

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย โดยการส่งเวร  
ในประเด็นความเสี่ยง

เสนอโดย

นางสาวแพรวพรรณ แซ่เดียว

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 414)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักงานแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

### 3.1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็งลำไส้ใหญ่ หมายถึง โรคที่เกิดจากการแบ่งตัวและเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์ภายในลำไส้ใหญ่จนกลายเป็นก้อนที่มีลักษณะและขนาดที่ผิดปกติแล้วกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงซึ่งจะมีลักษณะเป็นเซลล์มะเร็งชนิดอะดิโนคาร์ซิโนมา (adenocarcinoma)

ลำไส้ใหญ่ เป็นอวัยวะที่อยู่ในระบบทางเดินอาหาร ลำไส้ใหญ่ของคนมีความยาวประมาณ 1.5 เมตร เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6 เซนติเมตร แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ส่วนกะเปาะลำไส้ใหญ่ (caecum) เป็นลำไส้ใหญ่ส่วนแรกต่อจากลำไส้เล็ก ส่วนไอเลียม (ilium) ทำหน้าที่รับกากอาหารจากลำไส้เล็ก ที่กะเปาะลำไส้ใหญ่มีส่วนของไส้ติ่ง (vermiform appendix) ยื่นออกมา

2. ส่วนโคลอน (colon) เป็นลำไส้ใหญ่ส่วนที่ยาวที่สุดประกอบด้วยลำไส้ใหญ่ขวา ลำไส้ใหญ่กลางและลำไส้ใหญ่ซ้าย มีหน้าที่ดูดซึมน้ำและวิตามินบี12 ที่แบคทีเรียในลำไส้ใหญ่สร้างขึ้นและขับกากอาหารเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ส่วนต่อไป

3. ส่วนลำไส้ตรง (rectum) เมื่อกากอาหารเข้าสู่ลำไส้ตรงจะทำให้รู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ เพราะความดันในลำไส้ตรงเพิ่มขึ้นเป็นผลทำให้กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักด้านใน ซึ่งทำงานนอกอำนาจจิตใจเปิดออก แต่กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักด้านนอกเปิดออกเมื่อร่างกายต้องการทำให้เกิดการถ่ายอุจจาระออกทางทวารหนัก(anus)

### พยาธิสภาพ

ลำไส้ใหญ่แบ่งเป็น 2 ส่วนหลักคือ ลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องหรือโคลอนกับลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานหรือลำไส้ตรง มะเร็งสามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุกๆส่วน ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่ของทั้ง 2 ส่วนมีลักษณะโรคและวิธีการรักษาแตกต่างกันบ้าง แต่สาเหตุการตรวจวินิจฉัยและระยะโรคคล้ายคลึงกัน มะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์เกิดสูงในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป การดื่มสุราและสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารที่มีกากน้อย ทำให้อัตราการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น

สาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ได้ข้อสรุปชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่พบว่ามียปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่

1. พันธุกรรม ทั้งชนิดพันธุกรรมที่ถ่ายทอดและพันธุกรรมที่ไม่ถ่ายทอด ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของลำไส้ใหญ่หรือเกิดเป็นติ่งเนื้อ (polyp) ของลำไส้ใหญ่
  2. ผู้ที่เคยมีประวัติลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลเปื่อย (ulcerative colitis) หรือลำไส้เล็กอักเสบ
  3. ผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่
  4. การดื่มสุรา หรือเบียร์ และการสูบบุหรี่ อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้
- อาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่
1. ท้องผูก สลับท้องเสียอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน หรือมีความรู้สึกว่ถ่ายอุจจาระไม่สุด
  2. อุจจาระเป็นมูกเลือด เป็นเลือดสด หรือสีดำคล้ายสีถ่าน
  3. ปวดเบ่งเวลาถ่ายอุจจาระ หรือมีการเปลี่ยนแปลงนิสัยการขับถ่ายที่ผิดปกติ
  4. ปวดท้อง ท้องอืด เป็นประจำอาจมีคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียหรือซีดโดยไม่รู้สาเหตุ
  5. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
- การตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
1. การตรวจร่างกายทั่วไป (physical examination) การซักประวัติอาการไม่พึงประสงค์หรือการตรวจร่างกายคลำได้ก่อนบริเวณท้อง รวมถึงการซักประวัติด้านสุขภาพทั้งในอดีตและปัจจุบัน
  2. การตรวจหาเลือดที่ปนมากับอุจจาระ (fecal occult blood test)
  3. การตรวจทางทวารหนัก (rectal examination) โดยการใช้นิ้วสอดเข้าทางทวารหนักเพื่อหาว่ามีก้อนหรือสิ่งผิดปกติหรือไม่
  4. การตรวจทางรังสีโดยการสวนแป้งเข้าทางทวารหนัก (barium enema) แล้วถ่ายภาพเอกซเรย์ดูความผิดปกติที่เกิดขึ้นบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต่าง ๆ
  5. การตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมดโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) โดยการสอดท่อขนาดเล็กที่มีกล้องติดอยู่เข้าไปที่ทวารหนัก สามารถตรวจดูความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายในลำไส้ใหญ่ทั้งหมดซึ่งมีความแม่นยำและความไวสูงและถ้าพบสิ่งผิดปกติ เช่น ติ่งเนื้อ สามารถตัดชิ้นเนื้อออกมาตรวจทางห้องปฏิบัติการ (biopsy) ได้
  6. การตรวจทางเอกซเรย์ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography : CT) เพื่อดูความผิดปกติ
- วิธีการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่
1. การผ่าตัด (surgery) การรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่คือ การผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออกไป ในบางครั้งถ้าเป็นมะเร็งที่ลุกลามมาก หรือมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่อยู่ติดกับทวารหนัก การผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องทำทวารเทียมโดยนำปลายลำไส้ใหญ่

ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเป็นทางให้อุจจาระออก การผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถแบ่งตามตำแหน่งของการตัดต่อส่วนของลำไส้ใหญ่ ดังต่อไปนี้

1.1 การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านขวา (right hemicolectomy) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้นและส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางออกไป แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางที่เหลืออยู่

1.2 การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย (left hemicolectomy) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงเป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงและส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางออกไป แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางที่เหลืออยู่เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวหรือ ลำไส้ใหญ่ส่วนตรง

1.3 การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว (sigmoidectomy) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวออก แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงที่เหลืออยู่เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนตรง

1.4 การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกเกือบหมด (subtotal colectomy) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในหลายตำแหน่ง เช่น มีก้อนเนื้ออกที่ลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้นที่หนึ่งและมีก้อนเนื้ออกอีกก้อนหนึ่งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวด้วย จึงต้องตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น ลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวาง ลำไส้ใหญ่ส่วนขาลงและลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวออกไป แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนตรงที่เหลืออยู่

1.5 การผ่าตัดลำไส้ตรง (anterior resection) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนตรง เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงพร้อมก้อนเนื้องอกออกไป แล้วต่อส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วน ขาลง หรือลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวเข้ากับส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนตรงที่เหลืออยู่

1.6 การผ่าตัดลำไส้ตรงออกทั้งหมดและเปิดรูระบายอุจจาระทางหน้าท้อง (abdomino-peritoneal resection) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงซิริทวาร เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงพร้อมก้อนเนื้องอกออกไป โดยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตัดทำลายกล้ามเนื้อหูรูดของรูทวารหนักได้ จึงต้องนำส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนขาลง หรือลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวเปิดออกเป็นรูระบายอุจจาระทางหน้าท้องอย่างถาวรตลอดไป ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับคำอธิบายถึงความจำเป็นดังกล่าว

2. รังสีรักษา เป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัด อาจฉายรังสีก่อนหรือหลังการผ่าตัด โดยแพทย์จะประเมินจากลักษณะการลุกลามของก้อนมะเร็งและโอกาสการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง โดยทั่วไปการฉายรังสีรักษามักใช้ระยะเวลาประมาณ 5-6 สัปดาห์

3. เคมีบำบัด คือการให้ยาสารเคมีซึ่งอาจให้ก่อนการผ่าตัดและหรือหลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษาหรือไม่ก็ได้ การใช้เคมีบำบัดจะขึ้นกับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ไม่จำเป็นต้องให้ในผู้ป่วยทุกราย

### 3.2. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่แบ่งเป็น 2 ระยะ

#### 3.2.1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

##### 1. การเตรียมด้านร่างกาย

1.1. การเตรียมร่างกาย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การโกนขนที่หน้าท้องและหัวหน่าว การให้ยาระบายเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่ขับถ่ายของเสียเพื่อชะล้างเศษอาหารออกไปจากลำไส้ใหญ่ให้ได้มากที่สุด เพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้แก่ การงดน้ำและงดอาหารเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

1.2. เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการถ่ายภาพรังสี

1.3. ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายระบายสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหาร (gastric content) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาฆ่าเชื้อก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา

##### 2. การเตรียมทางด้านจิตใจ

2.1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา หรือข้อข้องใจต่าง ๆ

2.2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่บริเวณกลางหน้าท้อง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายระบายสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหารและความรู้สึกปวดแผล เป็นต้น

2.3 ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด เช่น การบริหารปอดโดยหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ การไอเอาเสมหะออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

#### 3.2.2. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การตกเลือด พบได้บ่อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ ได้แก่ การประเมินภาวะช็อกโดยประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเริ่มแรกของการตกเลือด สังเกตสีและสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล สีและปริมาณสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหาร ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะช็อคของผู้ป่วย และบันทึกจำนวน สี ลักษณะของปัสสาวะทุกชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

2. อาการปวดแผล ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อน ลดอาการตึงของช่องท้องและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

3. สูญเสียน้ำและเกลือแร่ หลังผ่าตัดมีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ทางสายระบายสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหารจึงต้องเฝ้าระวังอาการขาดสารน้ำ เช่น ปากแห้ง ผิวหนังขาดความตึงตัว คลื่นไส้อาเจียน ซีฟเจอร์เบาเร็ว ตรวจวัดสัญญาณชีพและให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำโดยปรับเปลี่ยนชนิดและอัตราการไหลตามแผนการรักษา จดบันทึกและประเมินความสมดุลของจำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ และจำนวนน้ำที่ออกจากร่างกายในแต่ละเวร รวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อิเล็กโทรไลต์ ตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะขาดสารน้ำในร่างกาย

4. อาการท้องอืด เนื่องจากผลของยาสงบ และประกอบกับหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกปวดบริเวณแผลผ่าตัดโดยเฉพาะในวันแรกทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง จึงต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (early ambulation) และดูแลสายระบายกระเพาะอาหารให้อยู่ในตำแหน่ง

5. การติดเชื้อ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อาจมีการติดเชื้อในช่องท้อง ให้การพยาบาลโดยตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการกดเจ็บในช่องท้อง การปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลผ่าตัด ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

##### สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากลักษณะของโรคที่กระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน ความเข้าใจในกระบวนการและผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจในทุกระยะของโรค

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 80 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้ให้การรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ออกบางส่วนและเชื่อมต่อลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่เข้าด้วยกัน รวมทั้งตัดถุงน้ำดีออก(extended right hemicolectomy  $\bar{c}$  ileocolic anastomosis  $\bar{c}$  cholecystectomy) หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีสภาพร่างกายอ่อนเพลีย ประเมินสัญญาณชีพและเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดให้สารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด และยาเพิ่มความดันโลหิต dopamine 100 มิลลิกรัม ใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ประเมินอาการปวดแผลโดยใช้ pain score ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ลดสิ่งกระตุ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ หลังได้ยาแก้ปวดผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดและพักผ่อนได้ดี ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวจะติดเชื้อในร่างกาย ให้การพยาบาลโดยการทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา รวมถึงติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ แผลผ่าตัดแห้ง ไม่อักเสบบวมแดงและผลตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติค่าเม็ดเลือดขาว 7,250 /uL ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรค อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับโรค การรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีอาการท้องอืด แน่นท้อง ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในหออภิบาล ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 4 วัน แพทย์อนุญาตให้ย้ายออกไปหอผู้ป่วยหญิง 15 ได้ในวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2553 และได้ติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยหญิง 15 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีอาการแน่นท้อง หายใจปกติ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีภาวะติดเชื้อ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เมื่อวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2553 รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 14 วัน

#### 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

#### 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติร้อยละ 100

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 80 ปี สถานภาพสมรสโสด นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร HN:38489/50 AN:6729/53 ผู้ป่วยมีประวัติมาด้วยถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำเป็นๆหายๆ มา 1 ปี โดยรับการรักษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มาโดยตลอด 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ถ่ายเหลว 3-4 ครั้งต่อวันจึงมาพบแพทย์ แพทย์ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ผลการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จึงนัดมาผ่าตัดและรับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2553 ที่หอผู้ป่วยหญิง 12 ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดี มีอาการปวดมวนท้องเป็นพักๆ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที แพทย์ได้วางแผนผ่าตัดในวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2553 ก่อนผ่าตัดงดน้ำและอาหารทางปาก เตรียมการสวนล้างลำไส้และให้ยาฆ่าเชื้อก่อนผ่าตัด

หลังผ่าตัดย้ายผู้ป่วยเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เวลา 17.15 น. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด extended right hemicolectomy + ileocolic anastomosis + cholecystectomy ให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ขณะผ่าตัดเสียเลือด 500 มิลลิลิตร ความดันโลหิตต่ำ 90/50 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ได้ทำการเปิดเส้นหลอดเลือดดำส่วนกลาง(central venous pressure)วัดค่าได้ 7-8 เซนติเมตรน้ำ (ค่าปกติ 8-12 เซนติเมตรน้ำ) ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9%NSS 1,100 มิลลิลิตรและเลือด 250 มิลลิลิตร ความดันโลหิตเพิ่มเป็น 100/40-120/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 700 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวและหายใจดี สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ และได้ย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตาเอง ทำตามสั่งได้ ดูแลการหายใจให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต



วัดได้ 90/48 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90-110 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 อุณหภูมิร่างกาย 35 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยมีโอกาสดึงภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 20 ครั้ง จึงเปลี่ยนเป็นทุก 2 ชั่วโมงตลอดไป ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาทีและ ห่มผ้าห่มไฟฟ้าให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นเพื่อเพิ่มการกำซาบออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อ ประเมินความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลางวัดได้ 2 เซนติเมตรน้ำ แผลผ่าตัด มีเลือดซึมเล็กน้อยและติดตามค่าความเข้มข้นเลือดได้ 36 vol% ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และส่วนประกอบของเลือด(fresh frozen plasma) หลังได้ไปไม่พบอาการแพ้ บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกทุก 1 ชั่วโมง พบว่าปัสสาวะออกมา 15 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จึงวัดค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะได้ 1.024 และดูแลให้ยาเพิ่มความดันโลหิต dopamine 100 มิลลิกรัมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา หลังจากนั้นผู้ป่วยเริ่มมีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ วัดได้ 100/40-130/60 มิลลิเมตรปรอท วัดความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลางได้ 9-12 เซนติเมตรน้ำ ปัสสาวะออกมา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยการประเมินความเจ็บปวดด้วย pain score วัดได้ 6-8 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวด dynastat 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที ประเมินอาการปวดหลังได้รับยา pain score วัดได้ 2 คะแนน และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อโดยดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ metronidazole 250 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงและให้ rocephine 1 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ดูแลให้ยา omeprazole 40 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง เพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหารจากการงดน้ำงดอาหาร ตรวจสอบการให้ยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาก่อนให้ทุกครั้ง พร้อมทั้งประเมินอาการแพ้ยาและผลข้างเคียงของยา

วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2553 เวลา 10.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันแรก สังเกตภาวะช็อกโดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่งได้ ผู้ป่วยหายใจเองโดยไม่ใช้ออกซิเจน วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 96-99 ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องยาวประมาณ 8 เซนติเมตร แผลปิดด้วยผ้าปิดแผลชนิดหนา ไม่มีเลือดซึม หน้าท้องนุ่ม แพทย์ตรวจเยี่ยมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%DNSS 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปัสสาวะออกก่อนข้างน้อยปริมาณ 235 มิลลิลิตรต่อ 8 ชั่วโมง และวัดค่าความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลางได้ 6 เซนติเมตรน้ำ จึงเพิ่มอัตราการหยดของสารน้ำเป็น 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และยังคงให้ยา dopamine 100 มิลลิกรัมใน 0.9%NSS 100



มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตวัดได้ 100/40-120/60 มิลลิเมตรปรอท และบันทึกสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เวลา 14.00 น. ปัสสาวะเริ่มออกดีขึ้น สีเหลืองใสไม่มีตะกอนปริมาณ 500 มิลลิลิตร รวมทั้งติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันรุ่งขึ้น ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวด วัดระดับความเจ็บปวดได้ 5 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวด morphine 1.5 มิลลิกรัมให้ทางหลอดเลือดดำโดยทันที หลังได้ยาแก้ปวดอาการปวดทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพักผ่อนได้และวัดระดับความเจ็บปวดได้ 1 คะแนน ไม่มีอาการผื่นคันและภาวะการหายใจผิดปกติจากการแพ้ยา morphine

วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2553 เวลา 10.00 น. เชื่อมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง หายใจเองโดยไม่ใช้ออกซิเจน ประเมินสัญญาณชีพโดยวัดอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตวัดได้ 90/40-100/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 240 มิลลิลิตร จึงได้หยุดการให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วร้อยละ 99-100 ภาวะซ็อกจึงหมดไป แผลผ่าตัดตรงกลางหน้าท้องแห้งดี ดูแลทำความสะอาดแผล ประเมินภาวะติดเชื้อ บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีอาการบวม แดง ร้อน ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ค่าโพแทสเซียมได้ 2.9 มิลลิโมลต่อลิตร จึงดูแลให้สารน้ำ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสมกับโพแทสเซียมคลอไรด์ 40 มิลลิอิกวิวาเลนซ์ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และติดตามผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ในวันถัดไป ประเมินระดับความเจ็บปวดได้ 3 คะแนน แพทย์ยังคงให้ยาบรรเทาปวด morphine 1.5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เวลา 10.15 น. หลังได้ยาระดับความเจ็บปวดลดลงเหลือ 1 คะแนน ไม่พบอาการผื่นคันและภาวะการหายใจผิดปกติจากการแพ้ยา morphine และหลังจากนั้นผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวดเพิ่ม

วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2553 เวลา 08.00 น. เชื่อมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สามารถหายใจได้เองดี ไม่หอบเหนื่อย ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด โดยให้นั่ง ศีรษะสูง 45-60 องศา พร้อมทั้งแนะนำการบริหารปอดโดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ และไอเอาเสมหะออก ผู้ป่วยสามารถทำได้ดี วัดค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วได้ ร้อยละ 98-99 ประเมินภาวะติดเชื้อโดยวัดสัญญาณชีพโดยวัดอุณหภูมิได้ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตวัดได้ 110/40-130/60 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าเม็ดเลือดขาว 7,250 /uL แผลผ่าตัดแห้งดี ดูแลทำความสะอาดและปิดผ้าปิดแผลชนิดหนาไว้ ไม่มีเลือดซึม หน้าท้องนุ่ม ใสสายสวน ปัสสาวะคาไว้สีเหลืองใส ไม่มีตะกอนออกมาปริมาณ 480 มิลลิลิตร และภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าโพแทสเซียม 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร และให้เริ่มรับประทาน

อาหารเหลวได้ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ครึ่งถาด จึงให้ถอดสายสวนหลอดเลือดดำออก หลังถอดออกโดยปิดผ้าปิดแผลชนิดหนาขนาดบริเวณรูเปิด 3-5 นาที เพื่อให้เลือดหยุดไหล แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยไปพักพื้นที่หอผู้ป่วยหญิง 15 ก่อนย้ายได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามพร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และย้ายผู้ป่วยไปในเวลา 22.05 น. รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็นเวลา 4 วัน

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหญิง 15 ตั้งแต่วันที่ 13 ถึงวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2553 รวม 3 ครั้ง สรุปได้ดังนี้ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง หายใจเองได้ดีไม่ใช้ออกซิเจนไม่หอบเหนื่อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันบางส่วนด้วยตัวเองได้ ปวดแผลบางครั้ง ผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม สีหน้าแจ่มใส แผลหน้าท้องแห้งไม่มีเลือดซึม แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้และรับประทานอาหารได้ดี ท้องไม่อืด ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้สีเหลืองใสออกดี แพทย์จึงให้นำสายสวนปัสสาวะออก ปัสสาวะออกเองได้ดี ได้ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดและการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี พร้อมทั้งตัดไหม แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่อักเสบ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2553 เวลา 10.00 น. นัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ พร้อมไปรับผลชิ้นเนื้อที่ห้องพยาธิมาพบแพทย์ที่ห้องตรวจศัลยกรรม รวมเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 14 วัน

## 7. ผลสำเร็จของงาน

จากการประเมินผู้ป่วยแรกรับที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมพบว่าผู้ป่วยอายุ 80 ปี มีปัญหาเสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดมาก ต้องดูแลประเมินภาวะช็อกอย่างใกล้ชิดและดูแลให้สารน้ำเลือด ส่วนประกอบของเลือด ยาเพิ่มความดันโลหิต และบันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออก รวมทั้งการวัดความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย ได้ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ให้น้ำฆ่าเชื้อและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย ส่วนปัญหาไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยประเมินความเจ็บปวดและให้ยาลดปวดจนผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดและสุขสบายมากขึ้น นอกจากนี้การให้การพยาบาลผู้ป่วย หลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังได้รับการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย สามารถจำหน่ายได้ตามแผนการรักษา

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดขนาดใหญ่และผู้ป่วยมีอายุมากถึง 80 ปี รวมทั้งระยะเวลาการผ่าตัดนานกว่า 3 ชั่วโมง เสียเลือดปริมาณ 500 มิลลิลิตร จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก โดยเฉพาะภาวะช็อก ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนั้นหลังผ่าตัดผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เนื่องจากการดูแลต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 20 ครั้งจากนั้นเป็นทุก 2 ชั่วโมง และจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา รวมทั้งการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิตกกังวล มีภาวะเครียด ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผล ประเมินอาการปวดแผลทุก 1 ชั่วโมง พร้อมการจัดการความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประสานงานกับกลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการเบื้องต้นและการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคโดยจัดทำแผ่นพับแจกหรือจัดบอร์ดให้ความรู้ทั่วไปแก่ประชาชน
2. พยาบาลผู้ดูแลควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิทยาการใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและปลอดภัยมากที่สุด
3. ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพและจัดให้มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....แพรวพรรณ แซ่เตียว.....

(นางสาวแพรวพรรณ แซ่เตียว)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....22 ก.ย. 2554.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..........

(นางสุภาณี นาควิเชียร)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่.....22 ก.ย. 2554.....

ลงชื่อ..........

(นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่.....22 ก.ย. 2554.....

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวแพรวพรรณ แซ่เดียว

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 414) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์  
เรื่อง เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย โดยการส่งเสริมในประเด็นความเสี่ยง  
หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมในประเด็นความเสี่ยง เป็นการตอบสนองต่อ safety culture มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีม  
พยาบาลเกิดความตระหนักและตื่นตัวในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เนื่องจากมีอัตราการเกิด  
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงานเป็นจำนวน 12 ครั้งใน 1 เดือน จึงได้ศึกษารูปแบบการเรียนรู้  
ร่วมกัน โดยจัดทำแบบบันทึกประเด็นความเสี่ยงของผู้ป่วย ในการส่งเสริมเพื่อให้มีการติดตามเฝ้าระวัง  
ความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ในการดูแลให้ได้รับ  
ความปลอดภัยมากขึ้น
2. เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยงและ  
ความสูญเสียในโรงพยาบาลมี 7 ประการ ได้แก่

1. ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของ โรงพยาบาล
2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุน  
จากชุมชน
3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการ  
ไม่ว่ารายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง
4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มีความ  
เสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของ โรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ ของเจ้าหน้าที่ หรือของบุคคลที่สาม  
ซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล
5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนสูง  
การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน
6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิต  
อื่นๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

7. ภาระในการชดใช้ค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล

ความเสี่ยงในโรงพยาบาลทั้ง 7 ประการข้างต้นล้วนมีความสำคัญเท่าเทียมกันและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่อาจส่งผลให้โรงพยาบาลต้องจ่ายชดเชยค่าเสียหาย การฟ้องร้องของผู้ป่วยอาจทำให้โรงพยาบาลต้องเสียชื่อเสียง การบริหารความเสี่ยงจึงต้องคำนึงถึงความเสียหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้น

ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยอาจแบ่งได้เป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชื้อ การตัดอวัยวะผิดหรือตัดส่วนที่ปกติของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การทำร้ายร่างกาย

2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้หรือความไม่เป็นส่วนตัว

3. ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การ expose ผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

4. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

ดังนั้นในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้ก่อให้เกิดความตื่นตัวและความตระหนักใน ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โรงพยาบาลต่างๆ เริ่มมีการกำหนด เป้าหมายความปลอดภัย (patient safety goals) มีการรณรงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยและมีการติดตามวัดผล หอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้ปฏิบัติตามนโยบาย กระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จึงได้มีการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยโดยการส่งเวรในประเด็นความเสี่ยง ซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขอความเห็นชอบต่อหัวหน้าหอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ในการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย โดยการส่งเวรในประเด็นความเสี่ยง

2. ประชุมสมาชิกเพื่อชี้แจงหลักการและเหตุผลในการทำและขอความร่วมมือกับสมาชิก



3. รวบรวมปัญหาความเสี่ยง อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษาของหน่วยงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมการพยาบาลและสรุปประเด็นความเสี่ยงที่จะใช้บันทึกร่วมกัน

4. จัดทำแบบบันทึกการส่งเวรประเด็นความเสี่ยง

4.1. แบบบันทึกการส่งเวรประเด็นความเสี่ยง ประกอบด้วย

4.1.1. ชื่อ นามสกุล HN AN และ โรคของผู้ป่วย

4.1.2. วันเดือนปีและเวรเข้า บ่าย คึก ที่บันทึก

4.1.3. รายการประเด็นความเสี่ยงที่ประเมินได้

4.1.4. หมายเหตุด้านล่างที่ใช้ลง โดยเครื่องหมายถูกคือมีความเสี่ยง เครื่องหมายกากบาทคือ หมดปัญหานั้นๆ และช่องหมายเหตุด้านข้างมีไว้เพื่อลงรายละเอียดเพิ่มเติม

4.1.5. นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพร้อมปรับปรุง แก้ไข

4.2. วิธีการใช้มีดังนี้

4.2.1. เขียนประเด็นความเสี่ยงเฉพาะ โรค / ความเสี่ยงทางคลินิกที่ประเมินได้จากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยลงในตาราง โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ประเมินและบันทึก ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเป็นประจำทุกเวร

4.2.2. ส่งเวรโดยใช้ประเด็นความเสี่ยงที่ประเมินได้ให้กับพยาบาลที่ดูแลต่อ เพื่อสื่อสารการเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5. ติดตามประเมินผลและสรุปผลลัพธ์

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพร่วมกัน

**ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

1. อัตราพยาบาลส่งเวรในประเด็นความเสี่ยงโดยใช้แบบบันทึก  $\geq$  ร้อยละ 80
2. อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ = 0

ลงชื่อ..... แพรวพรรณ แซ่เตี๋ย .....

(นางสาวแพรวพรรณ แซ่เตี๋ย)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 22 ก.ย. 2554 .....



ตัวอย่างแบบประเมินความเสี่ยงที่ใช้ในการส่งเวร

ใบประเมินความเสี่ยง SICU

HN..... AN..... อายุ.....

โรค.....

ชื่อ..... สกุล.....

ประเด็นความเสี่ยง	ด		ช		บ		ด		ช		บ		ด		ช		บ		หมายเหตุ
	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	ด	ช	บ	
1.....																			
2.....																			
3.....																			
4.....																			
ประเด็นความเสี่ยง	ด		ช		บ		ด		ช		บ		ด		ช		บ		หมายเหตุ
1.....																			
2.....																			
3.....																			
4.....																			

หมายเหตุ :  มีความเสี่ยง  หมดปัญหา