



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๕ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาววิศรา สอนวงแก้ว	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานรังสีวิทยา
๒	นางสาวพรตะวัน อนันต์รุจิบรร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
๓	นายชนะพงษ์ แก่นพรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี
๔	นางสาวณัฐนาพร ทิมพ์ผกา	เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเภสัชกรรม
๕	นางกรุณา นันทจิวากรชัย	เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเภสัชกรรม

/รายละเอียด...

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อันึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาววิศรา สอนวงแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานรังสีวิทยา นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ	๒๓๑๐๓๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานรังสีวิทยา นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๓๑๐๓๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน คู่มือการปฏิบัติงานห้องใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ของโรงพยาบาลขอนแก่น				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน อุบัติเหตุทางรังสีและหลักปฏิบัติในภาวะฉุกเฉินทางรังสี				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๒	นางสาวพรตะวัน อนันต์จรูญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๕๘๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๕๘๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง กรณีศึกษา				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณ ขาหนีบผ่านกล้อง				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี		
๓	นายชนะพงษ์ แก่นพรม	โรงพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๓๒๐๑	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)	๒๓๒๐๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (ODS) : กรณีศึกษา				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS)				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

บัญชีรายชื่อผู้เขียนคณาจารย์ประจำภาคจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางสาวณัฐชนาพร พิมพ์ผกา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกรปฏิบัติการ	๓๑๒๒๗๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๔๒๒๗๖	เลื่อนระดับ ๘๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน ความพึงพอใจและผลการส่งยาทางไปรษณีย์และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยยาต้านฮอร์โมน ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน ผลการให้บริการทางเภสัชกรรมทางไกล (Tele Pharmacy) ในผู้ป่วยที่ได้รับยามุ่งเป้า (Targeted therapy) ชนิดรับประทาน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"
๕	นางกรรณา บัณฑิตจิรากรชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกรปฏิบัติการ	๓๖๔๘๕๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)	๓๖๔๘๕๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน การประสานรายการยาของผู้ป่วยอัลตร้าและช็อกและข้อชาย ๒ โรงพยาบาลขอนแก่น ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาระบบบริหารจัดการยา stat drugs เพื่อลดระยะเวลาในการจ่ายยา และเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยใน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง คู่มือการปฏิบัติงานห้องใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลขอนแก่น
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มกราคม 2568 - 30 มิถุนายน 2568
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ เอกสารวิชาการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และนำความเชี่ยวชาญจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานห้องใส่แร่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกด้วยสารกัมมันตรังสีประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรักษาด้วยสารกัมมันตรังสี รายละเอียดดังนี้

3.1 ความรู้ ความชำนาญงานเกี่ยวกับโรคที่รักษา

3.1.1 มะเร็งปากมดลูก (carcinoma of the uterine cervix) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยและเป็นโรคร้ายแรงที่ทำให้เสียชีวิตได้ หากผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะสุดท้ายของโรค ในปัจจุบันเทคโนโลยีต่างๆ มีความเจริญก้าวหน้าไปมากทั้งทางด้านการรักษาของแพทย์ การตรวจวินิจฉัยและแนวทางในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามารถตรวจคัดกรองโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการตรวจที่เรียกว่า แพปสมียร์ (Pap smear) ดังนั้นหากผู้ป่วยรู้จักดูแลสุขภาพของตนเองและได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ก็จะสามารถตรวจพบโรคได้ในระยะเริ่มแรก ซึ่งในระยะนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การที่เซลล์บุผิว (epithelial cells) บริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ผิดปกติ ทั้งขนาด รูปร่าง และองค์ประกอบภายในเซลล์อย่างต่อเนื่องและไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์ที่ผิดปกติแทรกทำลายเนื้อเยื่อปกติ เนื้อเยื่อข้างเคียงและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ทางหลอดเลือดและระบบน้ำเหลือง

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่นอน จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์และสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีพฤติกรรมทางระบาดวิทยา คล้ายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สามารถค้นพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค เช่นสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน เชื้อชาติการสูบบุหรี่ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ พฤติกรรมการกินอาหาร และปัจจัยทางพันธุกรรม (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2553)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงจะเริ่มด้วยอาการของมะเร็งในระยะก่อนลุกลามจนถึงอาการในระยะลุกลาม ดังนี้

1. ไม่มีอาการอะไร มักพบในระยะก่อนลุกลาม เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรง มีขนาดเล็ก ยังไม่มีการติดเชื่อหรือมีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก
2. เป็นตกขาวมีมูกใสจากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูกคล้ายกับเกิดการอักเสบทั่วๆไป
3. เลือดออกผิดปกติระยะเริ่มต้นอาจมาด้วยอาการมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเป็นหยดๆในขณะหรือหลังการร่วมเพศ เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการฉีกขาดหรือการบาดเจ็บของก้อนมะเร็ง แผลดลอกที่ปากมดลูก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.จากการตรวจภายในจะไม่มีลักษณะเฉพาะอาจพบการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกลักษณะใดลักษณะหนึ่งคือ

4.1 ปากมดลูกลักษณะที่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือเคยมีบุตรมาแล้ว

4.2 ปากมดลูกที่แสดงถึงการอักเสบเรื้อรัง

4.3 ปากมดลูกที่มีแผลถลอก(erosion)

5.ตกเลือดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามอาจจะมาด้วยอาการเลือดออกมากทางช่องคลอด มีอาการซีด อ่อนเพลีย บางรายถ้ามีการติดเชื้อมาร่วมด้วยจะทำให้เลือดที่ออกมามีลักษณะเป็นเลือดปนหนองและมีกลิ่นเหม็น

6.อาการปวดมักจะเกิดในระยะท้ายที่โรคเป็นมากและลุกลามไปไกลโดยเฉพาะมะเร็งที่กระจายถึงเส้นประสาท obturator และ sciatic บางรายมีอาการปวดท้องน้อย เนื่องจากมีการอักเสบของปากมดลูก จนเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน (pelvic thrombophlebitis) หลอดน้ำเหลืองอักเสบ (lymphangitis)

3.1.2 การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการใส่แร่

การรักษาด้วยรังสีระยะใกล้(Brachytherapy)คือการรักษาด้วยรังสีโดยต้นกำเนิดรังสี (source)และรอยโรคที่รักษามีระยะทางใกล้กันเนื่องจากต้นกำเนิดรังสีอยู่ภายในหรืออยู่ใกล้ชิดกับรอยโรคทำให้บริเวณรอยโรคได้รับปริมาณรังสีที่สูงและปริมาณรังสีลดลงอย่างรวดเร็วในบริเวณเนื้อเยื่อปกติที่อยู่ห่างออกมาทำให้อวัยวะที่อยู่โดยรอบได้รับปริมาณรังสีน้อยเป็นการลดโอกาสในการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา ภาษาที่คุ้นเคยมักจะใช้คำว่า “ใส่แร่” เป็นการสื่อความหมายสำหรับการรักษาด้วยรังสีระยะใกล้

การแบ่งประเภทของการรักษาด้วยรังสีระยะใกล้

การรักษาด้วยรังสีระยะใกล้สามารถแบ่งได้หลายประเภท เช่นตามวิธีการรักษา(Implants) ตามเวลาในการรักษา(Duration)ตามวิธีการนำต้นกำเนิดรังสีใส่เข้าไปในตัวผู้ป่วย (Source loading)และตามอัตราปริมาณรังสี(Dose rate)

1.ตามวิธีการรักษา สามารถแบ่งได้เป็น 6 วิธี คือ

1.1 การวางบนก่อนมะเร็ง (Mould) คือการนำต้นกำเนิดรังสีที่อยู่ในอุปกรณ์ที่ใช้ในการใส่สารกัมมันตรังสี (Applicator) วางบนผิวที่ติดกับรอยโรคหรือบนรอยโรคที่จะทำการรักษา นิยมใช้ในการรักษามะเร็งบริเวณผิวหนัง

1.2 การปักเข็มหรือฝังต้นกำเนิดรังสี (Interstitial implantation) คือการนำต้นกำเนิดรังสีเข้าไปในรอยโรคที่จะทำการรักษาโดยการปักเข็มหรือฝังต้นกำเนิดรังสีนิยมใช้ในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer) มะเร็งบริเวณโคนลิ้น (Tongue)และมะเร็งบริเวณริมฝีปาก(lip)

1.3 การสอดใส่ในโพรงของร่างกาย (Intracavitary)คือการทำนำต้นกำเนิดรังสีเข้าไปในบริเวณช่องขนาดใหญ่หรือโพรงของร่างกายที่อยู่ติดกับรอยโรคที่จะทำการรักษานิยมใช้ในการรักษามะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

1.4. การสอดใส่ในท่อของร่างกาย (Intraluminal)คือการนำต้นกำเนิดรังสีเข้าไปในบริเวณท่อขนาดเล็กของร่างกายที่อยู่ติดกับรอยโรคที่จะทำการรักษา เช่น การรักษามะเร็งบริเวณหลอดอาหาร (esophageal cancer)

1.5. การให้รังสีระหว่างการผ่าตัด (intraoperative)คือการนำต้นกำเนิดรังสีเข้าไปวางใกล้กับรอยโรคในระหว่างการผ่าตัด นิยมใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม (breast cancer) มะเร็งศีรษะและลำคอ (nasopharyngeal cancer)

1.6. การสอดใส่ผ่านหลอดเลือด (intravascular)คือการนำต้นกำเนิดรังสีใส่ผ่านหลอดเลือดภายในร่างกายที่อยู่ใกล้กับรอยโรคที่จะทำการรักษา

2. ตามเวลาในการรักษา สามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธีการคือ

2.1. แบบชั่วคราว (temporary)คือการนำต้นกำเนิดรังสีใส่เข้าไปในตัวผู้ป่วยบริเวณรอยโรคที่รักษาตามเวลาที่กำหนด และนำต้นกำเนิดรังสีกลับมาเก็บในถ้ำของเครื่อง

2.2. แบบถาวร (permanent)คือการนำต้นกำเนิดรังสีโดยการฝังเข้าไปในตัวผู้ป่วยและไม่มีการนำต้นกำเนิดรังสีออกจากตัวผู้ป่วย สำหรับการรักษาด้วยวิธีนี้ต้นกำเนิดรังสีจะต้องมีพลังงานที่เหมาะสมและค่าครึ่งชีวิตที่สั้น (short half-life) ตัวอย่างต้นกำเนิดรังสีที่ใช้สำหรับการรักษาแบบถาวรคือ ^{125}I , ^{103}Pd , ^{19}Au

3. ตามวิธีการนำต้นกำเนิดรังสีใส่เข้าไปในตัวผู้ป่วย (Source loading) สามารถแบ่งได้ 2 วิธีคือ

3.1. การนำต้นกำเนิดรังสีใส่ในเครื่องมือก่อนใส่เครื่องมือเข้าไปในตัวผู้ป่วย (preloading technique)คือวิธีการนำต้นกำเนิดรังสีใส่ใน applicator ก่อนใส่เครื่องมือเข้าไปในตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการใช้ในอดีต ทำให้ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับปริมาณรังสีสูง

3.2. การใส่เครื่องมือเข้าไปในตัวผู้ป่วยก่อนนำต้นกำเนิดรังสีใส่ในเครื่องมือ (after-loading technique)ซึ่งสามารถแบ่งย่อยได้เป็น 2 วิธีการ คือ

ก) การนำต้นกำเนิดรังสีใส่ในเครื่องมือด้วยมือ (manual after-loading technique)คือการใส่เครื่องมือเข้าไปในตัวผู้ป่วยก่อนที่จะนำต้นกำเนิดรังสีใส่ในเครื่องมือ แต่วิธีการนี้ผู้ปฏิบัติงานจะต้องนำต้นกำเนิดรังสีใส่ในเครื่องมือเหมือนกับวิธี preloading technique ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับปริมาณรังสี

ข) การนำต้นกำเนิดรังสีใส่ในเครื่องมือด้วยเครื่องควบคุม (remote after-loading technique)คือการใส่เครื่องมือเข้าไปในตัวผู้ป่วยก่อนที่จะนำต้นกำเนิดรังสีใส่ในเครื่องมือ โดยอาศัยเครื่องควบคุมเพื่อกำหนดให้ต้นกำเนิดรังสีเคลื่อนไปยังเครื่องมือภายในตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการที่ปลอดภัยสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

4. ตามอัตราปริมาณรังสี (Dose rate) สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ

4.1. Low dose rate (LDR) คือการให้อัตราปริมาณรังสีระดับต่ำอยู่ที่ระดับ 0.4 ถึง 2 Gy/hr ต้นกำเนิดรังสีที่นิยมสำหรับ low dose rate คือ ^{226}Ra และ ^{137}Cs ในยุคแรกที่เป็นแบบชนิดแห้ง

4.2. Medium dose rate (MDR) คือการให้อัตราปริมาณรังสีระดับกลางอยู่ที่ระดับ 2 ถึง 12 Gy/hr ต้นกำเนิดรังสีที่นิยมสำหรับ medium dose rate คือ ^{137}Cs

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.3. High dose rate (HDR) คือ การให้อัตราปริมาณรังสีระดับสูงอยู่ที่ระดับมากกว่า 12 Gy/hr สำหรับการนำต้นกำเนิดรังสีใส่เข้าไปในตัวผู้ป่วยด้วยการให้อัตราปริมาณรังสีระดับสูงจะต้องเป็นแบบ remote after-loading technique และต้นกำเนิดรังสีที่นิยมสำหรับ high dose rate คือ ^{60}Co และ ^{192}Ir

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 วัตถุประสงค์

4.1.1. เพื่อใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานห้องใส่แร่ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสำหรับนักรังสีการแพทย์ หน่วยงานรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลขอนแก่น ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องครบถ้วน มีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางเดียวกันโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

4.1.2. เพื่อให้ นักศึกษารังสีเทคนิคได้รับความรู้ความเข้าใจและสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์การฝึกภาคปฏิบัติหลักสูตรรังสีเทคนิค

4.2 เป้าหมาย

บุคลากรในหน่วยงานรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์และขั้นตอนการทำหัตถการใส่แร่ได้อย่างถูกต้อง เอ็กซเรย์ภาพได้ถูกต้องแม่นยำ รวดเร็วเพื่ออำนวยความสะดวกการวางแผนการรักษา สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วน ผู้ป่วยได้รับการบริการใส่แร่ ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

4.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.3.1 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานห้องใส่แร่ โดยค้นคว้าเอกสารบทความทางวิชาการ หนังสือนิตยสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากนักรังสีการแพทย์ที่มีประสบการณ์และความชำนาญ

4.3.2 ทำการศึกษาจากการเข้าปฏิบัติงานห้องใส่แร่จริง ร่วมกับรังสีแพทย์และสหวิชาชีพอื่นๆ

4.3.3 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ และประเมินปัญหา

4.3.4 รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลตามลำดับ

4.3.5 สรุปผลการปฏิบัติงานห้องใส่แร่

4.3.6 นำเสนอผลงานต่อผู้บังคับบัญชา และทีมผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพ

4.3.7 ปรับปรุงแก้ไขผลงานตามข้อเสนอแนะของผู้บังคับบัญชา

4.3.8 ขั้นตอนดำเนินการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานห้องใส่แร่ ของโรงพยาบาลขอนแก่น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณมีเอกสารคู่มือการปฏิบัติงานห้องใส่แร่ ของโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 1 เรื่อง

5.2 เชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.2 นักรังสีการแพทย์ทุกคนปฏิบัติงานได้ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็วขึ้น และปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ด้านบริการ ใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับคนไข้ใส่แร่ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ด้านวิชาการ เพื่อพัฒนางานความรู้ในงานประจำสู่งานวิจัย (Routine To Research : R2R) และคิดค้นนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะไกลโดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง พร้อมทั้งใช้เป็นเอกสารในการศึกษา ค้นคว้าของบุคลากรทางการแพทย์และนักศึกษารังสีเทคนิคที่มาฝึกงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากการรักษาด้วยรังสีรักษาระยะไกลโดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง เป็นการบำบัดที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ที่ต้องใช้เครื่องมือหรือเทคนิคเฉพาะทางในการรักษา นักรังสีการแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ในการใช้เครื่องมือทางรังสี การจัดตำแหน่งอุปกรณ์ให้ถูกต้องแม่นยำ ถ่ายภาพทางรังสีให้ครอบคลุมอุปกรณ์และอวัยวะที่ต้องการรักษาในตัวผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการปฏิบัติงานห้องใส่แร่นั้น เป็นเหตุการณ์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และใช้เวลานาน ทำให้พบว่ามีปัญหาหลายอย่างในการปฏิบัติงาน

8.1 ปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอาจเกิดอุบัติเหตุเพียงผู้ป่วยชนกับผนังทางเดิน เนื่องจากระยะทางระหว่างห้องเอกซเรย์ซีอาร์เอ็มถึงห้องใส่แร่มีระยะทางที่ไกลและแคบ

8.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำหัตถการใส่แร่ มีอายุการใช้งานนาน อุปกรณ์บางชิ้นบวม เปี้ยว ไม่สามารถล็อกให้อยู่กับที่ได้ ทำให้ตำแหน่งของอุปกรณ์ที่ใส่เข้าไปตัวผู้ป่วยอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้

8.3 สารกัมมันตรังสีที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมีอัตราค่าครึ่งชีวิต ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไป ค่าครึ่งชีวิตจะลดลง ทำให้ใช้เวลาในการโหลดแร่นานขึ้น ผู้ป่วยจะต้องนอนอยู่ในห้องโหลดแร่เวลานานขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาระยะไกลโดยการใส่แร่ด้วยสารกัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ นักรังสีการแพทย์ทุกคนต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน ดังนั้นควรมีการพัฒนาสมรรถนะของนักรังสีการแพทย์ในการปฏิบัติงานห้องใส่แร่ เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ให้เกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายอย่างถูกต้องต่อไป

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาววิศรา สอนวงแก้ว นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของผลงาน 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

-ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วิศรา สอนวงแก้ว

(นางสาววิศรา สอนวงแก้ว)

(ตำแหน่ง) นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ

(วันที่) 16 / ก.ค. / 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววิศรา สอนวงแก้ว นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ	<u>วิศรา สอนวงแก้ว</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ok

(หม่อมราชวงศ์ มงคล)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์

(วันที่) 16 / ก.ค. / 2568

(ลงชื่อ) ฟ


(นางสาว สุวิภา อหุททอรัตนชัย)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าสำนักงานจังหวัด

(วันที่) 17 / ก.ค. / 2568

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

(ลงชื่อ)..... 
(.....(นายเพชรศักดิ์ สือรัมย์รุ่งเรือง).....)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....
(วันที่) ผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ๑.....

(ลงชื่อ)..... 
(.....(นายสรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เสถียร).....)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น.....

(วันที่) ๖ / ๕.๓. / ๒๕๕๕.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง อุบัติเหตุทางรังสีและหลักปฏิบัติในภาวะฉุกเฉินทางรังสี

2. หลักการและเหตุผล

สารกัมมันตรังสีและรังสี เป็นรูปแบบหนึ่งของพลังงานนิวเคลียร์ได้ถูกนำมาใช้ ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง โดยในปัจจุบันสารกัมมันตรังสีและรังสีถูกนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคในโรงพยาบาล ดังนั้นการใช้สารกัมมันตรังสีและรังสีให้เป็นประโยชน์จะต้องคำนึงถึงอันตรายที่อาจได้รับด้วย ซึ่งการใช้ประโยชน์และการป้องกันอันตรายจากรังสี หรือสารกัมมันตรังสีที่ให้ผลดีที่สุด ผู้ปฏิบัติงานควรมีความรู้ในเรื่องของกัมมันตภาพรังสีและสารกัมมันตรังสีเพื่อให้การใช้ประโยชน์เป็นไปอย่างปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงานเองและผู้อื่น ดังนั้นทางหน่วยงานรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่นจึงจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกท่านในหน่วยงาน และฝึกซ้อมแผนการจัดการในกรณีการเกิดภาวะฉุกเฉินทางรังสี เช่น การมีสารกัมมันตรังสีสูญหายจากการถูกขโมย หรือกรณีรักษาคนไข้ใส่แร่แล้ววัสดุกัมมันตรังสีไม่กลับเข้าที่ในภาชนะบรรจุเมื่อครบเวลาการรักษา

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

อุบัติเหตุทางรังสี หมายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาดหมาย โดยเกี่ยวข้องกับรังสีหรือต้นกำเนิดรังสี ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมต้นกำเนิดรังสีหรือปริมาณรังสีให้อยู่ในระดับที่กำหนดได้และอาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งทางตรงและอ้อมต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ปฏิบัติงานผู้เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไป

การปฏิบัติงานเกี่ยวกับรังสีนั้น ถึงแม้จะมีการเตรียมการที่ดี มีความพร้อมในด้านสถานที่ห้องปฏิบัติการ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสม บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีทั้งทางด้านการใช้ประโยชน์จากรังสี ตามลักษณะของงานและการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีที่เหมาะสม รวมทั้งมีมาตรการแนวปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานครบถ้วนก็ตาม บางครั้งก็อาจเกิดเหตุสุดวิสัยต่างๆที่โอกาสจะเกิดอุบัติเหตุน้อยมากมากก็ตาม แต่เมื่ออุบัติเหตุทางรังสีเกิดขึ้นแล้วอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องได้

ดังนั้นการปฏิบัติงานในหน่วยงานรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น จึงจำเป็นต้องมีวิธีปฏิบัติงานในกรณีฉุกเฉินและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานดังนี้

1. ในกรณีเกิดความผิดปกติของระบบเครื่องสอดใส่แร่ ปกติ Ir-192 จะกลับสู่ที่เก็บภายใน 30 วินาที โดยอัตโนมัติ ถ้าผ่านไป 50 วินาทีแล้ว Ir-192 ยังไม่กลับสู่ที่เก็บจะมีไฟเตือนให้ใช้มือหมุนกระพริบขึ้น ซึ่งผู้ปฏิบัติงานจะต้องเดินเข้าไปภายในห้องใส่แร่และใช้มือหมุนวงล้อสำหรับดึง Ir-192 ทวนเข็มนาฬิกา 8-10 รอบ
2. ในกรณีสาย Ir-192 ไม่กลับเข้าที่เก็บ กรณีพบว่าวัสดุกัมมันตรังสีไม่กลับเข้าที่ในภาชนะบรรจุเมื่อครบเวลาการรักษา ให้พยายามกดปุ่มฉุกเฉินที่ส่วนควบคุมเครื่อง หรือใช้การดึงสายกลับด้วยมือหมุนตามที่ระบุไว้ในคู่มือและเครื่องแต่ละรุ่น เจ้าหน้าที่เขาไปในห้องใช้เครื่องวัดรังสีตรวจวัดระดับรังสี และหาตำแหน่งที่วัสดุกัมมันตรังสีติดค้าง

ข้อเสนอแนะ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางรังสีดังที่กล่าวมาข้างต้น ควรมีเจ้าหน้าที่จากบริษัทเครื่องโหลด
แร่เข้ามา Preventive Maintenance เครื่องโหลดแร่เป็นประจำ และก่อนการปฏิบัติงานทุกครั้งเจ้าหน้าที่
ประจำห้องโหลดแร่ ควรเช็คระบบการทำงานของเครื่องทุกครั้งก่อนเริ่มการรักษาคอนไซโซแร่

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1. ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในแผนกรังสีรักษา มีความรู้ความเข้าใจ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้กรณีเกิด
เหตุฉุกเฉินทางรังสี

4.2. มีแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักรังสีการแพทย์ ให้มีความรู้และทักษะในด้านการปฏิบัติงานทาง
รังสี

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1. อุบัติเหตุทางรังสี หรือสารกัมมันตภาพรังสีสูญหายหรือรั่วไหล = 0

5.2. ความผิดปกติของระบบเครื่องสอดใส่แร่ = 0

5.3. นักรังสีการแพทย์ผ่านการฝึกอบรมการป้องกันอันตรายจากรังสี ผ่านการอบรมการเกิดเหตุฉุกเฉินทาง
รังสี และมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....วริศรา สอนวงแก้ว.....

(นางสาววริศรา สอนวงแก้ว)

(ตำแหน่ง) นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ

(วันที่) 16 / ก.ค. / 2568

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๓ เมษายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ภายวิภาค สรีรวิทยา

โรคไส้เลื่อนคือโรคที่อวัยวะภายใน(บางส่วน) เกิดการเคลื่อนตัวออกจากตำแหน่งที่อยู่เดิม ผ่านรูหรือฉีกขาดผ่านบริเวณกล้ามเนื้อ หรือพังผืดที่เกิดความหย่อนยานสูญเสียความแข็งแรง ไปอยู่ยังอีกตำแหน่งหนึ่งและมักปรากฏเป็นก้อนตุ่มออกมา โดยส่วนที่เคลื่อนตัวออกไปจะยังคงถูกห่อหุ้มด้วยเยื่อหุ้มเดิม (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, ๒๕๕๗) ประเภทของไส้เลื่อนที่พบได้บ่อย คือไส้เลื่อนตรงขาหนีบ แบ่งได้เป็น ๒ ชนิด ๑. ไส้เลื่อนลงอ้อมตะ (indirect inguinal hernia) ๒. ไส้เลื่อนลงผนังหน้าท้องส่วนล่าง (direct inguinal hernia)

๓.๒ โรคไส้เลื่อน

โรคไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (Inguinal hernia) คือโรคที่อวัยวะภายในช่องท้อง(บางส่วน) เกิดการเคลื่อนตัวออกจากตำแหน่งที่อยู่เดิม ผ่านรูหรือฉีกขาดผ่านบริเวณกล้ามเนื้อ หรือพังผืดที่เกิดความหย่อนยาน สูญเสียความแข็งแรง ไปอยู่ยังอีกตำแหน่งหนึ่งและมักปรากฏเป็นก้อนตุ่มออกมาบริเวณถุงอ้อมตะหรือบริเวณขาหนีบ โดยส่วนที่เคลื่อนตัวออกมาจะยังคงถูกห่อหุ้มด้วยเยื่อหุ้มเดิม ประเภทของไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดได้แก่ 1. ไส้เลื่อนลงอ้อมตะ (indirect inguinal hernia) 2. ไส้เลื่อนลงผนังหน้าท้องส่วนล่าง (direct inguinal hernia)

๓.๓ อาการ อาการแสดงของโรคและการวินิจฉัยโรค

ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ มีอาการเป็นก้อนบวมตุ่ม บริเวณขาหนีบหรือถุงอ้อมตะ อาการจะแสดงเวลาที่แรงดันในช่องท้องสูง เช่นเวลาไอ จาม ยกของหนักหรือเบ่งถ่าย เวลานอนหงายก้อนจะเล็กลงหรือยุบหายไป ก่อนมีลักษณะนุ่มหยุ่น ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บปวดแต่อย่างใด (อมรพล กันเลิศ, วีระยุทธ โกวประเสริฐ, และ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๖๖)

๓.๓.๑ อาการแทรกซ้อนของไส้เลื่อนที่สำคัญ ได้แก่

๓.๓.๑.๑ Incarcerated hernia เป็นภาวะที่ลำไส้เคลื่อนออกมาแล้วไม่สามารถดันกลับเข้าไปในช่องท้องได้

๓.๓.๑.๒ Strangulated hernia เป็นภาวะที่ลำไส้มีการบิดตัว ทำให้ลำไส้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดการเน่าของลำไส้ตามมา ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบิดทั่วท้องมาก เวลาขยับตัวจะปวดมากขึ้น มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน บางรายอาจพบความดันโลหิตต่ำร่วมด้วย

๓.๓.๑.๓ Bowel obstruction เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่ออวัยวะไม่สามารถเคลื่อนผ่านลำไส้ไปได้ ผู้ป่วยมีอาการปวดมวนท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดไม่ผายลม

๓.๓.๒ การวินิจฉัย

๓.๓.๒.๑ ซักประวัติ ผู้ป่วยจะมีก้อนที่ผลุบๆ โผล่ๆ บริเวณที่เกิดไส้เลื่อน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๓.๒.๒ ตรวจร่างกาย โดยตรวจดูว่ามีก้อนบริเวณใด จะเห็นก้อนชัดเจนขึ้นเมื่อมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องและอาจไม่เห็นก้อนเมื่อมีความดันในช่องท้องน้อย ทำให้การตรวจบนเตียงผู้ป่วยในท่าปกติอาจจะไม่พบก้อน ดังนั้นจึงต้องให้ผู้ป่วยไอหรือเบ่งในขณะที่ทำการตรวจเพื่อให้เห็นก้อนโผล่ออกมา

๓.๓.๒.๓ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะพิจารณาส่งตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคได้ยาก เช่น ผู้ป่วยที่อ้วนมาก ก็จะพิจารณาส่งตรวจอัลตราซาวด์เพิ่มเติม (อมรพล กันเลิศ และคณะ, ๒๕๖๖)

๓.๔ การรักษา

การรักษาขึ้นกับชนิดและความรุนแรงของไส้เลื่อน การดันไส้เลื่อนกลับเข้าที่ (Taxis) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของไส้เลื่อนบีบรัดและขาดเลือด (Strangulated hernia) ผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นใน ๒ ชั่วโมง โดยฉีดยาแก้ปวดเข้าใต้ผิวหนัง จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายยกปลายเตียงให้สูงและศีรษะต่ำ ทิ้งไว้นาน ๓๐ นาที ไส้เลื่อนจะไหลกลับลงไปได้เอง หรือใช้การดันเพียงเล็กน้อยไส้เลื่อนอาจจะขยับเข้าได้ จะต้องสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นเวลาอย่างน้อย ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้คือ การทะลุของลำไส้และเยื่อช่องท้องอักเสบ ไส้เลื่อนที่ขาหนีบหรือถุงอัณฑะแพทย์มักจะแนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัด ในรายที่เป็นไส้เลื่อนชนิดติดค้าง แพทย์จะต้องรีบทำการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลำไส้เน่า (อมรพล กันเลิศ และคณะ, ๒๕๖๖) การผ่าตัดไส้เลื่อนมีวิธีการผ่าตัดดังนี้

๓.๔.๑ Herniorrhaphy เป็นการผ่าตัดบริเวณไส้เลื่อนเพื่อนำลำไส้กลับเข้ามาในช่องท้องแล้วเย็บซ่อมรูหรือบริเวณที่หย่อนด้วยกล้ามเนื้อ

๓.๔.๒ Hernioplasty เป็นการผ่าตัดโดยใช้แผ่นใยสังเคราะห์แทนผนังหน้าท้องเย็บปิดบริเวณรูหรือบริเวณที่หย่อนยาน

๓.๕ ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

๓.๕.๑ กระบวนการพยาบาล (ทฤษฎีการพยาบาล) หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอนที่พยาบาลคิด วิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

๓.๕.๒ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self care Theory) ด้านความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisite : HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ความต้องการนี้ได้แก่ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือโรค ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ในการที่ยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง (พารุณี วงษ์ศรี และ ทิปัทย์ ชินดาปัญญากุล, ๒๕๖๑)

ในการประเมินความต้องการการดูแลที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการสอดคล้องกับกรณีศึกษาที่มีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพจากภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบไม่สามารถดำเนิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

กิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือตนเองได้เหมือนปกติ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด รวมทั้งต้องปรับระดับประคองจิตใจผู้ป่วยเนื่องจากการเจ็บของผู้ป่วยส่งผลต่อภาพลักษณ์ของร่างกาย

๓.๖ การพยาบาลผู้ป่วย

สามารถแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยได้เป็น ๓ ระยะ (รัตนา เพิ่มเพชร และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, ๒๕๕๙) ดังนี้

๓.๖.๑ ระยะก่อนผ่าตัด

๓.๖.๑.๑ ประเมินสภาพทั่วไป ชักถามข้อมูล ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แนะนำสถานที่ สิ่งแวดล้อม

๓.๖.๑.๒ ประเมินสัญญาณชีพ

๓.๖.๑.๓ จัดเก็บ Specimen ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น CBC, UA, G/M และการตรวจพิเศษเพิ่มเติมก่อนการผ่าตัด เช่น Chest X-ray

๓.๖.๑.๔ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง พร้อมรับรายงานแพทย์

๓.๖.๑.๕ ให้การพยาบาลทางด้านจิตใจโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาของแพทย์อย่างคร่าวๆ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

๓.๖.๑.๖ แนะนำวิธีการเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด และความสะอาดของร่างกายก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด การเช็ดในยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด การงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดก่อนทำผ่าตัด ๖ ถึง ๘ ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหารและน้ำเข้าหลอดลม

๓.๖.๒ ระยะขณะผ่าตัด

๓.๖.๒.๑ ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยการทำ Surgical Safety checklist ได้แก่ Sign in, Time out และ Sign out ให้การพยาบาลด้วยหลัก Sterile technique

๓.๖.๓ ระยะหลังผ่าตัด

๓.๖.๓.๑ ให้การพยาบาลหลังผ่าตัด โดยประเมินการเสียเลือดจากบาดแผลผ่าตัด สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ติดตามประเมินอาการชัดเจน Hct. ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ เมื่อ Hct. ต่ำกว่า ๓๐ %

๓.๖.๓.๒ ประเมินภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยสังเกตลักษณะบวมแดง รอบ ๆ แผล และ discharge ที่ซึมจากแผลผ่าตัด Dressing แผลโดยใช้หลัก Aseptic technique ปิดแผลด้วย Fixumull บันทึกลับสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ ถ้า > ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ให้ประเมินทุก ๔ ชม.

๓.๖.๓.๓ ประเมินอาการปวดแผลของผู้ป่วยโดยการสอบถาม สังเกตสีหน้าท่าทาง โดยใช้ Pain Scale ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เขามือ ดูแลจัดท่านอนให้ได้รับความสบาย ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา พุดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

๓.๖.๓.๔ เตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมเพื่อสามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้ ประเมินความรู้ความเข้าใจ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพิ่มเติมก่อนกลับบ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

โรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบเป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีอุบัติการณ์สูงในทุกปีเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเช่น มีการอุดตัน (obstructed hernia) หรือมีการบีบรัดของลำไส้ (strangulated hernia) เมื่อลำไส้เคลื่อนออกมาและขาดเลือดมาเลี้ยง ทำให้ลำไส้ตายและเน่า เกิดอาการปวดอย่างรุนแรงได้ (สุทธิพา ใจสมักร, 2565) จากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น ๔ ปีย้อนหลังมีการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบแบบเปิดในรายไม่อุกเดินมีจำนวน ๑,๐๕๙ ราย ปี ๒๕๖๓ มีจำนวน ๒๖๔ ราย ปี ๒๕๖๔ มีจำนวน ๒๓๖ ราย ปี ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๘๘ รายและปี ๒๕๖๖ มีจำนวน ๒๗๑ ราย และจากสถิติการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบแบบส่องกล้องของโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง ๒๕๖๖ พบว่ามีอัตราการผ่าตัดจำนวน ๑๙๖ ราย แยกเป็นรายปีจำนวน ๒๙ ๓๙ ๖๐ และ ๖๘ ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบแบบส่องกล้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นโรคที่พบได้บ่อยในการผ่าตัดสาขาศัลยกรรมทั่วไป ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดังกล่าวจึงนำมาเป็นกรณีศึกษา

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อศึกษากายวิภาค สรีรวิทยาของผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ และพยาธิวิทยาของผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ

๔.๒.๒ เพื่อใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบโดยการส่องกล้อง

๔.๒.๓ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและมีคุณภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่ป้องกันได้

๔.๓ เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบโดยการส่องกล้องอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเข้ารับบริการในทุกๆระยะของการผ่าตัด

๔.๔ สาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕๙ ปี สถานภาพคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ HN ๖๕๐๖๑๕๘๐ มาโรงพยาบาลด้วยอาการคลำพบก้อนที่ขาหนีบด้านซ้าย ๑ ปีก่อนมาโรงพยาบาล วันนี้มาตามนัดเพื่อผ่าตัด

แรกรับ วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๑๓น. ผู้ป่วยมีสภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๖/๘๙ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๖๕ ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง / นาที แพทย์ตรวจร่างกายคลำพบก้อนบริเวณขาหนีบซ้ายสามารถเคลื่อนได้ วินิจฉัยเป็น Left Indirect Inguinal Hernia รับ Admit และเตรียม set ผ่าตัด Left TEP ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเวลา ๑๑.๐๕ น. วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ขณะผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีมผ่าตัดที่พร้อม มีการเตรียมเครื่องมือที่ถูกต้องเหมาะสมกับการทำผ่าตัด Left Laparoscopic Totally Extraperitoneal Repair (TEP) ใช้เวลาในการผ่าตัด ๑ ชั่วโมง ๕๕ นาที มีการดูแลสังเกตประเมินอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาระหว่างการผ่าตัด ขณะผ่าตัดไม่พบความผิดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นผู้ป่วยฟื้นตัวดีจากการดมยาสลบ ผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

หายใจเองได้ดี มีสติทำตามคำบอกได้ จึงย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่อที่ห้องพักพื้นเป็นเวลา ๑ ชั่วโมง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดจึงส่งผู้ป่วยกลับบ้านหอบผู้ป่วย หลังผ่าตัดที่หอบผู้ป่วย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมมีอาการปวดแผลเล็กน้อยอาการผู้ป่วยดีขึ้นรวมระยะเวลาอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา ๓ วัน

๔.๕ ขั้นตอนหลักการดำเนินการ

๔.๕.๑ เลือกกรณีศึกษาจากห้องผ่าตัดศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบโดยการส่องกล้อง

๔.๕.๒ ค้นคว้าข้อมูล ทฤษฎี อาการ อาการแสดง วิธีการรักษา วิธีการดูแลตนเองตามหลักการและเหตุผล เพื่อผู้ป่วยจะได้เข้าใจข้อมูลอย่างถูกต้อง และปรึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ

๔.๕.๓ ให้การพยาบาลผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบโดยการส่องกล้องตามกระบวนการพยาบาลที่ได้วางไว้

๔.๕.๔ สรุปเป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบโดยการส่องกล้อง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ : ๑. ให้การพยาบาลผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ๑ ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง ๕ ข้อ

๑. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ : ๑. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบแบบส่องกล้อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ลดความรุนแรงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองหลังกลับบ้านและพึงพอใจในการได้รับบริการที่มีมาตรฐาน

๖.๒ การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์และการรักษา

๖.๓ เป็นแนวทางประกอบการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาล

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง มีความซับซ้อน มีเครื่องมือเฉพาะในการผ่าตัด minimal invasive surgery ที่หลากหลาย ประกอบกับในโรงพยาบาลขอนแก่น การผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้องยังมีปริมาณที่ยังน้อยเมื่อเทียบกับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบแบบเปิดหน้าท้องแต่มีแนวโน้มที่จะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะความรู้ความชำนาญในการเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและศัลยแพทย์ในแต่ละรายและช่วยส่งเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง ซึ่งผู้ช่วยผ่าตัดต้อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ทบทวนขั้นตอนในการส่งเครื่องมือให้แม่นยำ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลช่วยรอบนอกขณะผ่าตัด ต้องเพิ่มบทบาทในการบริหารจัดการและนิเทศเจ้าหน้าที่ ระดับรอง ให้พร้อมในเรื่องของความรู้และทักษะ เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวย ให้กระบวนการผ่าตัดถูกต้องตามเทคนิควิธี เนื่องจากเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง มีการใช้อุปกรณ์ที่หลากหลาย ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาส เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลที่ดี การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการ ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๔. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๔.๑ บุคลากรที่มีความชำนาญด้านการผ่าตัด minimal invasive surgery มีน้อยและการผ่าตัด ไล่เลือนบริเวณขาหนีบผ่านกล้องเริ่มมีจำนวนที่มากขึ้น สามารถพบได้บ่อยในการผ่าตัดของสาขาศัลยกรรม ทวีไป ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับสรีระวิทยา ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยประกอบกับความ เชี่ยวชาญของทีมผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญในการ ผ่าตัด ประกอบกับบุคลากรในห้องผ่าตัดมักมีการหมุนเวียนบุคลากรในการปฏิบัติงานสาขาต่างๆอยู่บ่อยครั้ง ทำให้บุคลากรขาดประสบการณ์และความชำนาญในการผ่าตัดไล่เลือนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง อาจส่งผลให้ ระยะเวลาในการผ่าตัดนานขึ้นหรืออาจมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการเรียนการสอนด้านการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดไล่เลือนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง ควรมีการพัฒนาเป็นความรู้วิชาการและเพิ่มทักษะในการผ่าตัด เพื่อ เปิดโอกาสให้บุคลากรเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ภายใต้การดูแลจากทีมที่เสี่ยงอย่างใกล้ชิด

๔.๒ การผ่าตัดจำเป็นต้องรู้จักการเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการผ่าตัดโดยเฉพาะ อุปกรณ์ผ่าตัดผ่านกล้องที่มีความเฉพาะในตัวของอุปกรณ์ ที่บางอย่างไม่สามารถใช้ร่วมกันกับอุปกรณ์อื่นได้ รวมถึงเครื่องมือที่มีจำกัดและมีการเปิดให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องที่พร้อมกันในหลายห้อง พยาบาลต้อง มีความรู้และทักษะในการเลือกใช้เครื่องมือและบริหารจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ให้เหมาะสมเป็นอย่างดี รวมทั้งไหมเย็บต่างๆต้องแยกคุณสมบัติการใช้งานให้ถูกต้อง รวมไปถึงการดูแลเครื่องมือต่างๆหลังใช้งานเสร็จ เพื่อให้สามารถใช้ได้ยาวนานและมีประสิทธิภาพที่สุด

๔.๓ การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดมีความจำเป็นมาก เพราะการผ่าตัดเป็นเรื่องยากและเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นควรมีคำแนะนำและอธิบายขั้นตอนการผ่าตัดอย่างละเอียดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ รู้และเตรียมตัวให้ความร่วมมือก่อนและหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

๕. ข้อเสนอแนะ

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดมักมีการหมุนเวียนสาขาการผ่าตัดอยู่บ่อยครั้งเพื่อเพิ่มพูน ประสบการณ์พยาบาลห้องผ่าตัดให้มีความเชี่ยวชาญในทุกสาขาของการผ่าตัด แต่พบว่าเมื่อพยาบาลห้อง ผ่าตัดหมุนเวียนกลับมาปฏิบัติงานยังสาขาเดิม มักจะมีปัญหาในเรื่องความมั่นใจในการปฏิบัติงานเนื่องจากห่าง หายจากการปฏิบัติงานในสาขาเดิมเป็นระยะเวลานาน จึงควรมีคู่มือสำหรับทบทวนการผ่าตัดของแต่ละสาขา เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรที่ต้องสับเปลี่ยนหมุนเวียนสาขาการปฏิบัติงานให้มีความมั่นใจในการ ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และเพื่อพัฒนาความรู้และให้แนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดที่มี ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี ให้มีการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน

๖. การเผยแพร่ผลงาน

ภายในหน่วยงาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวแพรวตะวัน อนันต์รุจิบรร

สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวแพรวตะวัน อนันต์รุจิบรร สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) X แพรวตะวัน อนันต์รุจิบรร

(นางสาวแพรวตะวัน อนันต์รุจิบรร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวแพรวตะวัน อนันต์รุจิบรร	X แพรวตะวัน อนันต์รุจิบรร

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(..... นียากรณ์ โสกาจิตร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(..... นางดวงพร เวียงสินมา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

(ลงชื่อ) (นางพินิจ จอมเพชร)
 (..... พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)
 ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล
 วันที่ เดือน พ.ศ.
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

๓ /
 (ลงชื่อ)
 (..... (นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ))
 ตำแหน่ง ..ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น..
 วันที่ ๖ เดือน ๕ - ๕ พ.ศ. ๒๕๖๔
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2557). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่12 ปรับปรุงครั้งที่1). นนทบุรี: ยูทริรินทร์ จำกัด.
- ปราณี บุรินทร์โกษฐ์, ลาวัณย์ แสงวงศ์, เรณู อาจสาส์, กัญญา ออประเสริฐ. (2567). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช. วิธีสืบค้นวัสดุสารสนเทศ (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://tpna.or.th/th/index.php>. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (วันที่ค้นข้อมูล 10 มีนาคม 2568)
- พารุณี วงษ์ศรี และ ทิปทัศน์ ชินดาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรียมกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลตำรวจ. 10(1), 209-219.
- รัตนา เติมเพชร และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 9-20.
- สุทธิพา ใจสมิคร. (2565). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข. 1(1), 14-27
- อมรพล กันเลิศ, วีระยุทธ โถวประเสริฐ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2566). ตำราศัลยศาสตร์ เล่มที่ 3. ภาควิหคัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Robert M.Zollinger. (2023). ZOLLINGER'S ATLAS OF SURGICAL OPERATIONS. 11thedition : MCGRAW-HILL INTER.,INC.

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง

๒. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ จากสถิติการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบเป็นการผ่าตัดอันดับต้นของการผ่าตัดในศัลยกรรมทั่วไป ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักเป็นการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบในรูปแบบเปิด โดยในปีพ.ศ.๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่าอัตราการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้องมีอัตราการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยมีอัตราการผ่าตัด ๓๙ ราย ๖๐ ราย และ ๖๘ รายตามลำดับ ดังนั้นการศึกษาการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในการให้การดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีศักยภาพในการทำงาน ตั้งแต่การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดแผลเล็ก (minimal invasive surgery : MIS) ให้ครบถ้วนถูกต้อง การทำ Surgical safety checklist ก่อนและหลังการผ่าตัด การจัดทำผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด การช่วยศัลยแพทย์ และการส่งเครื่องมือขณะผ่าตัด ตลอดจนการเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัดรวมถึงหลังการผ่าตัด การพัฒนาพยาบาลห้องผ่าตัดควรมีการพัฒนาในหลายด้าน ดังนี้

๑) ด้านการพัฒนาบุคลากร มีการจัดอบรมและฝึกปฏิบัติงาน มีการหมุนเวียนเพื่อฝึกทักษะ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลจากทีมพยาบาลที่เลี้ยง

๒) มีการจัดทำคู่มือหรือผลงานวิชาการในหน่วยงาน ในแต่ละรายโรค เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ให้กับบุคลากร

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้องแม้จะมีข้อจำกัดในด้านผู้ป่วยอยู่น้อย เนื่องจากจะหลีกเลี่ยงการผ่าตัดผ่านกล้องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบที่มีขนาดใหญ่หรือกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการดมยาสลบ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของผู้ผ่าตัด และระยะเวลาที่เหมาะสมในการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการผ่าตัด ได้แก่ Staff เท่านั้น ประกอบกับภาวะของโรคที่ไม่เป็นภาวะฉุกเฉิน สามารถรอได้ แต่มีปริมาณของผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัดจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบส่วนมากจะได้รับการผ่าตัดแบบเปิด เพื่อลดความเสี่ยงในระยะการรอคอยผ่าตัด โดยเฉลี่ย ๓ ปี ย้อนหลังมีการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้องเพียง ๕๐ รายต่อปี ส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดยังขาดประสบการณ์การให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ตั้งอีกเสบเฉียบพลันผ่านกล้องอยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากปริมาณการผ่าตัดที่น้อยและระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ไม่มีความแน่นอน ดังนั้นในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัด จึงควรมีการจัดอบรมหรือจัดทำคู่มือการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยในแต่ละรายโรค เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานไปในทิศทางเดียวกัน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี มีความรู้ความเข้าใจกายวิภาคสรีรวิทยาของไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบและพยาธิวิทยาของไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ

๔.๒ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี มีความรู้ในการเตรียม การใช้เครื่องมือผ่าตัดใส่เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง

๔.๓ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและมีคุณภาพ

๔.๔ พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ๒ ปี มีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๘๐

๕.๒ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใส่เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

๕.๓ อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้งานคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนบริเวณขาหนีบผ่านกล้อง มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) แพทรวรรณ อนันต์จรูญ

(นางสาวแพทรวรรณ อนันต์จรูญ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (ODS) :
กรณีศึกษา

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 13 - 19 พฤศจิกายน 2567

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ไส้เลื่อน (Hernia) คือ ภาวะที่ลำไส้เคลื่อนตัวออกมาจากตำแหน่งเดิม และทำให้เห็นเป็นลักษณะคล้ายก้อนโป่งนูน ซึ่งเกิดจากความอ่อนแอของผนังช่องท้องที่มีมาแต่กำเนิดหรือเกิดภายหลัง เช่น จากการผ่าตัด ภาวะแรงดันที่มากผิดปกติภายในช่องท้อง โดยภาวะไส้เลื่อนสามารถแบ่งออกเป็นประเภทตามบริเวณตำแหน่งการเกิดโรคที่พบได้บ่อย ดังนี้ (ลลิต ศิริอุดมภาส, 2559)

1. ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (Inguinal hernias) เป็นภาวะไส้เลื่อนซึ่งเกิดจากความผิดปกติของผนังช่องท้องตั้งแต่กำเนิด โดยลำไส้เคลื่อนมาติดค้างที่บริเวณขาหนีบ หรือ ถุงอัณฑะ แต่บางกรณีลำไส้อาจเคลื่อนตัว แต่ไม่ติดค้างยังบริเวณที่เกิดไส้เลื่อนขาหนีบ มี 2 ชนิด คือ ภาวะที่มีไส้เลื่อนออกมาตามรูเปิดบริเวณขาหนีบ (Indirect inguinal hernia) และภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ ซึ่งเกิดจากบริเวณผนังหน้าท้องส่วนล่างหย่อนยาน ทำให้มีลำไส้ยื่นออกมาบริเวณหัวหน้า (Direct inguinal hernia)

2. ไส้เลื่อนบริเวณสะดือ (Umbilical hernia) เป็นภาวะที่ลำไส้เคลื่อนตัวออกมาโป่งนูนที่บริเวณกลางหน้าท้อง ทำให้เห็นลักษณะเป็นก้อนนูนบริเวณสะดือ

3. ไส้เลื่อนเนื่องจากการผ่าตัด (Incisional hernia) เป็นภาวะไส้เลื่อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องมาก่อน ทำให้เกิดความอ่อนแอของผนังหน้าท้องในบางกรณี

4. ไส้เลื่อนบริเวณต่ำกว่าขาหนีบ (Femoral hernia) เป็นภาวะที่ลำไส้เคลื่อนออกมาทาง femoral canal เกิดอาการปวดบริเวณต้นขา และอาจมีอาการปวดที่ขาหนีบร่วมด้วย

พยาธิสรีรภาพ

โรคไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ เกิดจากการที่อวัยวะหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของอวัยวะในช่องท้องยื่นออกจากช่องท้องผ่านทางผนังหน้าท้องที่มีรูเปิดผิดปกติ หรือส่วนผนังช่องท้องที่อ่อนแอ ซึ่งพบได้บ่อยบริเวณขาหนีบ ที่มีลำไส้เล็กยื่นออกมา ก้อนมักจะมีนูนออกมา หรือคลำได้ในขณะยืน เดิน วิ่ง ออกกำลังกาย ไอ จาม หรือยกของหนัก ไส้เลื่อนอาจยุบเข้าช่องท้องได้เอง โดยเวลานอนใช้มือดันบริเวณก้อนเบาๆ แต่บางรายอาจไม่สามารถยุบเข้าท้องได้เกิดเป็นภาวะถูกเค้น เรียกว่า ไส้เลื่อนติดคา (Incarcerated hernia) ที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์เพื่อผ่าตัด (รสสุคนธ์ เรืองโพธิ์ และคณะ, 2559)

สาเหตุ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดไส้เลื่อน สามารถเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นความอ่อนแอของเยื่อช่องท้อง ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่กำเนิด การได้รับอุบัติเหตุที่ช่องท้องจนทำให้กล้ามเนื้อบริเวณช่องท้องอ่อนแอลงหรือเกิดขึ้นจากการผ่าตัด นอกจากนี้แรงดันภายในช่องท้องเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะไส้เลื่อนได้เช่นกัน เพราะเมื่อแรงดันในช่องท้องมากขึ้น ลำไส้ที่อยู่ภายในก็จะถูกดันออกมาตั้งอยู่บริเวณผนังช่องท้อง (ลลิต ศิริอุดมภาส, 2559) ปัจจัยที่มีผลให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น การยกของหนัก การตั้งครรภ์ การเบ่งถ่ายอุจจาระ มีน้ำในช่องท้อง การไอเรื้อรัง เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

อาการของไส้เลื่อนที่เห็นได้ชัดที่สุดคือ ผู้ป่วยมีก้อนนูนบริเวณที่มีลำไส้เคลื่อนตัวออกมาและมีอาการเจ็บและเจ็บมากขึ้นเวลาที่ก้มตัวไอหรือยกสิ่งของบางรายมีความผิดปกติที่ช่องท้องรู้สึกแน่นท้อง หรือมีอาการปวดแสบปวดร้อน ผู้ป่วยบางรายไส้เลื่อนเกิดขึ้นบริเวณกระบังลมอาจทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อน มีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีปัญหาในการกลืนและผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใดๆ เลย มีเพียงอาการให้เห็นภายนอกเท่านั้น (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2551)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัย (ชาลวูวิทซ์ ดันดีพีพัฒนา, 2558)

1. การซักประวัติ เกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องหรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น
2. การตรวจร่างกาย แพทย์จะวินิจฉัยโรคไส้เลื่อน จากการตรวจร่างกายเป็นหลัก โดยจะตรวจทั้งในท่านอน ท่ายืน และให้ผู้ป่วยออกแรงเบ่ง ซึ่งการวินิจฉัยจะทำได้ยาก มักพบความผิดปกติบริเวณที่มีอาการชัดเจน เช่น ลูกอัมตะบวมในเพศชาย ขาหนีบบวมในเพศหญิง สิ่งที่สำคัญ คือ การให้การวินิจฉัยว่าไส้เลื่อนที่ตรวจพบเกิดภาวะติดค้างขึ้นหรือไม่รวมทั้งไส้เลื่อนที่ติดค้างเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงหรือยังโดยอาศัยจากอาการและการตรวจร่างกายร่วมกัน

3. การตรวจพิเศษ ในกรณีที่ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยว่าก้อนที่ตรวจพบเป็นไส้เลื่อนหรือไม่อาจใช้การตรวจอัลตราซาวด์ช่วยในการตรวจวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยที่เป็นไส้เลื่อนภายในช่องเชิงกราน ซึ่งมักกล่าวไม่ได้ก่อน แต่จะมีอาการของของลำไส้อุดตันเป็นๆ หายๆ การวินิจฉัยต้องอาศัยการตรวจช่องท้องด้วยเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ ช่วยยืนยันสำหรับโรคไส้เลื่อนกระบังลม เนื่องจากส่วนใหญ่จะไม่ปรากฏอาการ การตรวจวินิจฉัยบางครั้งจึงเป็นการบังเอิญตรวจพบ โดยเฉพาะการเอกซเรย์ปอด ซึ่งจะเห็นเงาผิดปกติในช่องอก การตรวจยืนยัน การวินิจฉัยอาจใช้การกลืนแป้งแล้วเอกซเรย์หรือการส่องกล้องตรวจก็ได้

การรักษา

ปัจจุบันไม่มียาที่ใช้รักษาไส้เลื่อน ส่วนใหญ่ไส้เลื่อนขาหนีบจะสามารถเลื่อนกลับไปเป็นปกติได้และไม่มีอาการเจ็บสามารถรอการรักษาได้ กรณีไส้เลื่อนที่ไม่สามารถเลื่อนกลับเข้าสู่ที่เดิมได้ เกิดเป็นก้อนนูนก็จะมีโอกาสขยายใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นอันตรายกลายเป็นโรคลำไส้อุดตันหรือลำไส้เน่า เพราะขาดเลือดไปเลี้ยง จึงจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดซึ่งการผ่าตัดมี 2 วิธีดังนี้

1. การผ่าตัดแบบเปิด (Open Surgery) เป็นวิธีการผ่าตัดแบบมาตรฐานที่นิยมใช้ โดยแพทย์จะทำการผ่าตัดที่บริเวณหน้าท้อง แล้วดันส่วนที่เคลื่อนออกมากลับเข้าไปสู่ตำแหน่งเดิม จากนั้นจะใส่วัสดุคล้ายตาข่ายเพื่อเสริมความแข็งแรง

2. การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic totally extraperitoneal repair: TEP) ผ่าตัดเพื่อการซ่อมแซมหน้าท้องด้วยกล้องส่อง โดยการเจาะรูขนาดเล็กๆ บริเวณผนังหน้าท้องเพื่อเข้าไปซ่อมไส้เลื่อนจากด้านในและเสริมแผ่นความแข็งแรงบริเวณที่เป็นโดยการใส่กล้องและเครื่องมือเข้าไประหว่างชั้น peritoneum และกล้ามเนื้อ เป่าก๊าซให้มีช่องว่างพอสำหรับเสาะดูไส้เลื่อน จากนั้นทำการเสาะด้านหลังของผนังช่องท้องจะมองเห็นรูไส้เลื่อนได้อย่างชัดเจน โดยมากจะมีแผลขนาดเล็ก 3 แผล โดยแผลที่สะดือที่จะใส่กล้องยาว 1 ซม. และแผลที่ใส่เครื่องมือยาว 0.5 ซม. จากนั้นก็ทำการเสาะด้านหลังของผนังช่องท้องซึ่งจะมองเห็นรูไส้เลื่อนจากทางด้านหลังได้อย่างชัดเจนแล้วใช้แผ่นตะแกรงสังเคราะห์ปิดคลุมกล้ามเนื้อตึงด้วยหมุดเย็บ 3 - 4 ตัว วิธีการผ่าตัดนี้พบว่ามีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็ว ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้เร็วกว่าการผ่าตัดแบบเดิม ฟื้นตัวน้อย เห็นกายวิภาคในการผ่าตัดดีกว่า มีประโยชน์ในการตัดไส้เลื่อนทุกชนิดการติดเชือบริเวณผ่าตัดลดลงและลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ (วีรวัฒน์ เหลืองชนะ, 2557)

ภาวะแทรกซ้อน

หากปล่อยอาการไส้เลื่อนทิ้งไว้จนเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการเจ็บหรือปวดบริเวณที่เป็นไส้เลื่อน เนื่องมาจากแรงดันที่ปกติทับบริเวณที่อยู่โดยรอบลำไส้ที่เลื่อนออกมาหรือทำให้เกิดอาการท้องผูก คลื่นไส้ เนื่องจากการเคลื่อนที่ของลำไส้ถูกจำกัด อาจส่งผลให้เนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวเกิดการติดเชื้อมะเร็งและตายในที่สุดซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดพบได้บ้างส่วนใหญ่ไม่รุนแรง เช่น การมีลิ่มเลือดบริเวณใต้แผลผ่าตัดซึ่งเกิดจากเลือดออกจากหลอดเลือดเล็กๆ ขณะทำการเสาะเนื้อเยื่อ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ท่อน้ำนมเชื้ออสุจิ เส้นประสาทขนาดเล็ก ที่มารับความรู้สึกจากผิวหนัง ซึ่งทำให้มีการเจ็บแปลบหรือชา เป็นต้น หลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขาหนีบ ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีกทั้งข้างเดิมและเป็นใหม่อีกข้าง สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นซ้ำในข้างเดิมมีหลายอย่างได้แก่ การผ่าตัดที่ทำไม่ได้ถูกต้องตามเทคนิคการรักษาไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยชักนำหรือกำจัดปัจจัยชักนำไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยไม่หยุดสูบบุหรี่ ท้องผูกต้องเบ่งเป็นประจำไม่ได้ทำการรักษาต่อมลูกหมากโต เป็นต้น

การพยาบาล

1. การพยาบาลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนและอยู่ในระหว่างรอรับการผ่าตัดรักษาหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้เนื่องจากมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจชั้นรุนแรง แนะนำผู้ป่วย ระวังป้องกันไม่ให้ไส้เลื่อนเกิดภาวะติดยึด เช่น การไม่ยกของหนัก การไม่เบ่งถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ การใส่อุปกรณ์ประเภทสายรัดหรือกางเกงที่ช่วยกระชับไม่ให้ไส้เลื่อนโป่งตุงออกมา เป็นต้น หากมีอาการปวดอย่างเฉียบพลันบริเวณตำแหน่งที่เป็นไส้เลื่อน อาจร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือมีไข้ ควรรีบมาพบแพทย์

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. ระยะก่อนผ่าตัด เน้นในด้านการให้ความรู้ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์และสังเกตอาการ ทำให้สามารถสร้างความสัมพันธ์และความเชื่อถือระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเนื่องจากได้ให้การพยาบาลมาตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยให้คำแนะนำต่อหน้าในประเด็นที่กำหนดไว้ตามแนวปฏิบัติที่ดีและมีเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งได้พัฒนาร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล หลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้านและต้องเตรียมตนเองให้พร้อมต่อการผ่าตัดหากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติมได้ทางโทรศัพท์และเพิ่มระยะเวลาและจำนวนครั้งในการติดตามผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 จะเป็นระยะก่อนผ่าตัด 4 วัน และครั้งที่ 2 จะติดตามก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อยืนยันคิวและประเมินความพร้อมต่อการผ่าตัดและอธิบายวิธีการปฏิบัติตนเพิ่มเติม (Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P. 2018)

2. ระยะขณะผ่าตัด เมื่อถึงกำหนดวันที่ผ่าตัดผู้ป่วยจะมายังแผนกและเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดผ่าตัด เพื่อนั่งรอในสถานที่ที่จัดบรรยากาศคล้ายบ้าน มีวิวทิวทัศน์ที่สวยงามหรือสามารถดูโทรทัศน์ได้ ขณะผ่าตัดจะมีพยาบาลห้องผ่าตัดมารับทำให้รู้สึกปลอดภัย และภายหลังผ่าตัด มีการกระตุ้นให้ลุกเดินเร็ว และให้ผู้ป่วยมานั่งพักรอที่แผนกเป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อให้พยาบาลสังเกตอาการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยต้องสังเกตอาการปวด เลือดออกลูกยีนได้ด้วยตนเอง สามารถจิบน้ำได้โดยไม่คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (Row TN. 2018)

3. ระยะหลังผ่าตัด จะมีการติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 1-3 วันละ 1 ครั้ง โดยพยาบาลจะมีการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการผ่าตัด เช่น ด้านอัตราการติดเชื้อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น อาการปวด การมีเลือดออก ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (re-admission) ระยะเวลาในการฟื้นสภาพ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อการบริการ ทั้งนี้พยาบาลจะสนทนาทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยโดยตรงเพื่อประเมินอาการดังกล่าว ให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่สอดคล้องตามอาการและอาการแสดงหลังผ่าตัดที่ประเมินได้จัดเป็นการพยาบาลที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลักและเปรียบเทียบผลการประเมินและภาวะแทรกซ้อนที่ได้กับผลการตรวจของแพทย์เจ้าของไข้ที่ทำการนัดตรวจติดตามผลการผ่าตัดที่คลินิกเมื่อครบ 28 วัน (Mitchell M. 2013)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ไส้เลื่อนเป็นโรคที่พบบ่อยในเพศชาย การเกิดโรคดังกล่าวถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดอันตรายขั้นรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจนถึงแก่ชีวิตได้ เช่น มีการอุดตัน (Obstructed hernia) หรือมีการบีบรัดของลำไส้ (Strangulated hernia) เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดเนื้อตาย เนื้องอกของลำไส้ ซึ่งอาจมีการติดเชือรุนแรงที่ตามมา การรักษาไส้เลื่อนจะใช้วิธีการผ่าตัด หลังการผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น การยกของหนัก ไอ จาม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และกลับเป็นซ้ำ ไม่ยอมเคลื่อนไหว เพราะปวดแผลหลังการผ่าตัด ทำให้ต้องให้การรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระยะวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย ต้องลาพักงานทำให้สูญเสียรายได้ เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ผู้จัดทำจึงสนใจจัดทำกรณีศึกษาเรื่อง การใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (ODS) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จำเป็นต้องศึกษาตั้งแต่กายวิภาคและพยาธิสภาพของโรคไส้เลื่อน วิธีการเตรียมผู้ป่วย ขั้นตอนในการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด รวมไปถึงการดูแลปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยของป่วยที่ได้เข้ารับการผ่าตัด

4.2 วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะเวลาระหว่างการระงับความรู้สึกและหลังผ่าตัด ควบคุมอาการปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ฟื้นตัวได้เร็ว และมีความพึงพอใจในการดูแล

4.2 เน้นให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้โดยเร็ว, ดังนั้น การพยาบาลจึงต้องมุ่งเน้นไปที่การสร้าง ความมั่นใจและความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องก่อนและหลังการผ่าตัดไส้เลื่อน ได้อย่างถูกต้อง

4.3.2 เพื่อลดอัตราการผ่าตัดไส้เลื่อนซ้ำ

4.3.3 ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้อง

4.3.4 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไส้เลื่อน ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ ได้รับการเสริมกำลังใจจนเข้มแข็งและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย

4.3.5 พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย มีแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน

4.4 สาระสำคัญ

มีผลงานวิชาการจำนวน 1 เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (ODS) กรณีศึกษา (พ.ศ. 2567) ผู้ป่วยชายไทย อายุ 21 ปี อาชีพ ทหารเกณฑ์ สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ

ประเมินก่อนรับความรู้สึก วันที่ 13 พฤศจิกายน 2567 วินิจฉัย Left inguinal hernia การผ่าตัด Left hemioplasty ประวัติผู้ป่วยผู้ป่วยมาด้วยมีก้อนโผล่ออกมาบริเวณขาหนีบด้านซ้ายขนาดเท่าลูกมะนาว หนึ่งเวลาเดิน ยุบเวลานอน มีอาการปวดเวลาที่มีการเคลื่อนไหว ทานอาหารได้ปกติ ขับถ่ายได้ปกติ ประวัติโรคประจำตัว asthma (โรคหอบหืด) ตรวจพบตั้งแต่ยังเด็กมาพ่นยาประจำเข้า-เย็น และยาพ่นฉุกเฉิน มีอาการหอบหืดล่าสุด 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลรักษาที่แผนกฉุกเฉินพ่นยาแล้วอาการดีขึ้น ผู้ป่วยดื่ม Alcohol ตามเทศกาล ไม่สูบบุหรี่ ประวัติการแพ้ยาและอาหารผู้ป่วยปฏิเสธประวัติการแพ้ยาตามสลับ ผู้ป่วยปฏิเสธ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประวัติการผ่าตัด ผู้ป่วยเคยผ่าตัดไส้ติ่ง รับประทานยาลดกรดแบบดอมยาสลบไส้ท่อช่วยหายใจ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจจากผู้ป่วยปฏิเสธ Functional class 1

1. งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนวันก่อนผ่าตัด ตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย 100 % ระดับความปวด 0 คะแนน น้ำหนัก 73 กิโลกรัม ส่วนสูง 166 เซนติเมตร BMI 26.49 Volume status: ปกติ airway maliampati Class 1 thyromental distance > 6 เซนติเมตร mouth opening > 3 เซนติเมตร No limitation of head/neck extention no Difficult intubation expected no Artificial airway Dental : ฟันครบไม่โยก ฟันปอด lung clear ฟันหัวใจ no murmur ประเมินระบบประสาท Fully conscious Glasgow coma scale E4V5M6 motor power gr. 5 all no difficult IV access ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 40.2 mg% plt 341,000 CXR: normal EKG: Normal sinus rhythm สรุป problem lists

1. Left inguinal hernia
2. ประวัติโรคประจำตัว asthma
3. Over weight BMI 26.49

4. ดื่ม Alcohol ตามเทศกาล ASA physical status 2 รายงานวิสัญญีแพทย์ แพทย์พิจารณาดมยาสลบแบบใส่ LMA premedication พ่นยาโรคประจำตัวหอบหืดเข้าและนำยาโรคประจำตัวมาเข้าวันผ่าตัด

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2567 เวลา เวลา 07.57 น. ประเมินสภาพแรกจับที่ OPD เวลา 07.57 น. ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อผ่าตัด วินิจฉัยมีภาวะไส้เลื่อนที่ขาหนีบด้านซ้าย Left inguinal hernia ผู้ป่วยเดินมาเอง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้ายิ้มแย้ม สภาพร่างกายแข็งแรงดี สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด รูปร่างสมส่วน ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 58 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย 100 % ระดับความปวด 0 คะแนน น้ำหนัก 73 กิโลกรัม ส่วนสูง 166 เซนติเมตร BMI 26.49 รอบเอว 42 นิ้ว ทานอาหารได้ปกติ KPI1= 0 ประเภทผู้ป่วย: KESI 4

เวลา 08.15 ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเปลี่ยนเสื้อผ้า ซักประวัติ รอที่เปลนอน

เวลา 08.30 ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ Hr 55 bp 125/68 rr14 O₂sat 100 % good conscious normal volume status น้ำหนัก 73 สูง 166 มีโรคประจำตัวหอบหืด พ่นยาประจำมาแล้วตอนเข้างดน้ำและอาหารตั้งแต่ 22.00 น ของวันที่ 14/11/67 ทิมพร้อม แพทย์วิสัญญีเริ่มดมยาสลบ

เวลา 09.00 น. ด้วย GA- LMA โดยครอบmask preoxygenation นาน 6 นาที เพื่อสำรองออกซิเจนขณะหลับ เมื่อระดับออกซิเจน ETco₂ >90-95 แพทย์วิสัญญีพิจารณาฉีดยานำสลบด้วย propofol 200 + 80 mg เมื่อผู้ป่วยหลับแล้วตามด้วยใส่ LMA no 4 เมื่อใส่ได้ตำแหน่ง blow club 30 cc บีบ bag chest move คือได้ว่าได้ตำแหน่งที่เหมาะสม จากนั้นเข้าเครื่อง VCV move TV 450 ml RR 14 peep 5 fio₂ 0.5 หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหลับต่อด้วยgas เปิด Sevofurane 2% = 1mac และให้ยาแก้ปวดแบบ multimodal anesthesia แพทย์วิสัญญีพิจารณาให้ MO 3 mg Ketololac 30 mg paracetamol 500 mg และก่อนเริ่มผ่าตัด combine Lt ESB T12 with 2% xylocain c ADR 1:200000 10 ml + 0.5% marcain 10 ml by U/S guide แพทย์ผ่าตัดลงมีด 09.17 น. ในระหว่างผ่าตัดสัญญาณชีพ BP 100-120/40-60 HR 40-60 bpm EKG sinus bradycardia O₂sat 100 % ETco₂ 30-35 blood loss 5 ml ได้ Acetar 600 ml เสร็จ operation 9.55 น ย้ายคนไข้ไปที่ห้องพักฟื้น 10.10 น. ยาอื่นที่ให้ใน intraop ATB ให้ก่อนลงมีด 30 นาที Cefazolin 1 g

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เวลา 10.15 ผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น แรกรับผู้ป่วยตื่นดี หายใจสม่ำเสมอ ประเมินสัญญาณชีพ BP 138/72 mmhg HR 62 RR 16 o2sat 100% มีอาการ Shivering ดูแล keep warm ด้วย Bair hugger และให้ o2 canular support 3 L/M และมีอาการปวด pain score 8 คะแนน sedation score 0 รายงานวิสัญญี แพทย์พิจารณาให้ mo 3 mg vein obs ต่อ ประเมินซ้ำผู้ป่วยพักผ่อนได้ pain score ลดลงเหลือ 5 และ < 3 คะแนนตามลำดับ

เวลา 11.15 ย้าย ODS ต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 เวลา 11.30 น. ถึงหอผู้ป่วยประเมินสัญญาณชีพ BP 132/62 RR 14 HR 62 o2sat 100 % ตื่นดี หายใจสม่ำเสมอ แผลไม่ซึม ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้พักผ่อน

เวลา 16.00 น. แพทย์ผ่าตัดประเมินอาการผู้ป่วยหลังออกห้องผ่าตัดเป็นเวลาทั้งหมด 7 ชั่วโมง ผู้ป่วยตื่นดี หายใจสม่ำเสมอ สัญญาณชีพปกติ เดินได้ปกติ จิบน้ำแล้วไม่มีภาวะคลื่นไส้อาเจียน ระดับความปวด 2 คะแนน แผลไม่ซึมแพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้

วันที่ 17/11/67 ติดตามอาการหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านครบ 24 hr. ระดับความปวด pain score 4 คะแนน กินยาแก้ปวดตามแผนการรักษา paracetamol 500 1 tab oral q 4 hr. naproxen 250 mg เข้าเย็น รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน แผลปกติไม่ซึม มีอาการระคายเคืองคอเล็กน้อย ปัสสาวะเองได้ปกติ

วันที่ 18/11/67 ติดตามอาการหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านครบ 48 hr. ระดับความปวด pain score 2 คะแนน ปวดเวลาขยับกินยาแก้ปวดตามแผนการรักษา paracetamol 500 1 tab เมื่อมีอาการปวด naproxen 250 mg เข้าเย็น รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน แผลปกติไม่ซึม อาการระคายเคืองคอดีขึ้น ปัสสาวะเองได้ปกติ

วันที่ 19/11/67 ติดตามอาการหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านครบ 72 hr. ระดับความปวด pain score 1-2 คะแนน ปวดเวลาขยับ กินยาแก้ปวดตามแผนการรักษา paracetamol 500 1 tab เมื่อมีอาการปวด รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน แผลปกติไม่ซึม ไม่มีอาการระคายเคืองคอ ปัสสาวะเองได้ปกติ มีความพึงพอใจระดับมากในการผ่าตัดครั้งนี้ มีความพึงพอใจระดับมากในการระงับความรู้สึกครั้งนี้ และมีความพึงพอใจระดับมากในการรอคิวผ่าตัดครั้งนี้

วันที่ 4/12/67 นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยสบายดีแผลดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์อนุญาตกลับบ้านและไม่นัดติดตามอาการ

โดยมีการวางแผนการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล การประเมินผล ซึ่งผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี จนกระทั่งปัญหาหมดไป ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และนัดมาตรวจติดตามผลการรักษาในวันที่ 4 ธันวาคม 2567 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เวลา 08.30 น. ขณะที่อยู่ในความดูแลได้พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและได้รับการแก้ไขปัญหา ดังต่อไปนี้

Pre op

1. ผู้ป่วยมีความกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก
2. พร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

Intra op

1. เฝ้าระวังภาวะสำคัญอาหารเข้าหลอดลมเนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นจากการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง
2. เสี่ยงต่อโรคหอบหืดกำเริบเนื่องจากปัจจัยกระตุ้นในintra operation

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. เฝ้ารอภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะกล่องเสียงหดเกร็ง (ทางเดินหายใจถูกปิดกั้น)
4. เสี่ยงต่อการแพ้ยาคมสลับจากการระงับความรู้สึก
5. ปวดจากการผ่าตัดเนื่องจากได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนัง
6. เฝ้ารอภาวะอาหารหนาวสั่นเนื่องจากสูญเสียความร้อนจากร่างกาย
7. เสี่ยงผู้ป่วยรู้สึกตัวในระหว่างผ่าตัดเนื่องจากระดับความเข้มข้นของยาคมสลับต่ำ
8. เฝ้ารอภาวะ vagovagal reflex เนื่องจากการดัดรั้งอวัยวะในช่องท้อง
9. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
10. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงจากการเสียดสีและการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด
11. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดเนื่องจากมีทางเปิดของแผลและเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด
12. เสี่ยงต่อภาวะPONVเนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นจากการระงับความรู้สึก
13. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน
14. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

4.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.2.1 คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ราย
- 4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งการตรวจร่างกายผู้ป่วย
- 4.2.3 ให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาเอกสารภาคทฤษฎีมาประยุกต์ในผู้ป่วยกรณีศึกษา
- 4.2.4 นำข้อมูลมีเรียบเรียงและสรุปเป็นผลงาน จัดทำเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้องและนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของผลงาน
- 4.2.5 ปฏิบัติการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึก และประเมินผลการให้ยาระงับความรู้สึก และวางแผนการพยาบาลต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
- 4.2.6 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล การให้ยาระงับความรู้สึกและให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
- 4.2.7 จัดรวบรวมเป็นรูปเล่มผ่านคณะกรรมการการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและเผยแพร่ผลงาน

4.6 สรุปผลการศึกษา

ไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) เป็นโรคที่เกิดขึ้นมาแต่กำเนิดในเพศชายและถูกกระตุ้นด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อความแข็งแรงของหน้าท้องเช่นการออกกำลังกายการยกของหนักและปัญหาการขับถ่าย หากปล่อยไว้ให้เกิดภาวะไส้เลื่อนคืนกลับไม่ได้จะเสี่ยงการเกิดไส้เน่าจากการขาดเลือด หรือไส้หลุดตัน สาเหตุการเกิดไส้เลื่อนขาหนีบที่พบบ่อยเกิดจากผนังกล้ามเนื้อหน้าท้องมีความอ่อนแอหรือสามารถเป็นมาแต่กำเนิดโดยรูที่ทาหน้าทีลาเลี้ยงเลือดไปเลี้ยงถูกอัมพาตยังคงเปิดอยู่ส่งผลให้ไส้สามารถเลื่อนผ่านรูนี้ กลายเป็นไส้เลื่อนขาหนีบได้ในที่สุดนอกจากนี้ยังอาจเกิดจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวันและเกิดจากโรคหรืออาการผิดปกติของร่างกายอาการของไส้เลื่อนขาหนีบส่วนใหญ่จะคลาเยกก่อนบริเวณขาหนีบก่อนจะโตขึ้นเมื่อไอจามรุนแรง การรักษาไส้เลื่อนขาหนีบนิยมรักษาโดยวิธีการผ่าตัด แบ่งเป็น 2 วิธีหลักๆ คือการผ่าตัดแบบเปิด (Open Technique)คือการผ่าตัดและดันไส้เข้าไปในช่องท้องและการผ่าตัดส่องกล้อง (Laparoscopic Technique) การผ่าตัดส่องกล้องทำได้2วิธีคือการผ่าตัดผ่านชั้นก่อนเข้าช่องท้องและการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผ่าตัดเข้าช่องท้องผู้ป่วยจะมีผลเล็กๆ เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนน้อย (เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล, 2564)

ได้เลื่อนเป็นหนึ่งในโรคที่สามารถผ่าตัดเข้ามาเย็บกลับหรือที่เรียกว่า one day surgery หรือ same day surgery ได้ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเตรียมตัวให้ถูกวิธี เริ่มตั้งแต่การเตรียมตัวออกจากบ้านก่อนมาโรงพยาบาล โดยต้องงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีอาการไอ มีเสมหะ เป็นหวัด มีน้ำมูกมาก และไม่มีไข้ การผ่าตัดจะใช้เวลาไม่นาน ใช้เวลาพักฟื้นน้อย และใช้การดมยาสลบชนิดที่ตื่นได้รวดเร็ว โดยทั่วไปหลังผ่าตัดจะอยู่ในห้องพักฟื้น ซึ่งผู้ป่วยจะต้องตื่นดี รู้ตัว หายใจได้ดี มีความดันโลหิตและชีพจรคงที่ หมอจึงอนุญาตให้ออกจากห้องพักฟื้นได้ โดยรวมจะต้องใช้เวลาอีก 1-8 ชั่วโมง หลังออกจากห้องผ่าตัด หมอจึงจะอนุญาตให้กลับบ้านได้

จากการศึกษาข้างต้น เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ไ้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (ODS) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ไม่ปวด แผลแห้งดี ไม่มีการติดเชื้อ และไม่กลับเป็นไส้เลื่อนซ้ำ ขณะผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยดี สัญญาณชีพปกติ ไม่ปวด ไม่มีภาวะการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลมปอด รวมทั้งไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ไม่แพ้ยา ดมยาสลบ อุณหภูมิปกติ หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจ ชนิด LMA ได้อย่างปลอดภัย สัญญาณชีพปกติ ปวดเล็กน้อยได้รับยาแก้ปวดเพิ่ม ไม่มีอาการหนาวสั่นและภาวะคลื่นไส้อาเจียน ประเมิน Post Anesthesia Discharge Scoring system : PADSS ได้คะแนน 10 คะแนน สามารถกลับบ้านได้

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

- 5.1.1 ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง 100%
- 5.1.2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด 100%
- 5.1.3 พบภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึก 0%
- 5.1.4 หลังผ่าตัดประเมินความเจ็บปวดของแผล PS < 2 คะแนน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

- 5.2.1 ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง เช่น การงดน้ำงดอาหาร
- 5.2.2 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในการให้ยาระงับความรู้สึก
- 5.2.3 ผู้ป่วยหายปวดแผลหลังจากได้รับยาระงับปวด
- 5.2.4 ผู้ป่วยพึงพอใจในการให้ยาระงับความรู้สึก
- 5.2.5 ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถกลับบ้านได้ด้วยความพึงพอใจ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรวิสัญญีวิทยาในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดได้เลื่อน
- 6.2 เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดได้เลื่อน
- 6.3 ใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลและเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาพบว่าการผ่าตัดผู้ป่วย โดยส่วนมากจำเป็นต้องเลือกวิธีการดมยาสลบนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด อายุ ขนาด ของร่างกาย และ สภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย ในขณะที่ได้อธิบายคำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก โดยกลัวผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการดมยาสลบ สังเกตได้จากผู้ป่วยและญาติจะถามถึงการผ่าตัดใส่เล็อนว่าผ่าตัดตำแหน่งไหน ดมยาสลบยังชีพจากการดมยาสลบตอนไหน ซึ่งสีหน้าและแววตาที่มีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก ซึ่งขณะเยี่ยมก่อนผ่าตัด ได้อธิบายถึงขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกและขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขปซึ่งผู้ป่วยและญาติเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- 8.1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด
- 8.2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก
- 8.3 ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก
- 8.4 ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังการให้ยาระงับความรู้สึก
- 8.5 ผู้ป่วยขาดความเข้าใจเรื่องระดับของอาการปวดหลังผ่าตัด
- 8.6 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แนวทางแก้ไขปัญหา

1. ให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วย
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก
3. ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก
4. ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังการให้ยาระงับความรู้สึก
5. อธิบายถึงระดับของอาการปวดหลังผ่าตัดและวิธีการรักษาอาการปวดให้ผู้ป่วยรับทราบ
6. อธิบายการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านและจะมีเจ้าหน้าที่โทรสอบถามอาการและติดตามอาการในช่วง 1-3 วันหลังผ่าตัด

9. ข้อเสนอแนะ

- 9.1 อธิบายถึงวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ
- 9.2 อธิบายถึงขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงผู้ป่วยตื่นจากการให้ยาระงับความรู้สึก
- 9.3 อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
- 9.4 ฉายวีดิโอขั้นตอนกระบวนการในการรับบริการทางวิสัญญีและห้องผ่าตัด
- 9.5 แจกแผ่นพับปฏิบัติตัว และการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

10. การเผยแพร่ผลงาน

- อยู่ระหว่างดำเนินการ

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นายชนะพงษ์ แก่นพรม สัดส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายชนะพงษ์ แก่นพรม	ธีรพงศ์ แก่นพรม

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางจาร์ แสงสว่าง)
(..... พยาบาลงานพจนานุกรมวิเศษ)
(ตำแหน่ง)
(วันที่) ๗ / ก.ค. / ๕๕
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(กรกนก นนทพันธ์)
(..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการวิเศษ)
(ตำแหน่ง)
(วันที่) ๑๗ / ก.ค. / ๕๕
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นางพนัษฐุ จอมเพชร)
(..... พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
(วันที่) ๒๖ / กรกฎาคม / ๒๕๕๕
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)
(..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
(วันที่) ๗ / ส.ค. / ๒๕๕๕
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS)
2. หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามารับการผ่าตัดที่มีการเตรียมไว้ก่อนแล้ว และให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันเดียวกัน หรืออยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง เป้าหมายสำคัญของการผ่าตัดวันเดียวกลับ คือ ลดการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขให้เหลือที่จำเป็นและเหมาะสมจริงๆ เพื่อจะได้แบ่งปันทรัพยากรไปยังการรักษาส่วนอื่นที่จำเป็นมากกว่า ทรัพยากร สาธารณสุขเป็นสมบัติส่วนรวมของชาติ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ สถานที่ เตียงนอน เครื่องมือผ่าตัด วัสดุสิ้นเปลืองและยา แม้ผู้ป่วยจะมีเงินซื้อบริการได้เอง ก็ไม่สมควรมีขาย ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ในปัจจุบันการรักษาโรคที่เข้ารับการผ่าตัดมีแนวโน้มจำนวนมากขึ้น ซึ่งเดิมระบบกระทรวงสาธารณสุขยังพบปัญหาอุปสรรคในด้านการให้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ ระยะเวลารอการผ่าตัดนาน เช่น การนัดหมายคิว การรอวันมานอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด การนอนพักฟื้นสังเกตอาการ รวมถึงการจัดการความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่งผลทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น กรมการแพทย์จึงได้พัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดเล็กต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2561- ปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปที่สนใจ
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ประชาชนได้รับการบริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ มาตรฐาน ได้แก่ การลดความแออัดในสถานบริการ ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาด้านวิชาการ การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาเชิงนโยบายด้านการบริการของประเทศในระดับเขตสุขภาพ
3. เพื่อประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) ลดความเสี่ยงต่อความไม่พร้อมและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
4. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการให้บริการทางวิสัญญี อีกทั้งยังทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการทางวิสัญญี อย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน
5. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างใช้ยาระงับความรู้สึก

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์/แนวความคิด

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) เป็นการผ่าตัดแบบที่ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักค้างคืนที่โรงพยาบาล แพทย์จะทำการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและวิธีการ เตรียมตัวผ่าตัดมาที่บ้านเพื่อมารับการผ่าตัด ซึ่งใช้เวลาผ่าตัดไม่นาน โดยเฉลี่ยประมาณ 1-3 ชั่วโมงขึ้นกับชนิดของหัตถการ หลังพักฟื้นและสังเกตอาการ จะมีแพทย์มาประเมิน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จะสามารถกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน โดยจะมีการนัดติดตามเป็นระยะโดยทีมแพทย์และพยาบาล

การวางแผนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มักใช้ในผู้ป่วยรายที่มีการผ่าตัดไม่ซับซ้อน หรือรูล้ำเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยน้อย และมีความจำกัดในการใช้ยาระงับความรู้สึก แต่ในปัจจุบันจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและเทคนิคการระงับความรู้สึก และการรักษาการผ่าตัดมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย

มากขึ้น ตลอดจนความก้าวหน้าของวิธีบรรเทาอาการปวด และการผ่าตัดแผลเล็ก เป็นผลทำให้เราสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด หรือหัตถการที่ล่งล้ำเข้าสู่ร่างกายแบบวันเดียวกลับ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ช่วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ตลอดจนการนำเทคโนโลยีในการเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน หรือการใช้ระบบ Telehealth เพื่อติดตามเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน หรือ สถานพยาบาลอื่นๆ นอกจากนี้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แสดงถึงบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือหัตถการแบบวันเดียวกลับที่ได้พัฒนาไป เช่น บทบาทในการเป็นผู้ประสานการดูแล ผู้จัดการการเปลี่ยนผ่านในการจัดการการดูแลที่ปลอดภัยให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มารับการผ่าตัด ตลอดจนบทบาทในการดูแลสุขภาพผ่านระบบการสื่อสารทางไกลผ่านสื่อเทคโนโลยี (Telehealth) เป็นต้น การรักษาหรือการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) เป็นการรักษาที่ปกติต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เพราะอาจต้องมีการเตรียมการก่อนการรักษาที่ซับซ้อน การรักษาหรือการผ่าตัดที่ซับซ้อน ซึ่งอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนได้ มากกว่าการผ่าตัดเล็ก จะต้องมีการงดอาหารก่อนทำการผ่าตัดและการเฝ้าระวังหลัง การทำหัตถการจนปลอดภัยที่สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้แต่ปัจจุบันหัตถการจำนวนมากที่เดิมเคยต้องรับรักษา ไว้ในโรงพยาบาลสามารถให้การรักษาแบบวันเดียวกลับได้ซึ่งได้รับความนิยมมากขึ้น และมีการทำเพิ่มขึ้นทั่วโลกมานานแล้ว เนื่องจากเทคนิคการระงับความรู้สึกและเทคนิคการรักษา หรือการผ่าตัดมีความปลอดภัย และประสิทธิภาพมากขึ้น และยาช่วยบรรเทาความเจ็บปวดที่อาจให้ก่อนและหลังการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น มีการเตรียมการรักษาหรือการผ่าตัดล่วงหน้า เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วย และการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางด้านต่างๆ ที่จำเป็นและที่สำคัญ คือ การให้ความรู้คำแนะนำในการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลเข้าใจในขั้นตอนต่างๆ แตกต่างจากการผ่าตัดเล็ก (Minor surgery) ที่เป็นการรักษาหรือการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน ใช้เวลาสั้นๆ มักใช้ยาเฉพาะที่และสามารถทำผ่าตัดได้เลยโดยไม่ต้องมีขั้นตอนในการเตรียมผู้ป่วยก่อน ซึ่งการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One DaySurgery: ODS)เป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตนในหลายด้าน เช่น

- (1) เข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวกและปลอดภัย
- (2) ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด
- (3) ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการผ่าตัด
- (4) ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและญาติ
- (5) ประหยัดค่าใช้จ่ายในการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล
- (6) ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น
- (7) ลดการลาป่วยของลูกจ้าง
- (8) นายจ้างได้ประโยชน์โดยลูกจ้างไม่เสียเวลางาน

3.2 แนวความคิด

บทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมหากพยาบาลมีรูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่การลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการเกิดจากการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลด้านอารมณ์หรือด้านการปรับตัวเพื่อลดวิตกกังวล โดยการประเมินความต้องการและการจัดเตรียมข้อมูลการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมการทบทวนให้ข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งการให้ข้อมูลของพยาบาลและบุคลากรแต่ละบุคคล มีรายละเอียดและเนื้อหาไม่เท่ากันตามประสบการณ์ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่และให้ข้อมูลเฉพาะตาม ที่ผู้รับบริการซักถาม การพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King : 1981) มีขั้นตอนเหมือนกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินสภาพ (Assessment) ตามทฤษฎีของคิง (King: 1981) หมายถึงขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสารมีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

2. การวางแผนการพยาบาล (Planning) ตามทฤษฎีของคิง (King: 1981) หมายถึงขั้นตอนการร่วมกันกำหนดเป้าหมาย แสวงหาวิธีปฏิบัติ ตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

3. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ตามทฤษฎีของคิง (King: 1981) หมายถึงการที่ผู้รับบริการปฏิบัติตามกิจกรรมตามวิธีที่ตกลงร่วมกัน เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่วางร่วมกันและพยาบาลมีหน้าที่ปฏิบัติบทบาทของพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมายเช่นกัน

4. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ตามทฤษฎีของคิง (King: 1981) การประเมินผลการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลและผู้รับบริการร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติว่าสำเร็จ ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันหรือไม่ ถ้ามีสิ่งใดเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะช่วยกันหาวิธีขจัดอุปสรรคนั้น จะเห็นได้ว่าการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง มีประสิทธิผลดีทั้งในการควบคุม ดูแล ป้องกัน และฟื้นฟูโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตทั้งผู้รับบริการและผู้มีสุขภาพดีได้

3.3 ข้อเสนอ

จากการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ามารับความรู้สึกลงในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (ODS) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King, 1981) 4 ขั้นตอน (การรับรู้ การสื่อสาร การโต้ตอบ และการทำธุรกรรม) สามารถนำมาพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) ได้ โดยเน้นการสร้างความร่วมมือร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมหลังกลับบ้าน

ประโยชน์ของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของคิง

1. ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องและครอบคลุมเกี่ยวกับการผ่าตัด
2. ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย
3. ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น
4. ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย
5. ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1. ประชุมบุคลากรในหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาปัญหาและนำเข้าเสนอที่ประชุม
2. ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการจัดทำเอกสาร
3. นำเอกสารการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับ เพื่อป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้

4. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา วารสาร งานวิจัยต่างๆ ทางอินเทอร์เน็ต หลักฐานเชิงประจักษ์

5. จัดทำคู่มือเอกสารการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยขอคำปรึกษาและข้อเสนอแนะจากแพทย์ที่รับผิดชอบและบุคลากรในทีม เพื่อ ทบทวนการรักษาผู้ป่วยร่วมกันของทีมวิชาชีพ

6. นำข้อมูลที่มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนการจัดทำเอกสารการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

3.4 ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ความรู้ของบุคลากร

- บุคลากรมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ แตกต่างกัน

แนวทางแก้ไข

- มีแนวปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
- มีการจัดการให้ความรู้ โดยแพทย์ พยาบาล และผู้มีประสบการณ์

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง ตามมาตรฐานการดูแลและปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน

4.2 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลและฟื้นฟูตนเองได้อย่างถูกต้อง

4.3 ระยะเวลาอนโรงพยาบาลลดลง และผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ก่อนนัด

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ดี ร้อยละ 80%

5.2 การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐาน และปลอดภัย การลดค่าใช้จ่าย การลดความแออัด ร้อยละ 80%

(ลงชื่อ) ชนะพงษ์ แก่นพรม

(นายชนะพงษ์ แก่นพรม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 17 / ก.ค. / 256๕

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ความพึงพอใจและผลการส่งยาทางไปรษณีย์และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยยาต้านฮอโมน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับ ๑ ในผู้หญิงไทยและทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกประมาณ ๒.๓ ล้านคน เสียชีวิตราว ๖๗๐,๐๐๐ คนต่อปี (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๔) รวมถึงข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ สูงถึงร้อยละ ๔๐ หรือประมาณ ๑๘,๐๐๐ คนต่อปี และมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตลอด ๒๐ ปีที่ผ่านมา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๕) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ระบบสุขภาพ ตลอดจนทรัพยากรต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตามวิธีกาการคัดกรองโรค การวินิจฉัยที่แม่นยำ การรักษาเสริมต่าง ๆ (adjuvant therapy) ทั้งจากยาต้านฮอโมนและยาเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา รวมถึงการมีทีมสหวิชาชีพที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มลดลง (สมชาย ธนะสิทธิชัย, ๒๕๖๒)

เป้าหมายของการรักษามะเร็งเต้านม คือ เพื่อเพิ่มระยะปลอดโรค (disease free survival) และการหายขาดของโรค (survival) ซึ่งหนึ่งในทางเลือกที่ใช้รักษามะเร็งเต้านม คือ การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยยาต้านฮอโมน (Hormonal therapy) เช่น Tamoxifen หรือ ยาในกลุ่ม aromatase inhibitors (AIs) (ในยรัฐ ประสงค์สุข, ๒๕๖๐) รายงาน meta-analysis โดย EBCCTG ๒๐๐๕ พบว่าการ ใช้ tamoxifen เป็นเวลา ๕ ปี ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ ๓๔ และลดการกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ ๑๑.๘ รวมถึงลดอัตราการตายได้ร้อยละ ๙.๒ นอกจากนั้นยังมีผลในการลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมอีกข้างได้อย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย ดังนั้นการรักษาด้วย Tamoxifen นาน ๕ ปี จึงถือว่าเป็นการรักษามาตรฐานที่สามารถพิจารณาให้ได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ในส่วนของยาในกลุ่ม aromatase inhibitors (AIs) เช่น Letrozole, Anastrozole มีข้อบ่งชี้เฉพาะผู้ป่วย Postmenopausal women จากการศึกษา BIG ๑-๔๘ (Mouridsen et al., ๒๐๐๘) เปรียบเทียบ ระหว่างการใช้ Tamoxifen ๕ ปีกับกลุ่มที่ใช้ Letrozole ๕ ปี พบว่า กลุ่มที่ใช้ Letrozole ๕ ปีมี DFS และ overall survival ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ tamoxifen ๕ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี HR=๐.๘๒ และ HR=๐.๗๙ ตามลำดับ (Regan et al., ๒๐๑๑)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การรักษาเสริมด้วยยาต้านฮอโมน Tamoxifen และ Letrozole สามารถทำให้ผู้ป่วยมีระยะปลอดโรคที่นานขึ้นและลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอโมนต่อเนื่องนาน ๕-๑๐ ปี หากพยากรณ์ของโรคไม่รุนแรงรวมถึงไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านฮอโมนต่อเนื่องนาน ๔-๖ เดือน แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านต้นทุนการสำรองยาของโรงพยาบาลทำให้ห้องยาไม่สามารถจ่ายยาทั้งหมดจำนวน ๖ เดือน ในคราวเดียวได้ จึงต้องมีการแบ่งจ่ายยา ๒ ครั้ง และให้ผู้ป่วยกลับมารับยาอีกครั้งเมื่อครบกำหนด ๒ หรือ ๓ เดือน เรียกว่าวิธีการรับยาแบบนี้ว่า การรับยาต่อเนื่องหรือการเติมยา (Refill medicine) โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องรพบแพทย์ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางส่วนไม่สะดวกที่จะเดินทางมารับยา อันเนื่องจากความลำบากทางกายภาพ ระยะทางการเดินทาง และเศรษฐกิจ รวมถึงการเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีนโยบายยกระดับการบริการทางการแพทย์ในรูปแบบวิถีชีวิตใหม่อย่างครบวงจร ไม่ว่าจะเป็น การบริการส่งยาทางไปรษณีย์ หรือ การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) เพื่อเพิ่มความสะดวกในการมารับบริการของผู้ป่วย ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้กับผู้ป่วย และลดความแออัดในโรงพยาบาล (สปสช., ๒๕๖๓)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ในบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานเภสัชกรรมได้เปิดให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องปรับยา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาทางไปรษณีย์มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (อรธมพ หิรัญดิษฐ์, ๒๕๖๖) เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ นิตยา ดาวงศ์ญาติ (๒๕๖๖) พบว่า การจัดส่งยาทางไปรษณีย์เป็นบริการที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างมาก ช่วยให้ผู้ป่วยมีyarับประทานต่อเนื่องแม้ไม่ได้มารับบริการที่โรงพยาบาล แต่เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาไม่ว่าจะเป็นระดับความดันโลหิต (ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์ และคณะ, ๒๕๖๓) หรือการยับยั้งปริมาณเชื้อไวรัสในผู้ป่วยเอชไอวี ก่อนและหลังรับยาทางไปรษณีย์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดของการบริการส่งยาทางไปรษณีย์ คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามด้านยา ไม่ว่าจะเป็นความถูกต้องครบถ้วน ความสมบูรณ์ของยาที่ได้รับ รวมถึงความร่วมมือในการรับประทานยา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ดังนั้นเพื่อให้การบริบาลทางเภสัชกรรม มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) จึงถูกนำมาใช้ในการบริการเภสัชกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาด้านยา การติดตามการใช้ยา การค้นหาป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาประยุกต์ จากการศึกษาของ ชัญญา นุช ชมภูแก้ว (๒๕๖๕) พบว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลช่วยเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสามารถช่วยแก้ไขปัญหาด้านยาให้แก่ผู้ป่วยได้อีกด้วย จากที่กล่าวมาการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งยาทางไปรษณีย์หรือการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ยังมีอยู่จำกัดในกลุ่มโรคเรื้อรัง และโรคติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการส่งยาทางไปรษณีย์และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยยาด้านฮอโมน Tamoxifen, Letrozole, Anastrozole เนื่องจากยาด้านฮอโมนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้น้อยกว่ายาด้านมะเร็งชนิดรับประทานอื่น เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และได้จัดทำระบบเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) ควบคู่กันเพื่อติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านฮอโมนชนิดรับประทาน และเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) โดยแบ่งเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๑) การศึกษาผลของการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านฮอโมนผ่านระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ประสงค์จะได้รับการเติมยาผ่านระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ของหน่วยงานเภสัชกรรมฝ่ายผลิต โรงพยาบาลขอนแก่น

๒) เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านฮอโมนผ่านระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ที่มาพบแพทย์หลังจากครบกำหนดติดตามอาการ

ขั้นตอนการดำเนินการ

ส่วนที่ ๑ การศึกษาผลของการจัดส่งยาทางไปรษณีย์

ลักษณะและขั้นตอนการส่งยาทางไปรษณีย์

๑) แพทย์พิจารณาให้ยาด้านฮอโมนต่อเนื่อง (สั่งยา ๔-๖ เดือน) และระบบการเติมยา (Refill medicine) ในใบสั่งยา หรือ CPOE

๒) พยาบาล ระบุวันนัดเติมยา และวันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไปในใบสั่งยา

๓) ห้องยาผู้ป่วยนอกอาคารรังสีรักษา โดยเภสัชกร ตรวจสอบรายการยา, วันนัดเติมยา, จำนวนยาที่เหลือ, ตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยา (adherence) และอาการข้างเคียงจากยา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔) หากเข้าเกณฑ์ที่สามารถจัดส่งยาทางไปรษณีย์ได้ เจ้าหน้าที่หรือเภสัชกรจะทำการชี้แจงระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์แก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ประสงค์ให้จัดส่งยาทางไปรษณีย์จะต้องทำการลงนามในเอกสารแบบแสดงความจำนงขอจัดส่งยาทางไปรษณีย์ และกรอกแบบฟอร์มข้อมูลการจัดส่งยาทางไปรษณีย์

๕) เจ้าหน้าที่ห้องยาผู้ป่วยนอกอาคารรังสีรักษา จัดเก็บเอกสารทั้งหมดที่จะใช้ในการส่งไปรษณีย์ เพื่อลงข้อมูลใน excel เมื่อถึงปลายสัปดาห์จึงรวบรวมเอกสารและส่งเอกสารไปยังศูนย์ส่งยาทางไปรษณีย์ของโรงพยาบาล

๖) ศูนย์ส่งยาทางไปรษณีย์ ตรวจสอบข้อมูลการจัดส่งยา จัดส่งยาตามรอบ และลงข้อมูลการจัดส่ง

ลักษณะและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

๑) เภสัชกร ทำการตั้งข้อมูลผู้ป่วยที่มีการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ เช่น เลขติดตามพัสดุ วันที่จัดส่ง เบอร์โทร

๒) หลังวันที่จัดส่งยาทางไปรษณีย์ ๑ สัปดาห์ เภสัชกรจะทำการโทรติดตามเพื่อติดตามการจัดส่ง ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย แล้วทำการลงบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์ม Tele pharmacy

๓) ในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ เภสัชกรจะทำการโทรติดตามอีกครั้ง ในสัปดาห์ถัดไป และในกรณีที่เบอร์โทรที่ผู้ป่วยแจ้งมาไม่ถูกต้อง จะดำเนินการตรวจสอบผ่านเลขติดตามพัสดุ ว่ามีผู้รับแล้วหรือยัง รวมถึงทำการติดต่อไว้สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด จะได้ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง

๔) เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบฟอร์ม Tele pharmacy มาวิเคราะห์ แจกแจงถึงผลของจัดส่งยาทางไปรษณีย์

ส่วนที่ ๒ สำนวจความพึงพอใจต่อการจัดส่งยาทางไปรษณีย์และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

๑) ออกแบบสำวจความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาด้านฮอร์โมนต่อเนื่องผ่านระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของนิสิตยาดาราศัญชาติ (๒๕๖๖) และตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ

๒. เภสัชกร ทำการตั้งรายชื่อผู้ป่วยที่มีการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ในวันที่มีนัดพบแพทย์เมื่อครบกำหนดติดตามอาการ ๔-๖ เดือน เมื่อผู้ป่วยมารับยา จะทำการแจกแบบสำวจความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

เป้าหมายของงาน

๑) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาด้านฮอร์โมนทางไปรษณีย์มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

๒) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาด้านฮอร์โมนได้รับการติดตามการรับประทานยาจากการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy)

๓) ผู้ป่วยที่ได้รับยาทางไปรษณีย์สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยยาด้านฮอร์โมน รวมถึงมีการติดตามด้านยา ผ่านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด ๘๕ คน อายุเฉลี่ย ๕๘ ปี ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและเห็นด้วยกับประโยชน์ของบริการในระดับมากที่สุดในทุก ๆ ด้าน โดยผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในด้านกระบวนการหรือขั้นตอนในการให้บริการ ในเรื่องของการส่งยาทางไปรษณีย์ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร มากที่สุดได้คะแนนเฉลี่ย 4.88 ± 0.02 จากคะแนนเต็ม ๕ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๒๔ รวมถึงระดับความพึงพอใจในด้านคุณภาพการให้บริการ ในเรื่องของความถูกต้องของยาที่ได้รับและจำนวนที่ได้รับ คะแนนเฉลี่ย 4.88 ± 0.02 จากคะแนนเต็ม ๕ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๒๔ ในขณะที่ระดับความพึงพอใจในด้านเภสัชกร/เจ้าหน้าที่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ที่ให้การบริการ มีระดับน้อยที่สุด ในเรื่องของระยะเวลาในการสื่อสารมีความเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.65 ± 0.57 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยในการติดตามการใช้ยาของการศึกษานี้ประมาณ ๘ นาที เนื่องจากการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) นอกจากจะติดตามความถูกต้อง ครบถ้วนของยาที่ได้รับแล้ว ยังมีการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา รวมถึงตอบข้อสงสัย และให้คำแนะนำต่างๆแก่ผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งอาจจะทำให้ใช้ระยะเวลาในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยนานมากขึ้น

สำหรับผลการศึกษาของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) ในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย รวมถึงให้การคำแนะนำและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการรับประทานยาต้านฮอริโมนในเรื่องของอาการร้อนวูบวาบ (hot flushes) มากถึงร้อยละ ๒๔.๗๑ รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ เช่น ปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งเภสัชกรได้มีส่วนในการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาเพิ่มเติม ให้คำแนะนำและวิธีการปฏิบัติตัวสำหรับอาการไม่พึงประสงค์นั้นๆ รวมถึงคัดกรองความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลสงสัยเรื่องอาการไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยพบ นอกจากนี้ยังพบปัญหาในเรื่องของการบริหารยา คือผู้ป่วยรับประทานยาดังกล่าว เนื่องจากลืมรับประทานยาไปแล้วหรือไม่ จึงได้ทำการแนะนำให้จดบันทึกเวลาทานยาในแต่ละวัน เพื่อป้องกันการรับประทานยาซ้ำ และเน้นย้ำถึงการรับประทานยาที่ถูกต้องและต่อเนื่องอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องสมุนไพร อาหารเสริม ที่พบว่าผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพร อาหารเสริม ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านฮอริโมน โดยไม่แจ้งแพทย์ ร้อยละ ๓.๕๓ ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทในการพูดคุยให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพูดคุยข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาให้ถูกต้อง เหมาะสม

ผลการศึกษามูลค่าประหยัคที่เกิดขึ้นในมุมมองของผู้ป่วยต่อการส่งยาต้านฮอริโมนทางไปรษณีย์ ใน การลดค่าใช้จ่ายการเดินทางมารับยาจากที่อยู่ของผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลขอนแก่นทั้งไปและกลับ จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในภาพรวมในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาล เท่ากับ 452.44 ± 378.64 บาท/ครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ การเดินทางด้วยรถโดยสารประจำทางอาจมีความลำบาก จึงต้องเดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัว หรือเหมารถรับจ้างเพื่อเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมถึงระยะทางที่ห่างไกลที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลที่สูงขึ้นอีกด้วย ดังนั้น การจัดส่งยาทางไปรษณีย์เป็นอีกหนึ่งบริการของโรงพยาบาลที่สามารถช่วยลดภาระ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลด้วยตนเองของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

โดยสรุป ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยยาต้านฮอริโมน มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ต่อการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) ในทุกๆ ด้าน นอกจากนี้บริการดังกล่าว ยังสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาจากที่อยู่ของผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลขอนแก่นทั้งไปและกลับ โดยเภสัชกรได้เข้ามามีบทบาท ในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) ซึ่งสามารถช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ก่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วยได้อีกด้วย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ประโยชน์ที่มีต่อผู้ป่วย

- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา โดยได้รับการประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา
- ผู้ป่วยได้รับความสะดวกจากการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ โดยไม่ต้องเดินทางมารับยาด้วยตนเองที่โรงพยาบาล และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลอีกด้วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ประโยชน์ที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์

- เพิ่มบทบาทของเภสัชกร ในการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งด้านม
- บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะมีระบบการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และยังทำให้ผู้ป่วยไม่สูญเสียโอกาสในการใช้ยา

ประโยชน์ที่มีต่อโรงพยาบาล

- ลดความแออัด และลดการรอคอยในโรงพยาบาล
- เกิดการพัฒนากระบวนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy)
- มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเข้ารับการรักษา

๓. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- การศึกษานี้เก็บข้อมูลเพียงค่าใช้จ่ายการเดินทางมารับยาจากที่อยู่ของผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งไปและกลับเท่านั้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายทางตรงเท่านั้น ไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ป่วยร่วมด้วย
- การศึกษานี้เก็บข้อมูลผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น เนื่องจากสิทธิการรักษาอื่นยังไม่สามารถเบิกจ่ายค่าส่งไปรษณีย์ได้ หากเป็นสิทธิประกันสังคมอาจมีค่าบริการในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ๕๐ บาท/ครั้ง
- ข้อจำกัดในเรื่องของเทคโนโลยี หรืออุปกรณ์ในการสื่อสาร ซึ่งอาจทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจน และครบถ้วน รวมถึง ผู้ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) หรือรับพัสดุไม่ใช่ตัวผู้ป่วยเอง เป็นเพียงผู้ดูแล ข้อมูลการติดตามด้านยา อาจได้ไม่ครบถ้วน

๔. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ผู้ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) หรือรับพัสดุไม่ใช่ตัวผู้ป่วยเอง เป็นเพียงผู้ดูแล ข้อมูลการติดตามด้านยา อาจได้ไม่ครบถ้วน
- ในการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) เพื่อติดตามการใช้ยาบางครั้งต้องมีการซักประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วย มีการสอบถามอย่างละเอียดและใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการสื่อสารนานขึ้น และอาจเกิดความไม่พึงพอใจได้

๕. ข้อเสนอแนะ

เภสัชกรควรให้ความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา และผลข้างเคียงของยา ความรู้ในการจำแนกอาการข้างเคียงของยาและการแพ้ยาออกจากกัน รวมทั้งควรซักประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ เช่น สมุนไพร

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) -

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวณัฐชนาพร พิมพ์ภา สัดส่วนผลงาน ๘๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวจินตนา ตั้งสิขณกุล สัดส่วนของผลงาน ๑๐%

๒) นายปรกรณ์ วรสินธุ์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ณิชาพร*
(นางสาวณัฐชนาพร พิมพ์ผกา)
ตำแหน่ง เกสซ์กรปฏิบัติการ
วันที่ 16 / 11 / 2564
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวณัฐชนาพร พิมพ์ผกา	<i>ณิชาพร</i>
นางสาวจินตนา ตั้งสีชนกุล	<i>[ลายมือชื่อ]</i>
นายปกรณ์ วรสินธุ์	<i>[ลายมือชื่อ]</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *[ลายมือชื่อ]*
(นางอิมศิกา ตั้งสีชนกุล)
(..... เกสซ์กรชำนาญการพิเศษ.....)

(ลงชื่อ) *[ลายมือชื่อ]*
(นางอัญชลี ริชัยพิชิตกุล)
(..... หัวหน้ากลุ่มงานเกสซ์กรรวม.....)

(ลงชื่อ) *[ลายมือชื่อ]*
(นายเทพสรรค์...สิอร่วมรุ่งเรือง).....
(..... นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....)
รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการหัตถุภุมิและศัลยภุมิ ๑

ท่านรอ

(ลงชื่อ) *[ลายมือชื่อ]*
(นายสุรสิทธิ์...จิตรพิทักษ์เลิศ).....
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ระดับ ชำนาญการ

๑. เรื่อง ผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele Pharmacy) ในผู้ป่วยที่ได้รับยามุ่งเป้า (Targeted therapy) ชนิดรับประทาน

๒. หลักการและเหตุผล

ยามุ่งเป้า (Targeted therapy) คือ เป็นยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ ทำให้มีผลข้างเคียงต่อเซลล์ปกติน้อยกว่ายาเคมีบำบัด โดยยากลุ่มนี้จะสามารถลดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง หรือลดการสร้างเส้นเลือดมาเลี้ยงเซลล์มะเร็ง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มนี้จะใช้ได้ผลดีเฉพาะผู้ป่วยที่มีการกลายพันธุ์ของยีนที่จำเพาะต่อยาเท่านั้น จึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจการกลายพันธุ์ในชิ้นเนื้อมะเร็งของผู้ป่วยก่อนการใช้อยากลุ่ม ซึ่งยามุ่งเป้านี้สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบางชนิดได้อย่างชัดเจน ยกตัวอย่างการกลายพันธุ์ของยีนที่พบได้บ่อยในมะเร็งปอด และมีการใช้ยามุ่งเป้าในการรักษา ได้แก่ การกลายพันธุ์ของยีน EGFR หรือย้อมาจาก Epidermal Growth Factor Receptor ซึ่งพบได้บ่อยในชาวเอเชียประมาณ ๕๐% โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ หรือเลิกสูบบุหรี่มานานกว่า ๑๐ ปีขึ้นไป ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้รักษาจะเป็นรูปแบบยารับประทาน ได้แก่ ยาที่มีชื่อว่า Gefitinib, Erlotinib, Afatinib และ Osimertinib แม้ว่ายามุ่งเป้าจะเป็นยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ ทำให้มีผลข้างเคียงต่อเซลล์ปกติน้อยกว่ายาเคมีบำบัด แต่ก็สามารถเกิดผลข้างเคียงจากการใช้อยากลุ่มนี้ได้เช่นกัน

โดยปกติการรักษาแบบมุ่งเป้าผ่านการรับประทานยามักจะทำเองที่บ้าน และอาจมีตัวยาบางชนิดที่อันตราย ผู้ป่วยควรทำการปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อสอบถามวิธีการรับประทานยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้าอย่างถูกวิธี ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทหน้าที่ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ การปฏิบัติตัว หากเกิดการแพ้ยา แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านสถานที่และเวลา ทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยอาจไม่ครบถ้วน และเนื่องจากเป็นยาที่มีราคาสูง หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จนทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสการใช้ยา การรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพ ดังนั้นแล้วการติดตามการใช้ยาผ่านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele Pharmacy) เป็นอีกหนึ่งบริการที่จะช่วยติดตามการใช้ยา ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การบำบัดด้วยยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้าสามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่มีความแตกต่างจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับผลข้างเคียงเพียงเล็กน้อย หรือไม่ได้รับผลข้างเคียงเลย เพราะความรุนแรงของผลข้างเคียงจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับตัวยาและตัวบุคคล ในบางครั้งอาจพบผลข้างเคียงที่พบได้ไม่บ่อย และผลข้างเคียงดังกล่าวอาจกลายเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรง อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงส่วนใหญ่จะบรรเทาอาการลงเมื่อการรักษาเสร็จสิ้นและเมื่อเซลล์ปกติเริ่มมีการฟื้นตัว ระยะเวลาของผลข้างเคียงจะแสดงอาการที่แตกต่างกันไปแล้วแต่กรณี ยกตัวอย่างผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการทางผิวหนัง เช่น ผื่น ลักษณะคล้ายสิ่ว ผื่นหนังแห้ง คัน อาการทางเล็บ เช่น จมูกเล็บอักเสบ อ่อนเพลีย ปาก/คออักเสบ ความดันโลหิตสูง ซึ่งการแสดงอาการที่แตกต่างกันไป โดยเริ่มตั้งแต่อาการไม่รุนแรงปานกลางจนถึงรุนแรง หากมีอาการที่ไม่รุนแรงหรือมีอาการรุนแรงระดับปานกลาง แพทย์จะไม่ทำการเปลี่ยนยารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า แต่หากเกิดอาการที่มีความรุนแรง อาจจะต้องปรับขนาดยาสำหรับการบำบัดรักษา ดังนั้นเภสัชกรควรมีบทบาทในการติดตามการใช้ยา หลังจากผู้ป่วยกลับไปรับประทานยาเองที่บ้าน ผ่านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele Pharmacy) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๑. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยามุ่งเป้า (Targeted therapy) ชนิดรับประทาน
๒. ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยามุ่งเป้าที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ขอนแก่น โดยอาศัยข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งแนวทางในการจัดการแก้ไข
๓. ดำเนินการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย โดยการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele Pharmacy)
๔. วิเคราะห์ ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น การสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้ป่วยตอบเอง อาจมีอคติ (bias) แก้ไขโดยใช้การเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น บันทึกการรับยา, การสัมภาษณ์ผู้ดูแล, นับเม็ดยาที่เหลือ รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงและใช้งานเทคโนโลยีต่างกันระหว่างผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจน และครบถ้วน และผู้ที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) ไม่ใช่ตัวผู้ป่วยเอง เป็นเพียงผู้ดูแล ข้อมูลการติดตามด้านยา อาจได้ไม่ครบถ้วน และเพื่อติดตามการใช้ยาบางครั้งต้องมีการซักประวัติการใช้ยาจากผู้ป่วย มีการสอบถามอย่างละเอียดและใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการสื่อสารนานขึ้น และอาจเกิดความไม่พึงพอใจได้ ดังนั้นควรมีการแจ้งหรือขอความยินยอมจากผู้ป่วยในวันที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในการติดตามการใช้ยาด้วยเภสัชกรรมทางไกล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (Improved Medication Adherence)
 - ผู้ป่วยมีอัตราการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องมากขึ้น
 - ลดอัตราการล้มรับประทานยา โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้ยาหลายชนิดหรือมีอาการไม่พึงประสงค์
๒. ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Reduced Adverse Drug Reactions - ADRs)
 - การติดตามทางไกลช่วยให้สามารถประเมินอาการไม่พึงประสงค์ได้เร็วขึ้น
 - ลดความรุนแรงของ ADRs เช่น ผื่น ตับอักเสบ ท้องเสีย จากยา targeted therapy
๓. ส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรในระบบบริการสุขภาพทางไกล
๔. พัฒนาระบบติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- อัตราความร่วมมือในการใช้ยา (Medication Adherence Rate) ซึ่งเป็น ร้อยละของผู้ป่วยที่รับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษา
- จำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Incidence of Adverse Drug Reactions - ADRs) เช่น จำนวนและชนิดของอาการไม่พึงประสงค์ที่รายงานระหว่างการติดตาม
- จำนวนครั้งที่เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำเพื่อป้องกันหรือจัดการ DRPs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(ลงชื่อ) ปัทมาพร

(นางสาวณัฐชนาพร พิมพ์ผกา)

ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ

วันที่ ๒๖ / ก.ค. / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การประสานรายการยาของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ๒ โรงพยาบาลขอนแก่น
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (prospective descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการประสานรายการยา มีความแตกต่างของรายการยา มีความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเท่าไร

Medication reconciliation เป็นกระบวนการเทียบประสานรายการยา เป็นมาตรการหนึ่งของการปฏิบัติงานที่สำคัญในระบบยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา เป็นกระบวนการที่จะทำได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องฉุกเฉิน หรือ ยาจากต่างโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ได้รายการยาที่ครบถ้วนทั้งชื่อยา ขนาดรับประทาน ความถี่ และวิธีการใช้ และรวมไปถึงรายการยาที่ผู้ป่วยซื้อใช้เองอีกด้วย เช่น วิตามิน สมุนไพร อาหาร เสริม ฯลฯ ที่สำคัญคือยามือสุดท้ายที่ผู้ป่วยรับประทาน (last dose) คือยาอะไร รับประทานไปเมื่อใด รวมถึงระบุ รายการยาที่แพ้หรืออาการที่เกิดขึ้นด้วย เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยได้รับยาเดิมอย่างต่อเนื่อง หลังจากที่ได้ข้อมูล รายการยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องแล้วต้องมีการเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่ง เมื่อแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วงที่มีการย้ายหอผู้ป่วย และรายการยาในวันกลับบ้าน หากพบความแตกต่างของรายการยา ต้องมีการบันทึกเหตุผลเพื่อสื่อสารข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ลดความซ้ำซ้อนจากการใช้ยาและป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยา หรือลดความรุนแรงจากความเสี่ยงของการใช้ยาในผู้ป่วย การเทียบประสานรายการยา เป็นหนึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดโดยสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงว่าการเทียบประสานรายการยาในรอยต่อของการ รักษาขณะแรกรับผู้ป่วยและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย กลับบ้านช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยาและอัตราการเข้ารับรักษา ในโรงพยาบาลทั้งที่แผนกฉุกเฉินและการเข้ารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์จากยาที่ป้องกันได้ ความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยามีหลายลักษณะการยึดหลัก ๗ Rights + ๑ Right และ ๑๒ นิสัยในการปฏิบัติงานรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการเทียบประสานรายการยาจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยาได้

การใช้ยาก่อนมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นที่ทราบกันว่าในสถานการณ์การใช้ยาของไทย และนานาชาติผู้ป่วยหลายรายไม่ได้ใช้ยาเฉพาะที่แพทย์สั่งให้จากโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยอาจรับการรักษาจาก โรงพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่งหรือซื้อยากินเองจากร้านยา ทั้งยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ หรือยาสมุนไพร เพื่อใช้บรรเทาอาการ รักษาโรค อย่างต่อเนื่องหรือใช้เป็นครั้งคราวก็ตามอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยา ซ้ำซ้อนกันโดยที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ทราบเพราะยาที่ซื้อมันเป็นยาที่ใช้ชื่อต่างกัน แต่แท้จริงแล้วเป็นยาชนิดเดียวกันแต่ใช้ชื่อ การค้าที่ต่างกัน หรือเป็นยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกัน ซึ่งโดยมากผู้ป่วยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบว่ามีการใช้ยาอื่นอยู่ด้วย โดยมีสาเหตุต่างๆ เช่น เพราะไม่รู้ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายขึ้นกับตนได้ หรือไม่มีการรวบรวมการ สัมภาษณ์ หรือสอบถามผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

กระบวนการ Medication Reconciliation มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประกันว่าผู้ป่วยจะ ได้รับยา ครบถ้วนตามที่เคยได้รับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการรับ ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขนาดเล็กซึ่งอาจมีข้อมูลยาที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้อง การดำเนินการ Medication Reconciliation ควรกระทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล การย้ายหอผู้ป่วย ไปจนถึงขั้นตอนการจำหน่ายกลับบ้าน (Discharge) ไม่ควรดำเนินการเฉพาะ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

บางช่วงหรือบาง ขั้นตอนเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกช่วงของการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงานด้านการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โรงพยาบาลขอนแก่น

๑. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ๒ เกสซ์กรจะดำเนินการประสานรายการยา (Medication Reconciliation) โดยตรวจสอบข้อมูลการใช้ยาจากฐานข้อมูลต่างๆ ภายในโรงพยาบาลขอนแก่น หากพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการรับยาสำหรับโรคเรื้อรังเดิม จะบันทึกรายการยาใน แบบฟอร์มบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนนอนโรงพยาบาล (แบบฟอร์ม ๓/๑-๒ Medication History Khon Kaen Hospital)

๒. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น เกสซ์กรจะดำเนินการซักประวัติเพิ่มเติมเพื่อระบุแหล่งที่มาของการรับยา และประสานข้อมูลรายการยากับหน่วยบริการต้นสังกัดของผู้ป่วย เมื่อได้รับข้อมูลครบถ้วนแล้ว จะบันทึกลงในแบบฟอร์ม ๓/๑-๒ เช่นเดียวกัน

๓. หลังจากบันทึกรายการยาเรียบร้อยแล้ว เกสซ์กรจะซักประวัติเพิ่มเติมจากผู้ป่วย เพื่อประเมินความถูกต้องของข้อมูลยา ได้แก่ วิธีการรับประทานยา การใช้ยาเทคนิคพิเศษ การนำยาติดตัวมาด้วยหรือไม่ รวมถึงประวัติการแพ้ยาและการแพ้อาหาร ข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำไปใช้ในการประเมินความปลอดภัยของการใช้ ยา และรายงานต่อแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

๔. หากตรวจพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug-Related Problems: DRPs) เกสซ์กรจะดำเนินการปรึกษาแพทย์เพื่อร่วมกันวางแผนการแก้ไข และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา

๕. เกสซ์กรจะติดตามผลการดำเนินงานและผลลัพธ์จากการให้คำปรึกษาทางยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดูแลรักษาและความปลอดภัยในการใช้ยา

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การศึกษาการประสานรายการยา หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ๒ โรงพยาบาลขอนแก่น จากผลการศึกษาพบว่า เกสซ์กร พยาบาล และแพทย์ เป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการ ประสานรายการยา โดยเฉพาะเกสซ์กรซึ่งมีส่วนร่วมในการดำเนินการครบทุกกรณี ร้อยละ ๑๐๐ รองลงมา คือพยาบาล ร้อยละ ๘๙.๒ และแพทย์ ร้อยละ ๘๖.๖ การประสานงานส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาล และเกสซ์กร และมีการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และเกสซ์กรในระดับสูง ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary collaboration) ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้านการจัดการข้อมูลยา ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกัน ข้อผิดพลาดทางยาและการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ MuñozPichuante และคณะ (๒๐๒๑) ที่เน้นย้ำว่า ความร่วมมือและการสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถ ลดความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ ในด้านความแตกต่างของรายการยาที่พบในกระบวนการประสานรายการยา ผลการศึกษพบว่า ความแตกต่างที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์มีสัดส่วนถึงร้อยละ ๒๑.๖ ซึ่งให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างมาตรการตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของข้อมูลยาผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนแรกรับเข้าโรงพยาบาล การละเลยหรือการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนในช่วงต้นของการดูแลอาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนต่อมา ส่งผลต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว สำหรับการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าประเภทที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด ได้แก่ การไม่สั่ง ไขยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับ ร้อยละ ๑๒.๕ รองลงมาคือการสั่งไขยาผิดขนาด ความถี่ หรือวิถีทางการให้ยา ร้อยละ ๘.๑๖ และการสั่งไขยากันละชนิดแต่เป็นยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ในกลุ่มเดียวกัน ร้อยละ ๕.๐ ความคลาดเคลื่อนดังกล่าว สะท้อนถึงช่องว่างในกระบวนการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการประสานข้อมูลจากหลายแหล่งอย่างครบถ้วน เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของความ คลาดเคลื่อน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับ Category B ร้อยละ ๖.๖ ซึ่งหมายถึงความคลาดเคลื่อนที่ตรวจ พบได้ก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย และระดับ Category C ร้อยละ ๔.๑๖ ซึ่งหมายถึงความคลาดเคลื่อนที่ไปถึงตัว ผู้ป่วยแล้วแต่ยังไม่ก่อให้เกิดอันตราย ความคลาดเคลื่อนในระดับดังกล่าว แม้ไม่ส่งผลกระทบต่อในทันทีแต่สะท้อนถึงความเสี่ยงแฝงที่อาจส่งผลในระยะยาวหากไม่มีการแก้ไขและพัฒนา ระบบการประสาน รายการยาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ข้อมูลจากการศึกษาการประสานรายการยาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนและดำเนินงาน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การประสานรายการยามีความถูกต้อง ครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ในอนาคต

๒. ข้อมูลดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาในช่วงรอยต่อ ของการให้บริการสุขภาพอื่น ๆ เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแผนก ย้ายหอผู้ป่วย หรือมารับการรักษา ต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และปลอดภัย

๓. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเสริมสร้างระบบการตรวจสอบและติดตามการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยยกระดับความ ปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการให้บริการในภาพรวม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้าเกี่ยวกับกระบวนการประสานรายการยา มีความยุ่งยากใน ๓ ขั้นตอน คือ

- (๑) ระยะเวลาในการประสานรายการยา มีจำกัด และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างในเรื่องแหล่งข้อมูลที่ได้รับยาทำให้มีปริมาณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องประสานรายการยาจำนวนมาก
- (๒) แบบฟอร์มที่ใช้มีหลากหลาย เช่น แบบฟอร์มบันทึกบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ก่อนนอนโรงพยาบาล (Form ๓/๑-๒ Medication History Khon Kaen Hospital) แบบฟอร์มจากแต่ละห้องตรวจคนไข้นอกห้องตรวจฉุกเฉิน ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน ผิดพลาดได้
- (๓) การวิเคราะห์ข้อมูล ต้องตรวจสอบความถูกต้องและรวบรวมข้อมูลแยกเป็น ๖ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยาก่อนมานอนโรงพยาบาล, ที่มาของแหล่งข้อมูล, กลุ่มผู้ป่วย และระยะเวลาการประสานรายการยา ส่วนที่ ๒ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการประสานรายการยา ได้แก่ สัดส่วนการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ส่วนที่ ๓ ความแตกต่างของรายการยาในการประสานรายการยา ได้แก่ การประสานรายการยา และ ความแตกต่างของรายการยา ส่วนที่ ๔ ความแตกต่างทางยาในการประสานรายการยา ส่วนที่ ๕ ความแตกต่างทางยาในการประสานรายการยา ได้แก่ ประเภทความแตกต่าง, ปัญหาการใช้ยา และประเภทปัญหาจากการใช้ยา และ ส่วนที่ ๖ ระดับความรุนแรงความแตกต่างทางยาในการประสานรายการยา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา รายงานค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ด้วยการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า ศึกษาการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการประสานรายการยา เพื่อศึกษาความแตกต่างของรายการยาในการประสานรายการยา และ ศึกษาจำนวน และระดับความรุนแรงที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จากการประสานรายการยา นั้น ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเป็นการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective descriptive study) ทำให้พบปัญหาในการเก็บข้อมูลให้ได้ตามขนาดตัวอย่าง และให้มีข้อมูลครบถ้วนตามระเบียบวิธีวิจัยของโครงการ หากข้อมูลไหนไม่มีการบันทึกไว้ในฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล ต้องไปสืบค้นจากแหล่งข้อมูลอื่น ที่ต้องใช้เวลาและมีขั้นตอนในการสืบค้นมาก อีกทั้งมีข้อจำกัดเรื่องการอ่านสิ่งที่เขียนบันทึกไว้ในแบบฟอร์ม แต่อย่างไรก็ตาม ท้ายสุดก็สามารถดำเนินการได้ข้อมูลครบถ้วนตามระเบียบวิธีวิจัยของโครงการ

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรพัฒนาและจัดทำแบบฟอร์มการประสานรายการยา (Medication Reconciliation Form) ให้เป็นแบบฟอร์มมาตรฐานเดียวที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและประเมินปัญหาการใช้ยา อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และมีประสิทธิผลในการรักษา

๒. ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประสานรายการยาในช่วงรอยต่อของการ ให้บริการสุขภาพอื่น ๆ เช่น การย้ายหอผู้ป่วย หรือช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อประเมินผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการใช้ยาและความปลอดภัยของผู้ป่วย

๓. ควรมีการศึกษาต่อยอดเกี่ยวกับการตอบสนองของแพทย์ต่อข้อเสนอแนะหรือการให้คำปรึกษา จากเภสัชกรในการแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการ สื่อสารระหว่างวิชาชีพ และใช้ข้อมูลดังกล่าวในการพัฒนาระบบการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) :-

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน นาง กรุณา นันทจิวากรชัย สักส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) :-

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ *gru*

(นางกรุณา นันทจิวากรชัย)

ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ

วันที่ 23 / 11 / 2564

ผู้ขอประเมิน


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางกรุณา นันทจิวากรชัย	<i>gru</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นายวิชัย คุ้มเมือง)
 (ตำแหน่ง) **เภสัชกรชำนาญการ**
หน่วยงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วย
 (วันที่) **15 / กรกฎาคม / 2566**
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นางนัชชิตี วงษ์สวัสดิ์)
 (ตำแหน่ง) **หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม**
 (วันที่) / /
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายเทพสรรค์ สีอ่วมรุ่งเรือง)
 (ตำแหน่ง) **นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ**
รพ.ผู้บัญชาการทหารบกด้านบริการหทัยภูมิและตติภูมิ ๑
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)
 (ตำแหน่ง) **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น**
 (วันที่) **7 / ส.ค. / 2566**
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริหารจัดการยา stat drugs เพื่อลดระยะเวลาในการจ่ายยาและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยใน

๒. หลักการและเหตุผล

ยา Stat หรือยาที่ต้องใช้โดยเร่งด่วน ถือเป็นยาที่มีความสำคัญทางคลินิกอย่างยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉียบพลันหรือผู้ป่วยวิกฤต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลการรักษาอย่างทันท่วงที ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงถึงชีวิต ดังนั้นระบบการบริหารจัดการยา Stat จึงจำเป็นต้องมีประสิทธิภาพรวดเร็ว และมีความถูกต้องสูงในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การรับคำสั่งใช้ยา การจัดยา การจ่ายยา ไปจนถึงการส่งมอบยาถึงผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ในทางปฏิบัติ พบว่ากระบวนการจัดการยา Stat ในโรงพยาบาลยังเผชิญกับข้อจำกัด เช่น ความล่าช้าในการรับคำสั่งใช้ยา การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ไม่ชัดเจน ความซับซ้อนของขั้นตอนการเบิกจ่ายยา ตลอดจนการขาดระบบติดตามและประเมินผลที่เป็นระบบ ส่งผลให้ระยะเวลาดังแต่มีคำสั่งใช้ยา Stat จนถึงการได้รับยามีความล่าช้าเกินกว่ามาตรฐานที่เหมาะสม ซึ่งอาจกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ ความเร่งด่วนในการจัดยาและจ่ายยา Stat ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น การจัดยาผิดชนิด ผิดขนาด หรือจ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดราย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือทำให้เกิดอันตรายได้ การเพิ่มประสิทธิภาพและความถูกต้องในกระบวนการจัดและจ่ายยา Stat จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในมิติของความปลอดภัยของผู้ป่วย และการสร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการของโรงพยาบาล

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการยา Stat ที่สามารถลดระยะเวลาในการให้ยา และเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการจัดเตรียมและจ่ายยาอย่างถูกต้องแม่นยำ จึงนับเป็นแนวทางที่สำคัญและสอดคล้องกับหลักการของการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะในบริบทของการให้บริการผู้ป่วยใน ซึ่งต้องอาศัยความรวดเร็ว ปลอดภัย และการทำงานร่วมกันของบุคลากรหลายวิชาชีพอย่างเป็นระบบยา Stat หรือยาที่ต้องได้รับโดยเร่งด่วน มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤต เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก หลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน หรือความดันโลหิตสูงฉับพลัน การได้รับยาอย่างรวดเร็วมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Institute for Safe Medication Practices [ISMP], ๒๐๒๑)

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๗ มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยสูงและให้บริการผู้ป่วยระดับตติยภูมิและส่งต่อจากจังหวัดใกล้เคียง ระบบการใช้ยา Stat มีความซับซ้อนจากหลากหลายของคำสั่งใช้ยา รวมถึงหออผู้ป่วยดูแลที่แตกต่างกัน และข้อจำกัดด้านระบบการติดตามสถานะยา ปัจจุบันพบว่ามีความล่าช้าในกระบวนการตั้งแต่การออกคำสั่งใช้ยา Stat ไปจนถึงการได้รับยา อีกทั้งยังขาดระบบติดตามสถานะคำสั่งยาแบบเรียลไทม์ ทำให้ไม่สามารถประเมินหรือควบคุมคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของแสงทอง (๒๕๖๒) ที่พบว่าการล่าช้าในการจัดและส่งมอบยา Stat มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและผลกระทบต่อผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม

นอกจากนี้ ลักษณะของคำสั่งยา Stat ที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากร ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (medication errors) อันเนื่องมาจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การเร่งรัดขั้นตอนการตรวจสอบ และการขาดระบบความปลอดภัยในกระบวนการจ่ายยา (World Health Organization [WHO], ๒๐๑๗) ดังนั้น การพัฒนาระบบที่สามารถลดระยะเวลาในการจัดและส่งมอบยา Stat อย่างปลอดภัย ติดตามได้ และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับโรงพยาบาลขอนแก่นในฐานะโรงพยาบาลศูนย์การดำเนินการดังกล่าวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ

เภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยใน ลดความล่าช้า เพิ่มความถูกต้องในการจัดยา และลดอัตราความเสี่ยงจากความคลาดเคลื่อนทางยา อันเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และประสิทธิผลของการรักษาในบริบทของการดูแลสุขภาพยุคใหม่

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขวิเคราะห์สถานการณ์

จากข้อมูลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการยา stat drugs เพื่อลดระยะเวลาในการจ่ายยาและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยในการส่งมอบยาที่ถูกต้องอย่างรวดเร็วสามารถช่วยชีวิตได้ สิ่งสำคัญคือต้องส่งมอบยาให้ผู้ป่วยที่ต้องการมากที่สุด และรวดเร็วที่สุด ความเร็วในการส่งมอบยา STAT ไม่ควรเกิน ๓๐ นาที ตั้งแต่ได้รับคำสั่งจนถึงคนไข้ ซึ่งหมายความว่าคำสั่ง STAT ควรข้ามคิวหรือแซงผู้ป่วยรายอื่นที่รอรับบริการ เนื่องจากสถานการณ์จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว อาการของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนอย่างไรก็ตามมีสถานการณ์มากมายที่คำสั่ง STAT ใช้เวลามากกว่า ๓๐ นาทีในการจัดส่งมอบยา กระบวนการพัฒนาระบบบริหารจัดการยา stat drugs ข้อมูลมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการจัดการในระบบยา โดยข้อมูลที่ได้มีการจำแนกประเภทในมิติต่าง ๆ เช่น จำนวนรายการยา จำนวนใบสั่งยาที่ยื่นระยะเวลาการรอคอยขอแต่ละขั้นตอนในการจัดยา STAT เช่น ระยะเวลาการคีย์ ระยะเวลาการจัด ระยะเวลาการเช็ค ระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ตึกมารับยา การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้ได้นำไปสู่การกำหนดทิศทางในการจัดการที่เหมาะสม เช่น ข้อมูลในการศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายหลักคือมุ่งไปที่การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เชิงป้องกัน ลดความเสี่ยง และยกระดับความปลอดภัยในการใช้ยา ควรมีการออกแบบระบบที่สนับสนุนการใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการที่ปลอดภัยและยั่งยืนในระยะยาว

โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๑. รวบรวมข้อมูลจำนวนรายการยา จำนวนใบสั่งยาที่ยื่น ระยะเวลาการรอคอยขอแต่ละขั้นตอนในการจัดยา STAT เช่น ระยะเวลาการคีย์ ระยะเวลาการจัด ระยะเวลาการเช็ค ระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ตึกมารับยา
๒. รวบรวมข้อมูล รวมทั้งแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการจ่ายยา stat
๓. ดำเนินการออกแบบและพัฒนาระบบยาการจ่ายยา stat
๔. นำระบบไปใช้จริง พร้อมเก็บข้อมูลหลังจากที่มีระบบยาแบบใหม่
๕. วิเคราะห์ ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ลดโอกาสในการเกิดความเสี่ยงจากการได้รับยา stat ช้า
๒. เกิดแนวทางในการปฏิบัติ ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยามากยิ่งขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ระยะเวลาการรอรับยา stat ไม่เกิน ๓๐ นาที
๒. ได้รับยา stat ถูกต้องตามรายการยาที่ขอ ๑๐๐%

(ลงชื่อ) ๗๐๑

(นางกรรณา นันทจิวารชัย)
ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ

(วันที่) 23 / ๓๑ / 256๕

ผู้ขอประเมิน