะกอน) 4. สังเกตและบันทึก ลักษณะการชัก ระยะเวลา และระดับความรู้สึกตัวในขณะที่เกิดการชัก 5. หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ต้องยกที่กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง 6. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการชักขึ้นอีกเช่น ภาวะไข้ 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุของการชัก	
<u>ระยะแรกเริ่ม</u> มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เช่น ผล CT Scan brain / ผล MRI brain พบมีเนื้องอกในสมอง	3. เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	1. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย 2. เตรียมความพร้อมจิตใจผู้ป่วย/ญาติ 3. เตรียมเอกสาร อุปกรณ์ประสานงานกับทีม	1. การดูแลด้านจิตใจ - แพทย์ อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค และการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับโรค และการรักษา - ให้ความมั่นใจว่า จะได้รับการดูแลอย่าง	ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย อุปกรณ์ และเอกสาร

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
		4. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด	ใกล้ชิดจากแพทย์ และ พยาบาล ให้กำลังใจ แก่ครอบครัวผู้ ป่วยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 2. การเตรียมด้านร่างกาย ดูแลถอดฟันปลอม และเครื่องประดับ ดูแลความสะอาดของร่างกาย และบริเวณที่จะทำการผ่าตัดงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด 6 ชั่วโมง ยกเว้นกรณีเร่งด่วน ให้ยาก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา ให้ปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด หรือสวนคาสายสวนปัสสาวะ 3. การเตรียมด้านอุปกรณ์และเอกสาร - ตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัดให้ครบถ้วน เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมผลตรวจ X ray, CT brain ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เตรียมเลือด และมีผลตรวจหาหมู่เลือดที่เข้ากับผู้ป่วยตามแผนการรักษา - ประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี	

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<u>ระยะแรกเริ่ม</u> - ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ชักถามอาการผู้ป่วย - ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ	4. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค	- วางแผนให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล	1. ปฐมนิเทศแรกเริ่มเกี่ยวกับโรคและอาการผู้ป่วย แนะนำสถานที่ เจ้าหน้าที่ แพทย์ผู้ทำการรักษา การปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมอุปกรณ์ของใช้ให้ผู้ป่วย เป็นต้น 2. เปิดโอกาสให้ซักถาม 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์	- ญาติคลายความวิตกกังวล
<u>ระยะดูแลต่อเนื่อง</u> 1. เฝ้าระวังสังเกตอาการอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นระยะโดยการประเมิน GCS, pain score, Braden score และสื่อสารกับทีมครบถ้วนถูกต้อง 2. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอย่าง	5. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ	1. ประเมินอาการแสดงของภาวะ IICP 2. wound care, drain care	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง ตามสภาพ 2. ประเมินอาการซึมลง ชักเกร็ง อาเจียน รุนแรงตามไม่เท่ากันแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น Glasgow coma score drop รายงานแพทย์ 3. เตรียมความพร้อมในการ Replete CT brain เร่งด่วน 4. ตรวจสอบและติดตามผล Hematocrit	1. GCS ไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดลง 2. แผลผ่าตัดไม่ซึม 3. drain มี content ออกน้อยกว่า 200 ml/hr.

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
ต่อเนื่อง 3. ติดตามรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ผลการตรวจเช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผล X-ray และผลการตรวจอื่นๆ 4. บันทึกการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล 5. ผู้ป่วยผ่าตัดสมองปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง		3. เตรียมพร้อมในการวินิจฉัย และผ่าตัดเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน	ตามแผนการรักษา ถ้า <30% รายงานแพทย์ 5. ตรวจสอบแผล บันทึกลักษณะ สี และปริมาณของเลือดที่ออก 6. สังเกตจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย และแผลผ่าตัดพร้อม บันทึก	
	6. การพยาบาลในการดูแลระบบทางเดินหายใจ	1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน 2. Respiratory care	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (keep O_2 Sat 95%) ขณะให้ออกซิเจนควรตรวจสอบ ระดับความรู้ สึกตัว สัญญาณชีพ สีผิวบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า เป็นระยะๆ	1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน 2. ทางเดินหายใจโล่งและมีการระบาย

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
			2. สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงลม เข้าปอด หากผิดปกติและผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ หรือไม่เพียงพอ รายงานแพทย์ทราบ 3. จัดทำผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ และดูดเสมหะตามความจำเป็น 4. ดูแลและเฝ้าระวังการสูดสําลักอาหารและน้ำ 5. กรณีดูแลผู้ป่วยที่ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบการหายใจของผู้ป่วยและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้สัมพันธ์กัน 5.1 ตรวจสอบการหายใจของผู้ป่วยและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้สัมพันธ์กัน 5.2 ตรวจสอบบริเวณข้อต่อต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้มีการรั่วหรือหลุดจากกัน	อากาศได้ดี ได้แก่ 2.1 การเคลื่อนไหว และการขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงการหายใจปกติ 2.2 ผล chest x-rayปกติ

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
			5.3 ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และปาก ตามความจำเป็น 5.4 ติดตามความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง (arterial blood gas) 6. ติดตามผล chest x-ray	
	7. เสี่ยงต่อการเสียภาวะความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (electrolyte imbalance)	1. ประเมินอาการแสดงของภาวะ electrolyte Imbalance 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ	1. ภาวะไม่ สมดุล ของอิ เล็กโตรไลต์ ในร่างกายจากอาการแสดงและ Lab 2. ประเมินการรับประทานอาหาร และดูแลให้ได้รับสารอาหาร และสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 3. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายในแต่ละวัน 4. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte ทางห้องปฏิบัติการ 5. รายงานแพทย์ เมื่อผล Electrolyte ผิดปกติ	1. ไม่มีอาการสับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง 2. Intake/Output 3. ผล serum electrolyte ปกติ

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
	8. ปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินระดับความเจ็บปวด 2. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมวางแผนกิจกรรมการพยาบาล 3. ให้ยาบรรเทาปวด	1. ประเมินpain score ทุก 4 ชม. ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา 2. จัดท่านอนของผู้ป่วยให้นอนในท่าที่สุขสบายหัวเตียงสูง 15-30 องศา 3. ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งของสายต่างๆ 4. ตรวจสอบไม่ให้ผ้าพันแผลรัดแน่นเกินไปและป้องกันการถูกกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด 5. อาจจะวาง cold pack บริเวณรอบๆแผลผ่าตัดเพื่อลดการบวม 6. แนะนำเทคนิคหรือวิธีที่ช่วยให้มีการผ่อนคลายเพื่อบรรเทา อาการปวดแผล เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆการนั่งสมาธิ การฟังเพลง 7. พุดคุยและสัมผัสอย่างอ่อนโยนให้การพยาบาลด้วยท่าที่นุ่มนวล 8. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา	1. pain score ลดลงหรือน้อยกว่า 3/10 สีหน้าสดขึ้นขึ้น 2. สามารถนอนหลับได้มากขึ้น 3. V/S ปกติ

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
	9. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ติดเชื้อ VAP, CA-UTI	1. ประเมินอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ 2. SSI bundle care 3. VAP bundle care 4. CAUTI bundle care	1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้ การพยาบาล 2. ประเมินอาการแสดงของภาวะติดเชื้อวัดอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกตบันทึก ลักษณะ ปริมาณ สี และกลิ่นของสิ่งคัดหลั่งจาก แผลและน้ำไขสันหลัง ลักษณะ Secretion และ ลักษณะ ปัสสาวะ 4. ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เกิดการปนเปื้อน ในกรณีที่แผลมีสิ่งคัดหลั่ง ซึมมาก ให้เปลี่ยนผ้าปิดแผลโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ 5. ปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกัน VAP โดยยึดหลัก WHAPO และใช้ VAP bundle care 6. ประเมินความจำเป็นของการคาสายสวนปัสสาวะและ ปฏิบัติการ ดูแลตามแนวทาง CA-UTI bundle care 7. Intermittent catheter ตาม Protocol กรณีผู้ป่วยยังมีปัสสาวะคั่งค้าง	1. อุณหภูมิปกติไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส 2. ผล WBC ปกติ 3. ไม่มีอาการแสดงของการอักเสบ/ติดเชื้อ

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
	10. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Braden scale 2. Pressure sore bundle care	1. ผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง ไม่มีรอยยับย่น 2. ดูแลบริเวณผิวหนังให้สะอาด แห้ง ไม่อับชื้น 3. ดูแลทำความสะอาดผิวหนังหลังขับถ่าย ไม่เช็ดถูจาระหรือ ปัสสาวะ 4. ดูแลพลิกตะแคงตัว หรือ เปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง 5. ใช้ผ้ารองยก ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ไม่ใช้วิธีลากดึงผู้ป่วย 6. ใช้ครีม วาสลีนหรือโลชั่นทาบริเวณผิวหนังเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นผิว 7. ประเมิน Braden scale ดูความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<u>ระยะดูแลต่อเนื่อง</u> ความสามารถในการสื่อสารบกพร่อง พูดไม่ชัด พูดลำบาก ไม่ใจคำพูด หรือภาษาในการสื่อสารไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้	11. ความสามารถในการสื่อสารบกพร่อง	วางแผนการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารบกพร่อง	1. ประเมินลักษณะการสื่อสารของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วยในด้านความเข้าใจ ภาษา 2. ส่งปรึกษานักอรรถบำบัดเพื่อประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการสื่อสาร และวางแผนการฟื้นฟูสภาพ 3. ให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสาร ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสาร ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยให้พูดซ้ำๆ เป็นประโยคหรือวลี สั้นๆ 5. ใช้พูดซ้ำๆ ชดถ้อยขัดคำและเป็นภาษาที่ใช้ประจำ 6. หลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์	ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดีขึ้น

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการแพทย์	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
ผู้ป่วยบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน	12. การพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน	วางแผนการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยกิจวัตรประจำวัน และสอนญาติเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน	1. สอนญาติเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน ในเรื่อง 1.1 การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำบนเตียง 1.2 การรับประทานอาหารหรือให้อาหารทางสายาง 1.3 active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู การเคลื่อนย้าย ขึ้นลงเตียง เคลื่อนย้ายจากเก้าอี้หรือรถเข็น ขึ้นเตียง 2. ให้ความช่วยเหลือในการขับถ่ายและการทำกิจวัตรประจำวัน	ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน ญาติสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้
<u>ระยะก่อนจำหน่าย</u>	13. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	1. วางแผนหา Care giver 2. ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับอาการและปัญหาปัจจุบัน รวมทั้งแนวโน้มการพยากรณ์โรคที่อาจเกิดขึ้น 3. การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ อุปกรณ์ของ	1. ร่วมปรึกษากับญาติเพื่อหา Care giver 2. อธิบายให้ญาติรับทราบถึงอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันปัญหาที่ ต้องดูแลต่อเนื่อง และอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น 3. แนะนำญาติ ในการเตรียม ปรับปรุงสถานที่ผู้ป่วยมีความพึงการ วางแผนร่วมกับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	1. ญาติ/Case giver สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามเทคนิค 2. มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ได้ครบตามความจำเป็นของผู้ป่วย 3. ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
		ใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย 4. วางโปรแกรมในการสอนสาธิตแก่ care giver ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านทางสังคม 5. Empowerment ญาติ/ care giver ในการดูแลผู้ป่วย 6. แนะนำแหล่งสนับสนุน	4. ให้แผ่นพับสำหรับญาติในการเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นใน ผู้ป่วยแต่ละราย เช่น Syringe สำหรับให้อาหาร	
<u>ระยะจำหน่าย</u> ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลและสอบถามเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย	14. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน	1. ประเมินความพร้อมผู้ป่วย และญาติ 2. ให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 3. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	1. ตรวจสอบสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง 2. ตรวจสอบเช็คการสั่งยากลับบ้านของแพทย์ให้ครบถ้วน 3. พิมพ์บัตรนัด ไปส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ครบถ้วน 4. แนะนำขั้นตอนการติดต่อกลับบ้าน ติดต่อห้องยา ห้องการเงิน	1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล 2. ญาติ มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
			5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่นการจัดการกับความเครียด หลักเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง 6. อธิบายการรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่องรับประทานยา ต่อเนื่องหากพบอาการผิดปกติจากการใช้ยาปรึกษาแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน 7. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม เช่นเครื่องปรุงรส อาหารที่มีรสเค็ม เป็นต้น 8. อธิบายอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง ง่วงซึม พูดลำบาก 9. แนะนำให้ทำกายภาพสม่ำเสมอ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง 10. แนะนำให้ญาติจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด	

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวางแผนการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
			เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ 11. แนะนำให้ญาติ ดูแลความสะอาดร่างกาย ดูแลผิวหนังไม่ให้เปื่อยขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 12. แนะนำให้ญาติกระตุ้นการรับรู้	
ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย	15. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต	วางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1. ให้ความเคารพสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่อง แนวทางและเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย 2. ประสานงานส่งปรึกษาทีม palliative care 3. ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ - อนุญาตให้เยี่ยมได้อย่างใกล้ชิด - จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่เงียบสงบ ไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อย - อนุญาตและแนะนำให้ ญาติ สามารถ	ญาติ ยอมรับได้และผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

ประเมินปัญหา	การวินิจฉัยทางการ พยาบาล	การวางแผนการ พยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
			ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ได้ถ้าไม่ขัดกับแผนการรักษาจัดให้ผู้ป่วยฟังบทสวด/เทปธรรมะโดยไม่ขัดกับศาสนา - บรรเทาความทุกข์ทรมานโดยดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา	