

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโดยการแบ่งทีม
ดูแลผู้ป่วย และรับส่งเวร

เสนอโดย

นางชนกพร ศรีจันทร์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 144)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 วัน (ตั้งแต่วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2551)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

บาดเจ็บที่ตับ หมายถึง ภาวะที่ตับได้รับภยันตรายจากสาเหตุใดก็ตาม ทำให้เกิดบาดแผลชอกช้ำที่ตับ และเกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อตับ การบาดเจ็บที่ตับพบได้มาก และเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในเมืองใหญ่ ๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับในคนไทย พบบาดเจ็บที่ตับในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นอัตราส่วน 3 : 1 อายุโดยเฉลี่ย 31 ปี (วีรวัฒน์ เหลืองชัน, 2547)

สาเหตุของการบาดเจ็บที่ตับ

1. Penetrating injury : ของมีคม ปืน ระเบิด
2. Blunt Trauma : แผลที่เกิดขึ้นบริเวณตับโดยที่ผนังหน้าท้องไม่ฉีกขาด เกิดจากวัตถุไม่มีคม, อุบัติเหตุ ตกจากที่สูง

พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ตับ แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ

1. เยื่อหุ้มตับมีการฉีกขาด (transcapsular laceration) ทำให้มีเลือดและน้ำดีคั่งค้างในช่องเยื่อหุ้มช่องท้อง การเปลี่ยนแปลงของตับลักษณะนี้พบได้มากที่สุด มักเกิดจากการบาดเจ็บที่มีแผลทะลุ
2. เลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มตับ (subcapsular hematoma) มีการแตกของเนื้อเยื่อตับบริเวณใต้เยื่อหุ้มตับ และมีเลือดคั่งอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มตับและเนื้อเยื่อตับ
3. การแตกของเนื้อเยื่อตับส่วนลึก (central rupture) ทำให้มีเลือดออกภายในตับ มักเกิดจากการบาดเจ็บไม่มีแผลทะลุ มีอัตราตายสูง เนื่องจากการฉีกขาดของหลอดเลือดใหญ่ของตับ

อาการและอาการแสดง ระยะเวลาอาจไม่มีอาการผิดปกติ ต่อมาจะปวดท้อง ชิด ไม่รู้สึกตัวจากภาวะช็อก ปวดท้องบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ อาการปวดท้องจะสัมพันธ์กับการหายใจ และอาจมีอาการปวดร้าวไปบริเวณหัวไหล่ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ คือ พบว่ามีเลือดออกในอวัยวะภายใน (Internal hemorrhage) มีการติดเชื้อในเยื่อหุ้มช่องท้องหรือฝีใต้กะบังลม และพบว่ามีรอยรั่วที่ถุงน้ำดี (biliary fistula)

การวินิจฉัยโรค การบาดเจ็บที่ตับถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการวินิจฉัยและการประเมินที่ถูกต้องเหมาะสมโดยเร็ว การวินิจฉัยที่ีจะต้องประกอบไปด้วย การตรวจร่างกายขั้นแรกจะพบบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณ Right Lower Quadrant (RLQ) รวมทั้งกดเจ็บร่วมด้วย ฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหว (Bowel sound) อาจลดลง ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะพบว่าผล Complete blood count (CBC) มีค่าฮีมาโทคริตอาจต่ำ

กว่าปกติ WBC สูงขึ้น ถ้ามี peritonitis ร่วมด้วย ส่งตรวจทางรังสี พบว่ากะบังลมยกตัวสูงขึ้น ผลตรวจอัลตราซาวด์พบมีสารเหลวใต้เยื่อหุ้มตับ หรือมีก้อนเลือดในตับ ส่งตรวจด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized tomography : CT) อาจพบการฉีกขาดของเนื้อเยื่อตับได้ ถ้าทำการสวนล้างเยื่อช่องท้องอาจพบว่า มีเลือดมากกว่า 15 มิลลิลิตรหรือมีเม็ดเลือดแดง (Red Blood Cell) มากกว่า 100,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร ถ้าสงสัยว่ามีหลอดเลือดฉีกขาดร่วมด้วยหรือไม่ ต้องตรวจด้วยวิธีฉีดสี (Angiography)

การรักษา การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตับ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ โดยแบ่งออกดังนี้

1. การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) โดยให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ดองอาหารและน้ำ ตรวจบันทึกค่าความดันเลือดดำส่วนกลาง สัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ใส่สายยางสวนปัสสาวะคาไว้ และประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าฮีมาโตคริตเป็นระยะ ๆ การใช้เครื่องมือพิเศษที่ใช้ควบคุมภาวะเลือดออก หรือห้ามเลือดที่ออกจากอวัยวะภายในร่างกาย (MAST หรือ Military หรือ medical antishock trousers) การใส่ยาปฏิชีวนะในรายที่สงสัยว่ามีการแตกทะลุของตับและอวัยวะในระบบย่อยอาหาร (ปรีชา ศิริทองถาวร , สืบวงศ์ จุฑาทิสิทธิ์ และอนันต์ ตัณมุกขยกุล, 2545 : 266-276)

2. การรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อควบคุมภาวะเลือดออก

2.1 การผ่าตัดใส่แทมปอน เข้าไปกดเพื่อห้ามเลือด (temporary packing)

2.2 การผูกหลอดเลือดแดงเฮปาทิก (hepatic artery ligation) ในรายที่เลือดออกมาก

2.3 การตัดเนื้อเยื่อตับออกเป็นบางส่วน (hepatic resection) ในรายที่ตับแตก

2.4 การใส่ท่อระบาย (perihepatic drainage) ส่วนใหญ่ยังนิยมใส่ท่อระบายบริเวณที่บาดเจ็บของตับ หรือบริเวณใกล้เคียง

การพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ ต้องให้การดูแลอย่างเฉียบพลันและเร่งด่วน พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงต้องให้การพยาบาลที่ถูกต้องกับปัญหาของผู้ป่วย ทั้งในระยะวิกฤต ระยะก่อนผ่าตัด และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ (สมพร ชินโนรส, 2546:61-70)

การพยาบาลระยะวิกฤตและก่อนการผ่าตัด

1. จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก

2. ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอและถูกต้องตามแผนการรักษา

3. บันทึกและสังเกตสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ สัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ บันทึกค่าความดัน

เลือดดำส่วนกลาง และจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง สังเกตอาการและอาการแสดงอื่น ๆ เช่น ปวดท้องมากขึ้น มีไข้สูงท้องอืดมาก กดเจ็บทั่วท้อง หน้าท้องแข็งตึง ประเมินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้แบบบิปรูด (bowel sound) บ่อยๆ สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่บริเวณบาดแผล สังเกตอาการและอาการแสดงของ

ผู้ป่วยที่เกิดจากการได้รับ สารอาหาร และสารน้ำ ไม่เพียงพอ สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกง่ายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด วัตรรอบท้องทุกวัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมานนำร่วมด้วย

4. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา (semi Fowler's position หรืออนหงายศีรษะสูง 45 องศา (Fowler's position) สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะช็อก ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายราบ ศีรษะสูงเล็กน้อย ยกปลายเท้าสูง 20 – 30 องศา เขยียดตรง

5. ดูแลการใช้เครื่องมือพิเศษที่ใช้ควบคุมภาวะเลือดออกที่ออกจากอวัยวะภายในร่างกาย (MAST) โดยการใช้ความดันจากภายนอก ตามแผนการรักษาของแพทย์ (ถ้ามี)

6. เจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต อิเล็กโตรไลต์ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ดูแลทางด้านจิตใจ โดยการเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พุดคุยให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม

8. ดูแลการได้รับยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาบรรเทา ปวด

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ

10. ทำการพยาบาลให้ผู้ป่วยโดยยึดเทคนิคปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

11. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

การพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัด

1) จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ ได้แก่ ยาที่จำเป็น ต้องเตรียมให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที 2) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด 3) ดูแลให้ได้รับ สารอาหาร น้ำ อิเล็กโตรไลต์ และเลือด ให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ดูแลการให้ได้รับ ออกซิเจน ยาปฏิชีวนะหรือยาอื่นๆ ให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ 5) ดูแลให้มีการระบายของสารเหลวออกจากกระเพาะ หรือสารเหลวที่ออกจากท่อระบายต่างๆ 6) บันทึกจำนวนลักษณะ สี ของสารเหลวที่ออกมาทางสายยางหรือท่อระบาย อย่างถูกต้อง

7) ทำความสะอาดแผลผ่าตัดและแผลผ่าตัดรอบๆ ท่อระบายบ่อยๆ 8) ชั่งน้ำหนักตัวสัปดาห์ละครั้ง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ 9) แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการออกกำลังกายบนเตียง 10) ดูแลทางด้านจิตใจ โดยการพุดคุยให้ความสนใจ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด 11) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

12) ประเมินเสียงการเคลื่อนไหวแบบบิบรูดของลำไส้ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของลำไส้ 13) สอนและแนะนำผู้ป่วยให้ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หากเป็นไปได้ควรสอนและแนะนำญาติด้วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

2. แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินงาน

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Majorjory Gordon)
2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่เกิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การบาดเจ็บที่ตับจะพบได้บ่อยจากภัยอันตรายจากแรงกระแทกทางหน้าท้อง เนื่องจากตับเป็นอวัยวะที่ใหญ่อยู่ในช่องท้อง ค่อนข้างทางด้านหน้า แม้ว่าการรักษาการบาดเจ็บที่ตับจะก้าวไปไกลแล้ว อัตราตายจากการบาดเจ็บชนิดนี้ยังคงสูงอยู่ ถึงแม้ว่าสถิติการเกิดการบาดเจ็บในแต่ละปีจะพบไม่มากแต่ก็เพิ่มขึ้นทุกปี และเป็น การบาดเจ็บที่รุนแรงและเป็นอันตรายมาก การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก สำหรับพยาบาลซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้รู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันเวลาที่

ขั้นตอนในการดำเนินการ

1. เลือกรื่องที่น่าสนใจ และพบได้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลตากสิน และได้รับมอบหมายให้ดูแล คือ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตับ
2. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตับ จากเอกสารวิชาการ และตำราต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 43 ปี อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการปวดท้องมาก ท้องแข็งกดเจ็บ ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล เล่นกับเพื่อนแล้วถูกเข้ากระแทกที่ท้อง แพทย์วินิจฉัยว่าได้รับการบาดเจ็บที่ตับ ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อตรวจหาความผิดปกติและเย็บซ่อมแซมแผลฉีกขาดที่บริเวณตับ ในวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เวลา 15.20 น. ให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตรวจพบ จนกระทั่งผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 นัดมาตรวจติดตามการรักษาใน วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2551
3. สรุปผลการดำเนินการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลงานและนำเสนอตามลำดับขั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการด้านกรณีศึกษาทั้งหมดร้อยละ 100 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา ชายไทยอายุ 43 ปี รับประทานในโรงพยาบาลตากสิน เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 รับประทานในความดูแลเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก บาดเจ็บที่ช่องท้อง (blunt abdominal injury) ได้รับการผ่าตัด Explorlap with suture liver วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เวลา 15.00 น. ยาที่ได้รับขณะรักษาคือ ยา Losec ขนาด 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน ยา Cef-3 ขนาด 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง เป็นเวลา 7 วัน ยา metronidazole ขนาด 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน ยา Netromycin 150 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 4 วัน ให้ยา MO (1:10) หยดทางหลอดเลือดดำ 10 ไมโครครอปต่อนาที และ MO 3 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 4-6 ชั่วโมง ยา Plasil 1 amp ฉีดทางหลอดเลือดดำถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียนทุก 4 ชั่วโมง หลังจากหยุดให้ยาฉีดทั้งทางกล้ามเนื้อและทางหลอดเลือดดำแล้ว เปลี่ยนเป็นยารับประทานทางปาก คือ ยา Losec ขนาด 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งก่อนอาหารเช้า ยา metronidazole ขนาด 400 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า เย็น ยา ciprofloxacin ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า เย็น ยา Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวด หรือมีไข้ การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย บาดเจ็บที่ตับ (liver injury : tear of liver) แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 นัดมาตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ขณะที่อยู่ในความดูแลได้พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 12 ข้อ และได้ให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากมีการสูญเสียเลือดจากการบาดเจ็บในช่องท้อง

ให้การพยาบาลโดย วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ ดูแลให้สารน้ำ Acetar solution 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้เลือดชนิดเม็ดเลือดแดงเข้มข้น (PRC : pack red cell) จำนวน 4 Unit ทำร่างกายให้อบอุ่น ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในระบบไหลเวียนเลือด ตรวจสอบปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัด ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะช็อค สังเกตภาวะที่ผู้ป่วยอาจมีเลือดออกภายนอก เช่น ปวดท้อง ท้องแข็งเกร็ง ท้องอืด อาเจียนเพื่อประเมินภาวะเสียเลือด หลังจากให้การพยาบาลไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อค ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เวลา 15.00 น.

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยปวดท้องเนื่องจากได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง

ให้การพยาบาลโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องคลายตัว บรรเทาอาการปวดแผล ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ช่วยประคับประคองเมื่อผู้ป่วยมีกิจกรรมต่างๆ พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย แจกแนวทาง การรักษาของแพทย์พอสังเขป เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา จัดบรรยากาศ ให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างสุขสบาย ไม่มีเสียงดังรบกวน ก่อนเข้ารับการผ่าตัดตรวจเย็บมอการผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือตลอดเวลา และทันท่วงทีหากหากผู้ป่วย เกิดภาวะวิกฤต

พร้อมทั้งประเมินอาการปวดของผู้ป่วย หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยคะแนนความปวดเท่ากับ 6-7 ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เวลา 15.00 น.

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยขาดความรู้ วิตกกังวลเกี่ยวกับขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ให้การพยาบาลโดยพยาบาลได้ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยแบ่งการเตรียมออกเป็นทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกาย หลังจากให้การพยาบาล และมีการติดตามประเมินผลปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากมีการสูญเสียเลือดและสารน้ำในระหว่างผ่าตัด

ให้การพยาบาลโดยสังเกตและสำรวจผ้าปิดแผลว่ามีเลือดซึมมามากน้อยเพียงใด สังเกตอย่างต่อเนื่อง ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ ดูแลให้เลือด PRC 1 Unit สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับ ทำร่างกายให้อบอุ่น ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัด ทุก 4 – 6 ชั่วโมง พร้อมทั้ง สังเกตภาวะที่ผู้ป่วยอาจมีเลือดออกภายใน เช่น ท้องอืด ปวดแน่นท้อง อาเจียน หลังจากให้การพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีแบบแผนการหายใจขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด

ให้การพยาบาลโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าหงายราบ หน้าแขนงไปข้างหลัง ดูแลให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง โดยหมั่นดูดเสมหะอย่างถูกวิธี ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ฟังปอดและบันทึกอาการที่แสดงถึงการอุดกั้นทางเดินหายใจ สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนสม่ำเสมอ เปลี่ยนเป็นทุก 1 ชั่วโมง สังเกตระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนท่านอนให้ทุก 2 – 3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อน เป็นการช่วยให้ปอดขยายตัวดี มีการไหลเวียนเลือดดีขึ้น และขับเสมหะได้ดี หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากภาวะแบบแผนการหายใจขาดประสิทธิภาพ ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ปัญหาที่ 6 ร่างกายเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากการผ่าตัดและงดน้ำ งดอาหาร

ให้การพยาบาลโดยตรวจจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุกชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกายดูแลให้สารน้ำชนิด Acetar solution 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง PRC 1 Unit (ปริมาณ 533 มิลลิลิตร) สังเกตลักษณะของสีของปัสสาวะ ติดตามผลการเจาะเลือดเพื่อค่าอิเล็กโทรไลต์สังเกตรระดับความรู้สึกตัว และวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที จนสม่ำเสมอ เปลี่ยนเป็นทุก 1 ชั่วโมงสังเกตอาการชัก ซึ่งอาจเป็นผลจากระดับแคลเซียมต่ำกว่าปกติ หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากภาวะ ร่างกายเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด

ให้การพยาบาลโดย จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องคลายตัว ให้ยา MO (1 : 10) หยดทางหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของยา แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยประคบบริเวณแผลผ่าตัดไว้ เป็นการลดการสิ้นเสทือนของแผล จัดบรรยากาศให้ผู้ผู้ป่วยพักผ่อน ได้อย่างสุขสบาย มีมิแสงหรือเสียงดังรบกวน อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงฤทธิ์ของยาแก้ปวดและอาการข้างเคียงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และไม่ขอยาแก้ปวดโดยไม่จำเป็น หลังจากให้การพยาบาล คະแนนความปวดเท่ากับ 3 ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยกังวลเนื่องจากร่างกายมีอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมาก

ให้การพยาบาลโดยอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ดูแลไม่ให้สายอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ มีการดึงรั้ง หรือเป็นอุปสรรคในการเคลื่อนไหวร่างกาย ขณะที่ผู้ป่วยยังคาต่อหลอดลมคอ แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยใช้วิธีสื่อสารกับพยาบาลหรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ด้วยการใช้นาษาท่าทาง หรือเขียนลงบนกระดาษที่เตรียมไว้ให้ นำสัญญาณมาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เมื่อต้องการขอความช่วยเหลือให้บีบได้ ดิคพลาสติกริงท่อและสายต่าง ๆ มิให้เลื่อนหลุด หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยคลายความกังวล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ให้การพยาบาลโดยป้องกันการอุดตันของเสมหะ ป้องกันการติดเชื้อในระบบหายใจ เคาะปอด กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยไอ และดูดเสมหะเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดแฟบ แนะนำผู้ป่วยว่า เมื่อถอดท่อช่วยหายใจออก ให้ฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ให้การพยาบาลโดย ล้างมือก่อนและหลังทำความสะอาดแผลทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เปลี่ยนทำความสะอาดแผลผ่าตัดวันละ 1 ครั้ง บริเวณรอบท่ออย่างระบายนแยกทำความสะอาด สังเกตและบันทึกลักษณะของแผล สี กลิ่น ของของเหลวที่ไหลออกมาจากท่ออย่างระบายน อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยและญาติให้ทราบว่าจะไม่ควรรไปสัมผัสบริเวณแผล เพื่อช่วยระบายนความร้อนออกจากร่างกายผู้ป่วย ให้ยา Cef-3 ขนาด 2 กรัม หยดทางหลอดเลือดดำ ยา Metronidazole ขนาด 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดพร้อมทั้งสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น มีผื่นขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ดิคตามผลโลหิตวิทยา เพื่อประเมินผลจำนวนเม็ดเลือดขาว หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ปัญหาที่ 11 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ให้การพยาบาลโดย ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและเมื่อจับต้องสายยางสวนปัสสาวะดูแลให้สายยางต่อลงถุงเป็นระบบปิดตลอดเวลา ตรวจสอบและจัดวางสายยางให้อยู่ในลักษณะที่ปัสสาวะไหลได้สะดวก ไม่มีการหักพับงอ หรือบิด และมีความยาวเพียงพอ สามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้สะดวก ไม่เกิดการดึงรั้งสายสวน

ปีศาจแว่นตารองรับปีศาจในระดับต่ำกว่ากระเพาะปีศาจตลอดเวลา สังเกตและบันทึกกลิ่น สี ลักษณะของปีศาจที่ออกมาทุกแคว่ สังเกตและบันทึกอาการอักเสบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และรอบ ๆ สายสวนปีศาจ รวมทั้งลักษณะ สี กลิ่น และจำนวนของเหลวที่ออกมารอบ ๆ สายสวนปีศาจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่ต่ำกว่า 2,500 – 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปีศาจ ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ปัญหาที่ 12 ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

ให้การพยาบาลโดย แนะนำเรื่องอาหาร ควรรับประทานประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วต่าง ๆ แปะ และน้ำตาล วิตามินสูง ช่วยทำให้แผลหายเร็วขึ้นและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรคให้กับร่างกาย หลีกเลี่ยงงานหนักในระยะ 3 เดือนแรก ควรนอนพักผ่อนในเวลากลางคืน 6-8 ชั่วโมง กลางวัน 1-2 ชั่วโมง ควรดื่มน้ำสุก ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้อง มีไข้ อาเจียน ท้องผูกท้องอืด ไม่ถ่าย ให้รีบมาพบแพทย์ได้ทันที แนะนำเรื่องการระวังอุบัติเหตุบริเวณหน้าท้อง รวมถึงการมาพบแพทย์ตามนัด ตามกำหนดวัน เวลา ในใบนัด เพื่อตรวจติดตามผลการรักษาหลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ในการเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล เล่นกับเพื่อนแล้วถูกเข้ากระแทกที่ท้อง หลังจากนั้นมีอาการปวดท้องและปวดมากขึ้น ซึ่อยากแก้ปวดมารับประทานอาการไม่ดีขึ้น จากการตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดท้องมาก ท้องแข็งตึง กดเจ็บทั่วท้องโดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง ด้านบนขวา แพทย์ผู้ดูแลส่งผู้ป่วยตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องด่วน ให้รับไว้ในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explorlap with suture liver วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เวลา 15.00 น. และนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 10 วันและเยี่ยมจำนวน 6 ครั้ง พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 12 ข้อ ได้รับการแก้ไขพร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย
3. เป็นแนวทางในการศึกษา และเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Explorlap with suture liver สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยรายนี้ประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้างซึ่งถือว่าเป็นงานหนัก ดังนั้นต้องเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะเรื่องการรงคทำงานหรือยกของหนักเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะภายในที่เย็บซ่อมแซมไว้หรือทำให้แผลหน้าท้องแยกได้
2. ผู้ป่วยรายนี้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องคือเมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยามารับประทานเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ซึ่งยาบางชนิดอาจมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อดับ และสุขภาพ จำเป็นต้องอธิบายให้เข้าใจเป็นอย่างดีและเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว

10. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต้องมีความสามารถในการประเมินและสังเกตอาการผิดปกติได้ทันที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของ ท่อช่วยหายใจ สายขางจากงมูก สายสวนปัสสาวะ สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมถึงป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
2. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเน้นให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและประสานงานกับผู้นำชุมชนให้มีการตรวจเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นให้เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องจากการบาดเจ็บที่ตับ และมีคู่มือการปฏิบัติคนเมื่อกลับบ้านไปอยู่บ้าน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... 

(นางชนกพร ศรีจันทร์)

ผู้ขอรับการประเมิน

30 ส.ย. 2553

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ *สน. ๐๑๓*
 (นางนันทวัน จาตุรันต์วิชย์)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
 โรงพยาบาลตากสิน
 (วันที่) *13 0 ส.ย. 2553*

ลงชื่อ *๑๐:๑๕.๗*
 (นายสมพงษ์ วงศ์ปัญญาถาวร)
 (ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์
 ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน
 (วันที่) *1 ก.ค. 2553*

เอกสารอ้างอิง

ชาญวิทย์ ตันดีพัฒน์และชนิด วัชรพุกก์. ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

ปรีชา ศิริทองถาวร, สืบวงศ์ จุฑาทิสสิทธิ์ และอนันต์ ตันมุกขยกุล.ศัลยศาสตร์ อุบัติเหตุ 12. กรุงเทพฯ :
เรือนแก้วการพิมพ์, 2545 : 266-276.

วีรวัฒน์ เหลืองชัน. การบาดเจ็บของท้อง. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา, 2547.

สมพร ชินโนรส (บรรณาธิการ). การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ 3. กรุงเทพฯ : ธนัชการพิมพ์, 2546

สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การพยาบาลศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางชนกพร ศรีจันทร์**

**เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพต.144) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์**

**เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วย
และรับส่งเวร**

หลักการและเหตุผล

ในการดูแลผู้ป่วยตามโรงพยาบาล จะมีการแยกประเภทผู้ป่วยในการรับเข้ารับการรักษายาตามหอผู้ป่วย โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาจากโรคและความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจุบันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีความรีบเร่งในการดำเนินชีวิตและภาวะเครียดเกิดขึ้นกับมนุษย์ ส่งผลให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยตามวัย การเจ็บป่วยจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง หรือจากอุบัติเหตุต่างๆทำให้ในแต่ละวันมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาตามหอผู้ป่วยต่างๆ ในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่มีไม่เพียงพอต่อภาระงานที่มากขึ้น โดยเฉพาะที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งรับผู้ป่วยชายที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางด้านศัลยกรรมทุกประเภท รวมถึงผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินต่างๆ จำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยจำนวน 33 เตียง จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เวรเช้า เวลา 08.00 น. - 16.00 น. จำนวน 6 คน เวรบ่าย เวลา 16.00 น. - 24.00 น. จำนวน 4 คน เวรดึก เวลา 00.01 น. - 08.00 น. จำนวน 4 คน ในการผลัดเปลี่ยนเวรในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การแจ้งอาการของผู้ป่วยในความดูแลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละเวร และที่จะต้องเน้นเป็นอย่างมาก คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเดิมหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายใช้วิธีการรับส่งเวร โดยรับส่งเวรรวมกันทั้งหมด 33 เตียง ซึ่งจะใช้เวลาในการรับส่งเวรเป็นระยะเวลานานถึง 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง ทำให้เสียเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย รวมทั้งการรับส่งอาการผู้ป่วยทีละเวร 33 คน ทำให้ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายได้หมด ผู้ป่วยต้องสูญเสียผลประโยชน์ในการดูแลรักษา และทำให้การรักษาพยาบาลในบางรายล่าช้า จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงเห็นความสำคัญของการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วย และรับส่งเวรขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและรับส่งเวรให้มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อลดระยะเวลาในการรับส่งเวร และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าหมาย

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทุกคนปฏิบัติตามแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วยและรับส่งเวร

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ใช้ความรู้เกี่ยวกับ การมอบหมายงานและการทำงานเป็นทีม โดยในการบริหารงานในองค์กร จะแบ่งการบริหารออกเป็นระดับตามสายการบังคับบัญชา ผู้บริหารมีงานอยู่สองประเภท คืองานที่ต้องคิดและทำเอง และงานที่ต้องมอบหมาย การมอบหมายงานไม่ได้ส่งผลดีเฉพาะแก่ตัวผู้บริหารเท่านั้น แต่ยังมีผลดีแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาและแก่หน่วยงานหรือแก่องค์กร โดยรวมด้วย เพราะการมอบหมายงานเป็นการแบ่งเบาภาระหน้าที่ของผู้บริหาร เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้มีประสบการณ์ในการทำงาน เกิดเป็นขวัญกำลังใจ ทำให้หน่วยงานหรือองค์กรมีผลงานมากขึ้น งานดำเนินไปอย่างต่อเนื่องไม่มากระจุกตัวที่ผู้บริหาร สำหรับการการทำงานเป็นทีม (Team Work) เป็นประเภทหนึ่งของการทำงานเป็นกลุ่ม (Group Work) ทีมงานทุกทีมงานจัดเป็นกลุ่มทำงาน แต่กลุ่มทำงานทุกกลุ่มมิใช่ทีมงานเสมอไป ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานเป็นกลุ่มนั้นเป็นการทำงานของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อการทำงาน โดยมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและมีเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะมีลักษณะการทำงานได้หลายแบบ งานของแต่ละคนอาจไม่ขึ้นตรงกับการงานของอีกคนหนึ่ง หรืออาจไม่ต้องประสานกัน อาจต่างคนต่างทำและเมื่อแต่ละฝ่ายเสร็จงานของตนแล้วก็จะได้งานรวมตามเป้าหมาย แต่ถ้าเมื่อใดเป็นการทำงานเป็นทีมจะมีการประสานกัน งานของคนหนึ่งมีผลต่องานของคนอื่นในกลุ่ม แต่ละคนมีบทบาทเฉพาะของตน และทุกคนมีเป้าหมายอยู่ที่จุดเดียว

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เสนอแนวความคิดต่อที่ประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เพื่อขอความคิดเห็นจากหัวหน้าหน่วยงานและผู้ร่วมงานร่วมเสนอแนวทางร่วมกัน

2. กำหนดขั้นตอนในการแบ่งทีมในการรับส่งเวรและดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 ทีม ดังนี้

ทีม 1 รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบ จำนวน 16 เตียง

ทีม 2 รับผิดชอบผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไป ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยรอรับการผ่าตัด ผู้ป่วยรอกลับบ้าน จำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบ จำนวน 17 เตียง

ในแต่ละเวร แบ่งพยาบาลออกเป็น 2 ทีม เช่นเดียวกับการแบ่งผู้ป่วย ในแต่ละทีมมีพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าทีม 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับคำสั่งและปฏิบัติตามแผนการรักษา 1-2 คน

3. เมื่อได้ข้อสรุปในการแบ่งทีมผู้ป่วยและพยาบาลผู้รับผิดชอบแล้วนำไปทดลองปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลตากสิน โดยมีการแบ่งทีมพยาบาลไว้ก่อนและบันทึกไว้ในตารางเวรพยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติจะได้ทราบล่วงหน้าก่อนขึ้นปฏิบัติงาน

ขั้นตอนการนำไปปฏิบัติ

1. เมื่อถึงเวลาในการรับส่งเวร ให้แบ่งทีมในการรับส่งเวรตามที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น โดยรับส่งอาการ แผนการรักษาของแพทย์ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ใช้เวลา 30-45 นาที ต่อทีม

2. หลังจากนั้นให้พยาบาลหัวหน้าทีมรับคำสั่งการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ แล้วมอบหมายให้พยาบาลผู้ปฏิบัติตามคำสั่งเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ที่เป็นลูกทีมนำไปปฏิบัติ ตามความสำคัญและความเร่งด่วนของคำสั่งรักษาและอาการของผู้ป่วย

3. พยาบาลแต่ละทีมร่วมตรวจเยี่ยมอาการและให้การพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ

4. ในช่วงท้ายๆ ของการขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร ให้พยาบาลผู้ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ สรุปอาการของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ แผนการรักษาของแพทย์ ต่อพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อส่งต่อให้พยาบาลที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเวรต่อไปทราบ โดยใช้เวลา 30-45 นาที

ขั้นประเมินผล

1. ติดตามผลหลังปฏิบัติตามขั้นตอนการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วย และรับส่งเวร เป็นเวลา 1 เดือน

2. ลงบันทึกในสมุดว่าในระยะเวลา 1 เดือน ใช้ระยะเวลาในการรับส่งอาการผู้ป่วยแต่ละเวรเท่าไร และพบข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

3. ตรวจสอบจากใบแสดงความความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ เพื่อระดับความพึงพอใจต่อการบริการหลังจากปฏิบัติตามขั้นตอนการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วย และรับส่งเวร

4. หลังจากได้ทดลองปฏิบัติตามขั้นตอนการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วย และรับส่งเวร เป็นระยะเวลา 1 เดือนแล้ว ให้นำเข้าที่ประชุมหน่วยงานเพื่อร่วมกันเสนอแนวทางการปฏิบัติเพิ่มเติม หรือปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้ครอบคลุมต่อไป

ขั้นสรุปผลการปฏิบัติ

เมื่อนำขั้นตอนการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วย และรับส่งเวร ไปปฏิบัติเป็นเวลา 1 เดือน ทำการสรุปผลการปฏิบัติจากเกณฑ์ต่อไปนี้

1. จับเวลาการรับส่งเวร ของแต่ละเวร ว่าสามารถลดระยะเวลาในการรับส่งอาการผู้ป่วยแต่ละเวรได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด
2. ประเมินระดับความพึงพอใจของของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานต่อการหลังจากปฏิบัติ ตามขั้นตอนการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วย และรับส่งเวร อยู่ในระดับดี และดีมาก มากกว่าหรือเท่ากับ 80%

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทุกคน ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายที่ปฏิบัติตามแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วยและรับส่งเวร มีความพึงพอใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมากยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย มีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ 80% และปฏิบัติตามแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยการแบ่งทีมดูแลผู้ป่วย และรับส่งเวร 100%
2. สามารถลดระยะเวลาในการรับส่งเวร จากเดิมใช้เวลา 1 ชั่วโมงครึ่งถึง 2 ชั่วโมง เหลือใช้เวลา 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง คิดเป็น 80%

ลงชื่อ.....
(นาง ชนกพร ศรีจันทร์)

ผู้ขอรับการประเมิน

30.11.2553