

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่าโดยการใช้กล้องส่องข้อเข่า
เนื่องจากหมอนรองข้อเข่าฉีกขาด
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม
เรื่อง การผ่าตัดข้อเข่าโดยการใช้กล้องส่องข้อเข่า

เสนอโดย

นางปติฐา สุประภารพงษ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 908)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่าโดยการใช้กล้องส่องข้อเข่า
เนื่องจากหมอนรองข้อเข่าฉีกขาด
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม พ.ศ.2548 ถึงวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2548)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

3.1 ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับหมอนรองข้อเข่าฉีกขาด

คำจำกัดความ

หมอนรองข้อเข่าฉีกขาด เป็นโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บของหมอนรองข้อเข่าจากอุบัติเหตุต่างๆ ทำให้เกิดการบิดข้อเข่ากะทันหัน โดยที่เท้าตึงติดอยู่กับพื้นในขณะงอหรือเหยียดข้อเข่า หมอนรองข้อเข่าด้านในจะถูกดึงเข้าสู่บริเวณส่วนกลางของข้อเข่า เมื่อมีแรงกดหมอนรองข้อเข่าจะถูกกดยิ่งขึ้น ผลลัพธ์ก็คือเกิดรอยฉีกขาดบนหมอนรองข้อเข่า

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

หมอนรองข้อเข่าแทรกตัวอยู่ระหว่างผิวของกระดูกต้นขาและกระดูกหน้าแข้งในข้อเข่าทั้งด้านซิดในและด้านซิดนอก หมอนรองข้อเข่าด้านใน (medial meniscus) และหมอนรองข้อเข่าด้านนอก (lateral meniscus) มีลักษณะเป็นลิ้มรูปเสี้ยววงพระจันทร์ หมอนรองข้อเข่าด้านใน มีรูปร่างเป็นเสี้ยวครึ่งวงกลม (semicircular) มีความยาวจากปลายหนึ่งถึงปลายหนึ่งประมาณ 3.5 เซนติเมตร หมอนรองข้อเข่าด้านนอก มีรูปร่างเสี้ยวเกือบกลม (almost circular) มีขนาดความกว้างเท่าๆกันทั้งปลายด้านหน้าและปลายด้านหลัง หมอนรองข้อเข่าได้รับอาหารมาเลี้ยง 3 ทางด้วยกัน คือบริเวณด้านนอก จะมีหลอดเลือดมาเลี้ยงจากเส้นเลือดแดงเจนนิคูลาท (geniculate artery) ส่วนผิวด้านบนและล่างจะได้รับอาหารแบบซึมผ่านมาทางน้ำไขข้อ

พยาธิสภาพ

กลไกการบาดเจ็บต่อหมอนรองข้อเข่าที่สำคัญคือมีการบิดเข่าในขณะที่รับน้ำหนักตัวในลักษณะฝืนทิศทางปกติซึ่งการบิดข้อเข่าจะเกิดขึ้นพร้อมกับการเหยียดข้อเข่า อันตรายที่เกิดขึ้นต่อหมอนรองข้อเข่ามักจะไม่ใช่เป็นการปะทะโดยตรง แต่จะเกิดจากการยั้งตัวหยุดหรือการเร่งความเร็วอย่างกะทันหันร่วมกับการเปลี่ยนทิศทางเคลื่อนที่อย่างทันทีทันใด

อาการและอาการแสดง

ในรายที่ได้รับการบาดเจ็บเฉียบพลัน พบว่ามีอาการปวดในข้อเข่าและอาจมีเข่าติดร่วมด้วย คือเหยียดได้ไม่ตรงและงอได้ไม่สุด ต่อมาเข่าจะบวมและเริ่มมีอาการจะดีขึ้นตามลำดับ หลังจากนั้นจะพบว่าข้อเข่าข้างนั้นจะมีความผิดปกติอยู่เสมอ คือถ้าบิดผิดท่าเข่าอาจจะติดไม่สามารถเหยียดหรืองอได้เหมือนปกติ และจะหายไปเมื่อขยับข้อให้ถูกจังหวะร่วมกับการได้ยินเสียงเหมือนมีอะไรเลื่อนกลับเข้าที่ อาจพบ

มีอาการเข้าบวม เป็นๆหายๆที่สำคัญคือจะมีขนาดของกล้ามเนื้อหน้าขาเล็กลง บางรายอาจให้ประวัติข้อเข่าหลวมร่วมด้วย

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติความเจ็บป่วย ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะให้ประวัติชัดเจนว่า เกิดการบิดของข้อเข่าและมีจุดกดเจ็บตามแนว อาจให้ประวัติเพิ่มเติมอย่างอื่นอีกเช่น มีข้อติด ขยับได้ไม่สุดระยะ หรือรู้สึกมีอาการสะดุดเวลาเคลื่อนไหว อาการปวดมักจะพบเวลานั่งยอง ๆ หรืองอเข่าสุด
2. การตรวจร่างกาย มีจุดประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ถึงแม้ว่าการตรวจจะมีหลาย ๆ วิธีด้วยกัน แต่ยังไม่มียวิธีใดที่พบว่าจะสามารถบอกถึงพยาธิสภาพได้อย่างสมบูรณ์ การคลำได้จุดกดเจ็บบริเวณแนวข้อ จะเป็นอาการแสดงที่ค่อนข้างน่าเชื่อถือได้มากที่สุด
3. การตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่
 - 3.1 การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ (x-ray)
 - 3.2 การตรวจด้วยการฉีดสารทึบรังสีเข้าข้อ (arthrography)
 - 3.3 การตรวจด้วยภาพถ่ายคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)
4. การส่องกล้องตรวจในข้อเข่า (arthroscopy)

การรักษา

1. การรักษาแบบอนุรักษ์ (left alone) คือการปล่อยรอยโรคขนาดเล็กน้อยที่ไม่มีอาการและไม่กีดขวางการเคลื่อนไหวของข้อไว้เฉยๆ
2. การตัดเนื้อหมอนรองข้อเข่าที่ชิดขอบในออกทิ้งบางส่วน (partial meniscectomy)
3. การตัดหมอนรองเข่าออกเกือบหมดหรือตัดทั้งหมด (subtotal or total meniscectomy) ในกรณีที่มีรอยขาดอยู่ชิดขอบรอบนอก แต่ไม่สามารถหรือไม่เหมาะที่จะทำการเย็บซ่อมได้
4. การเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่า (meniscus repair) โดยทฤษฎีแล้วจะเลือกการฉีกขาดที่เหมาะสม เช่น อยู่ในขอบนอกสุดซึ่งเป็นส่วนที่มีเลือดมาเลี้ยงและสมานกันได้ การขาดเป็นแบบตามยาวและผู้ป่วยอายุน้อย
5. การปลูกถ่ายหมอนรองเข่าโดยใช้หมอนรองเข่าที่บริจาค (meniscal allograft)

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วย

เป็นการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด มีความพร้อมในทุกด้านก่อนได้รับการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งต้องมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัด ขั้นตอนวิธีการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การจัดทำในการผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์

และเครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัด ให้เหมาะสมกับการทำผ่าตัด รู้หลักการของการทำให้ปราศจากเชื้อ (sterilization) การทำลายเชื้อ (disinfectants) เทคนิคการปลอดเชื้อ (aseptic technique) รวมทั้งต้องมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือทีมผ่าตัดให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและสามารถช่วยเหลือเมื่อเกิดวิกฤตขณะผ่าตัด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุด

3.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.2.1 ลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัด คือการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัด ดังนั้นขอบเขตของการพยาบาลจะต้องครอบคลุมระยะของการผ่าตัดคือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากที่ผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาด้วยการผ่าตัด พยาบาลจะต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ขณะผ่าตัดต้องดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้กระบวนการผ่าตัดประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่างๆ

3.2.2 ตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของNANDA (The North of America Nursing Diagnosis Association) ทั้ง 13 แบบแผน เพื่อให้การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.3 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการประเมินความสามารถและความบกพร่องในการดูแลตนเอง นำข้อมูลที่น่าไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะการดูแลตนเองจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย ซึ่งต้องปรับให้เหมาะสมกับจุดประสงค์ และกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ

3.3 ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา

3.3.1 Cefazolin เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มเซฟาโรสปอริน ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อทางศัลยกรรม สามารถใช้ก่อนการผ่าตัดและขณะผ่าตัด

3.3.2 Pethidine ใช้รักษาอาการเจ็บปวดเรื้อรัง มีฤทธิ์ในการคลายหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบแต่ระยะเวลาสั้น

3.3.3 Paracetamol เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการลดไข้ มีประสิทธิภาพในการระงับอาการปวดที่ไม่รุนแรง ไม่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การนิยามของหมอนรองข้อเข่า เป็นการบาดเจ็บของข้อเข่าที่พบได้บ่อยซึ่งมักจะเกิดจากอุบัติเหตุ การกีฬาและอุบัติเหตุทางการจราจร การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วย เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตหรือเล่นกีฬาได้เหมือนเดิม ซึ่งในปัจจุบันนี้การผ่าตัดหมอนรองข้อเข่าสามารถทำได้โดยการใส่กล้องส่องข้อเข่ามาช่วยผ่าตัด ทำให้ผลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับดีมากขึ้น เกิดผลข้างเคียงน้อย ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและทำกายภาพบำบัดได้เร็ว ดังนั้นการให้การพยาบาลที่ถูกต้องและสอดคล้องกับการผ่าตัดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญกับผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดย

ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมไปพร้อม ๆ กัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ลดอัตราเสี่ยงจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องภายหลังการผ่าตัด จนกระทั่งสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้ในสังคม

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี รูปร่างสันทัด ผิวดำแดง สูง 172 เซนติเมตร น้ำหนัก 76 กิโลกรัม อาชีพรับราชการ สถานภาพสมรสโสด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกพิเศษ เมื่อวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2548 เลขที่ภายนอก 53741-47 เลขที่ภายใน 769-48 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดเข่าขวา เดินแล้วมีอาการปวดมากขึ้นและเข่าข้างขวาดัดไม่สามารถเหยียดขาขวาได้สุด เมื่อ 5 ปีก่อนมีประวัติประสบอุบัติเหตุจากการขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถกระบะ มีอาการสะโพกข้างขวาหลุดเข้ารับการรักษาโดยการดัดสะโพกให้เข้าที่ หลังจากออกจากโรงพยาบาลยังคงมีอาการปวดเข่าขวาเวลาเดินหรือยืนนานๆ รู้สึกเจ็บในเวลาวิ่ง ต่อมามีอาการปวดที่เข่าขวาเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถเหยียดขาขวาได้สุด จึงเข้ามาทำการตรวจรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล แพทย์ได้ตรวจร่างกายและส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสีวิทยาเข่าข้างขวาและสะโพกเพื่อประกอบการวินิจฉัย พบว่า ผู้ป่วยอาจมีภาวะหมอนรองข้อเข่าข้างขวาลึกขาดแพทย์ได้แนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่าโดยการใส่ก๊อสมองข้อเข่าในวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2548

การรักษาก่อนวันผ่าตัดในวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2547 มีการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดดังต่อไปนี้ คือ เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางโลหิตวิทยา ภูมิคุ้มกันวิทยา ผลการตรวจพบว่าผู้ป่วยมีปริมาณเม็ดเลือดแดงปกติ ไม่มีอาการชีดหรือติดเชื้อในร่างกาย และไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในกระแสโลหิต และวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2548 ได้เตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำ อาหาร และยาทางปากและได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ระยะผ่าตัด วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2548 เวลา 13.15 น. รับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกพิเศษมายังห้องผ่าตัดศัลยกรรมชั้น 6 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดได้เข้าไปทักทายและแนะนำตัวพร้อมกันตรวจสอบและประเมินความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ชื่อ สกุล โรค ตำแหน่งที่ผ่าตัด วิธีการผ่าตัด ตรวจสอบการลงชื่อการยินยอมผ่าตัดและการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบสิ่งของอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการผ่าตัด พร้อมทั้งจัดเตรียมเตียงรับผู้ป่วยให้เหมาะสมกับวิธีการผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 14.00 น. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด ชุดเครื่องมือพิเศษสำหรับส่องตรวจและเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่า อุปกรณ์พิเศษ รวมทั้งน้ำยาต่างๆ ผู้ป่วยได้ระงับความรู้สึกแบบชนิดยาเข้าไขสันหลังเพื่อให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกในช่วงล่างต่ำกว่าเอวลงมา จากนั้นจัดทำผู้ป่วยโดยยกขาขวางบนอุปกรณ์ช่วยยึดจับต้นขาพร้อมกันเพื่อป้องกันอันตรายต่อเส้นประสาท พันสายรัดห้ามเลือดที่ต้นขาข้างที่ทำผ่าตัดแล้วต่อสายเข้ากับเครื่องรัดห้ามเลือด ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด ทาน้ำยาฆ่าเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด ปูผ้า

ปลอดเชื้อ พยาบาลส่งเครื่องมือจัดส่งปลายสายเครื่องมือ สายน้ำเข้าและสายน้ำออกให้กับพยาบาลรอบนอก เพื่อนำไปต่อเข้ากับอุปกรณ์แต่ละชนิดพร้อมเปิดเครื่องการทำงาน พยาบาลรอบนอกตั้งค่าเครื่องรัดห้ามเลือดให้อยู่ที่ 350 มิลลิเมตรปรอท พร้อมบันทึกเวลาการทำงานและรายงานเป็นระยะ ๆ แพทย์เริ่มทำการผ่าตัดเวลา 14.30 น. ตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัด การผ่าตัดเสร็จสิ้นเวลา 16.20 น. ทำความสะอาดแผลทายามาเชื้อ ปิดแผลด้วยผ้ากอซ ต่อสายระบายของเหลวเข้ากับขวดสุญญากาศ พันสำลีปอนด์และพันผ้ายึดรัดแผล แล้วเปิดให้ขวดสุญญากาศทำงานตามลำดับ จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายปกติ ดูแลทำความสะอาดแต่งตัวผู้ป่วยให้เรียบร้อย ตรวจสอบบริเวณปลายนิ้วเท้าของผู้ป่วยว่ามีภาวะนิ้วเท้าเขียวคล้ำซิดหรือไม่ ห่มผ้าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดเวลา 16.30 น ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 50 นาที

ระยะหลังการผ่าตัดวันแรก วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2548 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าไม่ค่อยสุขสบาย มีอาการปวดแผลผ่าตัด บริเวณเข้าข้างขวาพันด้วยผ้ายึดและใส่อุปกรณ์ประคบเย็นแบบต่อเนื่อง (cryo cuff) ไว้เพื่อช่วยลดอาการปวด ปลายเท้าบวมเล็กน้อย มีสายยางระบายของเหลวต่อกับขวดสุญญากาศ ภายในขวดมีเลือดเก่าประมาณ 10 มิลลิลิตร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดี ปัสสาวะปกติ ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการดูแลสายยางระบายของเหลวโดยจัดวางตำแหน่งของขวดระบายของเหลวต่ำกว่าบาดแผลและการบรรเทาอาการปวดโดยใช้หมอนรองบริเวณปลายเท้าสูงเล็กน้อย

วันที่สองหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยปวดแผลลดลง ปลายเท้าไม่บวม บริเวณเข้าขวาพันผ้ายึดบางส่วนสายระบายเลือดได้รับการเอาออกแล้ว ผู้ป่วย รับประทานอาหารได้ดี จากการสังเกตผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้ดี แพทย์เปิดแผลแล้วพบว่า แผลแห้งดี ไม่มีบวมแดง และอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการสูญเสียความสามารถในการทำงานของเข้าข้างขวาจากการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล คือ สร้างสัมพันธภาพกับและอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและ คลายความกังวล

2. ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการผ่าตัด เนื่องจากไม่เคยรับการผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่าโดยการส่องกล้องข้อเข่ามาก่อน

กิจกรรมการพยาบาล คือ อธิบายถึงการปฏิบัติตัว การเตรียมสภาพร่างกายก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้หลังการผ่าตัดในระยะแรก

3. อาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท ข้อ และปุ่มกระดูกต่างๆและการกดทับของหลอดเลือด เส้นประสาทบริเวณขาจากการจัดทำในการผ่าตัดและระยะเวลาในการผ่าตัดนาน

กิจกรรมการพยาบาล คือ ยกขาวางบนอุปกรณ์รองรับ โดยก่อนวางขาใช้ฟองน้ำรองก่อน กางแขนไม่เกิน 90 องศา ใช้ผ้าผูกยึดแขนให้ติดกับไม้รองแขน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท นำฟองน้ำรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. อาจเกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงบริเวณส่วนปลายของขาขาไม่เพียงพอจากการใช้เครื่องรัด ห้ามเลือดระหว่างการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล คือ เลือกลักษณะของสายรัดห้ามเลือดให้เหมาะสมกับขนาดของต้นขา ผู้ป่วย พันในตำแหน่งที่ถูกต้อง โดยพันแผ่นสำลีอัดก่อนใช้สายรัดห้ามเลือดพันทับ บันทึกเวลาใช้ ติดตามตรวจสอบระยะเวลาการใช้งาน และตรวจดูความดันให้อยู่ในระดับ 350 มิลลิเมตรปรอท

5. อาจเกิดอันตรายต่อผิวหนังของผู้ป่วย จากการใช้เครื่องจีไฟฟ้าได้น้ำ

กิจกรรมการพยาบาล คือ เลือกลักษณะของแผ่นนำไฟฟ้าให้เหมาะสม วางแผ่นนำไฟฟ้า บริเวณที่เรียบมีกล้ามเนื้อและการไหลเวียนของเลือดดี แห้ง มีขนน้อยเพื่อให้แผ่นนำไฟฟ้ายึดติดกับผิวหนังได้แนบสนิท ดูแลไม่ให้เปียกน้ำ หรือ เลือด ตรวจสอบบริเวณร่างกายผู้ป่วยไม่ให้สัมผัสโลหะ

6. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของบาดแผลจากการทำผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล คือ แขน่เครื่องมือการผ่าตัดในน้ำยาฆ่าเชื้อ โรคกตุตาราดิไฮด์ ความเข้มข้นร้อยละ 2 ไม่น้อยกว่า 15 นาที ตรวจสอบการหมดยุของน้ำยา แขน่ให้น้ำยาท่วมเครื่องมือทุกชิ้น ล้างด้วยน้ำปราศจากเชื้อและเช็ดให้แห้ง ให้การพยาบาลขณะผ่าตัดตามเทคนิคปลอดเชื้อ ดูแลเปลี่ยนขวดรองรับน้ำทิ้งที่ออกจากข้อเข้าผู้ป่วยไม่ให้น้ำเต็มขวด เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าข้อเข้าผู้ป่วย

7. อาจเกิดอันตรายจากการแพ้ยาและสารเคมี ที่ใช้ระหว่างการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล คือ เลือกลักษณะน้ำยาฆ่าเชื้อ โรคกตุตาราดิไฮด์ ความเข้มข้น ร้อยละ 2 แขน่เครื่องมือ นาน 15-20 นาที ล้างด้วยน้ำกลั่นปราศจากเชื้อ เช็ดให้แห้งก่อนนำไปใช้ เพื่อป้องกันน้ำยาที่ แขน่เครื่องมือเหลือค้าง

8. อาจเกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปห้องพักฟื้น เช่น การพลัดตกเตียงขณะเคลื่อนย้าย การดึงรั้งหรือเลื่อนหลุดของสายยางระบายต่าง

กิจกรรมการพยาบาล คือ ร่วมกันเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังและนุ่มนวล ยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งขณะเคลื่อนย้าย ติดต่อบุคลากรปฏิบัติงานกับพยาบาลห้องพักฟื้น ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากเตียงผ่าตัด ไปยังเตียงห้องพักฟื้น ช่วยตะแคงตัวผู้ป่วยและช่วยจับขา ตรวจสอบสายและท่อระบายต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้งเกินไป และดูแลไม่ให้เลื่อนหลุด

9. ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเป็นหลังผ่าตัดวันที่ 1

กิจกรรมการพยาบาล คือ ประเมินลักษณะการปวดแผลผ่าตัด ดูแลให้สายยางระบาย เลือดระบายได้สะดวก แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับท่านอนที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ประคบเย็นแบบต่อเนื่องและ

ประสานงานกับพยาบาลประจำตึกถึงอาการปวดแผลของผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลประจำตึกจะได้ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และเปลี่ยนน้ำในอุปกรณ์ประคบเย็น ทุก 8 ชั่วโมง

10. มีโอกาสการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล คือ ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ตรวจดูลักษณะของแผลผ่าตัด และสิ่งคัดหลั่งที่ออกมา แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการสัมผัสบริเวณบาดแผลผ่าตัด ตรวจดูสายยางระบายเลือดและขวดสุญญากาศว่ายังทำงานดีหรือไม่ และแนะนำผู้ป่วยสังเกตไม่ให้เกิดการหัก พับ งอของท่อสายยางระบายเลือด

11. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่ทราบวิธีปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล คือ อธิบายผู้ป่วยให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดวันแรก แนะนำการลุกนั่งและการลุกจากเตียง การลุกขึ้นยืน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และช่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วขึ้น ขาข้างที่ทำผ่าตัด ห้ามงอเข่าเกิน 90 องศาและแนะนำให้ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ประคับประคองเข่าแบบปรับระดับได้ไว้ตลอดเวลาเพื่อป้องกันหมอนรองข้อเข่าฉีกขาดซ้ำ แนะนำการยืนและการเดิน โดยห้ามลงน้ำหนักบนขาข้างที่ทำผ่าตัดเด็ดขาด และควรมีอุปกรณ์ในการช่วยเดิน

12. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล คือ อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหมอนรองข้อเข่าฉีกขาดซ้ำ โดยการแนะนำข้อปฏิบัติต่างๆ ได้แก่ ห้ามงอเข่าเกิน 90 องศา ใส่อุปกรณ์ประคับประคองเข่าแบบปรับระดับได้ตลอดเวลาอย่างน้อย 3-6 เดือน การลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ การขึ้นลงบันได การดูแลแผลผ่าตัด และการตัดไหมตามนัด การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งจนครบ การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น บวม ร้อน แดง

ปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาได้รับป้องกันและได้รับการแก้ไขแล้ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆจากการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ และเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

- ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาได้เกิดผลสำเร็จของงานดังนี้

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่า โดยกลิ้งส่องข้อเข่าและสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วโดยมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลเพียง 4 วัน รวมถึงผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด อีกทั้งยังมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ชื่อเสียงของโรงพยาบาลพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่าโดยการใช้กลิ้งส่องข้อเข่า

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่าโดยการใช้กลิ้งส่องข้อเข่า

8.3 เพื่อช่วยลดระยะเวลาการจัดเตรียมเครื่องมือการผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่าโดยการใช้กลิ้งส่องข้อเข่า

8.4 เพื่อช่วยให้การดูแลรักษาเครื่องมือผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข่าโดยการใช้กลิ้งส่องข้อเข่าถูกต้อง มีอายุการใช้งานที่นานขึ้น

8.5 ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมพร้อมในด้านความรู้ และด้านจิตใจในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดทั้งร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง กลัวการสูญเสียความสามารถในการทำงานของเข่าข้างขวา ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัด ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น ความจำเป็นในการทำผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด สภาพที่จะพบหลังผ่าตัด และอธิบายเรื่องการปฏิบัติตัวในผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

9.2 การจัดทำผู้ป่วยต้องพิจารณาเลือกเตียงที่เหมาะสมในการจัดทำ คือ ต้องเลือกเตียงราบที่สามารถถอดช่วงขาเตียงออก และสามารถใส่อุปกรณ์ช่วยยึดจับต้นขาได้ และต้องดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดต่อเส้นประสาท ข้อ และปุ่มกระดูกต่างๆ จากการจัดทำในการผ่าตัด และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อหลอดเลือดบริเวณส่วนปลายของขาขวา จากการใช้สายรัดห้ามเลือดพันบริเวณต้นขาขวาเป็นเวลานาน

9.3 การประกอบอุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ต้องทำอย่างถูกต้องตามขั้นตอนเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด ขณะผ่าตัดและเกิดความเสียหายของอุปกรณ์ จัดวางให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม สะดวกต่อการผ่าตัด

9.4 การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ส่งข้อเข้า เช่น สายกำเนิดแสง เครื่องถ่ายภาพทัศนียภาพเลนส์ 30 องศา ต้องแนะนำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูงและครบตามเวลาที่กำหนด

9.5 การส่งเครื่องมือผ่าตัดพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนทำการผ่าตัดโดยศึกษาวิธีการทำผ่าตัดเพื่อช่วยแพทย์ในการส่งเครื่องมือให้รวดเร็วและถูกต้องตามขั้นตอน ซึ่งจะมีผลให้ระยะเวลาการทำผ่าตัดลดน้อยลง โอกาสติดเชื้อก็ลดลงด้วย และเพื่อผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ด้านวิชาการ ควรทำเอกสารแผ่นพับประกอบรูปภาพหรือทำแผ่นVCDให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด และวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเห็นภาพและปฏิบัติได้จริงเมื่อกลับบ้าน

10.2 พยาบาลห้องผ่าตัดต้องศึกษาความรู้เรื่องโรค ขั้นตอนการผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือในการผ่าตัด เทคนิคใหม่ ๆ ที่นำมาใช้กับการผ่าตัดผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข้าโดยการใส่กล้องส่องข้อเข้าเพื่อจะได้เกิดการพัฒนาและความชำนาญมากขึ้น รวมทั้งทำให้การผ่าตัดราบรื่นและประสบความสำเร็จ

10.3 อุปกรณ์ในการผ่าตัดกล้องส่องข้อเข้ามีราคาแพง จึงควรจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับวิธีการใช้งาน การทำความสะอาดที่ถูกต้อง การดูแลรักษาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดกล้องส่องข้อเข้าแก่พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคน เพื่อยืดระยะเวลาอายุการใช้งานให้ยาวนานขึ้น

10.4 ควรจัดทำคู่มือการผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข้าโดยการใส่กล้องส่องข้อเข้าสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด และเพื่อเป็นแนวทางการจัดเตรียมเครื่องมือ การประกอบอุปกรณ์ การดูแลและเก็บรักษา และเพื่อให้ทราบถึงขั้นตอนการผ่าตัดและการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเย็บซ่อมหมอนรองข้อเข้าโดยการใส่กล้องส่องข้อเข้าที่ถูกต้อง

10.5 การผ่าตัดโดยการใส่กล้องส่องข้อเข้ามีความยุ่งยาก มีการใช้สารละลายเข้าข้ออย่างต่อเนื่องตลอดการผ่าตัด จึงต้องคอยเปลี่ยนอยู่บ่อยๆ เนื่องจากปริมาณบรรจุสารละลาย 1,000 มิลลิลิตรต่อถุง ดังนั้นเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จึงควรจัดหาสารละลายเข้าข้อที่มีปริมาณต่อถุงมากกว่านี้

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ  

(นางปติฐา สุประภารพษ์)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

....10.. / ...พฤศจิกายน.... / ..2551..

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ 

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่).....10 พ.ย. 2551.....

ลงชื่อ 

(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)

(ตำแหน่ง) ผู้ตรวจราชการ9

ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่) 10 พ.ย. 2551.....

หมายเหตุ แก้ไขระยะเวลาการดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการประเมินผลงานสายงานการพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 ครั้งที่2/2550 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550

เอกสารอ้างอิง

- ชาติชาย ฎกกาญจนมรกต. การผ่าตัดผ่านกล้องข้อเข่าขั้นพื้นฐาน **Basic Knee Arthroscopy**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ :บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.2545
- เรณู อางสาตี. การพยาบาลห้องผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,2540
- วัฒนชัย โรจน์วัณชัย. Meniscus Surgery ในเอกสารประกอบการอบรม เรื่อง **Sports Knee Course**. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล,2542
- วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐและคณะ. **ออโรโธปีดิกส์**. กรุงเทพฯ :บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด ,2547.
- วรรณช เกียรติพงษ์ถาวรและคณะ. การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ :บริษัท ลีฟวิง ทรานส์ มีเดีย จำกัด ,2545
- วิพร เสนารักษ์.การวินิจฉัยการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่8.ขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์,2548
- Strobel, M.J.**Manual of Arthroscopic Surgery**. Germany:Springer-Verlog Berlin Heidelberg ,2002

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางปติฐา สุประการพงษ์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 908) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์

เรื่อง โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมเรื่องการผ่าตัดข้อเข่าโดย
การใช้กล้องส่องข้อเข่า

หลักการและเหตุผล

การฝึกขาดของหมอนรองข้อเข่า เป็นการบาดเจ็บของข้อเข่าที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในนักกีฬา และวัยหนุ่มสาว ซึ่งหมอนรองข้อเข่ามีหน้าที่สำคัญมากมาย เช่น การกระจายน้ำหนัก การให้ความมั่นคงแก่ข้อเข่าโดยเฉพาะในการบิดหมุน ถ้าหมอนรองข้อเข่าฝึกขาดจะทำให้แรงกระทำต่อพื้นผิวข้อเข่าเพิ่มมากขึ้นขัดขวางการเคลื่อนไหวของเข่าเกิดการติดขัดทำให้ข้อเข่าเสื่อมได้เร็ว การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม

ปัจจุบันการผ่าตัดข้อเข่าสามารถทำได้โดยการใช้กล้องส่องข้อเข่ามาช่วยผ่าตัดและวิธีการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องข้อเข่าเริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้น พยาธิสภาพภายในข้อเข่าหลายชนิดซึ่งรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสามารถทำการผ่าตัดรักษาได้โดยวิธีการใช้กล้องส่องข้อเข่า เพราะการผ่าตัดวิธีนี้มีข้อดีกับผู้ป่วยมาก อุปกรณ์เครื่องมือมีลักษณะเฉพาะทำให้เนื้อเยื่อชอกช้ำน้อย บาดแผลมีขนาดเล็ก การเจ็บปวดหลังการผ่าตัดน้อย ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลให้น้อยลง สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและทำกายภาพบำบัดได้เร็วขึ้น ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของหมอนรองข้อเข่าดีขึ้นเร็ว แต่การผ่าตัดผู้ป่วยโดยการใช้กล้องส่องข้อเข่า เป็นการผ่าตัดที่ต้องใช้อุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษที่มีความยุ่งยากในการจัดเตรียม วิธีการผ่าตัดที่ซับซ้อนเริ่มตั้งแต่การจัดเตรียมเครื่องมือ การจัดทำผู้ป่วย การประกอบอุปกรณ์เครื่องมือในการผ่าตัด อีกทั้งอุปกรณ์กล้องส่องข้อเข่าเป็นครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูงมาก ดังนั้นจึงต้องให้การดูแล บำรุงรักษาเครื่องมือโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเป็นอย่างดี การให้การพยาบาลที่ถูกต้องและสอดคล้องกับการผ่าตัดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยในการผ่าตัดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราเสี่ยงจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีความรู้ มีทักษะในเรื่องการจัดเตรียมเครื่องมือ การดูแลรักษาเครื่องมือ ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด และจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการได้รับการรักษาและการพยาบาลที่มีคุณภาพที่ดี และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าโดยการใช้กล้องส่องข้อเข่า
2. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าโดยการใช้กล้องส่องข้อเข่า
3. ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมในการจัดเตรียมเครื่องมือ การดูแลรักษาเครื่องมือ ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าโดยการใช้กล้องส่องข้อเข่า
4. เพื่อเป็นสื่อการสอนสำหรับพยาบาลจบใหม่ และสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

เป้าหมาย

พยาบาลประจำห้องผ่าตัดศัลยกรรม และพยาบาลจบใหม่ รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิดข้อเสนอ

การเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นสิ่งที่ต้องทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพราะลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัด คือการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโดยมีขอบเขตการพยาบาลครอบคลุมระยะของการผ่าตัดคือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเพื่อให้กระบวนการผ่าตัดประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่างๆ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัด จำเป็นต้องมีความรู้และประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งยังต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงวิธีการผ่าตัดและการใช้อุปกรณ์ที่มีความทันสมัยมากขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด

การเรียนรู้ด้วยตนเอง(Self-directed Learning) เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนมีความตระหนักและรับผิดชอบต่อแผนการเรียนของตนเอง กำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ เลือกแหล่งวิธีการเรียนรู้ ประเมินผลด้วยตนเอง และเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากแรงจูงใจของแต่ละบุคคล อาจเกิดจากความจำเป็นหรือความสนใจก็ได้ การเรียนรู้ลักษณะเช่นนี้จะนำมาซึ่งการขยขวย มุ่งมั่น ตั้งใจอันจะนำไปสู่ความสำเร็จของการเรียนรู้และยังเป็นความรู้ที่ติดตัวผู้เรียนไปอย่างถาวรอีกด้วย การเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ของสังคมปัจจุบัน สามารถเรียนได้ด้วยตนเองในเวลาและสถานที่ที่สะดวก เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ดีอีกวิธีหนึ่ง เพื่อให้บุคลากรได้เรียนรู้ตามความสามารถของตนเอง

และเป็นการพัฒนาบุคลากรให้รู้จักศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากโปรแกรมการเรียนรู้ที่ได้จัดเตรียมไว้ให้คือ คอมพิวเตอร์ช่วยสอน ซึ่งในเนื้อหาประกอบด้วย แบบทดสอบก่อนการเรียน จุดประสงค์ รายละเอียดเนื้อหาต่างๆ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ การจัดวางตำแหน่งของเครื่องมือ ขั้นตอนการประกอบเครื่องมือ การจัดทำผู้ป่วย วิธีการขั้นตอนการผ่าตัดและวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำผ่าตัด การทำความสะอาดเครื่องมือ การดูแลและเก็บรักษาเครื่องมือและแบบทดสอบหลังการเรียน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมมีความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าโดยการใช้อุปกรณ์ส่องข้อเข่า
2. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด
3. อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ พิเศษต่างๆ ได้รับการบำรุงรักษาที่ถูกต้อง
4. ลดความเสียหายจากการใช้เครื่องมือที่ผิดวิธี
5. ลดระยะเวลาการจัดเตรียมเครื่องมือ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าโดยการใช้อุปกรณ์ส่องข้อเข่า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมทุกคนมีความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าโดยการใช้อุปกรณ์ส่องข้อเข่า และสามารถจัดเตรียมเครื่องมือ ปฏิบัติตามขั้นตอนวิธีการผ่าตัด รวมทั้งให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าโดยการใช้อุปกรณ์ส่องข้อเข่าได้ถูกต้อง โดยสามารถจัดเตรียมเครื่องมือต่างๆ ได้ครบถ้วนภายในเวลาไม่เกิน 30 นาที
3. พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมสามารถใช้เครื่องมือผ่าตัดข้อเข่าโดยการใช้อุปกรณ์ส่องข้อเข่าได้ถูกต้องและสามารถดูแลรักษาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ พิเศษต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง

ลงชื่อ
 (นางปติฐา สุประภารพงษ์)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

..22.../.....สิงหาคม..../...2551....

อ้างอิง

- ชาติชาย ภูกาญจนมรกต. การผ่าตัดผ่านกล้องข้อเข่าขั้นพื้นฐาน **Basic Knee Arthroscopy**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ :บริษัท โฮลิสติก แพ็บลิชซิ่ง,2545
- จิรพรรณ พิรุณดี.สื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล.กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์,2542
- เรณู อัจฉาลี. การพยาบาลห้องผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,2540
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด ในเอกสารการประชุมวิชาการประจำปีชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 8 เรื่องการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด .กรุงเทพฯ : แอล. ที. เพรส จำกัด ,2546
- สุคนธา ผดุงวัตร.การดูแลเครื่องมือในการทำArthoscopic surgery ในเอกสารประกอบการอบรมฟื้นฟูวิชาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ครั้งที่4 เรื่อง **Update in Orthopaedic Management for Orthopaedic Nurses**. งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2547
- ศิริพร พุทธรังสี.สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดในเอกสารการประชุมวิชาการประจำปีชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 8 เรื่องการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด .กรุงเทพฯ : แอล. ที. เพรส จำกัด ,2546