

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้องในผู้ป่วย
โรคแฟมีเลียลอะดีโนมาตัสโพลีโพสิส (Familial adenomatous polyposis)
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำคู่มือการเตรียมเครื่องมือสำหรับการทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดย
วิธีการส่องกล้อง

เสนอโดย

นางสาวสุรรัตน์ วังคะอม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 887)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้องในผู้ป่วยโรค แฟมิลีเยลอะดีโนเมตัสโพลิโพสิส (Familial adenomatous polyposis)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 15 วัน (ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2550)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.1 ความรู้ทางวิชาการ

กายวิภาคและสรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ลำไส้ใหญ่ เป็นอวัยวะส่วนปลายของระบบทางเดินอาหารที่มีลักษณะเป็นท่อกลวงผนังมีความยืดหยุ่นสูง เพื่อทำหน้าที่เก็บกักเศษอาหารที่ผ่านขบวนการดูดซึมสารอาหารต่อมาจากลำไส้เล็ก ส่วนปลายสุดของลำไส้ใหญ่มีลักษณะเป็นท่อตรงวิ่งลอดผ่านกล้ามเนื้อกระบังลมของอุ้งเชิงกรานจึงมีชื่อเรียกเฉพาะตัวว่าลำไส้ตรง ส่วนปลายของลำไส้ตรงจะต่อลงไปเป็นทวารหนัก (anus) ซึ่งเป็นทางระบายอุจจาระออกจากร่างกาย ปกติลำไส้ใหญ่มีความยาวโดยรวมประมาณ 100-150 เซนติเมตร โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

1. กระพุ้งลำไส้ใหญ่ (cecum)
2. ลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น (ascending colon)
3. ลำไส้ใหญ่ส่วนแนวนาง (transverse colon)
4. ลำไส้ใหญ่ส่วนขาลง (descending colon)
5. ลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว (sigmoid colon)

ไส้ตรง (rectum) เป็นส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ มีลักษณะเป็นท่อตรงยาวประมาณ 15 เซนติเมตรตรงปลายของไส้ตรงจะเป็นทวารหนัก (anus)

คำจำกัดความของโรคแฟมิลีเยลอะดีโนเมตัสโพลิโพสิส

เป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์ แต่ไม่เคยพบในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี และเป็นโรคที่ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ (non-sex-linked) เป็นการถ่ายทอดยีนส์เด่นตามกฎพันธุกรรมของเมนเดล โดยมีดั่งเนื้องอกชนิดอะดีโนเมตัส (adenomatous polyps) อย่างน้อย 100 ก้อน ในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แต่ส่วนมากจะพบว่ามีเป็นจำนวนนับ 1,000 ก้อน (สุพล จินดาทรัพย์ , 2544 : 293) ซึ่งในคนปกติจะมีการสร้างยีนส์ เอ พี ซี (APC : adenomatous polyposis coli) ที่เป็นตัวป้องกันการเกิดดั่งเนื้องอกในลำไส้ใหญ่ หากเกิดความผิดปกติของยีนส์ เอ พี ซี ส่งผลให้เซลล์ปกติโตเร็วจนกลายเป็นดั่งเนื้องอก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถ่ายทอดยีนส์ เอ พี ซี ที่ผิดปกติภายในครอบครัว ผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดยีนส์ชนิดนี้จะมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ก่อนอายุ 40 ปี (Gordon and Santhat , 1999 : 555)

พยาธิสภาพ

พบติ่งเนื้อออกจํานวนนับพันในลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ติ่งเนื้อ มีขนาดตั้งแต่ 1 - 2 มิลลิเมตร จนถึง 1 เซนติเมตร พบในลำไส้ด้านซ้ายมากกว่าด้านขวา (Gordon and Santhat , 1999 : 555)

สาเหตุของโรค

เป็นโรคที่เป็นมาแต่กำเนิด ในกรณีที่ไม่วิเคราะห์ จะเริ่มพบติ่งเนื้อออกชนิดอะดีโนเมตัส (adenomatous polyps) ในผู้ป่วยอายุ 25 ปี จะเริ่มมีอาการเมื่ออายุ 33 ปี สามารถวินิจฉัยโรคได้ โดยจะพบติ่งเนื้อออกชนิดอะดีโนเมตัสเมื่ออายุ 36 ปี จะกลายเป็นมะเร็งเมื่ออายุ 39 ปี และจะถึงแก่กรรมจากโรคมะเร็งเมื่ออายุ 42 ปี (สุพล จินดาทรัพย์ , 2544 : 293)

อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกมักจะไม่มีอาการจนกระทั่งพบเมื่อมีอาการมากแล้ว อาการที่มักพบมากที่สุด ได้แก่

1. อาการมีเลือดออกที่ช่องทวารหนัก
2. อาการท้องเสีย

การรักษา

หลักการรักษาคือการตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงออกเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งในภายหลัง แต่มีการผ่าตัดหลายชนิด คือ

1. การรักษาโดยการตัดลำไส้ใหญ่ออกเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งในภายหลัง (prophylactic colectomy)
2. การรักษาโดยการตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แล้วนำลำไส้เล็กมาเปิดบริเวณหน้าท้อง (total proctocolectomy with ileostomy) เป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ผู้ป่วยมักจะไม่วิเคราะห์
3. การรักษาโดยการตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด แล้วนำลำไส้เล็กมาต่อเข้ากับลำไส้ตรง (total colectomy with ileorectal anastomosis) เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด (ไม่ใช่ดีที่สุด) แต่ต้องดูแลหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด อย่างน้อยที่สุด 2 ครั้งต่อปี และถ้าพบติ่งเนื้อออกเกิดขึ้นมาใหม่ให้ใช้วิธีการจี้ด้วยไฟฟ้า หากปล่อยทิ้งไว้จะมีโอกาสเกิดมะเร็งร้อยละ 0 ถึงร้อยละ 32 (สุพล จินดาทรัพย์ , 2544 : 293)
4. การรักษาโดยการตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักออก แล้วนำลำไส้เล็กมาเปิดบริเวณหน้าท้องแบบสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ (total proctocolectomy with continent ileostomy) ไม่นิยมเพราะดูแลลำบาก
5. การรักษาโดยการตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมดและทำลำไส้เล็กให้เป็นถุงพักอุจจาระแล้วนำมาต่อกับรูทวาร (total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis) นิยมในปัจจุบัน แต่การผ่าตัดยากและมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนมาก

การผ่าตัดแบบส่องกล้อง เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบมาตรฐาน สำหรับการผ่าตัดมะเร็งของลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และช่องทวารหนัก เชื่อว่าสามารถผ่าตัดได้เทียบเท่าวิธีทั่วไป โดยมีเหตุผลดังนี้

1. สามารถเลาะต่อมน้ำเหลืองได้เท่าหรือมากกว่าวิธีปกติ
2. สามารถตัดขอบของมะเร็งได้เท่าวิธีปกติ

ข้อดีสำหรับการผ่าตัดผ่านกล้องของลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และช่องทวารหนัก

1. ฟื้นตัวได้เร็ว เนื่องจากบาดแผลเล็กกว่า
2. เจ็บปวดน้อยกว่า
3. การทำงานของลำไส้เร็วกว่าปกติ
4. อยู่โรงพยาบาลสั้นกว่า
5. การมองเห็นอวัยวะในช่องท้องจะดีกว่าการดูด้วยตาเปล่า เพราะขยายถึง 20 เท่า
6. การจับต้องก้อนมะเร็งจะน้อยกว่า
7. การดูแลบาดแผล เช่น รุกระบายอุจจาระออกทางหน้าท้องจะง่ายกว่า

บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีทักษะในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และเครื่องใช้ในการผ่าตัด รู้หลักของการทำให้ปราศจากเชื้อ (sterilization) การทำลายเชื้อ (disinfection) เทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) และหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การส่งผ่าตัดและช่วยเหลือทีมผ่าตัดในการผ่าตัดให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น สามารถแก้ไขปัญหาในภาวะวิกฤตและเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ ได้

3.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.2.1 ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ซึ่งว่าด้วยเรื่องของสุขภาพ คุณภาพชีวิตและความสำเร็จในศักยภาพมนุษย์ซึ่งในแต่ละแบบแผนคือพฤติกรรมของคนทั้งด้านกาย จิต สังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนทั้งคน พบว่ามีแบบแผนที่ผิดปกติ 6 แบบแผน

3.2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริเอม นำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเพื่อให้สุขภาพกลับดีขึ้น และสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

3.3 ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา

ยาที่ผู้ป่วยได้รับมีดังนี้

3.3.1 Cefazolin

เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มเซฟาโรสปอริน มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโดยยับยั้งการสังเคราะห์ผนังของเซลล์

3.3.2 Ceftriaxone

เป็นยาปฏิชีวนะ ออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อ *P. aeruginosa* เป็นหลัก

3.3.3 Ciprofloxacin

เป็นยาปฏิชีวนะ ออกฤทธิ์แรง มีกลไกการออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อที่ซับซ้อน และมีฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียทรงแท่งแกรมลบเป็นสำคัญ

3.3.4 Diazepam

เป็นยาระงับอาการเกร็งกล้ามเนื้อ และทำให้คลายวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยหลับได้

3.3.5 Diclofenac

เป็นยาต้านการอักเสบและอาการปวดที่เนื่องมาจากการอักเสบที่ไม่ใช่จำพวกกรูห์มาติสซึม

3.3.6 Erythromycin

เป็นยาที่ออกฤทธิ์ทั้งกุดการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย หรือทำให้แบคทีเรียตายโดยออกฤทธิ์ขัดขวางการสร้างโปรตีนของแบคทีเรีย มีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียแกรมบวก กรัมลบ

3.3.7 Morphine

ใช้ลดอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด อย่างรุนแรง

3.3.8 Norgesic

เป็นยาคลายกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดและลดไข้ ใช้บรรเทาอาการปวดศีรษะจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

3.3.9 Paracetamol

เป็นยาระงับอาการปวด ไม่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ

3.3.10 Pethidine

มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางออกฤทธิ์ระงับปวด ใช้ระงับปวดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน เช่น แผลผ่าตัด

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคเพมิลีลลอะดีโนเมตัสโพลีโพลีสเป็นโรคซึ่งเกิดจากพันธุกรรม โดยมีเนื้ออกอย่างน้อยนับร้อยก้อนในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หากไม่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะทำให้กลายเป็นมะเร็งได้ตั้งแต่อายุยังน้อย สำหรับการรักษาในผู้ป่วยรายนี้คือการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง เนื่องจากปัจจุบันการผ่าตัดโดยใช้กล้องได้รับความนิยมสูง มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เพราะช่วยให้ผู้ป่วยมีแผล

ผ่าตัดเล็กลง ลดอัตราการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดและช่วยให้การปวดแผลผ่าตัดลดลง ถึงแม้ว่าจะมีความซับซ้อนในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์การผ่าตัด แต่ผลที่ผู้ป่วยได้รับก็มีความคุ้มค่าอย่างยิ่ง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 24 ปี รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลวันที่ 21 พฤษภาคม 2550 เวลา 13.30 น. มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ ถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือดบางครั้ง เป็นเวลา 2 เดือน มารดา ลุง และป้ามีประวัติเป็นเนื้องอกในลำไส้ ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางทวารหนัก พบเนื้องอกในลำไส้เป็นจำนวนมาก แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 แพทย์วางแผนจะทำการผ่าตัดในวันที่ 24 พฤษภาคม 2550 มีการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือ ส่องกล้องทางทวารหนักเพื่อดูตำแหน่งพยาธิสภาพ ถ่ายภาพทางรังสีปอด เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจโลหิตวิทยา จุลทรรศน์วิทยาคลินิกและภูมิคุ้มกัน การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจหาหมู่เลือดและจองเลือด 2 ยูนิต

แผนการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระยะ ด้วยกันคือ

ระยะก่อนการผ่าตัด ใน วันที่ 23 พฤษภาคม 2550 เยี่ยมผู้ป่วย 1 วันก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ แนะนำสถานที่และสิ่งแวดล้อมโดยรวม เพื่อเตรียมสภาพผู้ป่วยให้พร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลและความกลัวเมื่อเข้าห้องผ่าตัด แนะนำขั้นตอนการให้การพยาบาล การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดปัญหาตามลำดับความสำคัญเพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ระยะผ่าตัด วันที่ 24 พฤษภาคม 2550 เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์การผ่าตัด รับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดเวลา 12.40 น. ทักทายผู้ป่วย ถามชื่อ สกุล การงดน้ำ งดอาหาร ตรวจสอบใบเซ็นยินยอมผ่าตัด และลงบันทึกทางการพยาบาล นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 13.45 น. นำเครื่องมือพิเศษแช่น้ำยาฆ่าเชื้อเป็นเวลา 15 นาที จากนั้นล้างด้วยน้ำกลั่นปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการตกค้างของน้ำยาซึ่งอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ช่วยคลายแพทย์จัดทำผู้ป่วยให้อ่อนหงายขึ้นขาหยั่ง ใช้ฟองน้ำรองใต้บริเวณข้อพับเพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาท กางแขน ดัดแผ่นนำไฟฟ้าบริเวณต้นขา จัดวางตำแหน่งอุปกรณ์เครื่องวัดชีพจร ฟอกทำความสะอาดผิวหนัง พยาบาลและศัลยแพทย์ล้างมือ สวมชุดคลุมและถุงมือปราศจากเชื้อ เริ่มขั้นตอนการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการตัดลำไส้ใหญ่จนถึงไส้ตรงส่วนซิกมอยด์ (sigmoid colon) จากนั้นทำการต่อลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ตรงส่วนทวารหนัก ด้วยเครื่องตัดต่อลำไส้อัตโนมัติแบบวงกลม การผ่าตัดเสร็จสิ้นเวลา 19.00 น. รวมระยะเวลาทั้งหมด 5 ชั่วโมง 15 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ผู้ป่วยมีท่อระบายชนิดแบนขนาด 3/4 นิ้วทางหน้าท้อง ดูแลเปิดแผลผ่าตัด แต่งตัว ดูแลความเรียบร้อยของผู้ป่วย ห่มผ้าให้ความอบอุ่น เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักรักษาด้วยความระมัดระวัง นำชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

ระยะหลังผ่าตัด

การเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 25 พฤษภาคม 2550 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีมีไข้ต่ำๆ ปวดบริเวณแผลผ่าตัด

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 30 พฤษภาคม 2550 ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ไม่มีอาการปวดแผล รับประทานอาหารเหลวเป็นวันที่ 2 มีอาการท้องอืด

การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 1 มิถุนายน 2550 ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส แผลแห้งดี ไม่มีอาการท้องอืด

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

มีความวิตกกังวล และกลัวการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด

ระหว่างผ่าตัด

1. อาจเกิดอันตรายต่อแขน ขา และปุ่มกระดูกต่าง ๆ จากการจัดทำผ่าตัด
2. อาจได้รับอันตรายต่อผิวหนังของผู้ป่วยจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า
3. อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจากการแพ้ยาและสารเคมี
4. ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายและภาวะแทรกซ้อนขณะเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดสู่ห้องพักฟื้น

ระยะหลังผ่าตัด

1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายหลังผ่าตัด เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด
3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการท้องอืด

ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขโดย

ระยะก่อนผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดและผลดีของการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ เพื่อให้คลายความกังวล หลังจากนั้นผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกสบายใจขึ้น สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ระยะผ่าตัด ทำการจัดทำด้วยความระมัดระวังใช้ฟองน้ำรองใต้บริเวณข้อพับเพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาท ใช้หลักปลอดภัยในการให้การพยาบาลขณะผ่าตัด ตรวจสอบเครื่องจี้ไฟฟ้า หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นด้วยความปลอดภัย

ระยะหลังผ่าตัด

การเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 25 พฤษภาคม 2550 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่สุขสบายหลังผ่าตัด เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย จัดทำให้ออนหนุนหมอนเตี้ยๆ ไขห้วเตียงสูงเล็กน้อย หรือ

นอนในท่าศีรษะสูง ปลายเท้าสูงพอประมาณเพื่อลดการดึงรั้งของแผล สอนและแนะนำการไออย่างถูกวิธี ประสานงานกับพยาบาลประจำตึก เพื่อการได้รับยาแก้ปวดตามการรักษาของแพทย์

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 30 พฤษภาคม 2550 ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ไม่มีไข้ บาดแผลผ่าตัดแห้งสนิทดี ไม่ปวดแผล แนะนำการดูแลแผล ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด แน่นท้องได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและลุกเดิน เพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวและระบบย่อยอาหารจะทำงานได้ปกติเร็วขึ้น ประสานงานกับพยาบาลประจำตึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาขับลมตามแผนการรักษา

การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 1 มิถุนายน 2550 ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด การมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษา โดยแพทย์นัดส่งกล้องทางทวารหนัก เพื่อติดตามผลการรักษาทุก 6 เดือน เพื่อประเมินการเกิดขึ้นเนื่องจากในลำไส้เป็นระยะ แนะนำผู้ป่วยพาน้องชาย มาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจ หากพบว่ามีความผิดปกติของโรคมะดีโนเมตัส โพลิโพลีส จะได้ทำการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก

แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 4 มิถุนายน 2550 รวมระยะเวลาในการรักษา 15 วัน เวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแล 10 วัน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยมารับการตรวจหลังผ่าตัดในวันที่ 20 มิถุนายน 2550 สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม แผลผ่าตัดแห้ง รับประทานอาหารอ่อนอย่างง่ายตามคำแนะนำที่ให้ ไม่มีอาการท้องอืด

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาได้เกิดผลสำเร็จของงานดังนี้

7.1 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้แก่การเกิดอันตรายจากการจัดทำในการผ่าตัด การเกิดการติดเชื้อของแผลขณะผ่าตัด การเกิดอันตรายต่อผิวหนังผู้ป่วยจากการใช้ไฟฟ้า การเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักรักษา

7.2 ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคมะดีโนเมตัส โพลิโพลีส และตระหนักถึงการเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

7.3 ผู้ป่วยสามารถนำความรู้เกี่ยวกับโรคมะดีโนเมตัส โพลิโพลีสที่ได้รับ ไปถ่ายทอดให้แก่บุคคลในครอบครัว เพื่อเข้ารับการตรวจสุขภาพ เป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งที่จะตามมา

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ตลอดจนเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัด

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง ในการจัดวางตำแหน่งทีมผ่าตัดและอุปกรณ์ เครื่องมือที่ถูกต้อง

8.3 เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการนิเทศงานพยาบาลจบใหม่ และนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานที่ตึกผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังได้เป็นการทบทวนความรู้ทั้งทางด้านทฤษฎีและการปฏิบัติแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากชุดอุปกรณ์ในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้องนี้มีราคาสูง และส่วนมากจะไม่มีเจ้าหน้าที่เทคนิคสำหรับดูแลรักษาในห้องผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลจะต้องมีความรู้และความชำนาญในการใช้งาน จัดเก็บรักษา ให้เครื่องมือเครื่องใช้มีอายุใช้งานได้ยาวนานที่สุด

9.1 ชุดเครื่องมือพิเศษในการล้างเครื่องมือสำหรับการผ่าตัดผ่านกล้อง จะต้องล้างเครื่องมือโดยการแปรงตามชอกต่าง ๆ ให้ทั่วและใช้แปรงยาวขัดล้างในเครื่องมือที่มีท่อกลวง ใช้น้ำฉีดล้างเอาเศษเนื้อ เศษเลือด และคราบไขมันออกให้หมด ในการล้างจะต้องพยายามถอดส่วนประกอบของเครื่องมือทุกชิ้นที่สามารถถอดได้ ทำให้ออกต่าง ๆ ของเครื่องมือไม่ฝืดขณะใช้งานและช่วยป้องกันสนิมด้วย จากนั้นก็ทำให้เครื่องมือแห้งก่อนนำมาประกอบและเก็บเข้าที่

9.2 เครื่องอัดจ่ายก๊าซเข้า เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดในแต่ละวัน จะต้องไม่ให้ก๊าซค้างอยู่ภายในเครื่องเป็นอันตราย เพราะก๊าซที่ค้างอยู่จะไปดันลิ้นที่จ่ายก๊าซภายในเครื่อง ทำให้เครื่องเสื่อมได้เร็ว และต้องคอยตรวจดูปริมาณก๊าซที่เหลืออยู่ในถัง ให้มีพอสำหรับการผ่าตัดครั้งต่อไปเสมอ

9.3 กล้องส่องเทเลสโคป (telescope) จะมีส่วนประกอบด้วยเลนส์ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่มีราคาแพง การล้างต้องระมัดระวัง อย่าให้ส่วนหน้าเลนส์กระทบหรือเป็นรอย เพราะจะทำให้ภาพที่ปรากฏบนจอไม่ชัดเจน ในการจัดเก็บควรมีก่อถ่วงกันการกระแทก และขณะนำกล้องส่องเทเลสโคปแช่น้ำยาควรสวมปลอกครอบไว้ตลอดเวลา


9.4 สายนำแสงภายในประกอบด้วยเส้นใยเล็ก ๆ จำนวนมาก ดังนั้นในการเก็บรักษา ควรจะขจัดให้เป็นวงไม่ให้สายหักพับ เพราะจะทำให้เส้นใยนำแสงเกิดการแตกหักได้

9.5 การเคลื่อนย้ายรถที่มีอุปกรณ์พิเศษ เครื่องกำเนิดภาพ เครื่องรับภาพ เครื่องกำเนิดแสง ควรเคลื่อนย้ายโดยไม่ให้มีการกระทบกระเทือน เพราะเครื่องเหล่านี้ จะมีไส้หลอดไฟฟ้า และวงจรไฟฟ้าอยู่ภายใน การกระทบกระเทือนจะทำให้หลอดไฟฟ้าหรือวงจรไฟฟ้าเสียหรือมีอายุการใช้งานน้อยลง



10. ข้อเสนอนะ

โรคแฟมิเลียลอะดีโนมาตัสโพลีโพสิส (Familial adenomatous polyposis) เป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์ โดยมีเนื้องอกอย่างน้อยนับร้อยก้อนในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หากไม่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะทำให้กลายเป็นมะเร็งได้ตั้งแต่อายุน้อย ๆ ดังนั้นการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยการสืบค้นจากประวัติครอบครัวที่เป็นโรคเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการให้ความรู้ การติดตามผลการรักษาเป็นระยะ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ตรวจพบก่อนที่เนื้องอกจะกลายเป็นมะเร็ง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) 
 (นางสาวสุธีรัตน์ วังคะออม)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 (วันที่) 30 ต.ค. 2551

ได้ตรวจสอบแล้วและขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

<p>(ลงชื่อ)  (นางเพลินพิศ ปานสว่าง) (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (วันที่) 30 ต.ค. 2551</p>	<p>(ลงชื่อ)  (ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์) (ตำแหน่ง) ผู้ตรวจราชการ 9 ในขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัย วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (วันที่) 30 ต.ค. 2551</p>
--	--

หมายเหตุ แก้ไขระยะเวลาดำเนินการให้เป็นไปตามคณะกรรมการประเมินผลงานสายการพยาบาลวิชาชีพ
 ระดับ 7 ครั้งที่ 2/2550 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550

เอกสารอ้างอิง

สุพล จินดาทรัพย์. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ ไส้ตรง และช่องทวารหนัก . กรุงเทพฯ :เรือนแก้วการพิมพ์ , 2544.

Gordon , P.H. and Santhat N. **Principles and Practice of surgery for the colon rectum and anus** , New York , Quality Medical Publishing , 1999.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวสุรรัตน์ วัจนอม**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 887) ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

เรื่อง จัดทำคู่มือการเตรียมเครื่องมือสำหรับการทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นที่ยอมรับกันแพร่หลาย และการทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง เป็นการผ่าตัดสมัยใหม่และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต ต้องอาศัยเทคโนโลยีของเครื่องมือยุคใหม่ รวมทั้งเครื่องมือพิเศษที่มีราคาสูง ซึ่งมีความยุ่งยากในการเตรียมอุปกรณ์ พยาบาลห้องผ่าตัดนอกจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และขั้นตอนการผ่าตัดแล้ว ยังต้องมีความรู้ความชำนาญในการจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการผ่าตัด ตลอดจนจัดตำแหน่งของทีมผ่าตัดและการติดตั้งอุปกรณ์ผ่าตัดเป็นอย่างดี เพื่อให้การผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้องได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐาน

เป้าหมาย

1. เป็นแนวทางในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง
2. เพื่อเป็นแนวทางการจัดวางตำแหน่งทีมผ่าตัดและอุปกรณ์ เครื่องมือที่ถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน เป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน การจัดทำคู่มือการเตรียมเครื่องมือสำหรับการทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง เป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานออกมาเป็นระบบ โดยจะศึกษาแนวคิดต่าง ๆ ประกอบการจัดทำพร้อมทั้งทบทวนแก้ไขวิธีการทำงาน ที่ทำอยู่ในปัจจุบันให้เหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดผ่านกล้อง (Basic Concepts of minimally invasive surgery) ในปัจจุบันวิธีการผ่าตัดโดยผ่านกล้อง เป็นที่ยอมรับกันแพร่หลาย จำเป็นต้องประกอบด้วย 3 หลักใหญ่ คือ แพทย์พยาบาล (เครื่องมือ) และผู้ป่วย ในแต่ละส่วนมีความสำคัญเท่า ๆ กัน(กันยา ออประเสริฐ,2541:26) แตกต่างไปจากการผ่าตัดแบบเปิด (open surgery) ที่ให้ความสำคัญกับศัลยแพทย์เป็นหลักใหญ่ และจะให้ความสำคัญกับ

เครื่องมือน้อยกว่าปกติ เนื่องจากแพทย์สามารถใช้เครื่องมืออื่น ๆ หรือใช้เทคนิคอื่นแทนได้ แต่ในการผ่าตัดผ่านกล้อง เครื่องมือผ่าตัด รวมถึงทีมงานจะต้องมีส่วนร่วมและช่วยกันในการทำให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จ ไม่มีโรคแทรกซ้อน พยาบาลก็จะมีส่วนร่วมในการจัดส่งเครื่องมือที่เหมาะสมเตรียมอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องจะต้องได้รับทราบถึงข้อดีและข้อเสียของวิธีการผ่าตัดชนิดนี้ รวมถึงโอกาสที่อาจจะต้องถูกเปลี่ยนวิธีผ่าตัดเป็นแบบเปิดผ่าตัดใหญ่ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2550:18) ในกรณีที่พบปัญหาอื่น ๆ เพื่อความปลอดภัยของคนไข้เอง หรือ โรคแทรกซ้อนของวิธีการผ่าตัดชนิดนี้ ซึ่งจะไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลว จึงเป็นการเปิดโอกาสให้คนไข้มีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดผ่านกล้อง(มูทิตา รัตนภาค, 2544 :7) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงการมีทักษะในการประเมินพยาธิ ศรีรวิทยา และข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนการผ่าตัด เพื่อให้สามารถเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ ได้สมบูรณ์ครบถ้วน เหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด สามารถปฏิบัติการตรวจสอบประสิทธิภาพความพร้อมใช้งานของเครื่องมือ และอุปกรณ์ รวมถึงการมีทักษะในการบริหารจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้เหมาะสมและมีเพียงพอต่อความต้องการในการผ่าตัดทั้งในภาวะปกติหรือในภาวะเร่งด่วน มีทักษะในการบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ เพื่อยืดอายุการใช้งาน รวมถึงการสร้างสรรค่านวัตกรรม เพื่อนำผลงานมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดค่าใช้จ่ายได้ มีทักษะในการเป็นผู้ช่วยศัลยแพทย์โดยสามารถประเมินความเสี่ยง / ภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ผ่าตัดได้ สามารถประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนให้การพยาบาล ทำให้การผ่าตัดราบรื่น รวดเร็ว รวมถึงสามารถเลือกใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ได้เหมาะสมกับขั้นตอนการผ่าตัด และสามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือหรือ แก้ไขปัญหาเพื่อให้เครื่องมือ อุปกรณ์ สามารถทำผ่าตัดได้ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

แนวคิดเกี่ยวกับการเก็บรักษา ดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ และอุปกรณ์พิเศษ เนื่องจากเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดชนิดนี้ มีราคาแพง และส่วนมาก จะไม่มีเจ้าหน้าที่เทคนิคสำหรับดูแลรักษาในห้องผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลจะต้องมีความรู้ และความชำนาญในการใช้งาน จัดเก็บรักษาให้เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีอายุใช้งานได้ยาวนานที่สุด

วิธีการเก็บรักษาที่ดี มีดังนี้

1. ชุดเครื่องมือพิเศษสำหรับล้างเครื่องมือ สำหรับการผ่าตัดผ่านกล้อง ควรมีเครื่องอัลตราโซนิคสำหรับทำความสะอาดเครื่องมือ ซึ่งเป็นเครื่องที่ใช้คลื่นความถี่สูงใต้น้ำยาสลายคราบเลือดไว้สำหรับล้างเครื่องมือ และสามารถปรับอุณหภูมิของน้ำได้ ก่อนที่จะนำเครื่องมือไปลงในเครื่องอัลตราโซนิค จะต้องล้างเครื่องมือก่อนโดยการแปร่งตามซอกต่าง ๆ ให้ทั่วและใช้แปรงยาวขัดล้างในเครื่องมือที่มีท่อกลวง ใช้น้ำฉีดล้างเอาเศษเนื้อเยื่อ และคราบไขมันออกให้หมด แล้วจึงนำลงเครื่องอัลตราโซนิค ตั้งเวลา 30 นาที ใช้อุณหภูมิประมาณ 60 องศาเซลเซียส เป็นการช่วยทำความสะอาดเครื่องมือ เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคก่อนการเก็บรักษา (ถ้าล้างคราบเลือดออกไม่หมด การตั้งอุณหภูมิสูงในน้ำล้างเครื่องมือ จะทำให้เลือดแข็งตัวและเป็นคราบล้างออกภายหลังได้ลำบากมาก) ในการล้างจะต้องพยายามถอดส่วนประกอบของเครื่องมือทุกชิ้นที่สามารถ

ถอดได้ หลังจากล้างชิ้นส่วนเครื่องมือในเครื่องล้างเสร็จแล้ว จะนำเครื่องมือมาผ่านน้ำเพื่อล้างเอาคราบน้ำยาออก แล้วนำเครื่องมือมาแช่น้ำยาหล่อลื่นอีกครั้งหนึ่ง ทำให้ข้อต่อต่าง ๆ ของเครื่องมือไม่ฝืดขณะใช้งานและช่วยป้องกันสนิม จากนั้นก็ทำให้เครื่องมือแห้งก่อนนำมาประกอบและเก็บเข้าที่

2. เครื่องอัดจ่ายก๊าซเข้า เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดในแต่ละวัน จะต้องไม่ให้ก๊าซค้างอยู่ในเครื่องเป็นอันตราย เพราะก๊าซที่ค้างอยู่จะไปดันลิ้นที่จ่ายก๊าซภายในเครื่อง ทำให้เครื่องเสื่อมได้เร็ว และต้องคอยตรวจดูปริมาณก๊าซที่เหลืออยู่ในถัง ให้มีพอสำหรับการผ่าตัดครั้งต่อไปเสมอ

3. กล้องส่องเทเลสโคป (Telescope) จะมีส่วนประกอบด้วยเลนส์ การล้างต้องระมัดระวัง อย่าให้ส่วนหน้าเลนส์กระทบหรือเป็นรอย เพราะจะทำให้ภาพที่ปรากฏบนจอไม่ชัดเจน และเลนส์ก็เป็นอุปกรณ์ที่มีราคาแพง

4. สายนำแสงภายในประกอบด้วยเส้นใยเล็ก ๆ จำนวนมาก ดังนั้นในการเก็บรักษาควรจะขดให้เป็นวงไม่ให้สายหักพับ เพราะจะทำให้เส้นใยเกิดการแตกหักได้

5. การเคลื่อนย้ายรถที่มีอุปกรณ์พิเศษ เครื่องกำเนิดภาพ เครื่องรับภาพ เครื่องกำเนิดแสง ควรเคลื่อนย้ายโดยไม่ให้มีการกระทบกระเทือน เพราะเครื่องเหล่านี้ จะมีไส้หลอดไฟฟ้า และวงจรไฟฟ้าอยู่ภายใน การกระทบกระเทือนจะทำให้หลอดไฟฟ้าหรือวงจรไฟฟ้าเสียหรือมีอายุการใช้งานน้อยลง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐาน เนื่องจากมีความพร้อมในการจัดเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์
2. พยาบาลห้องผ่าตัดมีแนวทางในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยวิธีการส่องกล้อง
3. ลดระยะเวลาในการจัดเตรียมอุปกรณ์ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการผ่าตัดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาในการผ่าตัดรวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา
4. มีการจัดวางตำแหน่งทีมผ่าตัดและอุปกรณ์ เครื่องมือที่ถูกต้อง ทำให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น
5. เป็นแนวทางในการนิเทศงานแก่บุคลากร และพยาบาลจบใหม่ในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ตลอดจนการจัดเก็บอุปกรณ์ และสามารถประเมินผลงาน ทำให้การทำงานของหน่วยงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ใช้เครื่องมือสามารถจัดเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง และเก็บรักษาอุปกรณ์ ได้อย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
2. ผู้ใช้เครื่องมือสามารถจัดวางตำแหน่งทีมผ่าตัดและอุปกรณ์ เครื่องมือ ได้อย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ) 

(นางสาวสุรรัตน์ วังคะออม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 30 ต.ค. 2551

เอกสารอ้างอิง

- กันยา ออประเสริฐ. “ ทิศทางของพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะเปลี่ยนศตวรรษ ”. วารสารสมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 3(2541) : 1-4.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ . “การบริหารเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาล” .วารสารสมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอน พี เพลส , 2550.
- มุกิตา รัตนภาค.การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2544.