

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Laminectomy
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง ส่งเสริมให้บุคคลทั่วไปเห็นความสำคัญของโรคปวดหลัง

เสนอโดย

นางสาววิไลภรณ์ กาศลังกา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 397)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Laminectomy
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 8 วัน (ตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2549 ถึง วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2549)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

อาการปวดหลังถูกจัดเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุ สัมพันธ์กับการบาดเจ็บและการทำงานที่ต้องออกแรง ต่อมาเริ่มมีการเชื่อมโยงอาการปวดกับการระคายหรือการกดทับเส้นประสาทซัยอาติก (sciatic nerve) และเริ่มมีการผ่าตัดเพื่อขจัดต้นเหตุที่กดทับเส้นประสาทออก โดยสมัยนั้นยังไม่ทราบว่าต้นเหตุที่กดทับคือหมอนรองกระดูกสันหลังที่เคลื่อนออกจากที่เดิม ต่อมาเริ่มมีภาพถ่ายรังสี มีการฉีดสารสีเข้าไขสันหลัง เพื่อหาต้นเหตุของอาการปวดหลังและเริ่มมีการผ่าตัดเพื่อปลดปล่อยรากประสาท กระดูกสันหลังบริเวณเอวลำดับที่ของรากประสาทจะเป็นไปตามชื่อกระดูกสันหลัง (Vertebral body) ที่รากประสาทนั้นออกมา โดยรากประสาทจะทอดผ่านหมอนรองกระดูกสันหลังอันที่เหนือข้อต่อกระดูกสันหลังนั้น แล้วลอดผ่านได้ปุ่มกระดูก (pedicle) ไปออกโพรงกระดูกสันหลัง (intervertebral foremen) โดยทอดอยู่เหนือหมอนรองกระดูกสันหลังอันที่อยู่ใต้ข้อต่อกระดูกสันหลังนั้น รากประสาทกระดูกสันหลังระดับเอวข้อที่ 5 (L₅ root) จะทอดผ่านบนกระดูกสันหลังระดับเอวข้อที่ 4 และ 5 (L₄₋₅ intervertebral disc) แล้วลอดได้ปุ่มกระดูกของปล้องกระดูกสันหลังระดับเอวข้อที่ 5 ไปออกโพรงกระดูกสันหลังเหนือข้อกระดูกสันหลังระดับเอวข้อที่ 5 กับกระดูกกระเบนเหน็บ ข้อที่ 1 (L₅ – S₁ intervertebral disc)

รากประสาทที่ปกตินั้นจะไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดเมื่อถูกกระตุ้น แต่รากประสาทที่มีการผิดปกติหรืออักเสบในรายของหมอนรองกระดูกสันหลังกดทับรากประสาท (herniated disc) จะมีอาการเจ็บปวดมาก ถ้าถูกแรงกระตุ้นจากภายนอก ในกรณีเช่นนี้อาการเจ็บปวดจะร้าวลงไปทีน่องและเท้า รากประสาทเส้นเดียวกันไม่ว่าจะถูกกดตำแหน่งที่ออกมาจากไขสันหลัง หรือถูกกดในตำแหน่งที่ออกไปจากไขสันหลังแล้วก็ตาม จะมีอาการปวดปลายทางที่ขาอ่อนร้าวเหมือนกัน เมื่อรากประสาทถูกกดจะเกิดการเปลี่ยนแปลง 2 อย่าง คือ ด้วเนื้อเยื่อประสาท (nerve tissue) จะถูกดันให้มีรูปร่างผิดไปจากเดิม อีกประเภทหนึ่ง คือ การไหลเวียนของเลือดภายในลดน้อยลง ซึ่งเป็นผลสะท้อนทำให้ด้วเนื้อเยื่อประสาทส่วนนั้นได้รับออกาศน้อยลง

อาการปวดหลัง แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

กลุ่มที่หนึ่ง เป็นกลุ่มคนที่มีอาการปวดโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่มีประมาณร้อยละ 85 – 90 กลุ่มนี้อาจเกิดจากการบิดท่าทาง, การก้ม ๆ เงย ๆ, การยกของหนักเกินกำลัง, ที่นอนไม่เหมาะสม, การบาดเจ็บเล็ก ๆ น้อย ๆ เหล่านี้ อาจทำให้เกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อหรือเอ็นยึดหมอนรองกระดูกสันหลัง อาการมักจะหายไปด้เองภายใน 2–3 วัน บางรายก็อาจเป็น ๆ หาย ๆ แต่ไม่รุนแรง ต้องรับประทานยาแก้ปวด หรือยาแก้อักเสบ เป็นครั้งคราวขึ้นอยู่กับตำแหน่งและอวัยวะที่เกิดอาการปวด

กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่ทราบสาเหตุ พบได้ประมาณร้อยละ 10 – 15 สาเหตุที่สำคัญ คือ การบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก, ความพิการแต่กำเนิด, เนื้องอกหรือมะเร็งของกระดูกสันหลัง, การเสื่อมสภาพจากการใช้งานหนักและจากอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้โครงสร้างของกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพไป

ปวดหลังมีหลายรูปแบบซึ่งมีอาการที่แตกต่างกันออกไป เช่น ปวดหลังเพียงอย่างเดียว, อาการปวดหลังร่วมกับอาการปวดร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่ง, อาการปวดหลังร่วมกับอาการอ่อนแรง หรืออาการปวดร้าวลงขาเป็นระยะ

การรักษาอาการมี 2 แบบ คือ

1. การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด เริ่มต้นด้วยการรักษาแบบประคับประคอง หลักการสำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยนอนพักจริง ๆ การดึงกระดูกเชิงกราน (pelvic traction) เป็นเพียงการบังคับให้ผู้ป่วยนอนอยู่กับเตียงเท่านั้นซึ่งจะช่วยให้กระดูกสันหลังช่วงนั้นอยู่นิ่ง ๆ ได้ดีขึ้น นอกจากนี้ก็จะให้ยาร่วมด้วย ยาที่ให้ 3 พวก คือ ยาลดการอักเสบ ยาแก้ปวด และยาลดกล้ามเนื้อ การรักษาโดยวิธีนี้ถ้าได้ผลผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 1 – 2 วัน และกลับสู่สภาพใกล้เคียงปกติภายใน 2 สัปดาห์

2. การรักษาโดยวิธีผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาการรักษาโดยวิธีนี้ในรายที่ให้การรักษาโดยให้นอนพักและรับประทานยาเต็มที่แล้วอาการไม่ดีขึ้น และอาการปวดหลังที่เกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังกดทับรากประสาท อาการที่เกิดขึ้นนี้จะรบกวนผู้ป่วยจนไม่สามารถดำรงชีพตามปกติได้ แพทย์ต้องให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งต้องรับตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งแตกต่างกันออกไป โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งการให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดหลังที่อาจกลับมามีอาการได้อีกหลังผ่าตัดซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมาก

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลังกดทับรากประสาท แบ่งเป็นการพยาบาลผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัด และการผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลมากเพราะเป็นภาวะที่เสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตได้ ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยอย่างมาก พยาบาลสามารถลดความเครียดของผู้ป่วยได้โดย

1. ประเมินความต้องการและระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย การแนะนำผู้ป่วยพยาบาลจะต้องแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่เป็นผู้มีประสบการณ์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองบางอย่างมาแล้ว ดังนั้นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะได้รู้เรื่องอะไรเพื่อเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัด

2. วางแผนการสอน การวางแผนการสอนอย่างมีแบบแผนทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องก่อนผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดได้ดี และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ สิ่งสมควรแนะนำผู้ป่วยมีดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเจ็บป่วย วิธีการและผลดีของการผ่าตัด วิธีและผลการระงับความรู้สึกอย่างคร่าว ๆ

การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

บำรุงร่างกายให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะทำการผ่าตัด ควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีน วิตามิน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด

การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด โดยโกนขนและฟอกทำความสะอาดด้วยสบู่ยารอบบริเวณที่จะทำการผ่าตัดเป็นบริเวณกว้างออกไปประมาณ 6 – 8 นิ้ว หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

การเตรียมทั่วไป ดังนี้

- 1 วันก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สั้น

- คืนวันก่อนผ่าตัด หลังเที่ยงคืน ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารเพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจ และพักผ่อนให้เต็มที่เพื่อให้ร่างกายสดชื่น ไม่อ่อนเพลีย ถ้าผู้ป่วยวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ แพทย์อาจพิจารณาให้ยานอนหลับ

- เช้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการสวนอุจจาระ เพื่อป้องกันอุจจาระไหลออกมาขณะทำผ่าตัด
- ก่อนไปห้องผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีฟันปลอมต้องถอดออก และถอดเก็บเครื่องประดับทุกชนิด

2.3 สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อผู้ป่วยจะได้เตรียมรับกับภาวะที่เกิดขึ้น ดังนี้

2.3.1 เมื่อผ่าตัดเสร็จแล้วผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในห้องพักฟื้นประมาณ 1–2 ชั่วโมง ซึ่งอยู่บริเวณเดียวกับห้องผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีจึงจะได้รับการส่งกลับมายู่ที่หอผู้ป่วยเดิม

2.3.2 ระยะ 1–2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวเนื่องจากได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จะต้องจัดให้ผู้ป่วยนอนราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวแล้วจึงหนุนหมอนได้

2.3.3 บอกผู้ป่วยถึงตำแหน่งของแผลผ่าตัด และสายระบายของเสียที่คั่งค้างจากการผ่าตัดและสายสวนปัสสาวะที่ต้องใส่ไว้ประมาณ 2 วัน แพทย์จึงจะพิจารณาให้ถอดสายออก

2.3.4 ปกติแผลผ่าตัดจะปิดไว้จนตัดไหม ประมาณ 2 สัปดาห์ ยกเว้นกรณีที่มีสิ่งคัดหลั่งชุ่มผ้าปิดแผลจึงจะให้เปิดทำแผลทุกวัน

2.3.5 ระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารไม่ได้ ระหว่างนี้จะต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำจนกว่าระบบทางเดินอาหารจะเริ่มทำงานจึงรับประทานได้ และถอดสายให้สารน้ำออก

2.3.6 ถ้าผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดให้แจ้งพยาบาลเพื่อให้ยาระงับปวดได้

2.3.7 หลังจากผ่าตัดและผู้ป่วยพักผ่อนจนรู้สึกตัวแล้ว กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนท่านอน ช่วยลดแรงกดและความตึงบริเวณแผลได้ การนอนท่าเดียวกันๆ จะทำให้เกิดการเมื่อยล้าและตึง ทำให้มีความเจ็บปวดมากขึ้น

2.3.8 แนะนำเรื่องบริหารการหายใจ (breathing exercise) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอด ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกการบริหารการหายใจตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะทำได้ทันที

2.4 เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ และพร้อมที่จะเข้ารับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมรับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดในแบบฟอร์มที่กำหนดไว้

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลังกดทับรากประสาทออกต้องได้รับการดูแลในเรื่องต่อไปนี้

1. การจัดท่านอนใช้หลักการรักษาแนวที่ดี (good alignment) โดยกระดูกสันหลังไม่บิดให้หนุนหมอนบาง ๆ ที่ศีรษะ และสอดหมอนบาง ๆ ตลอดแนวขา โดยให้เข่างอเล็กน้อย จะช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลังผ่าตัด
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทันทีที่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด โดยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุกครึ่งชั่วโมง 2 ครั้ง หลังจากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่ง จึงวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
3. สังเกตและบันทึกลักษณะของแผลผ่าตัด ดูการซึมผิดปกติของสิ่งคัดหลั่งที่แผล จัดสายระบายของเหลวที่คั่งค้างในแผลผ่าตัดให้เหมาะสม

4. จัดให้มีการพลิกตะแคงตัวโดยวิธีใช้ผ้าปูรองบริเวณไหล่ถึงสะโพกใช้ยกและดึงผู้ป่วย โดยใช้หลักการรักษาแนวที่ดี และหลังไม่บิด ระยะแรกพลิกประมาณ 20-30 องศา เพื่อให้การพยาบาลบริเวณหลังผู้ป่วยได้ และสามารถสอดหมอนนอนเวลาผู้ป่วยต้องการถ่ายอุจจาระได้
5. การรับประทานอาหาร บางครั้งแพทย์อาจให้งดไว้ก่อนหรืออาจให้รับประทานได้ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแล้วแต่ความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี แพทย์จึงพิจารณาถอดสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำออก
6. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกาย รวมทั้งจำนวนปีสภาวะในอุ้งรงรับ
7. สังเกตและบันทึกความรู้สึกลดข้อได้สิ่งที่มากระตุ้นผิวหนังบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ของขาทั้ง 2 ข้าง
8. การจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง เพื่อความสบายของผู้ป่วย
9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจ มีการเคลื่อนไหวแขนขา การเคลื่อนไหวออกจากเตียง (early ambulation) แพทย์มักให้ผู้ป่วยลุกนั่งได้เมื่อผู้ป่วยได้รับการใส่เสื้อผ้าหลังประมาณ 5 วันหลังผ่าตัด งอเข่าและสะโพกเล็กน้อย ให้ผู้ป่วยลุกเองโดยใช้ข้อศอกและมีอันขึ้นนั่งพร้อมเหยียดขาออกจากเตียง การลุกนั่งครั้งแรกควรมีคนช่วย เวลานั่งแล้วให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ มองไปไกล ๆ ควรให้ผู้ป่วยเดินคิดว่ายืนเฉย ๆ เพราะการยืนจะเกิดอาการตึงตัวของแผลผ่าตัดมากกว่าเดิน การเดินให้เดินพักเป็นระยะ ๆ เมื่อเหนื่อยควรให้ผู้ป่วยนอนพัก การนั่ง ยืน เดิน ควรให้หลังตรงเท่าที่จะทำได้ อาจทำให้รู้สึกปวดในการทำครั้งแรก แต่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเมื่อยล้า และอาการปวดจะค่อย ๆ ลดลง
10. บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าแพทย์จะพิจารณาตัดไหมบริเวณแผลผ่าตัดหลังทำผ่าตัดประมาณ 2 สัปดาห์
11. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยแนะนำวิธีการบริหารกล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อสะโพก การบริหารกระดูกสันหลังส่วนเอว รวมถึงการจัดท่าทางและอิริยาบถที่ถูกต้อง

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนาจังหวัดกรุงเทพมหานคร เลขที่ภายนอก 5830/47 เลขที่ภายใน 691/49 เข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ (20/16) วันที่ 30 มกราคม 2549 เวลา 11.50 น. อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ มีอาการปวดหลังร้าวไปสะโพกและขามา 10 ปี รักษาโดยการรับประทานยา ซึ่งรับประทานไม่สม่ำเสมอ แต่อาการไม่ดีขึ้น 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยลื่นหกล้ม มีอาการปวดมากขึ้น จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล อาการแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุคคุยรู้เรื่อง มีอาการปวดหลังเป็นพัก ๆ ขณะปวดจะมีร้าวไปสะโพกและขาขวา วัดสัญญาณชีพ พบว่า อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/60 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเคยเป็นโรคลมชัก ได้รับการรักษาเมื่อ 7 ปีที่แล้ว จนขณะนี้ไม่มีอาการแล้ว ให้ประวัติแพ้ยา Dilantin รับประทานแล้วมีผื่นขึ้น ปฏิเสธการแพ้อาหาร เคยผ่าตัดไส้ติ่งและทำหมันมา 10 ปีที่แล้ว และมีอาการผิดปกติทางสายตาแพทย์บอกว่าจอประสาทตาผิดปกติ รักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า WBC 6.5 thsd/cu.mm (ค่าปกติ 5-10 thsd/cu.mm.), hematocrit 34.7% (ค่าปกติ 31-43%), hemoglobin 11.4 gm% (ค่าปกติ 11-16gm%),

ผลการตรวจเคมีคลินิก sugar 88 mg/dl (ค่าปกติ 60-100 mg/dl), BUN 9.7 mg/dl (ค่าปกติ 8-18 gm/dl), creatinine 0.57 mg/dl (ค่าปกติ 0.9-1.8 mg/dl), uric acid 2.9 mg/dl (ค่าปกติ 3.4-7 mg/dl), cholesterol 203 mg/dl (ค่าปกติ 130-250 mg/dl), triglyceride 85 mg/dl (ค่าปกติ 20-150 mg/dl), AST (SGOT) 21 u/l (ค่าปกติ 0-35 u/l), ALT (SGPT) 30 u/l (ค่าปกติ 0-43 u/l), ALP (Alkaline phosphates) 115 u/l (ค่าปกติ 39-117 u/l), sodium 140 mmol/l (ค่าปกติ 136-145 mmol/l), potassium 3.6 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l), chloride 104 mmol/l (ค่าปกติ 100-110 mmol/l), carbon dioxide 28 mmol/l (ค่าปกติ 22-32 mmol/l) ผลการตรวจจุลทรรศน์วิทยาคลินิก pH 7.0 (ค่าปกติ 4.6-8), Protein negative (ค่าปกติ Negative), glucose negative (ค่าปกติ Negative), blood negative (ค่าปกติ Negative), WBC 0-1 /HPF (ค่าปกติ 0-2 /HPF), RBC 0-1 /HPF (ค่าปกติ 0-2 /HPF), bacteria few (ค่าปกติ Negative) ผลการตรวจ anti-HIV non-reactive (ค่าปกติ non-reactive) ผลการถ่ายภาพรังสีพบว่ากระดูกสันหลังระดับเอวข้อที่ 4 และ 5 เคลื่อนกดทับรากประสาทสันหลังระดับเอวข้อที่ 4 และ 5 แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็น Spondylolethesis L_{4,5} c compression of Rt L₄ L₅ root แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ bed rest ร่วมกับให้ยาลดการอักเสบ ยาลดอาการปวด และยาลดอักเสบแก้ปวด ดังนี้ Norgestic 1 เม็ด รับประทาน 3 เวลาหลังอาหาร Mobic 1 เม็ด รับประทาน 2 เวลาหลังอาหาร Xanidine 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร แพทย์วินิจฉัยให้การผ่าตัดผู้ป่วยในวันที่ 31 มกราคม 2549 เวลา 09.30 น. ตลอดเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พบปัญหาต่าง ๆ ดังนี้ ปัญหาการพยาบาลก่อนผ่าตัดและปัญหาการพยาบาลหลังผ่าตัด ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดหลังร้าวไปสะโพกและขาขาขวา ข้อมูลสนับสนุน คือ เวลาผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถจะมีอาการนั้วหน้าพร้อมกับร้องคราง และผู้ป่วยบอกปวดหลังบริเวณเอวมาก บางครั้งมีอาการปวดร้าวไปที่ขาและขาขาข้างขวา เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการปวดหลังจึงให้การพยาบาล โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักมากที่สุด ในลักษณะการนอนที่ถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายราบใช้หมอนรองใต้เข่า จะทำให้เกิดการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้แรงกดลงบนกระดูกสันหลังลดลงช่วยบรรเทาอาการปวดหลัง แนะนำผู้ป่วยให้กระดกปลายเท้าเข้าหาตัว ทำให้รู้สึกตึง นับ 1 ถึง 10 แล้วคลาย และทำใหม่ จัดหาที่นอนให้ผู้ป่วยมีลักษณะไม่แข็งหรือนิ่มจนเกินไป ที่นอนเรียบตึง ไม่เป็นหลุมหรือแอ่ง วางกระเป๋าน้ำร้อน ให้ยาคลายกล้ามเนื้อ คือ Norgestic 1 เม็ด รับประทาน 3 เวลาหลังอาหาร ตามแผนการรักษา โดยสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และให้ยาแก้ปวด Mobic 1 เม็ด รับประทาน 2 เวลาหลังอาหาร พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เพื่อรายงานให้แพทย์ทราบต่อไป ให้ยา Xanidine 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหารร่วมด้วย ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันอาการปวดท้องเนื่องจากยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อที่แพทย์สั่งให้มีผลระคายเคาะอาหารทำให้ปวดท้องได้ หลังจากให้การพยาบาล ประเมินผลวันที่ 30 มกราคม 2549 เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังลดลงบ้างเล็กน้อยยังมีการขาขาขวาอยู่ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามเวลา และไม่มีอาการข้างเคียงของยา สรุปปัญหานี้ยังไม่หมดไป ผู้ป่วยยังมีการปวดหลังและขาขาขวาอยู่ แพทย์วินิจฉัยทำการผ่าตัดให้ผู้ป่วยวันที่ 31 มกราคม 2549 เวลา 09.30 น. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด สังเกตว่าผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลและซักถามพยาบาลเกี่ยวกับการผ่าตัดของแพทย์ ผู้ป่วยบอกว่า “ผ่าตัดแล้วจะเจ็บม๊ยะ หลังผ่าตัดถ้าพิการจะอย่างไรดี” การพยาบาลโดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย พักผ่อนให้เพียงพอ พยาบาลจะโกนขนบริเวณหลัง ก่อนนอนสวนอุจจาระ เพื่อป้องกันอุจจาระไหลออกมาขณะทำผ่าตัด งคอาหารและน้ำดื่ม

แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ whole blood 2 ยูนิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเลือดอย่างถูกต้องตามแผนการรักษาและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ให้การพยาบาลดังนี้ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที ใน 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งปกติจึงวัดทุก 4 ชั่วโมง ให้ whole blood 2 ยูนิต ตามแผนการรักษา โดยตรวจดูหมู่เลือดชื่อผู้ป่วย ให้ถูกต้องก่อนให้เลือดแต่ละยูนิต สังเกตอาการแพ้เลือด เช่น มีไข้ หนาวสั่น มีผื่นขึ้นผิวหนัง เพื่อเตรียมรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที หลังได้รับเลือด 6 ชั่วโมง ตรวจดู hemoglobin และ hematocrit ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ ประเมินผลวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยได้รับ whole blood 2 ยูนิต ตามแผนการรักษา เริ่มได้รับเวลา 21.30 น. (31 มกราคม 2549) หมดในเวลา 6 ชั่วโมง ไม่มีอาการแพ้เลือด บริเวณที่ให้เลือดไม่มีการอักเสบวมแดง ผล hematocrit และ hemoglobin วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 เวลา 10.00 น. อยู่ในเกณฑ์ปกติ hemoglobin 11.6 gm%, hematocrit 33.5% ผู้ป่วยมีอาการสับสนขึ้น ปลายมือ ปลายเท้า เปลือกตา ผิวหนังทั่วไปเริ่มแดงขึ้น ปัญหานี้หมดไป ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย ผู้ป่วยบอกว่าขยับแล้วปวดแผล แสดงสีหน้าไม่สุขสบาย นอนหลับได้ระยะสั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย อาการปวดแผลลดลง ให้การพยาบาลดังนี้ ดูแลจัดท่านอนของผู้ป่วยให้ตะแคงเล็กน้อยโดยใช้ผ้าหนุนบาง ๆ รองบริเวณหลัง เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่เกิดการเปื่อยขึ้นบริเวณหลังและแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลโดยเฉพาะเวลาช่วยผู้ป่วยจัดท่านอน คอยดูแลช่วยเหลือและแนะนำวิธีการพลิกตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ปลอบโยนให้กำลังใจ จัดสายระบายเลือดและน้ำเหลืองที่คั่งค้างในแผลผ่าตัดให้อยู่ในที่ที่เหมาะสม ไม่มีการกดทับ ดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้เงียบสงบ สะอาด จัดให้มีญาติอยู่เป็นเพื่อน และบอกผู้ป่วยและญาติว่าถ้ารู้สึกปวดมากขึ้น ให้บอกพยาบาลทันที ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Pethidine 50 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เวลา 20.00 น. เนื่องจากมีอาการปวดมาก สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินผลวันที่ 31 มกราคม 2549 เวลา 23.30 น. หลังฉีดยาแก้ปวดผู้ป่วยบอกอาการปวดทุเลาลง ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย แพทย์ได้สั่งยาแก้ปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นยากิน คือ Ultracet 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร Norgesic 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ร่วมกับยาลดบวม และยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้ท้องอืดและยาบำรุงกระดูก ได้แก่ Danzen 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร Motilium-M 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร Dysfatyle 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร Rocaltral 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร Caltrate pluse 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร สรุปลงหลังผ่าตัด 5 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ปัญหานี้จึงหมดไป ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากมีการทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีเลือดออกบริเวณแผลซึมเปื้อนผ้ากอซ แพทย์พิจารณาให้เปิดแผลพร้อมกับถอดสาย Redivac ออกได้ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549 เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลทำแผลวันละครั้งด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และ ดูแลแผลไม่ให้เปื่อยขึ้น สังเกตและบันทึกลักษณะของแผล รวมทั้งผิวหนังบริเวณรอบ ๆ แผล ตลอดจนอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน และของเหลวที่ออกจากแผล วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Cefazolin 1 gm ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง Gentamycin 240 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง กระตุ่นและจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อเสริมสร้างเนื้อเยื่อ ส่งเสริมการหายของแผลให้ดีขึ้น ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ รักษาความสะอาดทั่วไป ประเมินผลวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2549 เวลา 10.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 36.3-37 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที แผลแห้งไม่มีหนองหรือของเหลวสีผิดปกติออกจากแผล ผิวหนังรอบ ๆ แผลไม่มีอาการปวดบวมแดงร้อน แต่ผู้ป่วยบอก

ว่ายังมีอาการชาขาขวาอยู่ แพทย์ได้เพิ่มยา Methycobal 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร และหยุดยาปฏิชีวนะ Cefazoline และ Gentamycin เริ่มให้ Distaclore 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2549 แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ตัดไหมแผลผ่าตัดได้ ประเมินผลวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2549 หลังจากตัดไหมแผลติดสนิทดี ไม่มีหนองหรือของเหลว สีผิวดกดีออกจากแผล ผิวหนังรอบ ๆ แผลไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน สรุปปัญหานี้หมดไป ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันแรกช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีสายสวนปัสสาวะต่อลงถุงรองรับปัสสาวะ ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้น้อย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ให้การพยาบาลดังนี้ จัดวางสายสวนปัสสาวะให้อยู่บริเวณหน้าขาด้านใน จัดวางถุงรองรับปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วย โดยไม่วางที่พื้น ใช้วิธีแขวน กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ล้างน้ำสบู่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อย 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวกในระบบปิด สายสวนไม่หักพับงอ สังเกตลักษณะของปัสสาวะ เทปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะในถุงรองรับมากกว่าครึ่งถุงหรือเทปัสสาวะทิ้งทุก 8 ชั่วโมง วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินผลวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 เวลา 10.00 น. อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 – 37 องศาเซลเซียส ปัสสาวะไหลสะดวกดี ปัสสาวะในถุงรองรับมีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549 แพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะออกประเมินผลหลังถอดสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ไม่มีสิ่งกีดขวางผิวดกดีออกจากท่อทางเดินปัสสาวะ ปัญหานี้หมดไปในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่แขน คือ 5% D/NSS 1,000 มิลลิลิตร สลับกับ 5% D/W 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ได้ให้การพยาบาล คือ ประเมินบริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทุก 2 ชั่วโมง ว่ามีอาการบวมแดง ปวดบริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลไม่ให้เปียกชื้น พลาสเตอร์ไม่หลุด ดูแลให้ได้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 เวลา 10.00 น. บริเวณที่ให้สารน้ำไม่มีบวมแดง ไม่บ่นปวด ได้รับสารน้ำถูกต้องตามแผนการรักษา วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549 แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ถอดสายให้สารน้ำออก on เป็น Heparin lock เพื่อฉีดยาไว้แทน ประเมินผลวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2549 แพทย์หยุดยาฉีดทางหลอดเลือดดำ จึงถอด Heparin lock ออก หลังถอดออกบริเวณที่ on Heparin lock ไม่มีอาการบวมแดง ผู้ป่วยไม่บ่นปวด ปัญหานี้จึงหมดไป ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อลิ่มเลือดแข็ง เนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลง เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผล ทำให้ไม่กล้าขยับตัวหรือเคลื่อนไหว ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อลิ่มเลือดแข็ง ให้การพยาบาลโดยแนะนำผู้ป่วยออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อและข้อ โดยการเกร็งกล้ามเนื้อ กระดกปลายเท้าขึ้นลงในวันที่ 2 หลังผ่าตัด เขยิบและงอข้อเข่า ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด โดยกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยกระตุ้นผู้ป่วยด้วย ประเมินผลวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2549 ผู้ป่วยออกกำลังกายบริหารแขนขาและเคลื่อนไหวตัวเอง พลิกตะแคงตัวเองได้ ปัญหานี้จึงหมดไป วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2549 แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ถูกจากเตียง โดยใส่เสื้อพยุงหลังก่อนลุก (L-S Support) ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจวิธีการใส่เสื้อพยุงหลัง วัตถุประสงค์ของการใส่รวมทั้งการเก็บรักษา ให้การพยาบาลโดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวัตถุประสงค์ของการใส่ L-S Support เพื่อต้องการให้กระดูกสันหลังอยู่นิ่ง ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณหลัง ลดการเคลื่อนไหวบริเวณเอว โดยผู้ป่วยต้องใส่นานเป็นเวลา 6 เดือน อธิบายและสาธิตวิธีการใส่เสื้อพยุงหลังให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ แนะนำวิธีการทำความสะอาด โดยซักน้ำธรรมดาและผึ่งให้แห้งในที่ร่ม ห้ามผึ่งแดดเพราะจะทำให้ยางยืด เสียหาย ประเมินผลวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2549 เวลา 11.00 น.

ผู้ป่วยใส่ L-S Support โดยมีพยาบาลและญาติช่วยเหลือ และสามารถใส่ได้เองอย่างถูกต้อง โดยไม่มีพยาบาลคอยช่วย แต่มีญาติช่วยได้ หลังจากแนะนำไปแล้วเป็นเวลา 3 วัน และจากการซักถามผู้ป่วยสามารถอธิบายการทำมาสะอาด L-S Support ได้ถูกวิธี ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะเดิน เนื่องจากต้องใช้ walker ในการช่วยเดิน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ ให้การพยาบาลโดยแนะนำผู้ป่วยอย่าลุกเดินเองโดยไม่มีญาติหรือพยาบาลอยู่ด้วย ย้ำญาติคอยดูแลใกล้ชิดขณะผู้ป่วยลุกเดิน จัดสิ่งของภายในห้องเป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดิน ดูแลพื้นห้องและห้องน้ำไม่ให้ลื่นเปียกและ สอนการเดินด้วย walker อย่างถูกวิธีให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ วันแรกผู้ป่วยยังไม่ค่อยกล้าเดินเนื่องจากกลัวจึงให้กำลังใจและกระตุ้นให้ลุกเดินบ่อย ๆ โดยพยาบาลต้องคอยพยุงขณะเดินพร้อมกับญาติ ประเมินผลวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2549 ผู้ป่วยเดินด้วย walker ได้คล่องมากขึ้น โดยไม่ต้องมีพยาบาลคอยพยุง มีเพียงญาติที่คอยดูแลใกล้ชิด ญาติและผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุขณะอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ผู้ป่วยไม่ทราบการปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยซักถามว่า “เมื่อกลับบ้านแล้วห้ามทำอะไรบ้าง” เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน ให้การพยาบาลโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้านในเรื่องการเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ ท่านั่ง ทำยืน ท่านอน ที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการก้มเก็บของหรือยกของหนัก อย่าเคลื่อนไหวหลังเร็ว อย่านำน้ำหนักตัวมาก แนะนำและสาธิตวิธีการบริหารกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดอย่างง่าย ๆ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ใส่ L-S Support ตลอดเวลา ยกเว้นขณะอาบน้ำ เป็นเวลา 6 เดือน สังเกตอาการผิดปกติรีบมาพบแพทย์ คือมีอาการปวดหลังมากขึ้น ชาหรืออ่อนแรงร่วมด้วย มีอาการปวดแผลมาก แผลที่ตัดไหมแล้วโป่งนูน คลำได้ก้อนหรือมีน้ำเหลืองซึมออกมา มีไข้ทุกวัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย ประเมินผลวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2549 เวลา 13.00 น. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนอิริยาบถและท่าทางต่าง ๆ ได้ถูกต้อง ก่อนกลับไปอยู่บ้าน แต่ผู้ป่วยยังไม่กล้าบริหารกล้ามเนื้อตามที่พยาบาลแนะนำ แต่รับปากว่าถ้าอาการต่าง ๆ หายเป็นปกติดีแล้วจะค่อย ๆ เริ่มทำ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2549 รวมอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา 8 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 57 ปี รับไว้ในความดูแลวันที่ 30 มกราคม 2549 ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดหลังร้าวไปสะโพกและขาขวา ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Laminectomy L₃L₄, L₄L₅ c Pedicle screw fixations c fusion เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2551 หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แพทย์ให้ใส่ L-S Support ลุกนั่ง ยืน และเดินด้วย walker เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2549 ผู้ป่วยสามารถเดินด้วย walker ได้ดี โดยญาติไม่ต้องพยุงแต่คอยดูแลใกล้ชิด อาการปวดทุเลาลงมาก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2549 รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน ขณะอยู่ในความดูแลได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดขึ้น จนปัญหาได้รับการแก้ไขหมดสิ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สภาพผู้ป่วยก่อนพ้นการดูแล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำ

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Laminectomy ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- 2. ผู้ศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการใกล้เคียงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากการผ่าตัด Laminectomy เป็นการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตได้เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เช่น การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อประสาท การบาดเจ็บต่อหลอดเลือดใหญ่ และการติดเชื้อ ผู้ป่วยรู้ว่าต้องทำผ่าตัดจะเกิดความวิตกกังวล เกิดความกลัว สิ่งที่กลัวมีหลายอย่าง เช่น กลัวพิการ กลัวความเจ็บปวดทรมาน กลัวไม่ฟื้นจากยาสลบ ดังนั้นการให้ข้อมูลและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ บอกสาเหตุและความจำเป็นที่ต้องทำผ่าตัดและให้ความมั่นใจในการทำผ่าตัดของแพทย์ รวมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ แผนการรักษา การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเพราะระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้เต็มที่ ถึงแม้จะกลับไปอยู่บ้านก็ต้องอาศัยญาติช่วยดูแลใกล้ชิดคิดในระยะแรก เช่น การเคลื่อนไหว การเดิน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำอีก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างย้งต้องให้คำแนะนำและสอนญาติในการช่วยดูแลผู้ป่วยด้วย ให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ ไม่กลับมาโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมอีก สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้ต่อไป

10. ข้อเสนอแนะ

- 1. สร้างภูมิคุ้มกันสำหรับการทำงาน โดยรณรงค์ให้คนทำงานมีความรู้และแนวคิดที่ถูกต้องต่ออาการปวดหลัง
- 2. เจ้าของกิจการหรือโรงงานต่างๆ ควรมีมาตรฐานการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน โดยเฉพาะคนที่ปวดหลังจากการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมทั้งปรับเปลี่ยนกลไกการทำงานหรือจัดหาเครื่องมือที่เหมาะสม
- 3. ในโรงพยาบาลควรมีโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่มาตรวจที่ห้องตรวจกระดูก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนผ่าตัด โดยเน้นญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ วิไลภรณ์ กาศลังกา

(นางสาววิไลภรณ์ กาศลังกา)

ผู้ขอรับการประเมิน
16 S.A. 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ Dr. Dr

(นางวิไล วิเทหะโชชิน)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

16 S.A. 2551

ลงชื่อ สมาน

(นายสมาน ตันอริยกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

16 S.A. 2551

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาววิไลภรณ์ กาศลังกา

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 134) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

เรื่อง ส่งเสริมให้บุคลากรทั่วไปเห็นความสำคัญของโรคปวดหลัง

หลักการและเหตุผล

อาการปวดหลังไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตามมีสิทธิ์ที่จะปวดหลังกันได้หากไม่ระวัง และรับรู้สาเหตุนำพาอาการปวดหลังที่เกิดอาจขึ้นอยู่กับสภาวะร่างกาย การดูแลรักษาสุขภาพ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และลักษณะของการทำงาน การยืน เดิน นั่ง นอน ของแต่ละบุคคลก็ย่อมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปวดหลังได้เช่นกัน ส่วนอาการปวดหลังจะมากน้อย รุนแรง รักษาหาย ป้องกันได้ก็ขึ้นอยู่กับการเอาใจใส่ และความรู้ในเรื่องการระมัดระวังมิให้อาการปวดหลังนั้นเกิดขึ้น และเป็นอันตรายรุนแรงแก่ตัวเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้อีก และเพื่อรู้เท่าทัน ป้องกัน รักษา อาการปวดหลังมิให้เกิดขึ้น แม้วันนี้อาจจะยังไม่มีอาการปวดหลังหรือยังไม่ปวดหลังถึงขั้นรุนแรงก็ตาม แต่อาจมีญาติหรือเพื่อนที่ปวดก็สามารถแนะนำเพื่อนหรือญาติได้ จากการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานพบว่าการผ่าตัดหลังมากขึ้น มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยต้องเสียเวลาจากการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยต้องเสียใจเกิดความทุกข์ ความกังวลและยังคงต้องปวดหลังอีกถ้าการผ่าตัดล้มเหลว ดังนั้นจึงเล็งเห็นความสำคัญของเรื่องนี้ จึงได้มีการจัดชั้นเรียนสอนให้ความรู้เรื่องโรคปวดหลัง ทั้งสาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกัน ร่วมกับแจกแผ่นพับประกอบ ให้แก่ ผู้ป่วย ญาติ และบุคคลในโรงพยาบาลที่สนใจ ซึ่งอาจมีอาการปวดหลัง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรทั่วไปสนใจ เอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น และเห็นความสำคัญของโรคปวดหลัง ซึ่งรบกวนการทำงาน และชีวิตประจำวันของทุกคน เพื่อเป็นการลดอัตราการผ่าตัดจากการปวดหลังและส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่บุคคลทั่วไป

เป้าหมาย

บุคคลทั่วไปเห็นความสำคัญของโรคปวดหลังมากกว่าร้อยละ 80

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

อาการปวดหลังเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายเพียงเล็กน้อยจนกระทั่งเป็นความทุกข์ทรมานของผู้ที่มีอาการปวดอย่างรุนแรง อาการปวดหลังเป็นอาการปวดที่คู่กับมนุษย์ในอดีต สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทุกอาชีพ โดยไม่จำกัดเชื้อชาติและเพศ พบบ่อยในคนทำงานและคนสูงอายุ เนื่องจากเป็นโรคที่ป้องกันได้ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลัง น่าจะลดกลุ่มอาการของโรคนี้ได้ จึงมีแนวคิดที่จะรณรงค์ให้บุคคลทั่วไปเห็นความสำคัญของโรคปวดหลัง โดยเริ่มจากกลุ่มบุคคลในโรงพยาบาล เช่น เจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่สนใจก่อน การดำเนินงานเริ่มจากศึกษาหาความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคปวดหลัง นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงาน นำเข้าที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน เพื่ออธิบายและชี้แจงให้พยาบาลในหน่วยงานรับทราบและขอความร่วมมือในการช่วยดำเนินงาน ซึ่งจะจัดเป็นชั้นเรียนสอน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลัง มีเนื้อหาตั้งแต่สาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกัน โดยทำเป็นแผ่นภาพพลิกประกอบการสอนด้วย สถานที่จัดชั้นเรียน คือ จัดสถานที่ภายในหน่วยงาน กำหนดสอนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 12.00 - 13.00 น. จำกัดผู้เข้ารับการสอนครั้งละประมาณ 5 – 10 คน ภายในระยะเวลา 2 เดือน โดยมีการประชาสัมพันธ์ ชักชวน แจ้งให้บุคลากรในหน่วยงานอื่นที่สนใจเข้าร่วมรับฟังพร้อมกับญาติผู้ป่วยหรือผู้ป่วยอื่นที่สนใจ ภายหลังการสอนมีการแจกแผ่นพับให้ความรู้ร่วมด้วย และแจกใบประเมินผลเพื่อประเมินความรู้และเห็นความสำคัญของโรคปวดหลัง ซึ่งหวังว่าผู้เข้าร่วมรับฟังจะสามารถดูแลสุขภาพร่างกายไม่ให้เกิดอาการปวดหลังและแนะนำเพื่อนหรือญาติได้

แบบประเมินความรู้และเห็นความสำคัญของโรคปวดหลัง

คำถาม	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ท่านทราบและสามารถบอกสาเหตุของอาการปวดหลังได้			
2. ท่านสามารถปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันอาการปวดหลังได้			
3. ท่านคิดว่าโรคปวดหลังสามารถป้องกันได้			
4. ถ้าท่านมีญาติหรือเพื่อนเป็นโรคปวดหลัง หรือเสี่ยงที่จะเป็นโรคปวดหลัง ท่านสามารถแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้			
5. ท่านคิดว่าโรคปวดหลังเป็นโรคที่ทุกคนควรตระหนัก			
6. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็น การดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด			
7. เมื่อท่านเริ่มมีอาการปวดหลัง ท่านจะไปพบแพทย์ทันที			
8. อาชีพแม่บ้าน ขับขี่รถจักรยานยนต์ กรรมการ แม่ค้า พยาบาล นักกายภาพบำบัด เย็บผ้า เป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลัง			

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการกระตุ้นให้บุคคลทั่วไปเห็นความสำคัญของโรคปวดหลังและใส่ใจสุขภาพมากขึ้น
2. ลดอัตราการผ่าตัดจากอาการปวดหลัง ในบุคคลกลุ่มเสี่ยง
3. เป็นการป้องกันอาการปวดหลังและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก
4. บุคคลทุกคนมีระเบียบวินัยในการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวันอย่างระมัดระวัง และเหมาะสมตามสภาพร่างกายไม่เกิดอาการปวดหลังตามมา

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. บุคคลทั่วไปเห็นความสำคัญของโรคปวดหลัง >80%

ลงชื่อ วิไลภรณ์ มงคลวิทย์

(นางสาววิไลภรณ์ กาศลังกา)

ผู้ขอรับการประเมิน

16/ส.อ. 2551