

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบส่วนเอวที่ได้รับการผ่าตัด
ขยายช่องโพรงไขสันหลังและใส่โลหะ
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การสอนเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

เสนอโดย

นางสาววราภรณ์ ศรีวิพันธุ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 678)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบส่วนเอวที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องโพรงไขสันหลังและใส่โลหะ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 39 วัน (ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 7 กรกฎาคม 2561)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (spinal stenosis) หมายถึง ภาวะที่ช่องโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) ตีบแคบลงและเกิดการกดเส้นประสาทที่อยู่ภายในช่องโพรงกระดูกสันหลัง อาจเกิดที่กระดูกสันหลังเพียงระดับเดียวหรือหลายระดับก็ได้ (ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์, 2557)

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยากระดูกสันหลัง

กระดูกสันหลังเป็นโครงสร้างที่มีความสำคัญของร่างกาย ป้องกันอันตรายให้แก่ไขสันหลัง และรากประสาท เป็นจุดยึดเกาะของกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นกระดูก ช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหวและความมั่นคงแก่ร่างกาย (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) ประกอบด้วย กระดูกสันหลังส่วนคอ 7 ชั้น กระดูกสันหลังส่วนอก 12 ชั้น กระดูกสันหลังส่วนเอว 5 ชั้น กระดูกสันหลังส่วนกระเบนเหน็บ 1 ชั้น และกระดูกก้นกบ 1 ชั้น กระดูกสันหลังเชื่อมต่อกันโดยหมอนรองกระดูกสันหลังและข้อต่อฟาเซ็ต ภายในกระดูกสันหลังแต่ละชั้นจะมีช่องว่างอยู่ตรงกลางซึ่งเป็นทางผ่านของไขสันหลัง (พรลีนี เต็งพานิชกุล, 2559)

สาเหตุ

สาเหตุมีดังนี้ (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557; ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์, 2557; วิชาญ ยิ่งศักดิ์มงคล, 2560) เส้นเอ็นหนาตัวขึ้น การหนาตัวของข้อต่อ เนื้อเยื่อ กระดูกสันหลังคดหรือโค้งผิดปกติ โรคกระดูกพรุน หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน หรือโป่งพองออก ภาวะกระดูกไม่เติบโต (achondroplasia) ที่เป็นสาเหตุของภาวะแคระ (congenital dwarfism) โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบจากข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม การบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง

พยาธิวิทยา

การเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง ทำให้ความสามารถในการดูดซับแรงที่มากกระทำลดลง แรงไปกระทำที่ข้อฟาเซ็ตมากขึ้น เกิดการหลวมหรือไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดกระดูกงอก ข้อฟาเซ็ต และเส้นเอ็นหนาตัว ทำให้พื้นที่ในโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบลงและเกิดการกดทับเส้นประสาทที่อยู่ภายในโพรงกระดูกสันหลัง (ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์, 2557)

อาการและอาการแสดง

อาการสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ (ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์, 2557)

1. neurogenic claudication มีอาการปวดตื้อหรือหนัก ๆ ตำแหน่งที่มีอาการคือ หลัง สะโพก และขา ลักษณะการปวดจะปวดร้าวจากสะโพกไปที่ขา ขา หรือเสียวที่ด้านหลังของต้นขา

2. radicular pain คือ อาการปวดจากเอวหรือสะโพกร้าวลงไปที่ขาตามเส้นประสาท sciatic อาการปวดร้าวนี้จะเลี้ยวข้อพับหัวเข่าถึงตาตุ่ม หรือบางครั้งถึงปลายนิ้วเท้า

3. atypical leg pain คือ มีอาการปวดขา แต่ไม่เป็นไปตามแนวของเส้นประสาท

4. chronic cauda equina syndrome เกิดการกดเส้นประสาท cauda equina จะมีอาการปวดที่ขาหนีบ การวินิจฉัย

การวินิจฉัยผู้ป่วยประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายโดยใช้หลักการดู การคลำ การขยับ การวัด การตรวจพิเศษทางระบบประสาท และการตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งการตรวจ Magnetic resonance image เป็นการตรวจที่มีความแม่นยำ เพื่อทราบความรุนแรงของโรค (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

การรักษา

เป้าหมายของการรักษา คือ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ ปราศจากความเจ็บปวดโดยใช้เวลารักษาน้อยที่สุด วิธีการรักษาต้องมีความปลอดภัย การรักษาแบ่งได้ ดังนี้ (ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์, 2557)

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (conservative treatment) การปรับเปลี่ยนกิจกรรม ปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ให้ออกกำลังกาย การพัก การสวมเครื่องพยุง การรักษาด้วยยา หรือการทำกายภาพบำบัด

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (operative treatment)

การผ่าตัดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของ โรค และความรู้ความสามารถของแพทย์ที่จะรักษา ด้วยการผ่าตัดให้เหมาะสมเป็นราย ๆ ไป มีดังนี้ (พรสินี เต็งพานิชกุล, 2559) 1) laminotomy/ laminectomy คือ การผ่าตัดเอากระดูกสันหลังส่วนลามินาที่กดใน โพรงกระดูกสันหลังออก เพื่อเอาพยาธิสภาพในช่องไขสันหลังออก 2) discectomy คือ การผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนที่กดทับรากประสาทออก 3) decompression คือ การผ่าตัดเอาสิ่งที่เกิดทับเส้นประสาทออก 4) spinal instrumentation คือ การผ่าตัด โดยใช้โลหะตามกระดูกสันหลัง 5) spinal fusion คือ การผ่าตัดเพื่อเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง

การพยาบาล

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ (สายสมร บริสุทธิ, อารีรัตน์ วรพิมล และไสว นรสาร, 2560) ประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกต สีหน้าท่าทาง อธิบายให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ข้อมูลผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ประเมินสภาพร่างกาย บัญชีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลทำความสะอาดร่างกายทั่วไป บันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ การออกกำลังกายข้อเท้า งคอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด 6 ชั่วโมง

3. การเตรียมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัด เตรียมเลือดตามแผนการรักษา การพยาบาลหลังผ่าตัด (พรสินี เต็งพานิชกุล, 2559)

1. บันทึกสัญญาณชีพเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติ

2. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และติดตามอาการปวดซ้ำ
3. ประเมินความผิดปกติของระบบประสาท เปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด ถ้ามีการรับรู้ความรู้สึกหรือการเคลื่อนไหวลดลงจากเดิมให้รายงานแพทย์
4. ประเมินภาวะสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดจากสัญญาณชีพ แผลผ่าตัด และขบวนการสุญญากาศ
5. กระตุ้นการหายใจเข้าออกลึก ๆ การพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้อง และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ
6. การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ระบบทางเดินปัสสาวะ และการดูแลสายระบายเลือด
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตผลข้างเคียง
8. ดูแลให้ใส่อุปกรณ์พยุงหลังเวลาที่ลุกนั่ง ยืน หรือเดิน
9. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเชื้อหุ้มน้ำไขสันหลังชั้นดราณีกขาด (dura tear) ความผิดปกติของระบบประสาท (neurological deficit) การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thrombo embolism) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันบริเวณขา (deep vein thrombosis) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) การติดเชื้อแผลผ่าตัด และการเกิดแผลกดทับจากการนอนท่าเดิมนาน ๆ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบพบได้ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 40-50 ปี ความเสี่ยงของกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น กระดูกสันหลังส่วนเอวพบได้บ่อยในระดับ 3-5 (Bjerke, 2020) ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดหลัง ปวดขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง ซ้ำ ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในวัยทำงานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) จากสถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ในปี พ.ศ. 2560-2562 พบผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบส่วนเอวที่มารับบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 6,096, 7,012, 7,422 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2560-2562) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภาวะกระดูกสันหลังเสื่อมทำให้ผู้ป่วยต้องมารักษาโดยการผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการทำกายภาพบำบัดฟื้นฟูร่างกาย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่น่าสนใจ มีความยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อศึกษาหาความรู้ทางวิชาการ
2. เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบส่วนเอว รวบรวมข้อมูลจากเวพระเบียน ผู้ป่วย ญาติ ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำราวารสาร งานวิจัย เว็บไซต์ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูก กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิง อายุ 59 ปี รับไว้ในการดูแลวันที่ 30 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 7 กรกฎาคม 2561 เลขที่ภายนอก 18595/52

เลขที่ภายใน 8366/61 วันที่ 31 พฤษภาคม 2561 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดขยายช่องโพรงไขสันหลังและใส่โลหะเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง (Decompression laminectomy L2-5 with fusion) หลังผ่าตัดวันที่ 6 เกิดภาวะแทรกซ้อนโลหะที่ยึดกระดูกเลื่อนหลุด ได้รับการผ่าตัด revision screw left L5 ในวันที่ 11 มิถุนายน 2561 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 7 กรกฎาคม 2561 เวลา 14.00 นาฬิกา ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลรวม 39 วัน

2.1 ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม สอบถามประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทั้งอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

2.2 วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

3. สรุปผลกรณีศึกษา จัดทำเป็นเอกสารวิชาการและนำเสนอผลงานตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 ดังนี้

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 59 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มาด้วยอาการปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้าง 2 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ส่งตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบส่วนเอวที่ระดับ 2-5 (spinal stenosis L2-5) รักษาด้วยการรับประทานยาและทำกายภาพบำบัด อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด รับไว้ในหอผู้ป่วยหญิง 12 วันที่ 30 พฤษภาคม 2561 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ โรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทางหลอดเลือดดำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แพทย์มีแผนการรักษา ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Coagulogram, BUN, Cr, Electrolyte, Cross matching, ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ แพทย์เฉพาะทางโรคไต และวิสัญญีแพทย์ เพื่อร่วมให้การรักษา

วันที่ 31 พฤษภาคม 2561 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง แสดงสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 8.30 นาฬิกา ได้รับการผ่าตัด Decompression laminectomy L2-5 with fusion เวลา 9.00 นาฬิกา ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ขณะทำการผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 300 มิลลิลิตร ออกจากห้องผ่าตัดเวลา 14.45 นาฬิกา ย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วันที่ 1 มิถุนายน 2561 รับย้ายผู้ป่วยจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักมาหอผู้ป่วยหญิง 12 เวลา 14.30 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง ทำทางอ่อนเพลีย ปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด 5 คะแนน แผลผ่าตัดที่หลังปิดผ้าปิดแผลแบบแน่น ไม่มีเลือดซึม มีท่อระบายเลือด 1 ขวด มีปริมาณเลือด 170 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยด 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 180/100 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนัง 100 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลามีอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง ไข้เพียงได้ไม่เกิน 30 องศา

วันที่ 3 มิถุนายน 2561 หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น แผลผ่าตัดที่หลังปิดผ้าปิดแผลแบบแน่น ไม่มีเลือดซึม มีท่อระบายเลือด 1 ขวด มีปริมาณเลือด 30 มิลลิลิตร ปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด 4 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 6 มิถุนายน 2561 หลังผ่าตัดวันที่ 6 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น แผลผ่าตัดที่หลังปิดผ้าปิดแผลแบบแน่น ไม่มีเลือดซึม ได้รับการถอดท่อระบายเลือด ปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด 4 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยใส่ LS support ฟีกเคิน โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน หลังเดินผู้ป่วยมีอาการชาและปวดขาซ้าย แพทย์ส่งตรวจ CT LS spine พบกระดูกเลื่อนและกดทับเส้นประสาท แพทย์มีแผนการรักษา ทำผ่าตัด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ PT 79.5 วินาที APTT 61.1 วินาที INR 7.68 ให้ FFP 2 ยูนิต และ Vitamin K 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

วันที่ 11 มิถุนายน 2561 หลังผ่าตัดวันที่ 11 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย นอนพักบนเตียง ปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด 6 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 151/80 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการผ่าตัด revision screw L5 left เวลา 13.00 นาฬิกา ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ขณะทำผ่าตัดเสียเลือด 200 มิลลิลิตร ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดเวลา 16.20 นาฬิกา หลังผ่าตัดย้ายผู้ป่วยไปหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วันที่ 12 มิถุนายน 2561 รับย้ายจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักมาหอผู้ป่วยหญิง 12 เวลา 15.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง ได้รับออกซิเจน cannular อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แผลผ่าตัดที่หลังปิดผ้าปิดแผลแบบแน่น ไม่มีเลือดซึม มีท่อระบายเลือด 1 ขวด ปริมาณเลือด 50 มิลลิลิตร ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ดูรองรับมีปัสสาวะปริมาณ 50 มิลลิลิตร สีเหลืองใส ปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด 5 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 154/93 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนัง 99 เปอร์เซ็นต์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการผล PT 26.4 วินาที APTT 38.3 วินาที INR 2.42 แพทย์มีคำสั่ง การรักษาให้ FFP 1 ยูนิต และ Vitamin K 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

วันที่ 14 มิถุนายน 2561 หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักบนเตียง สีหน้าสดชื่น หายใจได้เองไม่ใช้ออกซิเจน แผลผ่าตัดที่หลังปิดผ้าปิดแผลแบบแน่น มีท่อระบายเลือด 1 ขวด ปริมาณเลือด 50 มิลลิลิตร ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ดูรองรับมีปัสสาวะปริมาณ 100 มิลลิลิตร สีเหลืองใส ปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด 5 คะแนน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนัง 96 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้ถอดท่อระบายเลือด ใจเดียวได้ไม่เกิน 60 องศา

วันที่ 20 มิถุนายน 2561 หลังทำผ่าตัดวันที่ 9 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น นอนพักบนเตียง แผลผ่าตัด

ที่หลังปิดผ้าปิดแผลแบบแน่นไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด 4 คะแนน วัตถุประสงค์ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนัง 95 เปอร์เซ็นต์ ทีมกายภาพบำบัดบริหารกล้ามเนื้อใส่อุปกรณ์พยุงหลังและสะโพก ลูกนั่ง ยืน เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน ผู้ป่วยปัสสาวะมีเลือดปน แพทย์ให้ลดสายสวนปัสสาวะ ส่งปัสสาวะตรวจพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 100 cells/HPF เม็ดเลือดแดง มากกว่า 100 cells/HPF แพทย์ให้ยา ertapenem 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง

วันที่ 6 กรกฎาคม 2561 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น แผลผ่าตัดที่หลังตัดใหม่แล้วแผลแห้ง ไม่มีอาการปวดแผล ผู้ป่วยใส่ LS support ลูกนั่ง ยืน เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน วัตถุประสงค์ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 176/78 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 7 กรกฎาคม 2561 ก่อนจำหน่ายเน้นย้ำข้อควรปฏิบัติ ข้อห้ามหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว กิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายกล้ามเนื้อแกน ขา ใส่ LS support เวลาลูกนั่ง ยืน เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน การรับประทานยาต่อเนื่อง และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ จำหน่ายผู้ป่วยเวลา 14.00 นาฬิกา ติดตามอาการโดยการโทรเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย วันที่ 3, 7, 14 และ 21 ผู้ป่วยเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน นัดติดตามการรักษาในวันที่ 20 กรกฎาคม 2561 เวลา 8.00 นาฬิกา ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลรวม 39 วัน ขณะอยู่ในความดูแลพบปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 12 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้างเนื่องจากโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ

เป้าหมายการพยาบาล : อาการปวดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินตำแหน่ง ลักษณะความเจ็บปวด และระดับความรุนแรงของความปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดเป็นตัวเลข จัดทำนอนราบโดยวางหมอนไว้ใต้เข่า ใ้ข้อเข่าเล็กน้อย ทำนอนตะแคงวางหมอนข้างระหว่างขา แนะนำหลีกเลี่ยงการเดินหรือยืนนาน ๆ

การประเมินผล : ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 31 พฤษภาคม 2561 เวลา 16.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

กิจกรรมการพยาบาล : ก่อนให้เลือดตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ นามสกุล HN AN หมู่เลือด ชนิดเลือด วันหมดอายุ แบบ double check ดูแลให้ PRC 1 ยูนิต หยดเข้าหลอดเลือดดำใน 3 ชั่วโมง และสังเกตอาการผิดปกติระหว่างได้รับเลือด เช่น ไข้หนาวสั่น แน่นหน้าอก หรือผื่นคัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน วัตถุประสงค์ก่อนให้เลือด และหลังให้เลือดทุก 15 นาที 4 ครั้ง จากนั้นทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะให้เลือดหมด เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติ

การประเมินผล : ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 30 พฤษภาคม 2561 เวลา 20.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
กระดูกสันหลัง

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล : สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยแนะนำตนเอง ใช้น้ำเสียงและกิริยา
ท่าทางที่สุภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การเตรียมความสะอาดของร่างกาย
การงดอาหารและน้ำ ฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ ให้คำแนะนำ
การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พลิกตะแคงตัวอย่างถูกวิธี การออกกำลังกล้ามเนื้อแขนขา และข้อต่าง ๆ และ
เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล : ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 31 พฤษภาคม 2561 เวลา 8.30 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล : อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินตำแหน่ง ลักษณะความเจ็บปวด และระดับความรุนแรงของความปวด
โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และ
สังเกตผลข้างเคียงของยา ติดตามอาการปวดแผลผ่าตัดหลังได้รับยาบรรเทาปวด

การประเมินผล : ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 20 มิถุนายน 2561 เวลา 16.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโลหะที่ชิดกระดูกเลื่อนหลุด

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่เกิดการเลื่อนหลุดของโลหะที่ชิดกระดูก

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความผิดปกติของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงปลายเท้า ได้แก่ อาการชา ปวด
ขาและการเคลื่อนไหวของขาทั้ง 2 ข้าง วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งซึมบริเวณ
แผลผ่าตัด ดูแลพลิกตะแคงตัวอย่างถูกวิธี ให้หลังและสะโพกอยู่ในแนวตรง แนะนำท่าทางที่ถูกต้องขณะ
เคลื่อนไหว ใส่เครื่องพยุงหลังขณะลุกนั่ง ใช้แผ่นสไลด์บอร์ดช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

การประเมินผล : ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 20 มิถุนายน 2561 เวลา 16.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล : ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ประเมินการติดเชื้อโดยสังเกตอาการ
บวม แดง ร้อน หรือสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยา cefazolin และ
สังเกตผลข้างเคียงของยา ดูแลให้ท่อระบายเลือดมีประสิทธิภาพ ไม่หักพับ งอ หรือเลื่อนหลุด บันทึกและ
สังเกตลักษณะ สี จำนวนเลือดในขวดสุญญากาศ ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหักพับ งอ และดูแลให้เป็น
ระบบปิดเสมอทุกครั้งที่ปล่อยน้ำปัสสาวะเข้าถุงปัสสาวะด้วย 70% alcohol สังเกตและบันทึก
จำนวน สี ลักษณะของน้ำปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อ

การประเมินผล : ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 20 มิถุนายน 2561 เวลา 16.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากความดันโลหิตสูง

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินอาการผิดปกติอันมีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด หรือแขนขาอ่อนแรง วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา สังเกตผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ จัดทำศีรษะสูง 30 องศา ให้ศีรษะและคออยู่ในแนวตรง เพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ

การประเมินผล : ปัญหาแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 10 วันที่ 6 กรกฎาคม 2561 เวลา 22.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำกายภาพบำบัด

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการทำกายภาพบำบัด

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ดูแลใส่เครื่องพยุงหลังและจัดเสื้อผ้าให้เรียบร้อยก่อนฝึกเดิน แนะนำวิธีลุกจากเตียงและนอนอย่างถูกต้อง ขณะฝึกเดินมีพยาบาลหรือนักกายภาพดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยเดินโดยไม่มีสิ่งกีดขวางหรือพื้นลื่น

การประเมินผล : ปัญหาแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 20 มิถุนายน 2561 เวลา 16.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่ายเนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่เกิดภาวะเลือดออกง่ายจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตและประเมินอาการเลือดออกบริเวณอวัยวะต่าง ๆ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ FFP ตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลงดให้ยาทางกล้ามเนื้อ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ งดใช้ของมีคม

การประเมินผล : ปัญหาแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 14 มิถุนายน 2561 เวลา 18.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยและการเลื่อนผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วยและการเลื่อนผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล : เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกวิตกกังวล และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ให้ข้อมูลในเรื่องที่ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

การประเมินผล : ปัญหาแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 11 มิถุนายน 2561 เวลา 18.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยคิดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เป้าหมายการพยาบาล : การคิดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง

กิจกรรมการพยาบาล : สังเกตลักษณะ ปริมาณ และสีของน้ำปัสสาวะ ดูแลทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำสบู่ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและปัสสาวะออกทุก 8 ชั่วโมง ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยา cefepime สังเกตอาการข้างเคียง ติดตามผลตรวจปัสสาวะ

การประเมินผล : ปัญหาแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 10 วันที่ 6 กรกฎาคม 2561 เวลา 22.00 นาฬิกา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา และผลข้างเคียงของยา แนะนำดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ 3 วันหลังตัดไหม หากมีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อน แผลแยก ให้รีบมาพบแพทย์ แนะนำกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง และสวมอุปกรณ์พุงกระดุกสันหลังทุกครั้งเมื่อลุกนั่ง ยืน เดิน อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด แนะนำการรับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เน้นให้มาตรวจตามนัด

การประเมินผล : ปัญหาแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 10 วันที่ 6 กรกฎาคม 2561 เวลา 20.00 นาฬิกา

7. ผลสำเร็จของงาน

ศึกษาข้อมูล ให้การพยาบาล ติดตามและประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบส่วนเอวที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องโพรงไขสันหลังและใส่โลหะ รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเป็นเวลา 39 วัน ติดตามเยี่ยม 10 ครั้ง พบผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 12 ปัญหา ซึ่งได้รับการแก้ไขและต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยในการทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง แพทย์ให้ใส่ที่พุงหลังและสะโพกเวลาลุกนั่ง ยืน หรือเดิน ผู้ป่วยเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน แพทย์นัดตรวจติดตามการรักษาวันที่ 20 กรกฎาคม 2561

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบส่วนเอวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

8.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหญิง 12

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ผู้ป่วยมีความซับซ้อนของโรคร่วม 3 โรค และเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องผ่าตัดซ้ำจึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

9.2 ผู้ป่วยสูงอายุ การอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดต้องใช้ระยะเวลานาน

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรมีการจัดทำคู่มือ สื่อการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน

10.2 ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... วาทกรณ์ ศรีวิพันธุ์

(นางสาววราภรณ์ ศรีวิพันธุ์)

ผู้ขอรับการประเมิน
(วันที่)..... 27 / พ.ค. / 2564

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... นิดดา โส

(นางนิตยา ศักดิ์สุภา)

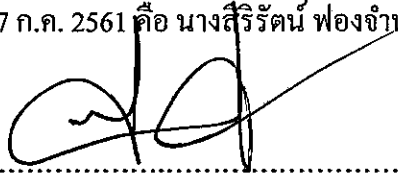
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่)..... 27 / พ.ค. / 2564

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้รับการประเมิน โดยตรงในช่วงระหว่างวันที่
30 พ.ค. 2561 ถึงวันที่ 7 ก.ค. 2561 คือ นางสิริรัตน์ พองจันทร์ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

ลงชื่อ..... 

(นายเกรียงไกร คัจจิตรมณีศักดิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่)..... 27 / พ.ค. / 2564

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 30 พ.ค. 2561 ถึงวันที่ 7 ก.ค. 2561
คือ นายสุกิจ ศรีทิพยวรรณ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

เอกสารอ้างอิง

- ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. (2557). *ปวดหลัง-ปวดคอและโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม*.
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้น 1 ตุลาคม 2563
จาก <https://wl.med.cmu.ac.th/educatin>.
- พรสินี เต็งพานิชกุล. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ใน อรพรรณ โตสิงห์,
พรสินี เต็งพานิชกุล, ชिरาวรรณ เชื้อตาเล็ง และณัฐมา ทองธีรธรรม (บรรณาธิการ), *การพยาบาล
ผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์*. (น. 184-195). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.
- ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์. (2557). ภาวะโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบ. ใน วรัท ทรรศนะวิภาส,
สุรินทร์ ธนพิพัฒนศิริ, กิตติ จิระรัตน์ โพธิ์ชัย, สมบัติ คุณากรสวัสดิ์, วิชาญ ยิ่งศักดิ์มงคล,
มงคล ฉัตรศรีนพคุณ และต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ (บรรณาธิการ), *ตำรากระดูกสันหลัง*.
(น.736-749). กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2560). *สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประจำปี 2560*.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2561). *สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประจำปี 2561*.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2562). *สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประจำปี 2562*.
- วิชาญ ยิ่งศักดิ์มงคล. (2560). *โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณเอว (Lumbar spinal canal stenosis)*.
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้น 1 ตุลาคม 2563
จาก https://ortho.md.chula.ac.th/student/SHEET/lumbar_spinal_stenosis.doc.
- สายสมร บริสุทธิ์, อารีรัตน์ วรพินิต และไสว นรสาร. (2560). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
กระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- Bjerke B. (2020). *Lumbar Spinal Stenosis*. Retrieved 19 January 2021
from <http://www.spine-health.com/conditions/spinal-stenosis/lumbar-spinal-stenosis>

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาววราภรณ์ ศรีวิพันธุ์**

เพื่อประกอบการประเมิน เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 678)
สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์
เรื่อง สื่อการสอนเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

หลักการและเหตุผล

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญพบได้ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 40-50 ปี ความเสี่ยงของกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งการตีบแคบของกระดูกสันหลังส่วนเอวพบได้บ่อยในระดับ 3-5 (Bjerke, 2020) ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดหลังและปวดขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ขา เดินระยะทางไกลไม่ไหว ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันในวัยทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

ปัจจุบัน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พบผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องด้วยมีแพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะทางจึงสามารถให้บริการผู้ป่วยเฉพาะโรคได้มากขึ้น จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ใน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่มารับบริการรักษาโรค โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบส่วนเอวที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 6,096, 7,012 และ 7,422 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2560-2562) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหญิง 12 พบมากเป็น 1 ใน 3 ของโรคกระดูกสันหลัง การรักษาโรค โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบด้วยการผ่าตัดพยาบาลมีส่วนสำคัญในการให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับถึงการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันหอผู้ป่วยหญิง 12 ยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสารและอุปสรรคเกี่ยวกับขั้นตอนในการดูแลเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง การให้ความรู้ยังไม่มีสื่อการสอน ที่ใช้เป็นตัวกลางช่วยให้การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งการให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำเนื้อหาความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังได้ทั้งหมด บางรายมีความวิตกกังวลโทรสอบถามการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และยังพบการกลับมาอนข้ำในโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผนใน 28 วัน จากสถิติในปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 1.94, 1.52 และ 1.49 ตามลำดับ ด้วยเหตุนี้จึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการและมีความสนใจที่จะจัดทำสื่อการสอนเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในรูปแบบ QR code เพื่อให้ผู้ป่วยมีเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ใช้สำหรับพบทวนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่าย

ของหอผู้ป่วยหญิง 12 ในการผลิตแผ่นพับให้ความรู้ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
ที่มีแนวคิดปรับลดการใช้กระดาษ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง สามารถทบทวนความรู้
เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจให้ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับสื่อการสอนแบบ QR code

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (spinal stenosis) หมายถึง ภาวะโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ
เกิดจากการเสียน้ำที่ของกระดูกสันหลังทำให้กระดูกเสื่อมสภาพจากวัยที่มากขึ้นหรือการใช้งาน
ซึ่งร่างกายจะมีกระบวนการซ่อมแซมและเสริมความมั่นคงให้กับกระดูกสันหลังทำให้เกิดการหนาตัว
ของเส้นเอ็น เยื่อหุ้มข้อต่อกระดูกสันหลังหนาตัวขึ้น และกระดูกงอกรอบ ๆ โพรงกระดูกสันหลังทำให้
พื้นที่ในโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบลงและเกิดการกดทับเส้นประสาทที่อยู่ภายใน โพรงกระดูกสันหลัง
ส่งผลให้มีอาการปวดหลังร้าวลงขา ขา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์, 2557) พบได้บ่อยใน
ผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) อาการปวดมีผลกระทบต่อการทำ
กิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้และเกิดค่าใช้จ่าย
เพื่อการรักษาพยาบาล สำหรับเป้าหมายของการรักษา คือ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ
ปราศจากความเจ็บปวดโดยใช้เวลารักษาน้อยที่สุด วิธีการรักษามีความปลอดภัย การรักษาแบ่งได้ ดังนี้
(ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์, 2557) การรักษาโดยไม่ผ่าตัด และการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่อาการปวด
ไม่ทุเลาทำให้ผู้ป่วยต้องมารักษาโดยการผ่าตัด ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรก
รับเข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการ
เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน รวมถึงการเตรียมผู้ดูแล และชุมชนให้พร้อม
ในการช่วยเหลือดูแลการเจ็บป่วย และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2554)
แผนการจำหน่ายโดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับอาการที่เป็นอยู่
รวมถึงการฝึกทักษะปฏิบัติตัวที่ถูกต้องส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพในระยะต่าง ๆ ของการดำเนินโรคและ
เพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการ (ชนิษฐ์นาถ จุริมาศ, 2558) ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมาปรับใช้
เพื่อเป็นสื่อการสอนให้ความรู้และสามารถปฏิบัติได้จริงแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งโอเร็มได้อธิบายมโนทัศน์
ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประ โยชน์

แก่ตนเองในการดำรงชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (พารุณี วงษ์ศรี, ทิปทัศน์ จินตปัญญากุล, 2561)

ขั้นตอนการดำเนินการมีดังนี้

1. เสนอหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตจัดทำสื่อการสอนเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

2. ศึกษาและค้นคว้า รวบรวมข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จากตำรา งานวิจัย เพื่อประกอบการจัดทำสื่อการสอน

3. ศึกษาวิธีการสร้าง QR code

4. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและค้นคว้ามาจัดทำสื่อการสอนในรูปแบบ QR code เพื่อให้ ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยแบ่งเนื้อหาเป็นหัวข้อพร้อม คำอธิบายและภาพประกอบเพื่อให้เข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้นดังนี้

4.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคกระดูกสันหลังตีบ ประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย การรักษา และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

4.2 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป การงดน้ำและ อาหารก่อนผ่าตัด

4.3 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การลุกจากเตียง การนอนเตียง การออกกำลังกาย การสวมอุปกรณ์พยุงกระดูกสันหลัง

4.4 การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเฉพาะโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไต และไขมันในเส้นเลือดสูง การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลแผลผ่าตัด การจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน อิริยาบถที่เหมาะสม และกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงใน กิจวัตรประจำวัน การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

5. นำสื่อการสอนเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

6. ประชุมชี้แจงแก่บุคลากรในหน่วยงานนำเสนอการใช้สื่อการสอนในรูปแบบ QR code มาใช้ ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลังเพื่อให้ทราบวิธีการปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันโดยแนะนำการเข้าถึง ข้อมูลเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้

วิธีสแกน QR code

1. เข้า line application
2. เลือก add friends
3. เลือก QR code
4. สแกน QR code

7. ประเมินผลสื่อการสอนเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ทุก 6 เดือน เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนางานให้มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
2. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงสภาวะปกติมากที่สุด
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง
4. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการใช้บริการด้านการพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีสื่อการสอนเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังภายในปี 2564
2. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง

เท่ากับ 0

ลงชื่อ.....อรารณ ศรีวิพันธุ์.....

(นางสาวอรารณ ศรีวิพันธุ์)

ผู้ขอประเมิน

วันที่..... 27 พ.ค. 2564

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐ์นาถ จูรีมาศ. (2558). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 12(2),
17-23.
- ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. (2557). *Degenerative diseases of the Lumbar Spine*. ภาควิชาออร์โธปิดิกส์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้น 1 ตุลาคม 2563
จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/educatin.pdf>
- พารุณี วงษ์ศรี, ทิปทัศน์ ชินดาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ โอเริ่มกับการดูแลและการให้
คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 1-11.
- ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์. (2557). ภาวะโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบ. ใน *วรัท ทรศนะวิภาส,*
สุรินทร์ ชนพิพัฒนศิริ, กิตติ จิระรัตน์ โพธิ์ชัย, สมบัติ คุณากรสวัสดิ์, วิชาญ ยิ่งศักดิ์มงคล,
มงคล ฉัตรศรีนพคุณ และต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ (บรรณาธิการ), ตำรากระดูกสันหลัง.
(น.736-749). กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2560). *สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประจำปี 2560.*
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2561). *สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประจำปี 2561.*
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2562). *สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประจำปี 2562.*
- สุรีย์ ธรรมิกขวร. (2554). *การพยาบาลองค์รวม : กรณีศึกษา.* กรุงเทพมหานคร: ชนาพรส.
- Bjerke B. (2020). *Lumbar Spinal Stenosis*. Retrieved 19 January 2021
from <http://www.spine-health.com/conditions/spinal-stenosis/lumbar-spinal-stenosis>