

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผ่นวัดขนาด k-wire

เสนอโดย

นางสาวอรรวรรณ ศรีอ่อน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 100)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผ่นวัดขนาด k-wire

เสนอโดย

นางสาวอรรณ ศรีอ่อน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 100)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม 2559 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการที่ไข่ซึ่งถูกผสมแล้ว ไปฝังตัวและเจริญเป็นตัวอ่อนในตำแหน่งอื่น ที่นอกเหนือไปจากภายในโพรงมดลูกปกติ เช่น มีการฝังตัวที่ท่อ นำไข่ ปากมดลูก รังไข่ ภายในช่องท้อง หรือใน rudimentary horn ของ anomalous uterus เป็นต้น (พิทักษ์ เลาห์เกริกเกียรติ, 2554)

พยาธิวิทยา

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเกือบทั้งหมดจะเกิดที่บริเวณท่อ นำไข่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วน ampulla เมื่อมีการเจริญของตัวอ่อนในท่อ นำไข่ trophoblast ของตัวอ่อนจะมีการแบ่งตัว และเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่จะเจริญเติบโตอยู่ในท่อ นำไข่ แต่บางครั้ง trophoblast จะเจริญเติบโตทะลุผ่าน mucosa, lumina propria และลุกลามลึกกลงไปในชั้นกล้ามเนื้อจนถึงชั้น serosa เมื่อ trophoblast ลุกลามถึงหลอดเลือด จะทำให้มีเลือดออกในท่อ นำไข่ ท่อ นำไข่จะบวมโตขึ้นและมีการยึดของ serosa ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดท้อง เมื่อท่อ นำไข่แตกจะมีการตกเลือดในช่องท้อง และอาจทำให้เกิดอาการช็อกได้ ในกรณีที่ตัวอ่อนฝังอยู่ในตำแหน่ง interstitium การแตกของท่อ นำไข่อาจเกิดขึ้นช้าถึงอายุครรภ์ 12-16 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีกล้ามเนื้อล้อมรอบหนาพอสมควร ตัวอ่อนที่พบในท่อ นำไข่ มักจะผิดปกติ และจะฝ่อไปประมาณร้อยละ 80 การแท้งเองเกิดได้ประมาณร้อยละ 50 ของการตั้งครรภ์ที่ท่อ นำไข่ และมักจะไม่มีอาการอะไร ในบางกรณีภายหลังท่อ นำไข่แตกแล้ว ตัวอ่อนไปฝังใหม่บริเวณผิวท่อ นำไข่ หรือภายในช่องท้อง และเจริญต่อเป็นการตั้งครรภ์ภายในช่องท้อง (พิทักษ์ เลาห์เกริกเกียรติ, 2554)

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกคือ อาการปวดท้อง และมีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 94 ของผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ร้อยละ 89 มีประวัติการขาดระดู ร้อยละ 80 มีเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีไข้ มีน้อยกว่าร้อยละ 10 เท่านั้น ที่มีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศา ถ้าอายุครรภ์มากมักพบว่ามี อาการคลื่นไส้ อาเจียน และเวียนศีรษะร่วมด้วย อาการแสดงระยะช็อคระยะแรก เช่น ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หรือ pulse pressure แคบ พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วย มีอาการกดเจ็บหน้าท้อง และอาจพบ rebound tenderness ได้ร้อยละ 30-40 การตรวจภายในพบว่าได้ผลปกติประมาณร้อยละ 10 อาจตรวจพบอาการของการตั้งครรภ์ เช่น ปากมดลูกมีสีคล้ำและนุ่ม เป็นต้น การตรวจพบก้อน และกดเจ็บที่ปีกมดลูกประมาณร้อยละ 30-50 นอกจากนี้อาจตรวจพบ cul-de-sac โป่งและกดเจ็บด้วย (พิทักษ์ เลาห์เกริกเกียรติ, 2554)

การวินิจฉัย

การตั้งครรภ์นอกมดลูกจะต้องวินิจฉัยแยกโรคออกจากการตั้งครรภ์ปกติระยะแรกให้ได้ ซึ่งจะต้องอาศัยทั้งอาการ อาการแสดง การตรวจร่างกายและการตรวจเพิ่มเติม ดังนี้ (ธีระ ทองสง, 2559)

1. การตรวจสอบการตั้งครรภ์

ในการตั้งครรภ์ปกติ ระดับ serum β -hCG จะเพิ่มขึ้น 2 เท่าทุก ๆ 2-4 วัน แต่ในการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นต้น การเพิ่มขึ้น 2 เท่าของระดับ serum β -hCG จะใช้เวลานานกว่านี้ ดังนั้น การตรวจวัดระดับ serum β -hCG เป็นระยะ ๆ สามารถช่วยในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ พบว่า 2/3 ของผู้ป่วยมีการเพิ่มของระดับ serum β -hCG ที่ผิดปกติ แต่ในผู้ป่วย 1/3 มีการเพิ่มของระดับ serum β -hCG เหมือนการตั้งครรภ์ปกติ

2. การตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ (ultrasonography)

อัลตราซาวนด์ มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก ซึ่งการตรวจสอบพบตัวอ่อนอยู่นอกโพรงมดลูก สามารถยืนยันการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก อย่างไรก็ตาม การตรวจพบก้อนที่ปีกมดลูก ร่วมกับโพรงมดลูกที่ว่างเปล่า ให้ความแม่นยำในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก เพียงร้อยละ 50 เท่านั้น อาจตรวจไม่พบก้อนที่ปีกมดลูกได้ถึงร้อยละ 15-35 จากการศึกษา การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยการใช้อัลตราซาวนด์ร่วมกับระดับ serum β -hCG พบความแม่นยำเกือบร้อยละ 100

3. Uterine curettage

การลดลงของระดับ serum β -hCG มากกว่าร้อยละ 15 หลังการขูดมดลูก 8-12 ชั่วโมง สามารถให้การวินิจฉัยเป็นการแท้งครบได้ ถ้าระดับ serum β -hCG ไม่ลดลง หรือเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกสูง

4. Culdocentesis

ยังเป็นหัตถการที่มีประโยชน์ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก ซึ่งสามารถกระทำได้ขณะตรวจภายใน ในรายที่ตรวจพบเลือดจำนวนมากจากการทำ culdocentesis เป็นข้อบ่งชี้ที่จะต้องรีบให้การรักษาผู้ป่วยโดยการผ่าตัด ในกรณีที่เจาะได้เลือดจำนวนน้อย (น้อยกว่า 3-5 มิลลิลิตร) สามารถเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วย จนกว่าจะได้ข้อมูลจากการตรวจค้นเพิ่มเติมอื่น ๆ เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องต่อไป

5. การตรวจด้วยกล้องส่องทางหน้าท้อง (Laparoscopy)

ใช้ตรวจในกรณีที่ระดับ serum β -hCG มากกว่า discriminating zone แต่การตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ไม่พบการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก และผลการตรวจเยื่อบุมดลูกไม่พบ chorionic villi

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่มีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย ความต้องการมีบุตร พยาธิสภาพของท่อนำไข่ด้านที่มีการตั้งครรภ์ และด้านตรงข้าม (พิทักษ์ เลาห์เกริกเกียรติ, 2554)

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด

การตั้งครรภ์นอกมดลูกจำนวนหนึ่งสามารถฝ่อหายได้เอง ในรายเช่นนี้อาจเลือกการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งควรเลือกผู้ป่วยที่สามารถตรวจติดตามได้อย่างใกล้ชิด รายที่ระดับ serum β -hCG ตั้งต้นต่ำ เช่น น้อยกว่า 200 มิลลิวินิต /มล. หรือ PUL ที่ระดับลดลงเรื่อย ๆ

2. การรักษาด้วยยา

Methotrexate เป็นยาเคมีบำบัด มีการนำมาใช้ในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก พบว่าได้ผลดี ทั้งการตั้งครรภ์ที่ท่อหน้าไข่ ปากมดลูก และ interstitial pregnancy

Sauer และคณะ แนะนำการใช้ยา methotrexate ดีพอ ๆ กับการทำ laparoscopic salpingostomy การใช้ยา methotrexate แบบ multiple dose ถือเป็นข้อเลือกอันดับแรกในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก อย่างไรก็ตาม การใช้วิธีนี้ในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกยังไม่แพร่หลาย เนื่องจากต้องติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ค่อนข้างรุนแรง

Progesterone antagonists (RU 486) ทำให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ออกฤทธิ์ไม่ได้ แต่ได้ผลในการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจ

Prostaglandin F2 alpha เพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อท่อหน้าไข่ และทำให้หลอดเลือดแดงของท่อหน้าไข่ มีการหดตัวอย่างรุนแรง และทำให้การสร้างฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนลดลง แต่ผลการศึกษายังอยู่ในขั้นทดลอง

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด

สำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น สามารถแยกได้ตามลักษณะการผ่าตัดได้ 2 แบบ ดังนี้

1. การผ่าตัดแบบ radical คือ การผ่าตัดเอาบริเวณที่มีพยาธิสภาพออก ซึ่งถ้าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณท่อหน้าไข่ จะเลือกผ่าตัดวิธีนี้ในกรณีที่ท่อหน้าไข่อยู่ในสภาพไม่ดี เนื้อเยื่อถูกทำลายมาก หรือมีบุตรเพียงพอแล้ว ต้องการห้ามันด้วยการผ่าตัดวิธีนี้มี 2 แบบ คือ

1.1 salpingectomy เป็นการผ่าตัดนำท่อหน้าไข่ข้างที่มีพยาธิสภาพออก ซึ่งเป็นวิธีที่มีผู้นิยมใช้รักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ท่อหน้าไข่ทำได้ง่าย และใช้เวลาน้อย เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่สภาพไม่ดี เช่น เสียเลือดมากหรือมีภาวะช็อค เป็นต้น หรือในรายที่ท่อหน้าไข่ถูกทำลายไปมาก

1.2 Cornual resection เป็นการผ่าตัดที่ตัดเอาส่วนของท่อหน้าไข่ ที่ลึกเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูกด้วย แต่ไม่เกิน 1/3 ของส่วน interstitial เพื่อลดโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปบริเวณ tubal stump แต่ก็ยังพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่บริเวณ interstitial อีกปัจจุบันจึงไม่นิยมผ่าตัดลักษณะนี้

2. การผ่าตัดแบบ conservative คือ วิธีการผ่าตัด ที่จะพยายามเก็บอวัยวะส่วนที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกนั้นไว้ โดยจะพิจารณาการรักษาวิธีนี้ในรายที่มีบุตรยาก ผู้ป่วยไม่เสียเลือดมาก ไม่ช็อคระหว่างผ่าตัด ปัจจุบันสามารถให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ ทำให้พยาธิสภาพบริเวณท่อหน้าไข่ยังมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่ท่อหน้าไข่ยังไม่แตก รวมทั้งเทคนิคในการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผ่านกล้อง microsurgery

การใช้ laser รวมทั้งวัสดุที่ใช้ในการเย็บซ่อมแซมมีการพัฒนามากขึ้น การผ่าตัดแบบ conservative จึงมีบทบาทมากขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร มีการศึกษาติดตามผลของการตั้งครรภ์ หลังการผ่าตัดแบบ conservative พบว่ามีการตั้งครรภ์ปกติเกิดขึ้นได้ ร้อยละ 60

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด : อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดที่บริเวณหน้าท้อง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งอธิบายเหตุผล และความจำเป็น (รัตติมา สิริโหราชัย และพิกุลทิพย์ หงษ์เหิร, อ้างถึงใน อุษาวดี อัครวิเศษ, 2553)

ระยะผ่าตัด : เมื่อรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน สภาพความพร้อมของผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร ตรวจสอบตำแหน่ง และข้างที่จะทำผ่าตัด ศึกษาขั้นตอนการผ่าตัด ของศัลยแพทย์ จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด ไหมเย็บแผล ให้ครบถ้วนพร้อมใช้ในการผ่าตัด และตรวจเช็กลูกอย่างถี่ถ้วนเพื่อป้องกันการตกค้างของเครื่องมือ และผ้าซับโลหิตในแผลผ่าตัด จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัดร่วมกับศัลยแพทย์ ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และปฏิบัติหน้าที่พยาบาลช่วยรอบนอกตามเทคนิคปลอดภัยอย่างเคร่งครัด (รัตติมา สิริโหราชัย และพิกุลทิพย์ หงษ์เหิร, อ้างถึงใน อุษาวดี อัครวิเศษ, 2553)

ระยะหลังผ่าตัด : แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การควบคุมความเจ็บปวด การลุกจากเตียงให้เร็วที่สุด กระตุ้นการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การฝึกการหายใจ การไอ แนะนำการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัดระวังไม่ให้เปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล ขณะไอหรือจามให้ใช้ผ้ามือ หรือผ้าห่านุ่ม กดประคองแผลได้ หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะ ห้ามทำงานหนัก หรือยกของหนัก อย่างน้อย 2 เดือน สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ บริเวณแผลผ่าตัดมีอาการปวด บวมแดง ร้อน การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่รวมทั้งผักผลไม้และดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อไม่ให้ท้องผูก และการมาตรวจหลังผ่าตัดตามแพทย์นัด (รัตติมา สิริโหราชัย และพิกุลทิพย์ หงษ์เหิร, อ้างถึงใน อุษาวดี อัครวิเศษ, 2553)

ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา

1. Cefazolin เป็นยาปฏิชีวนะใช้รักษาโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อของผิวหนัง ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการแพ้ยา เช่น มีผื่นคัน หายใจลำบาก หน้าบวม ปากบวม รวมถึงอธิบายอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มีอาการบวมแดง เจ็บปวดในบริเวณที่ถูกฉีดยา ท้องร่วง หรือคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2554)

2. Ibuprofen ใช้บรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออักเสบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยแนะนำให้รับประทานยาหลังอาหารทันที ไม่ควรรับประทานยาขณะท้องว่าง และควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องรุนแรง อาเจียนเป็นเลือด ผื่นแดง คัน มีนงง สับสนหากพบอาการดังกล่าวให้หยุดยาดังกล่าว (ปราณี ฐู่ไพเราะ, 2554)

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การตั้งครรถ์นอกมดลูก เป็นภาวะฉุกเฉิน และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต (morbidity) และ ทูพพลภาพ (mortality) ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้น การวินิจฉัยได้ในระยะแรก ก่อนที่ก้อนจะแตก ก็สามารถให้การรักษาได้เร็วขึ้น ทั้งยังสามารถเลือกการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) ซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีโอกาสที่จะตั้งครรถ์ในอนาคตได้มากขึ้น สำหรับโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร แนวทางการรักษาคือการผ่าตัด นำส่วนที่มีพยาธิสภาพออก ส่วนมากจะเป็นการตั้งครรถ์นอกมดลูกบริเวณ ท่อนำไข่ การผ่าตัดจึงเป็นแบบ Salpingectomy ซึ่งเป็นวิธีที่นิยม ทำได้ง่ายและใช้เวลาน้อย เหมาะสำหรับผู้ป่วย ที่สภาพไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อน (complications) เช่น เสียเลือดมาก หรือมีภาวะช็อค เป็นต้น หรือในรายที่ท่อนำไข่ถูกทำลายไปมากแล้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษา และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการพยาบาลผู้ป่วยเรื่องตั้งครรถ์นอกมดลูก จากตำรา เอกสารและอินเทอร์เน็ต
2. เลือกกรณีศึกษาเป็น ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 32 ปี สถานภาพ สมรส อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ ปวดหน่วงท้องน้อยมาก นอนไม่ได้ 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าตั้งครรถ์นอกมดลูก จึงรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด
3. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ทั้งปัจจุบัน และอดีตรวมทั้งประวัติครอบครัว
4. วินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้ความช่วยเหลือได้ทันที
5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษา ให้ความรู้การปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง
6. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและผลการรักษาในเวชระเบียน
7. สรุปผลกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

-ไม่มี-

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยหญิงไทย ผิวขาว รูปร่างผอม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ วันที่ 29 ธันวาคม 2559 เวลา 9.45 น. มาโรงพยาบาล ด้วยอาการปวดหน้าท้องน้อยมาก นอนไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล จากการซักประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง หรือเป็นโรคติดต่อ ไม่มีโรคทางกรรมพันธุ์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาเพื่ออาหาร และสารเคมี ผู้ป่วยจำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้ ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน แพทย์ตรวจร่างกายพบกดเจ็บที่ท้องด้านซ้าย การตรวจทางรังสีผลการเอกซเรย์ปอดปกติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ผลการตรวจเลือด พบ ฮีมาโตคริต 24% (ค่าปกติ 36.0-48.8%) ฮีโมโกลบิน 8.2 gram/dl (ค่าปกติ 12-18 gram/dl) เม็ดเลือดขาว 17,770 cells/cu.mm (ค่าปกติ 5,500-10,000 cell/cu.mm) MCV 86.9 fl (ค่าปกติ 80-99 fl) Plt.count 367,000 cells/cu.mm (ค่าปกติ 140,000-440,000) Pregnancy test ให้ผล Positive สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/56 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยว่า ผู้ป่วยท้องนอกมดลูก และมีภาวะช็อค จึงรับเป็นผู้ป่วยในและทำการผ่าตัดฉุกเฉิน

เวลา 10.10 น. ได้รับแจ้งจากงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก แพทย์ให้ผ่าตัดทันที ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด เวลา 10.20 น. สภาพทั่วไปผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง การรับรู้ต่อบุคคล เวลา สถานที่ที่เกิด การประเมินผู้ป่วยในการเขี่ยมก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม ปลุกตื่นยาก ประเมิน Sedation Score = 2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/54 มิลลิเมตร ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีภาวะช็อค เนื่องจากเสียเลือด ให้การพยาบาลโดยเตรียม เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดฉุกเฉินให้พร้อมใช้ ด้วยความรวดเร็ว ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล เนื่องจากการผ่าตัดครั้งแรก และซักถามซ้ำ ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด กังวลว่าหลังผ่าตัดแล้วจะไม่สามารถมีลูกได้ ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัว บอกชื่อ นามสกุล และสถานที่ปฏิบัติงานให้ผู้ป่วยทราบ ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารในเรื่อง การลงนามยินยอมผ่าตัด การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกสารสิทธิในการรักษาพยาบาล อธิบายเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการผ่าตัดอย่างง่าย ๆ ชัดเจน โดยสังเขป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ตอบคำถาม และอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ หลังจากให้ข้อมูลครบถ้วนผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น ไม่มีข้อซักถามเพิ่มเติม เวลา 10.25 น. ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด และทำ time out พบว่าข้อมูลผู้ป่วยถูกต้องตามมาตรฐาน ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงภายนอกไปยังเตียงภายในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม ปลุกตื่นยาก ประเมิน Sedation Score = 2 ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงจากการเคลื่อนย้าย ให้การพยาบาลโดย สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดด้วยรถนอนอย่างนุ่มนวล ยกที่กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง และแจ้งให้ผู้ช่วยทราบก่อนจะได้รับการเคลื่อนย้ายลงสู่เตียงผ่าตัด ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวังอย่างเหมาะสม จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย และระวังการเปิดเผยร่างกายส่วนที่ควรปกปิด

พบว่าผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติการณ์พลัดตกเตียงจากการเคลื่อนย้าย ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เพื่อช่วยในการหยุดเลือดระหว่างผ่าตัด ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายจากเครื่องจี้ไฟฟ้า ให้การพยาบาล โดยเตรียมอุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า ตรวจสอบความพร้อมใช้ก่อนเริ่มผ่าตัด ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าบริเวณต้นขาข้างซ้าย หลังผ่าตัดลอกแผ่นสื่อนำไฟฟ้าอย่างระมัดระวังเพื่อลดการบาดเจ็บที่ผิวหนังและประเมินผิวหนังบริเวณต้นขาข้างซ้ายที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เช่น ผิวหนังมีรอยแดงหรือรอยไหม้หลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยฟอกทำความสะอาดผิวหนังตั้งแต่ระดับใต้ราวนมถึงอวัยวะสืบพันธุ์และต้นขาทั้ง 2 ข้างด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เข้าช่วยแพทย์ในการส่งเครื่องมือระหว่างทำผ่าตัด โดยเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัดอย่างถูกต้อง ตามเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปลอดสะอาดปลอดเชื้อ จัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการผ่าตัดให้พร้อม ช่วยแพทย์ในการทำผ่าตัด โดยส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัด ช่วยซับโลหิต อำนวยความสะดวกในการผ่าตัด ตรวจสอบและสังเกตการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด แจ้งทีมผ่าตัดเมื่อมีการสูญเสียเลือด ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 500 มิลลิลิตร ระหว่างผ่าตัดมีความจำเป็นต้องใช้ผ้าซับโลหิต และเครื่องมือผ่าตัดเข้าไปในช่องท้อง ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการตกค้างของเครื่องมือ และผ้าซับโลหิตในร่างกาย ให้การพยาบาลโดยตรวจนับผ้าซับโลหิต มีด เข็ม และเครื่องมือพร้อมกับพยาบาลช่วยรอบนอก และบันทึกไว้เพื่อตรวจสอบ ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด ตรวจนับผ้าซับโลหิต มีด เข็ม และเครื่องมืออีกครั้ง พบว่าผ้าซับโลหิต มีด เข็ม และเครื่องมือ ครบถ้วน ไม่มีสิ่งตกค้างในช่องท้องผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จเวลา 12.00 น. แพทย์ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 30 นาที จากการเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ทำให้ดำเนินการผ่าตัดสำเร็จคล่องตามแผนการรักษา

หลังผ่าตัดผู้ป่วยนอนพักฟื้นในห้องพักฟื้น เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวด ระดับความปวด = 4 ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนพร้อมทั้งดูแลสภาพแวดล้อมให้อ่อนแก่การนอนหลับ เสียงสงบ ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น ก่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ระดับความปวดลดลงลดลง = 2 ผู้ป่วยนอนหลับได้ สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัด ไม่มีเลือดซึม ได้รับสารน้ำเป็น 0.9 % NSS 1,000 CC. iv drip 80 ml/hr Urine สีเหลืองใส ปริมาณ 200 cc จึงส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหญิง เวลา 13.00 น.

วันที่ 30 ธันวาคม 2559 เวลา 9.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัด salpingectomy วันแรก นอนอยู่บนเตียงนั่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และมีไข้ แผลผ่าตัด ไม่มีเลือดซึม สีมาโตลิต 34% ฮีโมโกลบิน 11.2 gram/dl ระดับความปวด = 3 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ปัญหาทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และมีไข้ ให้การพยาบาล โดยให้คำแนะนำ ภาวะไข้ต่ำ ๆ

เกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนอง ต่อการที่เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายจากการผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วย เช็ดตัวลดไข้ ดื่มน้ำประมาณ 6-8 แก้ว ต่อวัน และสอนวิธีการประคบแผล เวลาไอ จาม เปลี่ยนท่าทาง เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หลังให้ยาระดับความเจ็บปวดลดลง = 2 อุณหภูมิกายลดลง 37.3 องศาเซลเซียส มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น มีพังผืดในช่องท้อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ให้การพยาบาล โดยการแนะนำ สภาพร่างกายหลังดมยาสลบ อาจเกิดภาวะท้องอืดได้ เนื่องจากกระเพาะอาหารและลำไส้มีการคลายตัว จากฤทธิ์ของยาสลบ แนะนำให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่าและลุกลงจากเตียง โดยเร็ว เพื่อกระตุ้นให้กระเพาะอาหารและลำไส้บีบตัว และลดภาวะท้องอืดสามารถหายได้

วันที่ 31 ธันวาคม 2559 เวลา 9.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหญิง ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/76 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ผ้าก๊อชปิดแผลไม่มีเลือดซึม ยังมีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อยติดผ้าอนามัย รับประทานอาหารธรรมดา ไม่มีท้องอืด แพทย์ให้กลับบ้านได้ จากการซักถามพบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนี้ ให้ผู้ป่วยพยายามลุกนั่ง ยืนและเดินหากไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ เพื่อกระตุ้นให้ระบบไหลเวียนเลือดทำงานได้ดี และกระตุ้นการทำงานของระบบลำไส้ ให้กลับมาเป็นปกติป้องกันอาการท้องอืด ควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ไล่แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ถั่วต่าง ๆ ผัก ผลไม้และดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล ไม่ควรกลืนปัสสาวะ งดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 45 วัน การดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปวดแผลมากขึ้น แผลบวมแดง มีเลือดออก หรือมีเลือดออกมากขึ้นทางช่องคลอด ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด หลังจากให้คำแนะนำ ผู้ป่วยสามารถตอบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ และไม่มีข้อซักถามเพิ่มเติมมารับการตรวจหลังผ่าตัดตามแพทย์นัด ในวันที่ 7 มกราคม 2560 ที่คลินิกสูติ-นรีเวชเวลา 8.00 น.

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ให้การพยาบาล ศึกษา ติดตาม และประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นเวลา 3 วัน และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 2 ครั้งในระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลพบปัญหาดังนี้ ผู้ป่วยมีภาวะซีด เนื่องจากสูญเสียโลหิต ผู้ป่วยวิตกกังวลการผ่าตัด เนื่องจาก ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงจากการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการตกค้างของเครื่องมือ และผ้าซับเลือด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจาก ผิวหนัง เนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายจากเครื่องจี้ไฟฟ้าผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และมีไข้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตราย

จากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกรพยาบาล และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ปัญหาทั้งหมด ได้รับการป้องกันและแก้ไข ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น จากการทวนคำถามกลับสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องและมารับการตรวจหลังผ่าตัดตามแพทย์นัด

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว หลังการผ่าตัดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ถูกต้อง

8.2 เป็นการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

8.3 เกิดประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 พยาบาลจบใหม่ขาดประสบการณ์ในเรื่องการเตรียมเครื่องมือและการส่งเครื่องมือผ่าตัดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่พบได้น้อย ทำให้พยาบาลจบใหม่ขาดความมั่นใจในการส่งเครื่องมือผ่าตัด เกิดการผ่าตัดล่าช้าได้

9.2 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและหลังออกจากโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล และการรับประทานอาหาร ตลอดจนการมาตรวจตามนัด

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ส่งเสริมบุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทาง ให้เกิดความรู้ความชำนาญในการผ่าตัด เพื่อพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

10.2 ส่งบุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมประชุมวิชาการ ของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดทุกปี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีความรู้ความเข้าใจนำแนวทางหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน

10.3 จัดประชุมทบทวนการทำงานในหน่วยงานห้องผ่าตัดเดือนละ 1 ครั้ง

10.4 จัดทำแผนการสอนในกรณีของการผ่าตัดที่ซับซ้อน หรือการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ โดยการบันทึกวิดีโอ เทป เก็บไว้เพื่อทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางในการผ่าตัดครั้งต่อไป

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....อรพรรณ ศรีอ่อน.....

(นางสาวอรพรรณ ศรีอ่อน)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 6 ก.ค. 2561

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 6/1

(นางฤดีวรรณ รัตนานูวัตติ)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

..... 6/ก.ค. 2561

ลงชื่อ..... 

(นายเกรียงไกร ดั่งจิตธรรมศิริกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

ตำแหน่ง.....

..... 6 ก.ค. 2561

เอกสารอ้างอิง

ธีระ ทองสง. (2559). *นรีเวชวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: ลักขมีรุ้ง.

ปราณี ฟูไพบเราะ. (2554). *คู่มือยา*. (พิมพ์ครั้งที่12). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ. (2554). *นรีเวชวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง

อุษาวดี อัครวิเศษ. *สาระหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์, 2553.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวอรรวรรณ ศรีอ่อน

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 100) ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบัง-
กรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์
เรื่อง แผ่นวัดขนาด k-wire
หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันการรักษาโดยการผ่าตัด สามารถกระทำได้มากขึ้น เนื่องจากมีวิวัฒนาการของเทคโนโลยี
ที่ทันสมัย มีการคิดค้นเครื่องมือที่ออกแบบมา เพื่อช่วยให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งแน่นอนว่า
การคิดค้นเครื่องมือใหม่ ๆ ขึ้นมานั้น ก็จะทำให้สามารถช่วยในการรักษาโรค ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้มาก
ขึ้น แต่เทคโนโลยีที่ทันสมัย ก็นำมาซึ่งขั้นตอนการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นพยาบาล
ห้องผ่าตัด ซึ่งมีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องผ่าตัด จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพตัวเอง
อยู่เสมอเพื่อรองรับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องในการผ่าตัด เพื่อที่จะได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย
ให้ได้รับการพยาบาลอย่างความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และบาดเจ็บระหว่างผ่าตัด จากอุปกรณ์
เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องเข้าใจถึงการบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
และสามารถจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ เพราะความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลายชนิด สามารถ
ป้องกัน และลดความรุนแรงให้น้อยลงได้

จากสถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่รับบริการผ่าตัดของ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร พบว่า ในปีพ.ศ.
2558 มีจำนวน 434 ราย มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดด้านกระดูกและข้อ 142 ราย ปีพ.ศ. 2559 จำนวน 755 ราย
มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดด้านกระดูกและข้อ 262 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นระบบกระดูกและข้อ
(ออโรปีติกส์)

ในการผ่าตัดที่เฉพาะทาง ต่าง ๆ ก็จะมีเครื่องมือเฉพาะทาง ในแต่ละแผนกนั้น ๆ ซึ่งในทางออโรปีติกส์
ก็มีเครื่องมือเฉพาะมากมาย k-wire จัดเป็นเครื่องมือเฉพาะทางออโรปีติกส์ชนิดหนึ่ง ที่ใช้ในการจัดวาง และ
ความกระดูกให้เข้าที่ แต่เนื่องจากกระดูกในร่างกายของคนเรานั้นจะมีมวลความหนา ความยาว ความใหญ่
ไม่เท่ากัน ดังนั้นในการผลิต k-wire จึงต้องมีด้วยกันหลายขนาด แต่เนื่องจากว่า k-wire แต่ละขนาดจะมีความ
แตกต่างกัน 200 ไมครอน การจะแยกแยะขนาดของ k-wire ด้วยสายตานั้นเป็นไปได้ยาก ดังนั้นจึงอาจนำมาสู่
ข้อผิดพลาดในการเลือกขนาดที่เหมาะสมได้ ด้วยเหตุผลนี้ จึงนำมาสู่กระบวนการคิดว่าจะทำอย่างไรให้เรา
สามารถหยิบ k-wire มาใช้ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว จึงนำมาสู่การคิดค้นนวัตกรรม แผ่นวัดขนาด k-wire ขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้บุคลากรสามารถเลือกหีบขนาดขนาด k-wire ได้อย่างถูกต้องตรงตามความต้องการของ ศัลยแพทย์
2. บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากการทำงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร พบว่าขณะทำการผ่าตัดทาง ออโทปีดิกส์ ที่มีการใช้ k-wire ในการตามกระดูกนั้น บ่อยครั้งที่พยาบาลห้องผ่าตัด ใช้เวลานานในการเลือก หีบ k-wire ขนาดต่าง ๆ และมีบางครั้งที่หีบมาผิดขนาด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัด จึงได้ใช้กระบวนการ พยาบาลในการวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รวมถึง ทบทวนแนวทางในการปฏิบัติการ จึงได้เกิดแนวคิดในการประดิษฐ์เครื่องมือในการอำนวยความสะดวก ผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ และให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างสะดวก และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด

จากแนวคิดการจัดการคุณภาพหรือ TQM (Total Quality Management) ของ Dr. W Edwards Deming (1950) ได้กล่าวถึงวงจร PDCA คือ วงจรการบริหารงานคุณภาพ ประกอบด้วย

1. P = Plan คือ การวางแผนงานจากวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ได้กำหนด
2. D = Do คือ การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงานที่ได้เขียนไว้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง
3. C = Check คือ การตรวจสอบผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของแผนงานว่ามีปัญหาอะไร เกิดขึ้นจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนงานในขั้นตอนใด
4. A = Action คือ การปรับปรุงแก้ไขส่วนที่มีปัญหา หรือถ้าไม่มีปัญหาใด ๆ ก็ยอมรับแนวทางการ ปฏิบัติตามแผนงานที่ได้ผลสำเร็จ เพื่อนำไปใช้ในการทำงานครั้งต่อไป

จากแนวคิดดังกล่าว จึงนำมาพัฒนาคุณภาพงานจากปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยนำวงจร PDCA มาใช้ เริ่มที่การหาโอกาสพัฒนางาน โดยการสำรวจปัญหาในการปฏิบัติงาน ตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้น วางแผน แก้ไขปัญหาที่พบ และทดลองปฏิบัติ นำผลการปฏิบัติที่ได้มาวิเคราะห์ พร้อมทั้งนำมาปรับปรุงงานที่ กระทำอยู่ และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน เพื่อป้องกัน หรือลดความเสี่ยง จากการใช้นวัตกรรมกล่องวัดขนาด k-wire โดยได้วางแผนปฏิบัติการดำเนินงานตาม ขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนในการดำเนินการ

1. ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อจัดทำแผ่นวัดขนาด k-wire
2. เก็บรวบรวมข้อมูลตรวจนับ และจำแนกขนาดของ k-wire ขนาดต่าง ๆ รวมถึงวิเคราะห์ปัญหาที่เกิด จากการใช้งาน k-wire ขนาดต่าง ๆ
3. ออกแบบแผ่นวัดขนาด k-wire ให้ใช้งานได้ง่าย และเข้าใจตรงกัน ภายในทีมผ่าตัด

4. จัดทำแผ่นวัดขนาด k-wire ตามที่ได้ออกแบบไว้
5. นำเสนอ และอธิบายวิธีการใช้ให้ทุกคนในหน่วยงานได้รับทราบ
6. นำนวัตกรรมการมาทดลองใช้เป็นเวลา 3 เดือน พร้อมเก็บรวบรวมข้อมูล และติดตามประเมินผลการใช้งาน
7. ประเมินผลร่วมกันในหน่วยงาน และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การผ่าตัดดำเนินไปได้สะดวก ไม่หยุดชะงัก
2. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อุบัติการณ์ไม่เกิดความผิดพลาด จากการส่ง k-wire ผิดขนาด เข้าสู่ร่างกาย
2. บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจ ร้อยละ 80

ลงชื่อ.....อรวรรณ ศรีอ่อน.....

(นางสาวอรวรรณ ศรีอ่อน)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....- 6 ก.ค. 2561

เอกสารอ้างอิง

ปราณี ช่วยชัย. (2554). *การจัดการคุณภาพ*. วันที่ค้นข้อมูล 4 ธันวาคม 2560. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ril.ru.ac.th>.