



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

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

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวสุดารัตน์ เลพล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
๒	นางสาวศุภิพร ดันติพัฒน์ภนทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘


(นายประจวบ ริกแพทย)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด รักษาราชการแทน

ผู้บัญชาการจังหวัดขอนแก่น
ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายชื่อผู้ชนะเลิศแบบทำயประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสุภารัตน์ เลพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๓๓๐๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๓๓๐๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นางสาวศุภีพร ตันดีพัฒนานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๒๘๑๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๒๘๑๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%



๓. แบบแสดงสรุปการเสนอมผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

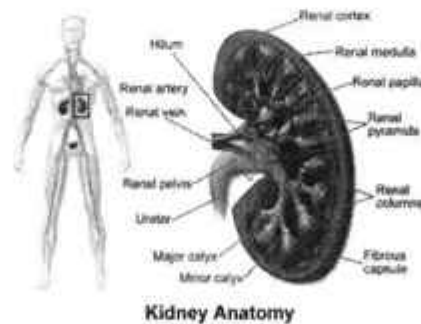
- ๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในไตที่ได้รับการผ่าตัดโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง
- ๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน ๑๙ เมษายน ถึง เดือน ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๘
- ๓. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

๓.๑.๑ กายวิภาค และสรีรวิทยาของไต

ไต ภาษาลาติน เรียก renal ภาษากรีกเรียกว่า nephrons ไตของคนเรามีอยู่ ๑ คู่ มีรูปร่างคล้ายเม็ดถั่ว (bean-shaped) ผิวนอกเรียบ มีสีน้ำตาลแกมแดง ไตตั้งอยู่ทางด้านหลังของช่องท้อง (retroperitoneal organ) อยู่ติดกับกระดูกไขสันหลังทั้งสองข้างระหว่างกระดูกสันหลังส่วนอกท่อนที่ ๑๑ ถึง ๑๒ และกระดูกสันหลังส่วนเอว ท่อนที่ ๒ ถึง ๓ ไตข้างขวาอยู่ต่ำกว่าไตข้างซ้ายเล็กน้อย เนื่องจากไตข้างขวามีกลีบขวาของตับตั้งทับซ้อนอยู่ข้างบน

ไตทั้งสองข้างจะฝังอยู่ในเนื้อเยื่อไขมัน (perirenal fat) และมีเนื้อเยื่อพังผืดเหนียว (fibrous tissue) หุ้มอยู่เป็นแคปซูลบาง ๆ เนื้อเยื่อไขมันนี้จะช่วยยึดไตอยู่กับที่ไม่ให้หย่อนและช่วยป้องกันไตจากภัยอันตรายที่เกิดจากแรงกระแทกด้วย สำหรับเนื้อเยื่อพังผืดนั้นจะช่วยยึดเหนี่ยวไตกับอวัยวะอื่น ๆ โดยรอบ ทำให้ไตตั้งอยู่ในตำแหน่งปกติ และเนื้อเยื่อนี้จะติดต่อกับเนื้อเยื่อพังผืดของกล้ามเนื้อ quadratus lumborum, psoas major และกระบังลม ทางด้านหน้าของไตจะมีเยื่อหุ้มช่องท้องคลุมตลอด บริเวณส่วนยอดของไตแต่ละข้างมีต่อมหมวกไตเกาะแนบอยู่ ทั้งไตและต่อมหมวกไตเคลื่อนไหวขึ้นลงได้เล็กน้อย ตามการเคลื่อนไหวของกระบังลม ริมด้านนอกของไตจะโค้ง อีกด้านหนึ่งจะเว้าเข้าไปตรงกลางของไต เรียกว่าขั้วไต (renal hilum) แอ่งเว้าที่อยู่ตั้งขั้วของไตจะยื่นเข้าไปในเนื้อไตเรียกว่า renal sinus ภายใน renal sinus จะเป็นบริเวณที่เข้าออกของหลอดเลือดแดงและดำ เส้นประสาทหลอดน้ำเหลืองกรวยไต (renal pelvis) ขนาดและรูปร่างของไตขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ของแต่ละบุคคล ไตของผู้ใหญ่มีความยาว ๑๑-๑๓ เซนติเมตร กว้าง ๕-๘ เซนติเมตร และมีความหนาประมาณ ๒.๕ เซนติเมตร ไตแต่ละข้างหนักประมาณ ๑๔๐-๑๗๐ กรัม หรือประมาณ ๐.๔% ของน้ำหนักตัวในผู้ใหญ่



ภาพที่ ๑: แสดงกายวิภาคของไต

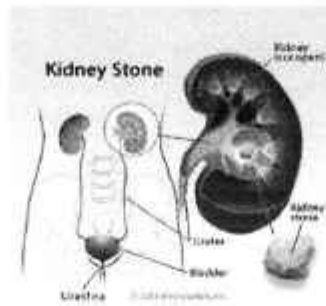
ที่มา: <https://en.wikipedia.org/wiki/Kidney>

๓.๑.๒ ความหมายของโรคนิ่วในไต

โรคนิ่วในไต (Kidney Stones) คือโรคที่เกิดจากแร่ธาตุแข็งชนิดต่าง ๆ ที่รวมตัวกันเป็นก้อน ก้อนนิ่วมีชนิดและขนาดที่แตกต่างกันไป โดยมักเกิดขึ้นบริเวณไต แต่พบได้ตลอดระบบทางเดินปัสสาวะ และมีโอกาสเกิดได้สูงหากปัสสาวะมีความเข้มข้นจนแร่ธาตุต่าง ๆ ตกตะกอนจับตัวเป็นนิ่ว นิ่วในไตอาจสร้างความเจ็บปวดทรมานให้ผู้ป่วยได้อย่างมากหากก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่จนไปปิดกั้นและสร้างแผลบาดเจ็บที่ท่อไต และอาจส่งผลให้ปัสสาวะออกมาเป็นเลือด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

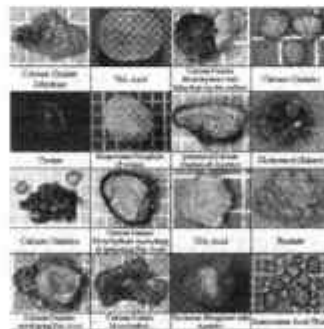
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)



ภาพที่ ๒ : แสดงลักษณะของนิ่วในไต

ที่มา: https://www.medicinenet.com/kidney_stones/article.htm

โรคนิ่วในไต เกิดจากการรวมตัวของผลึกอะตอมในปัสสาวะบริเวณไตและท่อไต เช่น แคลเซียม ออกซาเลต กรดยูริก และฟอสเฟต ภายใต้ความเข้มข้นของปัสสาวะที่สูงขึ้น โดยขาดสายยับยั้งการก่อตัวพวก ซิเตรต แมกนีเซียม เหล็ก และโพโรฟอสเฟต ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลึกในปัสสาวะคือ ภาวะอิ่มตัวยิ่งยวด (Supersaturation) ของสารก่อนิ่ว (Stone promoters) ได้แก่ แคลเซียม ออกซาเลต ฟอสเฟตและกรดยูริก เป็นต้น อย่างไรก็ตามในปัสสาวะยังมีสารอื่น ๆ อีกหลากหลายชนิด ทั้งสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์ ดังนั้น การเกิดผลึกจึงไม่ได้ขึ้นกับความเข้มข้นของสารก่อนิ่วเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับสารที่สามารถจับหรือ ปฏิสัมพันธ์กับสารก่อนิ่วเหล่านี้ได้อีกด้วย นิ่วไตอาจเป็นก้อนหินแข็งเม็ดเดียวหรือหลายเม็ดอยู่ในกรวยไตหรือ Calyces อาจมีก้านยื่นเข้าไปใน Calyces มากกว่า ๑ calyces หรือเรียกว่านิ่วเขากวาง (Staghorn Stone) อาจมีทั้งนิ่วที่บรัสและไม่มีที่บรัส โดยนิ่วขนาดใหญ่อาจจะติดบริเวณทางเดินปัสสาวะ และปิดกั้นการไหลของ สารน้ำปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดอย่างรุนแรงหรือมีเลือดออกตามมาได้



ภาพที่ ๓: แสดงลักษณะของนิ่วในไต

ที่มา: <https://www.slri.or.th/th/index.php/beamline/bl๘-xas.html?view=article&id=๓๔๔>

๓.๑.๓ อุบัติการณ์เกิดของโรคนิ่วในไต

ปัจจุบันพบว่า การเกิดโรคนิ่วในไตเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และพบได้บ่อย ของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ข้อมูลปี ๒๐๑๙ มีผู้ป่วยรายใหม่ มากกว่า ๑๑๕ ล้านราย พบได้ทั้งในวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์มาตรฐานตามเกณฑ์ อายุจะลดลงเล็กน้อยในช่วงปี ๒๐๑๙-๒๐๒๑ จากการศึกษาของ Wang et al., ๒๐๒๒ ช่วงอุบัติการณ์สูงสุดมัก อยู่ที่วัยกลางคน ประมาณ ๓๐-๖๐ ปี โดยมีรายงานว่าอายุที่พบนิ่วสูงสุดในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาและ ญี่ปุ่น อยู่ระหว่าง ๔๐-๔๙ ปี ในประเทศไทยข้อมูลทั่วไประบุว่าโรคนิ่วพบบ่อยในช่วงอายุ ๓๐-๖๐ ปี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอมผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเทศไทยอยู่ในเขตพื้นที่ที่มีรายงานความชุกของโรคนี้สูงในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ภาคเหนือมีอัตราการเกิดนิวไโตสูงที่สุดโดยอยู่ที่ ๑๓๑.๑๙ ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีความชุกในอดีตและยังคงสูงอยู่ในปัจจุบันโดยมีอัตราการเกิดนิวไโตอยู่ที่ ๘๓.๔๑ ต่อแสนประชากร ความชุกที่สูงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ได้แก่ อุณหภูมิที่สูง การประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงานกลางแจ้ง เช่น เกษตรกร ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียน้ำและสูญเสียแร่ธาตุออกไปทางเหงื่อ จึงทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นสูงและเกิดภาวะเป็นกรด จึงส่งเสริมการเกิดผลึกของนิวไโตได้ง่าย นอกจากนี้ พบอัตราการเกิดนิวไโตสูงสัมพันธ์กับอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นและการมีช่วงฤดูร้อนที่ยาวนาน ซึ่งพบว่าสภาพอากาศที่ร้อนและแห้งแล้งจะมีผลต่อกระบวนการก่อตัวของผลึกนิวไโตสูงขึ้นไปด้วย โดยเฉพาะจากสภาวะโลกร้อน (Global warming) ที่ทำให้อุณหภูมิทั่วโลกสูงขึ้น จึงส่งผลต่ออัตราการเกิดนิวไโตสูงขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี ๒๐๒๕ อัตราการเกิดนิวไโตสูงถึงร้อยละ ๕๖ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๐๙๕ (Nettuwakul et al., ๒๐๒๔; ไตสุโขวงศ์และบุญหล้า)

๓.๑.๔ สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ในไต

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยชักนำหรือเหตุช่วยส่งเสริมให้เกิดนิวไโต ดังจะกล่าวต่อไป ซึ่งในการเป็นนิวไโตมักเกิดจากหลาย ๆ เหตุรวมกัน และยังมีเหตุที่เรายังไม่ทราบร่วมอยู่อีกด้วย

๓.๑.๔.๑. Stasis การมีปัสสาวะขังอยู่ ถ่ายไม่สะดวกเป็นปกติ ซึ่งอาจเป็นผลของการอุดตันจากประสาทที่ควบคุม (neurogenic) หรือแม้แต่การนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน ๆ จากโรคใด ๆ ก็ตาม ลำพัง stasis ก็ทำให้เกลือในปัสสาวะตกตะกอนและรวมตัวเป็นก้อนอยู่แล้ว ยิ่งกว่านั้น stasis ยังเป็นเหตุช่วยเสริมให้มีภาวะติดเชื้อ ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดนิวไโตอีกต่อหนึ่ง ตัวอย่างที่พบนิวไโตในคนที่อายุเกิน ๔๐ ปี ประมาณร้อยละ ๙๐ มีการอุดตันที่ส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะ หรือที่หลอดปัสสาวะร่วมอยู่ด้วย ซึ่งถ้าเพียงผ่าเอาก้อนนี้วอกโดยไม่แก็การอุดตันนั้นแล้ว นิวไโตจะต้องเกิดอีกเกือบทุกราย ส่วนการต้องนอนอยู่กับที่นาน ๆ นอกจากปัสสาวะไหลไม่สะดวก โดยไม่มี gravity ช่วยแล้ว ยังเกิดการละลายแคลเซียมจากกระดูกออกมา ทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะมากผิดปกติ มีโอกาสตกตะกอนเป็นนิวไโตมากขึ้น

๓.๑.๔.๒. การติดเชื้อทำให้มี erosion หรือเกิดเป็นแผลที่เยื่อผิวของทางเดินปัสสาวะ ทำให้มีผิวไม่ราบเรียบ มีความตึงผิวมากกว่าปัสสาวะ ผลึกมีโอกาสเกาะรวมตัวเป็นก้อนนิวไโต แบคทีเรียบาง อย่าง เช่น B.protrus เป็นจุลินทรีย์ที่แยกย่อยยูเรีย ferment ยูเรียได้ ทำให้เกิดเป็นแอมโมเนียจนทำให้ปัสสาวะเป็นด่างเกลือฟอสเฟตหรือคาร์บอนเนตของแคลเซียม แมกนีเซียม และแอมโมเนียจะตกตะกอนในด่าง จึงมีโอกาสเกิดนิวไโต กลุ่มก้อนของแบคทีเรียหรือชิ้นเนื้อตาย เนื่องจากการติดเชื้อยังเป็นแกนใน (nucleus) ให้ผลึกเกาะรวมตัวเป็นก้อนนิวไโตอีกด้วย

๓.๑.๔.๓. ปัสสาวะเข้มข้นขึ้น ปัสสาวะที่เข้มข้นเพราะมีเกลือชนิดหนึ่งชนิดใดมากเกินไป ก็มีโอกาสดตกตะกอนเกิดเป็นนิวไโตได้เมื่อมีเหตุอื่นเสริมช่วยอยู่ด้วย สาเหตุที่ทำให้ปัสสาวะเข้มข้น ได้แก่

๑. ดื่มน้ำน้อยเกินไป

๒. เสียน้ำไปทางอื่น เช่น เหงื่อออกมากเนื่องจากอากาศร้อน หรือใช้กำลังกายมาก เสียน้ำทางการอาเจียนหรือท้องเดิน

๓. การกินอาหารบางอย่างมากเกินไป เช่น ดื่มน้ำนมมากทำให้มีแคลเซียมในปัสสาวะมาก กินอาหารเนื้อโดยเฉพาะพวกเครื่องในทำให้มีกรดยูริกในปัสสาวะมาก ผัก หรือผลไม้บางอย่างทำให้มีออกซาเลตมากในปัสสาวะ อาการที่ขาดวิตามิน B๖ ทำให้มีออกซาเลตมากในปัสสาวะ เป็นต้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. Hyperparathyroidism ทำให้มีแคลเซียมมากในปัสสาวะ (hypercalciuria) และมีฟอสเฟตมากในปัสสาวะ (hyper phosphaturia)

๕. Idiopathic hypercalciuria (ภาวะนี้มีระดับฟอสเฟตในปัสสาวะเป็นปกติ) ไม่ทราบสาเหตุ

๖. Gout หรือในโรคที่ทำให้มีการสลายโปรตีนมากและรวดเร็ว เช่น คนไข้ leukemia, Polycythemia หรือมะเร็ง ในขณะที่ได้รับการรักษาจะมีการคั่งของยูริกในเลือดและปัสสาวะมาก

๗. เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ มีการผิดปกติในเมตาบอลิซึมของโปรตีน มีโอกาสเป็น cystine stone

๘. การผิดปกติในเมตาบอลิซึมของ purine มี xanthine มากผิดปกติในปัสสาวะทำให้เกิดนิ่วได้

๓.๑.๔.๔. ปัสสาวะทำให้เกิดนิ่วได้ภาวะพร่องวิตามินเอ ขอนี้พิสูจน์ได้ในหนู แต่ในคนยังพิสูจน์ไม่ได้ แต่โดยทางอ้อม นิ่วเป็นในหมู่มนุษย์ที่ยากจน ขาดสารอาหาร การขาดวิตามินเอ ทำให้มี keratinization และการลอกหลุดของเยื่อผิวเป็นโอกาสให้มีการรวมตัวของพวกผลึกต่าง ๆ

๓.๑.๔.๕. การเปลี่ยนแปลงในภาวะกรด-ด่างของปัสสาวะ กลือบางอย่างละลายได้ดีในน้ำปัสสาวะที่เป็นกรด เช่น กลือฟอสเฟตหรือคาร์บอนเนตของแคลเซียม, แมกนีเซียม และแอมโมเนีย ถ้าปัสสาวะเป็นด่างกลือเหล่านี้จะตกตะกอน มีโอกาสเกิดนิ่วได้ ตรงกันข้ามกับกรดยูริก, cystine, xanthine และออกซาเลตละลายได้ดีในด่างและตกตะกอนในกรด

๓.๑.๔.๖. สิ่งแปลกปลอม จะโดยการนำใส่เข้าไป เช่น การสวนหลอดปัสสาวะคาไว้ (หรือสายสวนขาดหลุดอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ) ผ้าซับเลือดในกระเพาะปัสสาวะ ของที่ใช้เย็บ (แม้แต่ chromic catgut) ซึ่งไม่ละลาย ที่เย็บโผล่เข้าในทางเดินปัสสาวะ ลิ่มเลือด ก้อนหนองชั้นเนื้อตาย กลุ่มก้อนแบคทีเรีย จะเป็นแกนกลางให้เกิดการตกตะกอนและจับก้อนเป็นนิ่วได้

๓.๑.๔.๗. Ramdall's Plaque Ramdall ตรวจศพในคนทั้งที่เป็นนิ่ว และไม่เป็นนิ่ว พบว่า มีไตจำนวนมากที่มี calcific plaque ที่ชั้นสับมิวโคซ่า ที่ส่วนปลายของ papilla นอกทิวบูล เขาเชื่อว่า เพราะมีการเสียหายของ papilla มาก่อนจากการติดเชื้อที่อื่น ๆ และเมื่อ plaque เหล่านี้ได้ขึ้นทะลุชั้นมิวโคซ่า ก็จะกลายเป็นแกนกลางของก้อนนิ่ว

๓.๑.๔.๘. เพศ พบว่าผู้ชายเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้บ่อยกว่าผู้หญิง เพราะผู้ชายมีโอกาสเกิดการอุดตันที่ส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะหรือที่หลอดปัสสาวะมากกว่าและทางเดินปัสสาวะช่วงล่างยาวกว่า

๓.๑.๔.๙. อายุ พบว่า เด็กเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะมากกว่าในไต และผู้ใหญ่เป็นนิ่วในไตมากกว่าเด็ก

๓.๑.๔.๑๐. Orthophosphate deficiency จากการทดลองพบว่า เมื่อให้ผู้ป่วยรับประทาน orthophosphate จะทำให้ลดการขับถ่ายแคลเซียมในน้ำปัสสาวะ ลดการขับถ่ายกรดออกซาลิก และกรดยูริก ในน้ำปัสสาวะ เพิ่มการขับถ่ายกรดซิตริกในน้ำปัสสาวะ เพิ่ม pH ของน้ำปัสสาวะ ฉะนั้นการที่ร่างกายขาดสาร orthophosphate จึงอาจทำให้เกิดนิ่วได้

๓.๑.๕ อาการ และอาการแสดงของโรค

ก้อนนิ่วที่มีขนาดเล็กมาก ๆ อาจหลุดออกไปพร้อมกับการขับปัสสาวะโดยไม่ก่อให้เกิดอาการหรือความรู้สึกเจ็บปวดใด ๆ อาการของนิ่วในไตอาจไม่ปรากฏให้เห็นจนกระทั่งก้อนนิ่วเริ่มเคลื่อนตัวรอบ ๆ ไตหรือไปยังท่อไต ซึ่งเป็นท่อเชื่อมต่อยังไตและกระเพาะปัสสาวะ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีนิ่วในไตอาจมีอาการเหล่านี้ ได้แก่ ปัสสาวะเป็นเลือด หรืออาจมีสีแดง ชมพู และน้ำตาล ปัสสาวะแล้วเจ็บ ปวดปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะน้อย ปัสสาวะขุ่นหรือมีกลิ่นแรง คลื่นไส้ อาเจียน ทนาวสัน เป็นไข้

๓.๑.๖ การวินิจฉัยโรคนิ่วในไต

การวินิจฉัยนิ่วในไตจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลประวัติด้านสุขภาพ และผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วย เช่น

๓.๑.๖.๑ การตรวจปัสสาวะ เพื่อดูว่าร่างกายมีการขับแร่ธาตุที่รวมตัวเป็นก้อนนิ่วมากเกินไป หรือมีสารป้องกันการเกิดนิ่วที่น้อยเกินไปหรือไม่ ตลอดจนตรวจหาภาวะติดเชื้อ สามารถทำได้โดยเก็บปัสสาวะของผู้ป่วยทั้งหมดในช่วง ๒๔ ชั่วโมง เช่น ถ้าเริ่มนับตั้งแต่ ๘.๐๐ นาฬิกา ในเวลานี้ผู้ป่วยต้องปัสสาวะทิ้งไปก่อน แล้วเก็บครั้งต่อ ๆ ไปทุกครั้งจนถึง ๘.๐๐ นาฬิกาของวันต่อไปจึงเก็บเป็นครั้งสุดท้าย

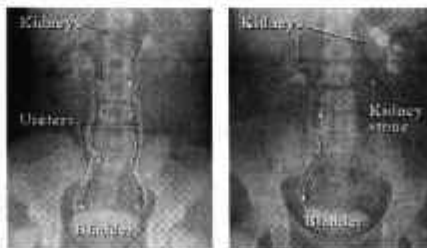
๓.๑.๖.๒ การตรวจโดยดูจากภาพถ่ายไต วิธีนี้จะช่วยให้แพทย์สามารถมองเห็นก้อนนิ่วที่เกิดขึ้นตามทางเดินปัสสาวะ การถ่ายภาพไตมีหลากหลายวิธีให้เลือกใช้ เช่น การฉายรังสีเอกซเรย์ในช่องท้อง ซึ่งอาจทำให้มองไม่เห็นก้อนนิ่วในไตขนาดเล็กหรือนิ่วบางชนิด การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ นอกจาก ๒ วิธีนี้แพทย์อาจพิจารณาใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ซึ่งอาจทำให้เห็นนิ่วก้อนเล็ก ๆ ได้



ภาพที่ ๔: แสดงการตรวจนิ่วในไตด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

ที่มา: <https://kidneystonemelbourne.com.au/diagnosis/investigations/imaging>

๓.๑.๖.๓ การตรวจไตและทางเดินปัสสาวะโดยการฉีดสี (IVP) ทำได้ด้วยการฉีดสีเข้าไปที่เส้นเลือดใหญ่บริเวณแขน แล้วถ่ายภาพเอกซเรย์เพื่อให้เห็นสิ่งกีดขวางในขณะที่ไตกรองสีดังกล่าวออกจากเลือดแล้วขับถ่ายไปเป็นปัสสาวะ โดยให้ผู้ป่วยขับปัสสาวะผ่านเครื่องกรอง เพื่อดักจับนิ่วที่ออกมา และนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดก้อนนิ่ว วิธีนี้จะช่วยให้แพทย์วางแผนป้องกันการเกิดนิ่วที่อาจเพิ่มมากขึ้นในอนาคต



ภาพที่ ๕: แสดงการตรวจนิ่วในไตโดยการฉีดสี (IVP)

ที่มา: <https://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอมผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.๑.๗ การรักษาโรค

นิ่วในไตเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ โดยมีการรักษาหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดของก้อนนิ่วและสาเหตุการเกิด

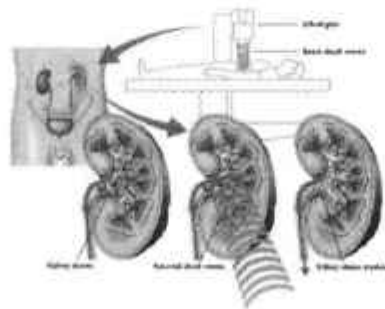
๓.๑.๗.๑ การรักษานิ่วในไตขนาดเล็ก

การรักษานิ่วขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน ๕ มิลลิเมตร อาจทำได้ง่าย ๆ ด้วยการดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อช่วยขับก้อนนิ่วออกมาพร้อมปัสสาวะ และควรดื่มให้มากพอจนปัสสาวะเจือจางจนไม่มีสีเหลืองหรือสีน้ำตาล นิ่วอาจหลุดลงมาเป็นนิ่วในท่อไต อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยด้วยนิ่วชนิดนี้มีอาการ แพทย์อาจพิจารณาให้ผ่าตัดเอาก้อนนิ่วออก การตรวจพบก้อนนิ่วเล็กๆ สามารถทำให้เกิดความเจ็บปวดได้เช่นกัน แม้จะไม่มากก็ตาม แพทย์อาจใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น ไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) หรือที่รู้จักในชื่อพาราเซตามอล และนาพรอกเซน (Naproxen) นอกจากนี้ การใช้ยาช่วยขับก้อนนิ่วก็เป็นอีกหนึ่งวิธีการรักษา แพทย์อาจสั่งจ่ายยากลุ่มแอลฟา-บล็อกเกอร์ (Alpha Blocker) ซึ่งเป็นยาช่วยขับก้อนนิ่วออกมาทางปัสสาวะ ออกฤทธิ์โดยการทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ทำให้ให้ก้อนนิ่วในไตถูกขับออกมาได้เร็วและเจ็บน้อยกว่าเพียงการดื่มน้ำช่วย

๓.๑.๗.๒ การรักษานิ่วในไตขนาดใหญ่

ก้อนนิ่วที่มีขนาดใหญ่กว่า ๕ มิลลิเมตรขึ้นไปสามารถทำให้มีเลือดออก เกิดแผลที่ท่อไตหรือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จนไม่สามารถหลุดมาเองได้ อาจต้องใช้การรักษาชนิดอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

๑. การใช้คลื่นเสียงแตกตัวก้อนนิ่ว เหมาะกับนิ่วที่มีขนาดไม่เกิน ๒ เซนติเมตร รักษาด้วยเครื่องExtracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) โดยใช้แรงสั่นสะเทือนของคลื่นเสียงทำให้นิ่วแตกตัวเป็นชิ้นเล็ก ๆ จนสามารถผ่านออกทางการขับปัสสาวะได้ วิธีนี้ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บปวดระดับปานกลาง แพทย์จึงอาจใช้ยาระงับประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยสงบหรือทำให้สลบแบบตื่นกระบวนการรักษาใช้เวลาประมาณ ๔๕-๖๐ นาที และอาจส่งผลข้างเคียงให้ปัสสาวะเป็นเลือด มีแผลฟกช้ำด้านหลังช่องท้อง เลือดออกรอบบริเวณไตและอวัยวะรอบข้าง รวมถึงรู้สึกเจ็บเมื่อเสียวก้อนนิ่วเคลื่อนผ่านทางเดินปัสสาวะออกมา การรักษาโรคนี้วิธีนี้ระยะเวลาที่เร็วกว่าเศษนิ่วจะหลุดออกมาหมดนั้นไม่แน่นอน บางรายต้องสลายนิ่วซ้ำอีกหนึ่งหรือหลายครั้ง ไม่สามารถรับรองผลการรักษาได้ทุกราย โดยมีอัตราปลอดนิ่วที่ ๓ เดือนประมาณร้อยละ ๗๕



ภาพที่ ๖: แสดงการรักษานิ่วไตด้วยเครื่อง Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL)

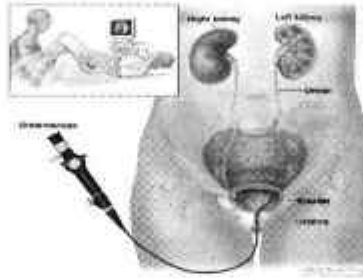
ที่มา: <https://www.dr.vamsikrishna.com/services/kidney-stones-treatment/>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การผ่าตัดก้อนนิ่วออก (Percutaneous nephrolithotomy) เหมาะกับนิ่วที่มีขนาดไม่เกิน ๓ เซนติเมตร อาจใช้ตามหลังวิธีใช้คลื่นเสียงแตกตัวก้อนนิ่ว (ESWL) ไม่ได้ผล แพทย์อาจเลือกใช้การผ่าตัดนิ่วด้วยการใช้กล้องโทรทรรศน์ขนาดเล็กและเครื่องมือสอดเข้าไปบริเวณหลังของผู้ป่วย โดยพักฟื้นที่โรงพยาบาลเป็นเวลา ๑-๒ วัน และมีประสิทธิภาพถึง ๗๒-๙๙ เปอร์เซ็นต์

๓. การส่องกล้องสำหรับก้อนนิ่วที่มีขนาดไม่เกิน ๓ เซนติเมตร แพทย์อาจใช้กล้อง Ureteroscope เพื่อฉายลำแสงแคบผ่านหลอดปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ แล้วใช้เครื่องมือชนิดพิเศษจับหรือทำให้ก้อนนิ่วแตกตัวเป็นชิ้นเล็กจนสามารถถูกขับออกมาทางเดินปัสสาวะได้ เพื่อลดอาการบวมหลังผ่าตัดและช่วยให้หายเร็วขึ้น จึงอาจมีการใช้ท่อเล็ก ๆ ยึดไว้ที่หลอดปัสสาวะด้วย การส่องกล้องนี้พบว่ารักษาได้ผลถึง ๙๔ เปอร์เซ็นต์ หากเป็นนิ่วเขากวางมีกิ่งก้านมากกว่า ๒ กิ่ง หรือนิ่วที่มีขนาดใหญ่กว่า ๓ เซนติเมตร แพทย์มักพิจารณาเป็นการผ่าตัดเปิดตามความเหมาะสม

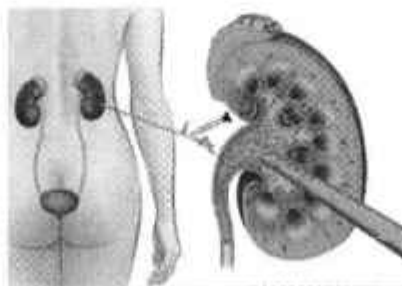


ภาพที่ ๗: แสดงการรักษานิ่วไตด้วยวิธีการส่องกล้อง Ureteroscopy

ที่มา: <https://healthjade.net/ureteroscopy/>

๔. การผ่าตัดต่อมไทรอยด์โรคต่อมไทรอยด์ทำงานสูง เกิดการผลิตฮอร์โมนพาราไทรอยด์ขึ้นมากผิดปกติและเป็นสาเหตุให้เกิดก้อนนิ่วจากแคลเซียมฟอสเฟตได้ง่าย การทำงานที่ผิดปกตินี้หากมีสาเหตุมาจากเนื้องอกที่เติบโตบนต่อมไทรอยด์ การผ่าตัดเอาเนื้องอกดังกล่าวออกจะเป็นช่วยลดการเกิดนิ่วในไตได้ด้วย

๕. การผ่าตัดรักษานิ่วในไตโดยการส่องกล้องผ่านรูผิวหนัง (PCNL) การผ่าตัด PCNL เป็นการผ่าตัดโดยการเจาะเข้าไปที่ไตผ่านผิวหนังบริเวณเอวขยายแผลใช้กล้องส่องแล้วคีบนิ่วออกมา ซึ่งจะมีความแตกต่างจากการผ่าตัดโดยผ่าผิวหนังบริเวณเอวเข้าไปที่ไต (nephrolithotomy) ซึ่งแพทย์ได้ใช้รักษาผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน



ภาพที่ ๘: แสดงการรักษานิ่วไตด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านรูผิวหนัง (PCNL)

ที่มา: <https://brisbaneurologyclinic.com.au/procedures-we-perform/percutaneous-nephrolithotomy/>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อดีของการผ่าตัด PCNL เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัด nephrolithotomy (Ahmed et al., ๒๐๒๔)

๑. ผลผ่าตัด PCNL มีขนาดเล็กประมาณ ๑ เซนติเมตร ในขณะที่ผลผ่าตัด nephrolithotomy มีขนาดผล ถึง ๑๐-๑๕ เซนติเมตร

๒. PCNL ใช้วิธีการเจาะด้วยเข็มที่มีขนาดเล็กและมีความคม สามารถเจาะทะลุผ่านชั้นกล้ามเนื้อเข้าไป ทำให้ชั้นกล้ามเนื้อไม่ถูกตัดออกจากกันทำให้มีการเสียเลือดและการทำลายเนื้อเยื่อจากการลงผลผ่าตัดน้อยกว่า ทำให้การเติมเลือดระหว่างหรือหลังผ่าตัดน้อยกว่าโอกาสเสี่ยงที่เชื้อแบคทีเรียจะเข้าสู่ร่างกายทางผลผ่าตัดมีได้น้อย ความเจ็บปวดบริเวณผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัดจึงน้อยกว่า ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้เร็ว ระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดสั้น สามารถกลับไปทำงานมีชีวิตรปกติได้เร็ว การสูญเสียทางเศรษฐกิจน้อยกว่า เมื่อผลหายมีรอยเพียงเล็กน้อย มีผลต่อการทำงานของไตน้อยกว่า

๓. เป็นทางเลือกหนึ่งในการทำผ่าตัดเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่การผ่าตัดที่เสี่ยงมากกว่าปกติ เช่น กรณีที่เคยผ่าตัดมาแล้ว หรือโอกาสที่จะต้องตัดไตทั้งด้วย

๔. สามารถทำผ่าตัดได้โดยใช้วิธีการ general anesthesia, regional anesthesia หรือ Intravenous assisted local anesthesia ได้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการใช้ยาสลบทั่วร่างกายในการผ่าตัด

๕. ลดอัตราการตายและอัตราความเจ็บปวด กรณีที่นิ่วมีขนาดเล็ก การผ่าตัดแบบ PCNL จะได้ผลดีกว่าการเปิดผ่าตัดใหญ่

๖. สามารถมองเห็นกรวยไตชัดเจน เหมือนกับการผ่าตัดใหญ่โดยเฉพาะเมื่ออาศัยกล้องแบบ flexible scope ช่วยในการผ่าตัด

๗. ถ้าทำการผ่าตัดแบบ PCNL ไม่สำเร็จก็สามารถเปลี่ยนเป็นวิธีเปิดผ่าตัด nephrolithotomy ได้

ข้อจำกัดของการผ่าตัด PCNL (Ahmed et al., ๒๐๒๔)

๑. ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ รวมถึง fluoroscope, endoscope และ ultrasonic lithotripsy ซึ่งเป็นการลงทุนที่แพง

๒. ใช้เวลาในการฝึกฝนของศัลยแพทย์ใช้ในการเรียนรู้จนมีความชำนาญ เนื่องจากต้องฝึกฝนในการควบคุมเครื่องมือในมือทั้ง ๒ ข้าง ให้สัมพันธ์กับสายตาที่ต้องมองจอภาพ (hand-eyes coordination)

๓. ต้องอาศัยทำงานร่วมกันเป็นทีม และต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญโดยเฉพาะ

๔. ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดสูงกว่า เนื่องจากเครื่องมือและอุปกรณ์มีราคาแพง

๕. หลังผ่าตัดจำเป็นต้องมีท่อระบายจากไต คือ สาย nephrostomy tube ๑-๒ วัน

ข้อบ่งชี้ของการทำผ่าตัด PCNL

๑. นิ่วขนาดใหญ่ ๓ เซนติเมตร (renal stone size > ๓ cm.)

๒. นิ่วเขากวาง (staghorn calculi)

๓. นิ่วที่มีหลายเม็ด (multiple stone)

๔. นิ่วร่วมกับภาวะอุดตันของกรวยไต (ureteropelvic junction obstruction)

๕. นิ่วเกือกม้า (orseshoes stone) ที่รักษาด้วยการสลายนิ่วไม่ได้ผล นิ่วที่แข็งมาก (solitary stone)

ข้อห้ามในการทำผ่าตัด PCNL

๑. ความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด (uncontrolled bleeding disorder)

๒. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓. ผู้ป่วยอ้วนมาก (morbid obesity)
 ๔. ผู้ป่วยตั้งครรภ์ (pregnancy)
 ๕. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง (hypertension)
 ๖. ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพอื่น ๆ ของไตร่วมด้วย เช่น วัณโรคไต มะเร็ง หรือเนื้องอก
- ๓.๑.๗.๓ ยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

๑. Ceftriaxone ๒ gm IV OD

ข้อบ่งใช้ เป็นยาในกลุ่ม cephalosporin ใช้รักษาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ใช้ป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัด

อาการข้างเคียง ท้องเสีย, คลื่นไส้, ไข้, หนาวสั่น, เม็ดเลือดขาวสูง, ผื่นแดง, โลหิตจาง, การเพิ่มขึ้นของระดับ AST, ALT และ BUN ในกระแสเลือด

การพยาบาล ประเมินตำแหน่งที่ฉีดทุกครั้งก่อนและหลังให้ยา สังเกตอาการ บวม แดง ร้อน หรืออาการปวดซึ่งอาจบ่งบอกถึงภาวะอักเสบของหลอดเลือด Flush สายสวนหลอดเลือดด้วยสารละลาย NaCl ๐.๙% ทั้งก่อนและหลังการให้ยา เพื่อให้แน่ใจว่ายาเข้าสู่ร่างกายครบถ้วนและป้องกันการตกค้างของยาในสาย

๒. Plasil ๑๐ mg IV prn q ๘ hr.

ข้อบ่งใช้ รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน ช่วยเพิ่มการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้

อาการข้างเคียง ง่วงซึม, เหนื่อยล้า, วิงเวียนศีรษะ, ท้องเสีย

การพยาบาล ติดตามวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือมีประวัติความดันโลหิตต่ำ

๓. Paracetamol ๕๐๐ mg oral prn q ๔ hr.

ข้อบ่งใช้ ใช้ในการบรรเทาอาการปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง, ลดไข้

อาการข้างเคียง เกสเลือดดำ, เม็ดเลือดขาวต่ำ, ทำลายตับและไตหากใช้เกินขนาด

การพยาบาล ติดตามตามอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยทุก ๔-๖ ชั่วโมงหลังการให้ยาเพื่อประเมินผลการลดไข้ ประเมินระดับความรู้สึกปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ยาเพื่อดูประสิทธิภาพของการบรรเทาปวด

๔. Morphine ๓ mg IV prn q ๔ hr.

ข้อบ่งใช้ แก้ปวดชนิดเสียด ใช้ในการระงับอาการปวดที่ค่อนข้างรุนแรงและรุนแรงมาก

อาการข้างเคียง สับสน, มึนงง, ประสาทหลอน, ปัสสาวะออกน้อย, ชีพจรเต้นผิดปกติ, เหงื่อออกมาก, คันมีฝิ่นลมพิษขึ้นบนผิวด้าน, รู้สึกกระสับกระส่าย, รับสผิดปกติ

การพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ประเมินความปวด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการติดตามผลลัพธ์การให้ยา ยืนยันความถูกต้องของขนาดยา ความถี่ และรูปแบบการให้ยาตรวจนับอัตราการหายใจอย่างละเอียด (ห้ามให้ยาหากอัตราการหายใจต่ำกว่า ๑๒ ครั้งต่อนาที)

๓.๑.๘ การพยาบาลผู้ป่วยนิวโมไคที่ได้รับการผ่าตัดโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง

การพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดเอานิวโมไคโดยการเจาะรูผ่านทางผิวหนัง เป็นกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมกิจกรรมพยาบาลทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของพยาบาลและทีมผ่าตัด ต่อความพร้อมในการผ่าตัด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ส่งผลให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความมีประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยพ้นจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถฟื้นฟูสภาพและกลับบ้านได้ในเวลาอันควร

๓.๑.๘.๑ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative)

๑. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

๑.๑ ด้านร่างกาย การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพผู้ป่วย ความรู้สึกตัวและการรับรู้ สัญญาณชีพ ตรวจสอบการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดจากรายงาน และการสอบถามผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับยาและสารน้ำ การงดน้ำงดอาหารตามแผนการรักษา การเตรียมความสะอาดของร่างกาย การสวนอุจจาระเพื่อเตรียมลำไส้ การถอดของมีค่า ฟันปลอม และสิ่งที่เป็นสื่อนำไฟฟ้าก่อนมาห้องผ่าตัด การเตรียมเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดก่อนการผ่าตัด

๑.๒ ด้านเอกสารต่าง ๆ การตรวจสอบชื่อ-สกุล การผ่าตัดตรงตามตารางการผ่าตัดและแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลเลือด, chest X-ray, ผล EKG แผนการรักษาของแพทย์ การเซ็นยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด การบันทึกอาการผู้ป่วยแต่ละราย

๑.๓ ด้านจิตใจอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยแต่ละรายทราบถึงขั้นตอน วิธีการผ่าตัดโดยย่อ สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัย และมีทัศนคติที่ดีต่อการผ่าตัด

๑.๔ ดูแลรับ-ส่ง ผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัดให้ถูกต้องและปลอดภัย

๑.๕ นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด โดยยังไม่ต้องย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัด ห่มผ้าให้ผู้ป่วย ยกที่กั้นเตียงขึ้น เพื่อป้องกันอันตรายจากการตกเตียงและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

๑.๖ บันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุม เพื่อส่งต่อข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย

๒. การเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัด

๒.๑ ทำความสะอาดสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัด

๒.๒ ตรวจสอบประสิทธิภาพเตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด ระบบปรับอากาศ เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดสารคัดหลั่ง เครื่องมือผ่าตัดนิวไนด์โดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ให้พร้อมสำหรับการใช้งาน

๒.๓ เตรียมห้องผ่าตัด และเครื่องมือสำหรับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้าง

๒.๔ เตรียมเครื่องมือพิเศษ และวัสดุไหมเย็บให้อยู่ในสภาพปลอดภัยและพร้อมใช้งาน

๓.๑.๘.๒ การพยาบาลระยะขณะผ่าตัด (intra-operative)

๑. บทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse)

๑.๑ ระบุตัวผู้ป่วยโดยการตรวจสอบชื่อ-สกุล ให้ถูกต้องกับผู้ป่วย Chart, OPD card, Summary และป้ายข้อมือ

๑.๒ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้แผ่นช่วยย้ายตัวผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย

๑.๓ จัดสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัดให้สะอาดเรียบร้อย ทักทาย สัมผัสกับผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลในการผ่าตัดแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนปฏิบัติการพยาบาล ตอบข้อซักถามและข้อข้องใจ อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ

๑.๔ จัดและตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ เช่น เครื่องมือผ่าตัด และอุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ให้เพียงพอต่อการใช้งาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๕ ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือ เช่น เครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ในการผ่าตัดเอาน้ำวอกโดยการเจาะรูผ่านทางผิวหนัง

๑.๖ ทำหน้าที่จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการผ่าตัดรายนั้น ๆ อย่างถูกต้องตามหลักเทคนิคปราศจากเชื้อและปรับปรุง ให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ

๑.๗ ทำหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) โดยส่งเครื่องมือตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัดให้ถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถแก้ปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัดได้ทันที่

๑.๘ ตรวจสอบจำนวนเครื่องมือ วัสดุผูกเย็บ และผ้าซับโลหิตให้ถูกต้องตรงกันทั้งก่อน และ หลังผ่าตัด

๒. บทบาทของพยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating nurse)

๒.๑ ทำ Surgical safety checklist มีการทำ Sign in เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทำ Time out ร่วมกับทีม แพทย์ผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลก่อนทำการผ่าตัด และทำ Sign out เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

๒.๒ ให้ความอบอุ่นร่างกายโดยการห่มผ้าให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

๒.๓ การจัดทำผู้ป่วยแบบ Kidney Position คือ ทำตะแคงตัวนอนด้านข้าง ผ่าตัดด้านไหนให้เอาด้านนั้นขึ้น ใช้หมอนรองระหว่างขาทั้งสองข้าง หมอนเจลรองใต้รักแร้ด้านที่กดทับ ส่วนแขนอีกหนึ่งข้างวางไว้ตรงที่ปักแขนด้านบน รักษาให้แน่นกันผู้ป่วยพลัดตกจากเตียง

๒.๔ ดูแลสวนคาสายสวนปัสสาวะตามหลัก aseptic technique

๒.๕ การเตรียมความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด (skin preparation) ฟอกผิวหนังโดยใช้หลักการฟอกถู และใช้น้ำยาระงับเชื้อ โดยฟอกจากจุดที่จะลงมีดผ่าตัด ด้วย hibiscrub สำหรับฟอกทำความสะอาดบริเวณผ่าตัด ๒%w/v chlorhexidine gluconate in water ทาสำหรับฆ่าเชื้อบริเวณผิวหนังก่อนผ่าตัด

๒.๖ อำนวยความสะดวกบริเวณรอบนอกให้ทีมผ่าตัด และสังเกตอันตรายของผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัด ตัดสินใจกับเหตุการณ์ฉุกเฉินเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที

๒.๗ ปิดแผลผ่าตัด ทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย คลุมผ้าห่มให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย

๒.๘ บันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมตรวจสอบความเรียบร้อยของเอกสารการผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลในการรักษาพยาบาล มีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยในรายที่ไม่เป็นไปตามปกติ

๓. การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ และเครื่องมือพิเศษ

เครื่องมือพื้นฐานที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในโตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง

set basic Uro flank ใหญ่			
รายการ	จำนวน	รายการ	จำนวน
army navy retractor	๒	Richardson retractor ใหญ่	๒
Dever ใหญ่, กลาง, เล็ก	๑, ๑, ๑	parenchymal retractor	๓
kidney retractor	๒	frank retractor	๑
non tooth forceps ๗"	๒	tooth forceps ๗"	๒
long non tooth forceps ๑๐"	๑	long fine non tooth forceps ๑๐"	๑
vascular forceps	๑	Pott scissors	๑

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

set basic Uro flank ใหญ่ (ต่อ)			
towel Clip	๖	allis ยาว	๔
Babcock ยาว	๒	artery clamp โค้งยาว	๕
artery clamp สั้น	๕	right angle ปลายเรียว ๗"	๒
right angle ปลายเรียว ๙"	๒	right angle ปลายเรียว ๑๒"	๒
right angle ปลายทู่ ๘"	๒	Kocher clamp เล็ก ๖"	๒
Poole suction เล็ก + shield	๑+๑	Poole suction ใหญ่ + shield	๑+๑
ถ้วยยาใหญ่	๓	ขามรูปไตใหญ่	๑
bull dog	๑	Metzenbaum ๙"	๑
army navy retractor	๒	Richardson retractor ใหญ่	๒
Dever ใหญ่, กลาง, เล็ก	๑,๑,๑	parenchymal retractor	๓
kidney retractor	๒	frank retractor	๑
non tooth forceps ๗"	๒	tooth forceps ๗"	๒
long non tooth forceps ๑๐"	๑	long fine non tooth forceps ๑๐"	๑
vascular forceps	๑	Pott scissors	๑
bull dog	๑	Metzenbaum ๙"	๑
Mayo ๗"	๑	ตัดไหม ๗"	๑
Metzenbaum ๗"	๑	ด้ามมีด No.๔	๑
ด้ามมีด No.๗	๑	sponge holder	๓

ชุดเครื่องมือพิเศษและไหมเย็บ	
Top gauze	Gauze ๔*๔
Abdominal swab	Camera sleeve (ปลอกอัลตราซาวด์)
Infrator syring	foley's catheter No.๑๔,๑๖
Steri drape (opside)	Double J stent
Malecot drain	Nephrostomy balloon
ชุด fascial dilate + เข็มเจาะไต	Ampart sheath
Urine bag	Syring ๑๐ml.
Skin marker pen	PCNL bag
Sensor guide wire	ชุดเข็มเย็บ drain
สาย suction	สายน้ำ uro
Camera head	Light source
Hand pice shock pulse	Stopcock
Stone grasping forcep	Sheath ๒๖
Ultrasound guide	Ultrasonic probe
Nipple valve	Syring irrigation

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ชุดเครื่องมือพิเศษและไหมเย็บ (ต่อ)	
๐.๙%NSS	Key Ultrasonic probe
Len nephroscope	จอ monitor
หม้อน้ำ uro	เครื่อง ultrasonic
เครื่อง ultrasound	

๓.๑.๘.๓ การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (post-operative)

๑. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตรวจสอบความผิดปกติหลังผ่าตัด ดูแลแผลผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย

๒. หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยจะมีท่อระบายเลือดจากแผล ต่อลงถุงท่อระบายนี้จะใส่ค้างไว้ ประมาณ ๔-๕ วัน ผู้ป่วยต้องระมัดระวังไม่ให้มีการเลื่อนหลุดของท่อระบาย และห้ามดึงสายคาทุกชนิดออก เช่น สายสวนปัสสาวะ สายน้ำเกลือ เป็นต้น

๓. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยประเมิน ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต ทุก ๑๕ นาที ๑ ชั่วโมง

๔. ประเมินแผลผ่าตัด ดูตำแหน่งของแผลผ่าตัด ผ้าปิดแผล สังเกตว่ามีเลือดซึมมากน้อยเพียงใด หากมีเลือดซึมมากขึ้น ให้รายงานแพทย์ทันที

๕. นำส่งผู้ป่วยร่วมกับทีมผ่าตัด ไปยังห้องพักฟื้น

๖. ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในระยะเวลาผ่าตัดให้พยาบาลห้องพักฟื้นรับทราบ ได้แก่ โรค และชนิดของการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การพยาบาลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

๗. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ๒๔-๗๒ ชั่วโมง เพื่อประเมินประสิทธิภาพทางการพยาบาล ให้คำแนะนำเพิ่มเติมจากที่ให้ในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม พื้นฟูส่งเสริมให้ผู้ป่วยคืนสภาพปกติโดยเร็ว

๓.๑.๙ ทฤษฎีทางการพยาบาล

๓.๑.๙.๑ กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพในทุกมิติของการพยาบาลที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน (Potter & Perry, ๒๐๐๕) ดังนี้

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแล

๒. การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis statement) NANDA (the north American nursing diagnosis association)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับ บุคคล ครอบครัว หรือ ชุมชนตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต” ข้อวินิจฉัยการพยาบาลแบ่งออกเป็น ๕ ประเภทดังนี้

๒.๑ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ทำการประเมินภาวะสุขภาพ มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน

๒.๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็น แต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด

๒.๓ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มี สาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้

๒.๔ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่ แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดี เป็นระดับที่ต่ำมากขึ้น

๒.๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (syndrome nursing diagnosis statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกัน

๓. การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) มี ๔ ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้พิจารณา ได้ ๒ ทาง คือ

๓.๑ ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที

๓.๒ การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎี ความต้องการของมาสโลว์ (Maslow' hierarchy of needs theory, ๑๙๕๓)

ก. จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา มีหลักการ

ข. กำหนดเป้าหมายของการพยาบาล จะกำหนดในระดับใดขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหา อาจกำหนดปัญหาไว้กว้าง ๆ หรือเฉพาะเจาะจง และต้องพิจารณาว่ามีทางเป็นไปได้สำหรับบุคคล แต่ละบุคคล มากน้อยเพียงใด

ค. การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล (ผลลัพธ์ที่คาดหวัง) เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการวัด หรือประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาลที่จะบอกให้ทราบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ง. การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ หรือรายละเอียดของวิธีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง หรือญาติ หรือผู้ดูแลก็ได้

๔. การใช้แผนการพยาบาล (implementation of nursing care plan) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การ ปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล

๕. การประเมินผล (evaluation) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้าย ของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓.๑.๙.๒ กรอบการประเมิน ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอรี กอร์ดอน (Gordon, ๑๙๙๔) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือ ชุมชน และวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะ สุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการ ค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้อง กับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัวและจิตสังคมของผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ ๑ แบบแผนการรับรู้และการจัดการสุขภาพ (health perception health management pattern) ประวัติการเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง การดูแลความสะอาดของร่างกาย สาเหตุการ เจ็บป่วยในครั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยในครั้งนี้ลักษณะทั่วไปของการตรวจร่างกาย ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาล

แบบแผนที่ ๒ แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (Nutrition metabolic pattern) อาหารและการเผาผลาญการได้รับสารน้ำสารอาหาร การเคี้ยว การดูดกลืน น้ำหนักส่วนสูง ลักษณะผิวหนัง เยื่อช่องปาก สีผิวหนัง ความชุ่มชื้น ลักษณะท้อง ตับ ม้าม ก้อนในท้อง ต่อม้ำเหลือง ต่อมไทรอยด์

แบบแผนที่ ๓ แบบแผนการขับถ่ายของเสีย (Elimination pattern) การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะวันละกี่ครั้ง มีความผิดปกติหรือไม่ ใส่สายสวนปัสสาวะ ผลตรวจพิเศษห้องปฏิบัติการ ปัสสาวะ อุจจาระ

แบบแผนที่ ๔ แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity exercise pattern) กิจกรรมและการออกกำลังกายอาชีพ การออกกำลังกาย มีข้อจำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ความผิดปกติของแขนขาโครงสร้างร่างกาย การตอบสนองของร่างกายเคลื่อนไหวเกี่ยวกับระบบหัวใจ การหายใจ ทำทางการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความดันโลหิต อุณหภูมิกาย อัตราการเต้นของ หัวใจ อัตราการหายใจ ผลการตรวจพิเศษคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram : EKG)

แบบแผนที่ ๕ แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (Sleep rest pattern) การนอนหลับและ การพักผ่อน นอนนอนหลับได้ครั้งละกี่ชั่วโมง ต้องใช้ยานอนหลับหรือไม่

แบบแผนที่ ๖ แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive perceptual pattern) สติ ปัญญาและการรับรู้การมองเห็น การได้กลิ่น ความจำ การรับรู้สถานที่ ความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกตัว สีหน้า ทำทางแสดงถึงความเจ็บปวด ผลการตรวจพิเศษเกี่ยวกับสมองและระบบประสาท

แบบแผนที่ ๗ แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเองหรืออัตมโนทัศน์ (Self-perception pattern) มโนทัศน์แห่งตน ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา คุณค่าแห่งตน สภาพอารมณ์

แบบแผนที่ ๘ แบบแผนของบทบาท-สัมพันธ์ภาพ (Role relation pattern) บทบาทและ สัมพันธภาพบทบาทในครอบครัว สังคม อาศัยอยู่กับใคร บุคคลที่สำคัญในชีวิต สถานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาใน การสื่อสาร มีผู้มาเยี่ยม

แบบแผนที่ ๙ แบบแผนทางเพศและบทบาททางเพศ (Sexuality and sexual function pattern) เพศและการเจริญพันธุ์มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ มีความผิดปกติเรื่องเพศก้ำกวม อวัยวะสืบพันธุ์ การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลตรวจพิเศษและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แบบแผนที่ ๑๐ แบบแผนการปรับตัวกับความเครียด (Coping stress management pattern) การเผชิญ การทนต่อความเครียดสิ่งที่ทำให้เครียด การแก้ปัญหา การเผชิญความเครียด มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตสี่หน้าท่าทางปฏิกิริยาที่เกิดเมื่อเผชิญกับปัญหา

แบบแผนที่ ๑๑ แบบแผนการรับรู้คุณค่า และความเชื่อ (Value belief system pattern) คุณค่าและความเชื่อความพึงพอใจในชีวิต ความเชื่อ นับถือศาสนา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความขัดแย้งในใจซึ่งแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ดังนั้น หากสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนทุกมิติ จะทำให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม และสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

นิ่วในไตเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อที่ไต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้เกิดไตวายหรือไตพิการได้ และการที่ผู้ป่วยเหลือไตเพียงข้างเดียว จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นนิ่วซ้ำและรักษาไตอีกข้างหนึ่งไว้ สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ประเทศไทยอยู่ในเขตพื้นที่ที่มีรายงานอุบัติการณ์เกิดของโรคนิ่วสูงในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วง ๕ ปีย้อนหลัง พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗ ภาคเหนือมีอัตราการเกิดนิ่วในไตสูงที่สุดโดยอยู่ที่ ๑๑๑.๑๙ ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีความชุกในอดีตและยังคงสูงอยู่ในปัจจุบันโดยมีอัตราการเกิดนิ่วในไตสูงกว่า ๘๕ รายต่อแสนประชากรคิดเป็นกว่าร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยทั้งหมดภายในประเทศ การรักษาโรคนิ่วไม่มีจุดมุ่งหมายสำคัญ ๒ ประการ คือ เพื่อเอานิ่วออกและป้องกันไม่ให้เกิดนิ่วขึ้นมาใหม่ เพื่อรักษาไตให้ทำงานได้ปกติที่สุด ปัจจุบันการรักษาโรคนิ่วได้มีความก้าวหน้าไปมากในโรงพยาบาลขอนแก่นสามารถผ่าตัดหรือส่องกล้องเอานิ่วไตออกโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังเป็นการรักษามาตรฐานอันดับแรกสำหรับผู้ป่วยที่มีนิ่วไตขนาดใหญ่มากกว่า ๒ เซนติเมตร หรือนิ่วที่มีรูปร่างซับซ้อน เช่น นิ่วเขากวาง ซึ่งปัจจุบันการพัฒนากิจการดำเนินงานด้านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการยกระดับมาตรฐานควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่ายทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ (ลดความแออัด และสามารถกลับบ้านได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง) และผู้รับบริการ (ลดค่าใช้จ่ายของญาติในการอยู่เฝ้าและการเดินทาง) ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน กรมการแพทย์ได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ หน่วยงานในการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบนับว่าเป็นนโยบายที่สำคัญยิ่ง ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ ระยะเวลา รอคอย ความแออัด ลดค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการ นอกจากนี้ กรมการแพทย์ยังเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมาก มีการร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจากหลายภาคส่วนในการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับระบบโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่มีประโยชน์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์ ด้านของระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและระดับประเทศนั้น ประเด็นการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ได้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ การบริการโดยนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพการรักษา และคุณภาพชีวิตของประชาชน สะท้อนถึงความตระหนักในปัญหา ความต้องการการพัฒนาและการให้ความสำคัญ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ในการดำเนินงานการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) นับว่าเป็นการผ่าตัดที่มีความสำคัญ เนื่องจากต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางร่วมกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการผ่าตัด มีการทำลายเนื้อเยื่อระหว่างทำการผ่าตัดน้อย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีขนาดของแผลที่เล็ก ส่งผลให้ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นอกจาก ทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบบริการและของผู้ป่วย ลดลงแล้ว ยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดดีขึ้นอีกด้วย

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งในพื้นที่รับผิดชอบและโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการผ่าตัดนี้วิโตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง สถิติในการผ่าตัดย้อนหลังในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๕๗ ราย ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๖๓ ราย ปี ๒๕๖๘ จำนวน ๖๕ ราย ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูล และสารสนเทศ โรงพยาบาลขอนแก่น (วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๘) หลักการสำคัญของวิธีนี้คือการกำจัดนิ่วอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดด้วยการรุกรานร่างกายน้อยที่สุดบาดแผลมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและกลับบ้านได้เร็ว เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้เพิ่มมากขึ้นเพื่อลดระยะเวลาในการผ่าตัดลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด บุคลากรในทีมผ่าตัดต้องมีความรู้ความชำนาญ ทักษะและประสบการณ์ความเชี่ยวชาญสูงตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพร้อมของเอกสารการเซ็นยินยอมทำผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด การพยาบาลในขณะที่ผ่าตัด มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามหลัก sterile technique มีความแม่นยำและรวดเร็วเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เสร็จผ่าตัดตรวจสอบความเรียบร้อย และนำส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๔.๒. วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒.๒ เพื่อพยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการนำความรู้ ประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๔.๒.๓ เพื่อแนวทางในการพัฒนาบุคลากร

๔.๒.๔ เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน

๔.๒.๕ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความประทับใจในการบริการงานห้องผ่าตัด

๔.๓. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องเอานิวไตออกโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง

๔.๔. สาระสำคัญ

๔.๔.๑ ข้อมูลประวัติสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชาย อายุ ๔๕ ปี HN: ๖๗๐๖๑๘๖๖, AN: ๖๘๒๕๔๔๔๔ เชื้อชาติ: ไทย สัญชาติ: ไทย ศาสนา: พุทธ สถานภาพ: คู่ สิทธิการรักษา บัตรทอง+ร่วมจ่ายค่าธรรมเนียม

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล ๑๙ เมษายน ๒๕๖๘

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มาตามนัดเพื่อผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ๓ เดือนก่อนมา ปวดเอวข้างขวา เป็นๆ หายๆ ไป รพ. ได้ X-ray พบมีนิ่วที่ไตข้างขวาจึงส่งตัวมารักษาต่อที่ รพ. ขอนแก่น ได้ทำ IVP วินิจฉัยเป็นนิ่วในไตข้างขวาและมีไตบวม (Right Renal Calculi : Hydronephrosis) แพทย์นัดมาผ่าตัดนิ่วในไตออกโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง (PCNL) วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๘

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร ปฏิเสธการผ่าตัด

แบบแผนการดำเนินชีวิตโดยใช้แบบแผนการรับรู้สุขภาพ ๑๑ แบบแผนกอร์ดอน

๑ แบบแผนการรับรู้และการจัดการสุขภาพ ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่อง เข้าใจแผนการรักษาว่าผู้ป่วยมีนิ่วอยู่ในไตข้างขวา ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอานิ่วออกแบบส่องกล้องเจาะรูผ่านผิวหนัง

๒ แบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ๓ มื้อ เช้า เที่ยง เย็น เป็นอาหารพื้นบ้าน รสไม่จัด ดื่มน้ำประมาณ ๑.๕ ลิตรต่อวัน ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

๓ แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ถ่ายอุจจาระปกติวันละ ๑ ครั้ง เป็นก้อนนุ่ม ถ่ายปัสสาวะ ๔-๖ ครั้งต่อวัน ปัสสาวะขุ่นเป็นบางครั้ง แสบขัดบางครั้ง

๔ แบบแผนกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่ได้มีแบบแผนการออกกำลังกาย

๕ แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางคืน วันละ ๖-๘ ชั่วโมงหลับสนิทไม่มีสะดุ้งตื่น ไม่ต้องใช้ยานอนหลับ

๖ แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตาม-ตอบรู้เรื่อง รับรู้สถานที่ เวลา ไม่มีอาการหลงลืมการมองเห็นชัดเจน สามารถเขียนหนังสือได้ การได้ยินปกติ

๗ แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเองหรืออัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยเป็นคนใจเย็น เข้าใจการเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าอาจเกิดจากพฤติกรรมของตนเองที่ดื่มน้ำน้อย รวมทั้งมีกรรมพันธุ์เป็นนิ่วในไต

๘ แบบแผนของบทบาท-สัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นบิดา มีลูก ๒ คนสัมพันธภาพภายในครอบครัวรักใคร่กันดี

๙ แบบแผนทางเพศและบทบาททางเพศ ผู้ป่วยสถานภาพ คู่ ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๑๐ แบบแผนการปรับตัวกับความเครียด ผู้ป่วยสามารถรับรู้เมื่อตนกำลังเผชิญกับตนเองกำลังมีภาวะเครียด และจะพูดคุยปรึกษากับภรรยา หรือหากิจกรรมทำเพื่อบรรเทาความเครียด

๑๑ แบบแผนการรับรู้คุณค่า และความเชื่อ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเกี่ยวกับกรรมเกิดจากการกระทำ

๔.๔.๒ ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่น ๆ

ตรวจร่างกาย costovertebral angle tenderness positive (การตรวจพบอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเมื่อแพทย์เคาะบริเวณมุมซี่โครงด้านหลังที่อยู่เหนือไตสาเหตุ เกิดจากนิ่วในไตและกรวยไต รวมถึงการติดเชื้อบริเวณไต)

EKG normal (ผลการตรวจคลื่นหัวใจปกติโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ ๖๐-๘๐ ครั้งต่อนาที)

Chest X-ray no infiltration, no cardiomegaly (ไม่พบความผิดปกติของปอด และหัวใจ)

KUB right staghorn calculus, hydronephrosis (นิ่วไตข้างขวามีขนาดใหญ่และมีกิ่งก้าน, ไตบวม)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Urine analysis

รายการ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	การแปลผล
volume	๑๐	ml.	-	ปกติ
color	Pale yellow	-	yellow	ปกติ
clarity	clear	-	clear	ปกติ
pH	๖.๕	-	๕.๖-๘	ปกติ
Specific gravity	๑.๐๒๓	-	๑.๐๐๓-๑.๐๓	ปกติ
Protein	Trace	-	negative	พบโปรตีนปริมาณเล็กน้อยมาก
Glucose	negative	-	negative	ปกติ
Ketone	negative	-	negative	ปกติ
Blood	Trace	-	negative	พบเม็ดเลือดแดงปริมาณเล็กน้อยมาก
Nitrite	negative	-	negative	ปกติ
Urobilinogen	normal	-	normal	ปกติ
Bilirubin	negative	-	negative	ปกติ
Leukocyte	๑+	-	negative	พบเม็ดเลือดขาวปริมาณเล็กน้อย อาจมีการติดเชื้อหรืออักเสบในระบบทางเดินปัสสาวะ
RBC	๐-๑	Cells/HPF	๐-๓	ปกติ
WBC	๒-๓	Cells/HPF	๐-๕	ปกติ
Squamous Epithelium	๐-๑	Cells/HPF	-	ปกติ
bacteria	occasion	-	-	พบแบคทีเรียปนอยู่ในปัสสาวะโดยไม่มีอาการของการติดเชื้อ

Hematology

รายการ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	๖.๕	$10^3/\mu\text{L}$	๔.๕-๑๐	ปกติ
RBC	๔.๘๗	$10^6/\mu\text{L}$	๔.๕-๖.๓	ปกติ
Hemoglobin	๑๓.๓	g/dL	๑๓-๑๘	ปกติ
Hematocrit	๓๙.๘	%	๔๐-๕๐	ต่ำ
MCV	๘๑.๗	fL	๘๐-๑๐๐	ปกติ
MCH	๒๗.๓	pg	๒๖-๓๔	ปกติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

รายการ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	การแปลผล
MCHC	๓๓.๔	g/dL	๓๑-๓๗	ปกติ
RDW	๑๕.๓	%	๑๑.๙-๑๔.๘	สูง
PLT	๒๕.๒	๑๐ ^๙ /uL	๑๔๐-๔๐๐	ปกติ
MPV	๙.๗	fL	๖.๗-๑๐.๒	ปกติ
NRBC	๐	Cells/๑๐๐WBC	-	ปกติ
Neutrophil%	๔๕.๖	%	๔๓.๗-๗๐.๙	ปกติ
Lymphocyte%	๒๔.๒	%	๒๐.๑-๔๔.๕	ปกติ
Monocyte%	๔.๙	%	๓.๔-๙.๘	ปกติ
Eosinophil%	๒๔.๗	%	๐.๗-๙.๒	ปกติ
Basophil%	๐.๖	%	๐-๒.๖	ปกติ
Total Differential	๑๐๐	-		-

Clinical Chemistry

รายการ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	การแปลผล
Blood Urea Nitrogen	๒๐	mg/dL	๕.๘-๑๙.๑	สูง
Creatinine	๑.๑๒	mg/dL	๐.๖๗-๑.๑๗	ปกติ
eGFR	๗๙	-	>=๙๐	ต่ำ
Sodium	๑๓๘	mmol/L	๑๓๐-๑๔๗	ปกติ
Potassium	๓.๗๒	mmol/L	๓.๔-๔.๗	ปกติ
Chloride	๑๐๓	mmol/L	๙๖-๑๐๗	ปกติ
CO ₂	๒๘.๐	mmol/L	๒๐.๖-๒๘.๓	ปกติ
Anion Gap	๑๑	mmol/L	๑๐-๒๐	ปกติ

๔.๔.๓ ข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ผู้ป่วยชาย อายุ ๔๕ ปี มา admit วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๘ แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ภาวะ-ตอบ รู้เรื่อง น้ำหนัก ๕๙ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๖ เซนติเมตร วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๓๒/๗๘ mmHg ชีพจร ๗๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น นิ่วไตข้างขวา และมีไตบวม (Right renal calculi with hydronephrosis) แพทย์พิจารณาการรักษาโดยการ ผ่าตัดเอานิ่วออกโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง PCNL (Percutaneous nephrolithotomy) วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๘ การพยาบาลก่อนผ่าตัด เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการผ่าตัดตลอดจนไหมเย็บ วัสดุห้ามเลือดต่าง ๆ ให้พร้อมก่อนเริ่มผ่าตัด ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล, ป้ายข้อมือ, เอกสารยินยอมผ่าตัด, mark site, Doctor order ประวัติการใช้ยา ประวัติการผ่าตัด ประวัติแพ้ยา/อาหาร ก่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตามหลัก surgical safety checklist

การพยาบาลขณะผ่าตัด ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล, ป้ายข้อมือ, เอกสารยินยอมผ่าตัด, mark site ทำ sign in ก่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัด พยาบาลเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

(sterile technique) และ (universal precaution) ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมทำ time out ก่อนลงมือผ่าตัด ช่วยเหลือแพทย์ทำผ่าตัดตามลำดับวิธีอย่างถูกต้อง และแม่นยำ อำนวยความสะดวกเพื่อให้การผ่าตัดสิ้นสุดโดยรวดเร็วที่สุด เพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด Surgery open ๑๑.๔๘ ถึง surgery close ๑๓.๒๐ ใช้เวลาในการผ่าตัด ๑ ชั่วโมง ๓๒ นาที สัญญาณชีพขณะผ่าตัด ความดันโลหิต ๑๓๕/๘๑ mmHg ชีพจร ๖๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๒ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ๑๕๐ มิลลิลิตร ตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ของมีคม และผ้าซับโลหิต ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด ก่อนเย็บปิดแผลรายงานแพทย์ผู้ผ่าตัดรับทราบ ลงข้อมูลในกระดาน และใบ Operative record ทีมทำ time out ก่อนสิ้นสุดการผ่าตัด หลังผ่าตัดนำส่งผู้ป่วยไปที่ห้องพักฟื้น รายงานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยใน ระยะผ่าตัด และสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังหลังผ่าตัดให้พยาบาลห้องพักฟื้นรับทราบ ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น เวลา ๑๓.๔๐ น. วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๔๐/๘๒ mmHg ชีพจร ๕๑ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ย้ายผู้ป่วยกลับตักศิลากรรมระบบปัสสาวะเวลา ๑๔.๔๕ น. รายงานข้อมูลผู้ป่วยขณะผ่าตัดและขณะอยู่ห้องพักฟื้นให้พยาบาลที่ตักศิลากรรมระบบปัสสาวะรับทราบได้แก่ การวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ ๑ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีลุกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้หายใจ room air วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๒๓/๘๕ mmHg ชีพจร ๗๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ไม่ปวดแผล pain score ๓ แผลไม่ซึม ปัสสาวะสีแดงจาง ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวด MO ๓ mg IV ดูแลให้ได้รับยา antibiotic เป็น ceftriaxone ๒ mg IV ตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า ๑.๕ ลิตรต่อวัน เพื่อช่วยขับเศษนิ่วที่ยังตกค้างออกทางปัสสาวะ

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ ๒ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ สีหน้าสดชื่น วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๐๙/๗๐ mmHg ชีพจร ๖๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ไม่ปวดแผล pain score ๐ แผลไม่ซึม ปัสสาวะเหลืองมีตะกอนนิ่ว ดูแลให้ได้รับยา antibiotic เป็น ceftriaxone ๒ mg IV ตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า ๑.๕ ลิตรต่อวัน เพื่อช่วยขับเศษนิ่วที่ยังตกค้างออกทางปัสสาวะ

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ ๔ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีลุกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๓/๗๒ mmHg ชีพจร ๗๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๗ องศาเซลเซียส ไม่ปวดแผล pain score ๐ แผลไม่ซึม ปัสสาวะใส ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ paracetamol ๕๐๐ mg oral ดูแลให้ได้รับยา antibiotic เป็น ceftriaxone ๒ mg IV ตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า ๑.๕ ลิตรต่อวัน เพื่อช่วยขับเศษนิ่วที่ยังตกค้างออกทางปัสสาวะ

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ ๕ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีลุกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๑๖/๗๑ mmHg ชีพจร ๕๗ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ไม่ปวดแผล pain score ๐ แผลไม่ซึม off foley's cath ผู้ป่วยปัสสาวะได้เองสีใสไม่แสบขัด แพทย์ให้กลับบ้าน วันนี้นัด ๑ เดือนที่ห้องส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ (๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘) รวมระยะเวลาอยู่รักษาโรงพยาบาล ๗ วัน ให้คำแนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย ๓ ลิตรต่อวัน เพื่อช่วยขับเศษนิ่วที่ยังตกค้างออกทางปัสสาวะและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดูแลแผลไม่ให้เปียกชื้นไม่แกะเกาแผลเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ล้างแผลทุกวันที่สถานพยาบาลกลับบ้าน ดัดไหมวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๘ หากมีแผลซึม แดง มีหนอง ปัสสาวะปนเลือด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะออกน้อย มีไข้ ให้กลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๕.๑ ผู้ศึกษาเลือกเรื่องที่จะศึกษา และทบทวนเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง
 ๔.๕.๒ รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่จะศึกษาจากการพูดคุยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย จากการศึกษาประวัติ การตรวจร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิตและ การบันทึกการตรวจของ แพทย์

๔.๕.๓ วางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

๔.๕.๔ ปฏิบัติการศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

๔.๕.๕ ประเมินผลพร้อมทั้งจัดทำเอกสารกรณีศึกษา

๔.๕.๖ ส่งคณะกรรมการของโรงพยาบาลตรวจสอบ

๔.๕.๗ ปรับปรุงแก้ไขและจัดทำรูปเล่มพร้อมเผยแพร่ผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง (percutaneous nephrolithotomy) ตั้งแต่วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๘ จนถึงวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๘ รวมระยะเวลาที่อยู่ใน ความดูแล ๗ วัน โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดใช้หลักปราศจาก เชื้อ อำนวยความสะดวกเพื่อให้การผ่าตัดเสร็จสิ้นโดยเร็วที่สุด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ผ่าตัดถูก ข้างเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดครบถ้วน ไม่เหลือตกค้างในตัวผู้ป่วย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เป็นไปตามแผนการรักษา คือ ๘-๑๐ วัน

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานผู้ป่วยผ่าตัด ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๕.๒.๒. จำนวนครั้งของการงดผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์ และเครื่องมือเท่ากับศูนย์

๕.๒.๓. ให้การพยาบาลในขณะที่ผ่าตัดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

๕.๒.๔. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

๕.๒.๕. ผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมดูแลตัวเองที่ถูกต้องเหมาะสม มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

๕.๒.๖. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรับบริการมากกว่าร้อยละ ๙๐

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการ เจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๖.๒. ใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล

๖.๓. ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการพยาบาล

๖.๔. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๖.๕. ใช้เป็นเอกสารในการศึกษาค้นคว้าของบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจทั่วไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับเครื่องมือพิเศษที่ต้องใช้ในการผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดนิ้วในโต โดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังมีเครื่องมือพิเศษหลากหลาย ถ้าหากไม่มีความรู้หรือประสบการณ์ในการใช้งานจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวผู้ป่วย บุคลากรในทีม และเครื่องมือชิ้นนั้นได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ บุคลากรในทีมผ่าตัดต้องมีความชำนาญเฉพาะทางศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งปัจจุบันบุคลากรมีการหมุนเวียนเข้าไปเรียนรู้งานพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมไปแล้ว เมื่อหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในสาขาอื่นแล้วกลับมาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะพบว่ามีความรู้และประสบการณ์ลดลง ทำให้พยาบาลขาดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจที่ดี ขาดความมั่นใจในการช่วยผ่าตัด ดังนั้น การเรียนการสอน วิชาการการผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ควรจัดให้มีเป็นประจำและเพิ่มเนื้อหาเรื่องนี้ในบทเรียน เปิดโอกาสให้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการส่งเครื่องมือผ่าตัด ภายใต้การดูแลจากทีมพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด

๘.๒ เนื่องจากการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังเป็นการผ่าตัดใหญ่ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ วิศวกร แพทย์ พยาบาลผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี พยาบาลประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งจะต้องมีการประสานงานเป็นอย่างดีเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และครอบคลุม

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ บุคลากรที่ร่วมที่ผ่าตัดให้การดูแลทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน มีการวางแผนการพยาบาล การติดตามประเมินผล กำหนดแนวทางประสานงานกับแพทย์ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง

๙.๒ ส่งเสริมให้มีการทบทวนให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างสม่ำเสมอในแต่ละราย เพื่อสรุปและค้นหาปัญหาแนวทางในการพัฒนาการให้บริการในรายต่อไป

๙.๓ การพัฒนาคุณภาพบริการ และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในทีมงานมีการบริการอย่างต่อเนื่อง

๙.๔ พยาบาลและทีมงานต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในการตัดสินใจให้การพยาบาลมีการวางแผนการพยาบาลและมีการประเมินอาการทุกระยะ เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องในภาวะวิกฤติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ผลงานภายในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางสาวสุดารัตน์ เลพล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สักส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวสุดารัตน์ เลพล สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *สุดารัตน์*

(นางสาวสุดารัตน์ เลพล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *๑๖* / *กันยายน* / *๒๕๖๔*

(ผู้ขอประเมิน)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุตารัตน์ เลพล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(..... (ปิชนารถ โตกาจิด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๒๕ / กันยายน / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) 

(..... (นางดวงพร เวียงสินมา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๒๕ / กันยายน / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) 

(..... (นางพินรัฐ จอมเพชร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

(วันที่) ๕ / ตุลาคม / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(..... (นางรุจิราลักษ์ พรหมเมือง)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) 6 พ.ย. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง

๒. หลักการและเหตุผล

การรักษาโรคนิ้วโตมีจุดมุ่งหมายสำคัญ ๒ ประการ คือ เพื่อเอานิ้วออกและป้องกันไม่ให้เกิดนิ้วขึ้นมาใหม่ เพื่อรักษาไตให้ทำงานได้ปกติที่สุด ปัจจุบันการรักษาโรคนิ้วโตมีความก้าวหน้าไปมากในโรงพยาบาลขอนแก่น สามารถผ่าตัดหรือส่องกล้องเอานิ้วโตออกโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังเป็นการรักษามาตรฐานอันดับแรกสำหรับผู้ป่วยที่มีนิ้วโตขนาดใหญ่มากกว่า ๒ เซนติเมตร หรือนิ้วที่มีรูปร่างซับซ้อน เช่น นิ้วเขากวาง ซึ่งปัจจุบันการพัฒนาการดำเนินงานด้านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการยกระดับมาตรฐานควบคุมไปกับการลดค่าใช้จ่ายทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ (ลดความแออัด และสามารถกลับบ้านได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง) และผู้รับบริการ (ลดค่าใช้จ่ายของญาติในการอยู่เฝ้าและการเดินทาง) ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน กรมการแพทย์ได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ หน่วยงานในการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบนับว่าเป็นนโยบายที่สำคัญยิ่ง ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ ระยะเวลา รอคอย ความแออัด ลดค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน ผู้รับบริการ นอกจากนี้ กรมการแพทย์ยังเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมาก มีการร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจากหลายภาคส่วนในการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับระบบโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่มีประโยชน์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์ ด้านของระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและระดับประเทศนั้น ประเด็นการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ได้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ การบริการโดยนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพการรักษา และคุณภาพชีวิตของประชาชน สะท้อนถึงความตระหนักในปัญหา ความต้องการการพัฒนาและการให้ความสำคัญในการดำเนินงานการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) นับว่าเป็นการผ่าตัดที่มีความสำคัญ เนื่องจากต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางร่วมกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการผ่าตัด มีการทำลายเนื้อเยื่อระหว่างทำการผ่าตัดน้อย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีขนาดของแผลที่เล็ก ส่งผลให้ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นอกจาก ทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบบริการ และของผู้ป่วย ลดลงแล้ว ยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดดีขึ้นอีกด้วย

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งในพื้นที่รับผิดชอบและโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง สถิติในการผ่าตัดย้อนหลังในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๕๗ ราย ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๖๓ รายปี ๒๕๖๘ จำนวน ๖๕ ราย ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูล และสารสนเทศโรงพยาบาลขอนแก่น (วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๘) หลักการสำคัญของวิธีนี้คือการกำจัดนิ้วอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดด้วยการรุกรานร่างกายน้อยที่สุดบาดแผลมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและกลับบ้านได้เร็ว เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้เพิ่มมากขึ้นเพื่อ ลดระยะเวลาในการผ่าตัดลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด บุคลากรในทีมผ่าตัดต้องมีความรู้ความชำนาญ ทักษะและประสบการณ์ความเชี่ยวชาญสูงตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพร้อมของเอกสารการเซ็นยินยอมทำผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด การพยาบาลในขณะที่ผ่าตัด มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามหลัก sterile technique มีความแม่นยำและรวดเร็วเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เสร็จผ่าตัดตรวจสอบความเรียบร้อย และนำส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ความเชี่ยวชาญสูงตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความพร้อมของเอกสารการเซ็นยินยอมทำผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด การพยาบาลในขณะที่ผ่าตัด มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามหลัก sterile technique มีความแม่นยำและรวดเร็วเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เสร็จผ่าตัดตรวจสอบความเรียบร้อย และนำส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะอย่างปลอดภัย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปัญหาที่พบได้แก่

๑. บุคลากรในทีมผ่าตัดต้องมีความชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการนิ้วในโต โดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ซึ่งปัจจุบันบุคลากรที่หมุนเวียนเข้าไปเรียนรู้งานเมื่อครบ ๓ เดือนก็ต้องหมุนเวียนไปเรียนรู้งานในสาขาอื่นต่อไป และอาจเรียนรู้งานได้ไม่ครอบคลุมถึงการผ่าตัด อาจส่งผลให้การส่งเครื่องมือผ่าตัดมีข้อผิดพลาด เกิดความล่าช้าหรืออาจมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น การเรียนการสอนวิชาการด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ควรจัดให้มีเป็นประจำและเพิ่มเนื้อหาเรื่องนี้ในบทเรียน เปิดโอกาสให้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการส่งเครื่องมือผ่าตัด ภายใต้การดูแลจากทีมพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด

๒. การผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด ๑-๒ ชั่วโมง และมีโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินขณะทำผ่าตัด เช่น bleeding ต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิด พยาบาลจะต้องมีความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในโตแบบเปิดด้วย เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเช่นนี้ พยาบาลต้องความรู้เรื่องการบริหารจัดการในทีมผ่าตัด ต้องเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับทำผ่าตัดแบบเปิด ถ้าพยาบาลขาดความรู้ในเรื่องนี้จะทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งเครื่องมือผ่าตัด การผ่าตัดล่าช้าต้องรอเครื่องมือผ่าตัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย การผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง ต้องใช้บุคลากรเป็นจำนวนมาก เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ วิศวกร แพทย์ พยาบาลผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี พยาบาลประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งจะต้องมีการประสานงานเป็นอย่างดี เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

๓. การผ่าตัดมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ ซึ่งมีหลายขนาดและมีอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่นำมาประกอบเข้าด้วยกันเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความสับสนในการทำงาน ทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดส่องกล้อง ซึ่งเป็นอุปกรณ์พิเศษที่มีราคาแพง ผู้ใช้งานจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ เพื่อป้องกันการใช้งานแบบผิดวิธีทำให้อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ เกิดการชำรุดเสียหาย การให้ความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเครื่องมือและอุปกรณ์มีคุณสมบัติและการใช้งานแต่ละตำแหน่งแตกต่างกัน

รวมไปถึงการดูแลอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ หลังใช้งานเสร็จ การบำรุงรักษาเครื่องมือ เพื่อให้ใช้งานได้นาน และมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้มีราคาแพง รวมไปถึงการเก็บอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ หลังใช้งานเสร็จให้ถูกต้องเพื่อให้ง่ายและสะดวกในการใช้งานครั้งต่อไป

๔. การผ่าตัดนิวโรโตโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง เป็นการผ่าตัดใหญ่ ยุ่งยากซับซ้อน และมีความเสี่ยงสูง การให้ความรู้และคำแนะนำ ก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ เช่น ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผ่าตัด สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ขั้นตอนเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด แหล่งประโยชน์ทางสังคมและเศรษฐกิจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ และมีความพร้อมที่จะรับการผ่าตัด สามารถยอมรับสภาพหลังการผ่าตัดได้

๓.๒ แนวความคิด

แนวคิดในการพัฒนาครั้งนี้เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะสำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลหน่วยงานห้องผ่าตัด ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวโรโตโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง โดยแนวคิดการพัฒนาประกอบด้วย ๑) แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และ ๒) แนวคิดการพัฒนาคุณภาพวงจร PDCA (Deming Cycle) ดังนี้

๓.๒.๑ แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล (วรลักษณ์ เต็มรัตน์, ๒๕๖๕)

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อเพิ่มระดับสมรรถนะของบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสภาพแวดล้อมของสังคมและองค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต บุคลากรจำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองหรือได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การจะพัฒนาให้บุคลากรมีสมรรถนะมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงานนั้น องค์กรต้องมีการส่งเสริมการพัฒนาดตนเองของบุคลากร รวมถึงนำกิจกรรมต่าง ๆ เข้ามาประยุกต์ในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร โดยการพัฒนาสมรรถนะมีหลายวิธี ได้แก่

๑. การฝึกอบรม (Training) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญในองค์กรทำให้มีความรู้ความเข้าใจ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีทักษะเป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อการเรียนรู้สำหรับงานปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน และมีทักษะความชำนาญตามความต้องการขององค์กร เป็นกระบวนการพัฒนารายบุคคลผ่านการฝึกอบรมในแบบห้องเรียน และศึกษาค้นคว้า ตูจวน จากแหล่งข้อมูล หรือแหล่งความรู้ต่าง ๆ หรือสื่อดิจิทัล เป็นต้น

๒. การฝึกอบรมในงาน หรือการฝึกงานในสถานการณ์จริง (On the job training) เป็นวิธีการที่ใช้ในการฝึกฝนบุคลากรที่เข้ามาใหม่ในระดับปฏิบัติการ เพื่อให้มีประสบการณ์ มีความรู้ ความเข้าใจ ในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยกระบวนการสอนงาน และให้บุคลากรได้ทดลองปฏิบัติงาน จริงในสถานที่จริง โดยมีพี่เลี้ยงคอยดูแล ให้คำแนะนำ และเป็นการเรียนรู้งาน โดยการสังเกตการทำงานของผู้ที่มีความชำนาญ แล้วลงมือปฏิบัติจริง

๓. การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (Simulation based learning) เป็นวิธีการพัฒนาสมรรถนะผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง มีการสรุปผลการเรียนรู้โดยใช้การสะท้อนคิดจากประสบการณ์ ผ่านสถานการณ์จำลอง ช่วยถ่ายโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัตินั้น ผู้เรียนต้องทำความเข้าใจวิเคราะห์ความคิดความรู้สึกต่อกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์ และสรุปหลักการ หรือแนวคิดที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติ การพยาบาล การให้เหตุผลทางการแพทย์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการแพทย์ และทักษะด้านอื่นที่ไม่ใช่ปฏิบัติการพยาบาล (สมจิตต์ สินธุ์ชัย, และกันยารัตน์ อุบลวรรณ, ๒๕๖๓)

๔. การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เป็นวิธีการหนึ่งที่สอดแทรกไปในการบรรยาย โดยผู้บรรยาย (Instructor) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ฝึกปฏิบัติการ โดยนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับฟังมา ปฏิบัติตามกระบวนการเรียนรู้ที่วิทยากรได้กำหนดไว้ ซึ่งอาจจะเป็นกิจกรรมเชิงวิชาการที่ทำให้คิดวิเคราะห์ และนำเสนอ รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรม Walk rally ที่เป็นฐานกิจกรรม ที่ประยุกต์มาจากแนวคิดต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถมองเห็นถึงประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมและพัฒนานั้นได้ (เอกสิทธิ์ สนามทอง, ๒๕๖๒)

๕. การใช้ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง (Mentoring system) หมายถึง พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ พร้อมทั้งจะให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนวทาง ช่วยสนับสนุนให้พยาบาลใหม่สามารถเรียนรู้ และปรับตัวสู่บทบาทใหม่ เกิดสมรรถนะที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงาน และเกิดความก้าวหน้าในงาน (จิรากร ธรรมศรีสวัสดิ์, ๒๕๖๘)

๖. การนิเทศ (Supervision) หมายถึง กระบวนการสนับสนุนทางวิชาชีพ โดยผู้มี ประสบการณ์ในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน แนะนำ เพิ่มความตระหนัก ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ปราศจากความผิดพลาด เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน และเพิ่มความผูกพันต่อองค์กร (ธัญลักษณ์ หมื่นหน้า, ๒๕๖๕)

๗. การสอนงาน หรือการโค้ช (Coaching) เป็นวิธีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการแนะนำหรือเรียนรู้จากเทคนิคการนิเทศแบบเสนอแนะ (Coaching technique) เป็นวิธีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการดังกล่าว เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างโค้ช ผู้ซึ่งคอยช่วยเหลือ ชวนคิด หรือปลดลือคบาง อย่างในตัวผู้รับการโค้ช (Coachee) มีศักยภาพสูงขึ้น หรือมีความสุขอย่างที่เขาต้องการ ผ่านวิธีการ และเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับการโค้ชได้เกิดการเรียนรู้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง และลงมือทำด้วยความคิด ความถนัด ความสามารถของตัวเอง เพื่อให้ถึงจุดหมายที่ผู้รับการโค้ชต้องการ (ศศิมา สุขสว่าง, ๒๕๖๓)

จากการทบทวนจะเห็นว่า การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล มีวิธีการที่หลากหลาย อาทิ การฝึกอบรม การฝึกงานในสถานการณ์จริง หรือ การสอนงาน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดวิธีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง อย่างมีประสิทธิภาพ อันประกอบด้วย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการบรรยายและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง เกี่ยวกับการเตรียมและช่วยแพทย์ในการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง ร่วมกับการการฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง (On the job training) และการใช้ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง (Mentoring system) ทั้กษะสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานห้องผ่าตัด โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง โดยจัดทำเป็นแผนการสอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย พร้อมจัดทำกับคู่มือการปฏิบัติ สำหรับพยาบาลที่หมุนเวียนกันปฏิบัติงาน ให้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการเตรียมเครื่องมือและช่วยผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางเดียวกัน

๓.๒.๒ แนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming Cycle) (ยูทธนา เกือกูล, ๒๕๖๖)

วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง หมายถึง กระบวนการบริหารงานคุณภาพในการดำเนินงาน โดยมีกระบวนการ ๔ ขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นวางแผน (Plan : P) ขั้นดำเนินการ (Do : D) ขั้นตรวจสอบ (Check : C) ขั้นสรุปและรายงานผล (Act : A) มีกระบวนการวางแผนการจัดกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินงานทุกขั้นตอนเกิดคุณภาพ มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ มีกระบวนการบริหารงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในทุกส่วนของกิจกรรม รายละเอียด ดังนี้

๑. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด โดยจุดเริ่มต้น จะต้องมีการตระหนักถึงปัญหาและกำหนดปัญหาที่จะแก้ไข มีการเก็บรวบรวมข้อมูล เลือกทางเลือก และวิเคราะห์ทางเลือก เพื่อเลือกวิธีที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหา ขั้นตอนการวางแผนครอบคลุมถึงการกำหนดกรอบที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนากระบวนการใหม่ ๆ การแก้ปัญหที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ฯลฯ พร้อมกับพิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลใดบ้าง เพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนั้น โดยระบุวิธีการเก็บข้อมูลให้ชัดเจน นอกจากนี้จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้แล้วกำหนดทางเลือกในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

๒. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) เป็นการนำทางเลือกที่ตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ กำหนดผู้รับผิดชอบโดยมั่นใจว่าผู้รับผิดชอบ ได้ตระหนักถึงวัตถุประสงค์และความจำเป็นอย่างถ่องแท้แล้ว และให้ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดำเนินงานตามแผน

๓. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) เป็นการประเมินผลที่ได้รับจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง มีการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงาน ในการประเมินควรมีการประเมินการดำเนินงานว่า สามารถดำเนินงานได้ตามแผนหรือไม่ เนื้อหาสาระของแผนมีความครบถ้วนหรือไม่ และการตรวจสอบทำให้ทราบว่า การปฏิบัติในขั้นที่สองสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่

๔. ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act) เป็นขั้นตอนการแก้ไขการดำเนินงานให้เหมาะสม จะพิจารณาผลที่ได้จากการตรวจสอบ ซึ่งมีอยู่ ๒ กรณีคือผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้ หรือไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากเป็นกรณีแรกก็ให้นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำให้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งอาจหมายถึงสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็วกว่าเดิม หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม หรือทำให้คุณภาพดียิ่งขึ้นก็ได้ แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่สอง ซึ่งก็คือผลที่ได้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ ควรนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์ และพิจารณาว่าควรจะทำอะไรต่อไป เพื่อเสนอแนะปัญหา แนวทางการปรับปรุงแก้ไขปัญหาให้ดียิ่งขึ้นไปอีกไม่มีที่สิ้นสุด

๓.๓ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

จากการวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงาน ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง ผู้พัฒนาแนวคิดได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนา เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาตามวงจรคุณภาพเต็มมิ่ง ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ขั้นตอนวางแผน

๑.๑ ศึกษาสถานการณ์ เกี่ยวกับสภาพปัญหา อุปสรรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในหน่วยงาน ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นปัญหา

๑.๒ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในประเด็น

๑.๒.๑ ความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล ในการช่วยผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง

๑.๒.๒ วางแผนการพัฒนาและวิธีการประเมินสมรรถนะพยาบาล

๑.๓ ประชุมทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันยกร่าง แผนการสอนพยาบาลและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง

๑.๔ นำแผนการสอนและคู่มือที่ยกร่างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

๒. ขั้นตอนปฏิบัติ

นำรูปแบบการให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโต โดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง ไปใช้โดยดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการบรรยายให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง เกี่ยวกับการเตรียมและช่วยแพทย์ในการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง

๒.๒ ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดก่อนและหลังการจัดอบรม

๒.๓ มอบหมายพยาบาลที่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง (On the job training)

๓. ขั้นตอนตรวจสอบ

๓.๑ ตรวจสอบการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดในทุกขั้นตอน

๓.๒ ตรวจสอบการบรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนา

๓.๓ ตรวจสอบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด

๔. ขั้นตอนปรับปรุง

๔.๑ นำผลลัพธ์ที่ได้มาสรุปผล นำเสนอผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

๔.๒ หากดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ วางแผนขยายผลการพัฒนาการให้ความรู้เพิ่มเติมไปยังกลุ่มโรคอื่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการผ่าตัดต่อไป

ข้อจำกัดที่อาจเกิด

๑. ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง อาจไม่ยั่งยืน เนื่องจากบุคลากรที่หมุนเวียนเข้าไปเรียนรู้งานเมื่อครบ ๓ เดือนก็ต้องหมุนเวียนไปเรียนรู้งานในสาขาอื่นต่อไป และอาจเรียนรู้งานได้ไม่ครอบคลุมถึงการผ่าตัด

๒. การเรียนรู้และการปรับตัว : การจัดกิจกรรมการเรียนรู้การพยาบาลต้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ที่จะต้องแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมการพัฒนาความรู้

๓.๔ แนวทางแก้ไข

การพัฒนาความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงาน ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่ มีข้อจำกัดและข้อเสนอที่ควรพิจารณาดังนี้

ข้อเสนอในการแก้ไข

๑. จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง โดยมีรายละเอียดขั้นตอนที่ครบถ้วน ในการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือก่อนผ่าตัด การพยาบาลและช่วยแพทย์ระหว่างผ่าตัด การพยาบาลและการตรวจสอบอุปกรณ์หลังผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

๒. เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ควรมีการนำกิจกรรมการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง เข้าในโปรแกรมการประชุมวิชาการของพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งจัดประชุมทุกสัปดาห์ เพื่อทบทวนความรู้เป็นระยะ อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง

๓. บุคลากรที่ร่วมทีมผ่าตัดให้การดูแลทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน มีการวางแผนการพยาบาล การติดตามประเมินผล กำหนดแนวทางประสานงานกับแพทย์และทีมงานที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรควรปฏิบัติตามข้อตกลงอย่างเคร่งครัด เช่น การเสนอแนะเรื่องการ set case ผ่าตัด หากแพทย์สามารถลงท่าย operation ในการผ่าตัดว่าต้องการใช้เครื่องมือพิเศษอะไร ก็จะเป็นการดีต่อการจัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการผ่าตัด

๔. ส่งเสริมให้มีการทบทวนการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างสม่ำเสมอในแต่ละราย เพื่อสรุปและค้นหาปัญหาแนวทางในการพัฒนาการให้บริการในรายต่อไป

๕. การพัฒนาคุณภาพบริการ การพัฒนางานและพัฒนาศักยภาพในทีมงานต้องปฏิบัติต่อเนื่องอยู่เสมอ ส่งอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดหลักสูตร ๔ เดือน ปีละ ๑-๒ คน

๖. พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดต้องมีความรู้ทั้งเรื่องทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลส่งเครื่องมือต้องมีทั้งความรู้เรื่องทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ไว้ตั้งแต่ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ภายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดโรคนี้ไว้ สาเหตุการเกิดโรค การรักษาและต้องมีศิลปะในการส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้องและถูกใจแพทย์ผ่าตัด มีความสามารถและทักษะในการตัดสินใจให้การพยาบาล มีการวางแผนการพยาบาลและมีการประเมินอาการของผู้ป่วยทุกระยะ สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องในภาวะวิกฤติ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องและครอบคลุม ช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการผ่าตัด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

๗. มีการใส่เนื้อหาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง ในหลักสูตร nurse residency training เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด ให้มีความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง

๘. การให้บริการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

๙. การให้ข้อมูลและการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการและญาติเป็นสิ่งสำคัญควรมีการคัดกรองและถ่ายทอดให้ตรงกันเพื่อช่วยลดปัญหาและความขัดแย้งที่อาจตามมาในภายหลัง ซึ่งต้องทำอย่างจริงจัง ดังปัญหาที่พบบ่อย ๆ คือญาติตามหาผู้ป่วยที่มาผ่าตัด แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ประจำในการแจ้งว่าขณะนี้คนไข้อยู่ที่จุดใด จึงเสนอให้มีบอร์ดที่เป็นดิจิทัลที่สามารถแจ้งได้ว่าขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ที่จุดใด โดยให้ผู้ป่วยยินยอม เพราะผู้ป่วยบางรายอาจต้องปกปิดความลับเรื่องการมาผ่าตัด

ระยะเวลาดำเนินการ

ใช้เวลาในการดำเนินการทั้งหมด ๓ เดือน (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๘) โดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

๑. ขั้นตอนวางแผน

๑.๑ ศึกษาสถานการณ์ เกี่ยวกับสภาพปัญหา อุปสรรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในหน่วยงาน ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นปัญหา

๑.๒ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในประเด็น

- ความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล
- วางแผนการพัฒนา และวิธีการประเมินสมรรถนะพยาบาล

๑.๓ ประชุมทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันยกร่าง แผนการสอนและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง

๑.๔ นำแผนการสอนและคู่มือที่ยกร่างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒. ขั้นตอนปฏิบัติ

นำรูปแบบการให้ความรู้พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูสองกล้องผ่านผิวหนัง ไปใช้ โดยดำเนินการดังนี้

๒.๑ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการบรรยายให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง เกี่ยวกับการเตรียมและช่วยแพทย์ในการผ่าตัด การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วโป้งโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง

๒.๒ ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดก่อนและหลังการจัดอบรม กรกฎาคม ๒๕๖๘

๓. ขั้นตอนตรวจสอบ ตรวจสอบการดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนด การบรรลุวัตถุประสงค์ และปัญหาอุปสรรค ในทุกขั้นตอน สิงหาคม ๒๕๖๘

๔. ขั้นตอนปรับปรุง นำผลลัพธ์ที่ได้มาสรุปผล นำเสนอผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น กันยายน ๒๕๖๘

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการนำความรู้ ประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

๔.๓ มีแนวทางในการพัฒนาบุคลากร

๔.๔ พยาบาลห้องผ่าตัดมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน

๔.๕ ผู้รับบริการปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความประทับใจในการบริการงานห้องผ่าตัด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ พยาบาลวิชาชีพสาขาศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ มีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๘๐

๕.๒ อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายในและภายนอก > ๙๐

๕.๓ จำนวนข้อร้องเรียนผู้ให้บริการ = ๐

๕.๔ จำนวนครั้งของการงัดทำผ่าตัดเนื่องจากเครื่องมือไม่พร้อม = ๐

๕.๗ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนิ้วโป้งโดยการเจาะรูสองกล่องผ่านผิวหนัง=๐

(ลงชื่อ) *สุภาภรณ์*

(นางสาวสุภารัตน์ เลพล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *๒๖* / *กันยายน* / *๒๕๖๘*

ผู้ขอประเมิน

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน 1 มีนาคม – 31 สิงหาคม 2568
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ศึกษา

3.1.1 ความหมายของโรค

โรคเนื้องอกสมอง คือ ภาวะที่มีก้อนเนื้องอกซึ่งมีเซลล์ที่ผิดปกติเกิดขึ้นในกะโหลกศีรษะ ซึ่งเนื้องอกสมองนี้อาจเกิดจากเซลล์ในระบบประสาทที่แบ่งตัวผิดปกติเอง (Primary brain tumor) หรืออาจเกิดจากเซลล์มะเร็งนอกระบบประสาทกระจายมาสู่ระบบประสาทก็ได้ (Metastasis brain tumor)

(อังคณา บุญชู, 2563)

3.1.2 อุบัติการณ์ของโรค

โรคเนื้องอกสมองมีอุบัติการณ์เกิดของโรคทั้งชนิดที่โตช้าและโตเร็วรวมกันโดยประมาณ 18.71 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี โดยจำแนกเป็นเนื้องอกที่โตช้า (benign brain neoplasm) พบได้ 11.52 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และสำหรับเนื้องอกที่โตเร็ว (malignant brain tumor) พบได้ 7.19 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี โรคเนื้องอกสมองเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย และที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ metastasis brain tumor, high grade glioma, meningioma (อัฒพร บุญเกิด, 2564)

3.1.3 สาเหตุของเนื้องอกสมอง

3.1.3.1 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ การเคยได้รับการฉายรังสี, การที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ติดเชื้อ HIV, การที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplantation)

3.1.3.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic risk factors) เกิดจากความผิดปกติของยีนซึ่งอาจพบได้ในโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

3.1.3.3 ปัจจัยร่วมทางสิ่งแวดล้อมและทางพันธุกรรม จากสารเคมีที่ปนเปื้อน เช่น สาร N-nitroso compounds จากการศึกษาพบว่าทำให้เกิดเนื้องอกในสัตว์ทดลอง โดยสารนี้มีผลต่อยีนที่ควบคุมเอนไซม์ที่ช่วยในการซ่อมแซมของหน่วยทางพันธุกรรม การบริโภคสารอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidants) ทำให้สามารถลดความสามารถในการก่อเกิดสารก่อมะเร็งของสารเคมีที่ปนเปื้อนอยู่ได้ (อัฒพร บุญเกิด, 2564)

3.1.4 อาการของเนื้องอกในสมอง

อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ชนิด และขนาดของเนื้องอก บางคนอาจไม่แสดงอาการใด ๆ และพบว่าเป็นเนื้องอกหลังเข้ารับการรักษาร่างกาย (ชาญวิทย์ อนุเคราะห์วิทยา, 2568) บางรายอาจมีอาการดังต่อไปนี้

3.1.4.1 ปวดหัวเรื้อรัง มีอาการปวดหัวมากกว่า 15 วันต่อเดือน อย่างน้อย 3 เดือนติดต่อกัน

3.1.4.2 คลื่นไส้หรืออาเจียน โดยเฉพาะการอาเจียนในตอนเช้า

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.1.4.3 ค่อย ๆ สูญเสียความรู้สึกหรือการเคลื่อนไหวแขนหรือขา ขา อัมพาตบางส่วนมีปัญหาในการทรงตัวหรือเดิน

3.1.4.4 สับสน สูญเสียความทรงจำ อาการคล้ายคนเป็นอัลไซเมอร์ หรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป

3.1.4.5 หูอื้อ วิงเวียน กล้ามเนื้อใบหน้าขาหรือเป็นเหน็บ กลืนลำบาก

3.1.4.6 ตามัวหรือเห็นภาพซ้อน

3.1.4.7 ความบกพร่องทางการพูด ความลำบากในการเข้าใจและการแสดงออกทางภาษา

3.1.5 การรักษา

การรักษาโรคเนื้องอกสมอง ในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่

3.1.5.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นวิธีหลักของการรักษาเนื้องอกสมอง หลักการพิจารณาได้แก่การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้มากที่สุด โดยมีการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทน้อยที่สุด (maximal safe resection) การผ่าตัดเนื้องอกสมองบางชนิดใช้วิธี ผ่าตัดเพื่อตัดเนื้องอกบางส่วนตรวจ (tumor biopsy) โดยอาจใช้วิธีการเจาะรูผ่านกะโหลกศีรษะ (stereotactic biopsy) หรือการผ่าตัดส่องกล้อง (endoscopic biopsy) ขึ้นกับตำแหน่งของเนื้องอกแล้วส่งตรวจชิ้นเนื้อแบบ Frozen section

3.1.5.2 การรักษาด้วยรังสีรักษา มีบทบาทสำคัญในการรักษาเนื้องอกสมอง โดยทั่วไปมะเร็งสมองที่ร้ายแรง มักจะไวต่อรังสีรักษา รังสีรักษาช่วยยืดอายุผู้ป่วยหรือยืดเวลาในการกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก พิจารณารังสีรักษาในเนื้องอกที่แพร่กระจายและตอบสนองต่อรังสีรักษา หรือเนื้องอกที่ผ่าตัดได้ไม่หมดเนื่องจากใกล้อวัยวะที่สำคัญ

3.1.5.3 การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อควบคุมหรือทำลายเซลล์มะเร็งโดยตรง บางครั้งอาจมีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปากอักเสบ ผมร่วง เป็นต้น

3.1.5.4 การรักษาด้วยยา เช่น ยากลุ่ม steroid ซึ่งลดภาวะบวมของสมองได้ดี การให้ฮอร์โมนทดแทนในเนื้องอกต่อมใต้สมอง (สุริยา ทิศอาจ, 2561)

3.1.6 ยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

3.1.6.1 Transamine (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2564)

กลุ่ม : Fibrinolytic inhibitors

การออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์โดยการ ยับยั้งการสลายลิ่มเลือด (antifibrinolytic) โดยไปจับกับ Plasminogen ทำให้ Plasmin ที่จะออกมาสลายไฟบริน (fibrin) ที่เป็นส่วนประกอบหลักของลิ่มเลือดไม่สามารถทำงานได้ ส่งผลให้ลิ่มเลือดคงตัวและป้องกันการเกิดเลือดออก

ผลข้างเคียง : ปวดท้อง, คลื่นไส้, อาเจียน, ท้องเสีย, วิงเวียนศีรษะ และปวดหัว แต่ควรระวัง ผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น อาการแพ้, ลิ่มเลือดอุดตันที่, การมองเห็นผิดปกติ และอาการชัก

การพยาบาล

1) ตรวจสอบชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วยและขนาดยาก่อนทุกครั้ง

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2) ติดตามและเฝ้าระวังสัญญาณชีพหลังผู้ป่วยได้รับยา

3) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC , Coagulation หลังผู้ป่วยได้รับยา

3.1.6.2 Mannitol (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2564)

กลุ่ม : hyperosmotic diuretics

การออกฤทธิ์ : ช่วยดึงน้ำออกจากเซลล์ ลดความดันภายในเซลล์ เมื่อแมนนิทอลเข้าสู่ไตจะกระตุ้นให้ไตขับน้ำออกมากขึ้น ทำให้ปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น อีกทั้งมีผลต่อสมองโดย น้ำจะถูกดึงออกจากเนื้อสมองเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลให้ลดปริมาตรสมองและความดันในกะโหลกศีรษะลดลง

ผลข้างเคียง : คลื่นไส้, อาเจียน, กระจายน้ำ, ปวดศีรษะ, มึนงง, อาการชัก, อาการหนาวสั่น, เป็นไข้, หัวใจเต้นเร็ว, เจ็บหน้าอก, รบกวนการมองเห็น และอาการแพ้เกิดผื่น ส่งผลต่อความดันโลหิตต่ำ ไตวายเฉียบพลัน การให้ยาในขนาดสูงอาจทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Acidosis) อาการแสดง เช่น หายใจถี่, หายใจเร็ว, สับสน, อ่อนเพลีย, ไม่มีแรง, หัวใจเต้นเร็ว และปวดศีรษะได้

การพยาบาล

- 1) ตรวจสอบชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วยและขนาดยาก่อนทุกครั้ง
- 2) ติดตามและเฝ้าระวังสัญญาณชีพหลังผู้ป่วยได้รับยา
- 3) ติดตามปริมาณปัสสาวะ และ ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
- 4) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะสมดุลน้ำและเกลือแร่

3.1.6.3 Levetiracetam (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2564)

กลุ่ม : Anticonvulsants

การออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์โดยจับกับ synaptic vesicle protein 2A (SV2A) ซึ่งเป็นโปรตีนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งสารสื่อประสาทในสมอง กลไกนี้ช่วยลดการปลดปล่อยสารสื่อประสาทที่อาจก่อให้เกิดอาการชัก

ผลข้างเคียง : เวียนศีรษะ, อ่อนเพลีย, สูญเสียการประสานงานของร่างกาย, เดินลำบาก และควบคุมกล้ามเนื้อไม่ได้

การพยาบาล

- 1) ตรวจสอบชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วยและขนาดยาก่อนทุกครั้ง
- 2) ติดตามและเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการตอบสนองทางระบบประสาทหลังผู้ป่วยได้รับยา
- 3) ติดตามและสังเกตการตอบสนองต่อยา เช่น จำนวนหรือความรุนแรงของอาการชัก

3.1.6.4 Cefazolin (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2564)

กลุ่ม : First generation Cephalosporins

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การออกฤทธิ์ : จับกับโปรตีน penicillin-binding protein (PBPs) ซึ่งจะยับยั้งกระบวนการ transpeptidation ในขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสังเคราะห์เปปทิโดไกลแคน ในการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย นอกจากนี้ยังยับยั้งกระบวนการชีวสังเคราะห์และยับยั้งการประกอบโครงสร้างผนังเซลล์ นำไปสู่การตายของแบคทีเรีย

ผลข้างเคียง : อาจก่อให้เกิดผื่นแดง, ท้องเสีย ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ ท้องเสียจากการติดเชื้อ clostridium difficile (CDAD), การแพ้ยาแบบ Stevens-Johnson syndrome การเกิด anaphylaxis, กลุ่มอาการทางสมอง อาการชัก และไตวาย

การพยาบาล

1) ตรวจสอบชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วยและขนาดยาก่อนทุกครั้ง
2) ตรวจสอบ ประวัติการแพ้ยา
3) ระหว่างการให้ยา สังเกตสัญญาณชีพและอาการแพ้ยาเช่น ผื่น, คัน และหายใจลำบาก ควรหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

4) แนะนำผู้ป่วย ควรใช้ยานี้ให้ครบตามจำนวนและระยะเวลาที่แพทย์กำหนดไว้ เพราะอาจทำให้เกิดเชื้อดื้อยาได้

3.1.6.5 Dicloxacillin (ปราณี ทุโพราะ, 2564)

กลุ่ม : penicillin-type antibiotic

การออกฤทธิ์ : มีฤทธิ์เข้าจับกับ penicillin-binding protein (PBPs) ที่จะยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์เปปทิโดไกลแคนของผนังเซลล์ของแบคทีเรีย เป็นผลให้ยับยั้งชีวสังเคราะห์ของผนังเซลล์แบคทีเรียและหยุดการประกอบโครงสร้างของผนังเซลล์แบคทีเรียจะถูกย่อยสลายโดยเอนไซม์ออโตไลซิน (autolysin) และมูเรอิน ไฮโดรเลส (murein hydrolase)

ผลข้างเคียง : คลื่นไส้, อาเจียน, ปวดท้อง, มีไข้ต่ำๆ, เบื่ออาหาร และบัสสาวะสีเข้ม

การพยาบาล

1) ตรวจสอบชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วยและขนาดยาก่อนทุกครั้ง
2) ตรวจสอบ ประวัติการแพ้ยา
3) ระหว่างการให้ยา สังเกตสัญญาณชีพและอาการแพ้ยาเช่น ผื่น, คัน และหายใจลำบาก ควรหยุดให้ยาและรายงานแพทย์

4) แนะนำผู้ป่วย ควรใช้ยานี้ให้ครบตามจำนวนและระยะเวลาที่แพทย์กำหนดไว้ เพราะอาจทำให้เกิดเชื้อดื้อยาได้

3.1.6.6 Metoclopramide (ปราณี ทุโพราะ, 2564)

กลุ่ม : Antiemetic, Dopamine receptor antagonist

การออกฤทธิ์ : กลไกการออกฤทธิ์หลัก 2 แบบ คือ ต้านการอาเจียน โดยการยับยั้ง

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตัวรับสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) และ ซีโรโทนิน (Serotonin) ในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการอาเจียน และ เพิ่มการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร โดยเพิ่มการตอบสนองต่อสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ทำให้กล้ามเนื้อทางเดินอาหารบีบตัวเร็วขึ้น

ผลข้างเคียง : กระสับกระส่าย, ง่วงซึม, เหนื่อย, เวียนศีรษะ, ปวดศีรษะ, นอนไม่หลับ คลื่นไส้, อาเจียน และมีอาการท้องเสียได้

การพยาบาล

- 1) ตรวจสอบชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วยและขนาดยา ก่อนทุกครั้ง
- 2) ตรวจสอบ ประวัติการแพ้ยา
- 3) สังเกตและติดตามอาการคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วยหลังการให้ยา

3.1.6.7 Hydralazine (ปราณี ฟูไเราะ, 2564)

กลุ่ม : Angiotensin-Converting Enzyme inhibitor (ACE inhibitor)

การออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์เป็นยาขยายหลอดเลือดโดยตรง โดยคลายกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ส่งผลให้ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ความดันโลหิตลดลง และเพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปยังอวัยวะต่าง ๆ

ผลข้างเคียง : เจ็บหน้าอก, อาการบวม, ใจสั่น, หัวใจเต้นเร็ว, ท้องเสีย, คลื่นไส้ อาเจียน และปวดศีรษะได้

การพยาบาล

- 1) ตรวจสอบชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วยและขนาดยา ก่อนทุกครั้ง
- 2) ตรวจสอบ ประวัติการแพ้ยา
- 3) ติดตามและเฝ้าระวังสัญญาณชีพก่อนและหลังผู้ป่วยได้รับยา

3.1.6.8 Morphine (ปราณี ฟูไเราะ, 2564)

กลุ่ม : Opioid agonist

การออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์ยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวดที่เข้าสู่สมอง ด้วยการจับกับโปรตีนในระบบประสาท ที่มีชื่อว่า โอปิออยด์รีเซปเตอร์ (Opioid receptors)

ผลข้างเคียง : ง่วงซึม, เวียนศีรษะ, สับสน, คลื่นไส้อาเจียน, ท้องผูก และกดการหายใจ

การพยาบาล

- 1) ตรวจสอบชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วยและขนาดยา ก่อนทุกครั้ง
- 2) ตรวจสอบ ประวัติการแพ้ยา
- 3) ก่อนและหลังการให้ยา ประเมินสัญญาณชีพได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และชีพจร
- 4) ประเมินความปวดซ้ำหลังให้ยา 30 นาที

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

3.2.1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care) (อังคณา บุญชู, 2563)

3.2.1.1 การเยี่ยมผู้ป่วย

1) ระบุตัวผู้ป่วย สอบถามชื่อและนามสกุลผู้ป่วยให้ตรงกับป้ายชื่อมือ เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วย (patient summary) และแฟ้มระเบียนของผู้ป่วย สอบถามหัตถการที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัด รวมทั้งสอบถาม อวัยวะ ตำแหน่งข้าง และการทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัด (marking site surgery) หากมีความคลาดเคลื่อนต้องแจ้งศัลยแพทย์เพื่อยืนยันความถูกต้อง และตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบเอกสารแสดงเจตนายินยอมขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการ (consent form) ซึ่งต้องมีลายเซ็นของผู้ป่วย หรือญาติ และศัลยแพทย์ รวมทั้งความพร้อมในการเตรียมผ่าตัด การจ้องเลือด สิทธิบัตรของผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกการผ่าตัด (operating room record) ในส่วนของการบันทึกทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด (preoperative nursing record) ให้เรียบร้อย

2) ประเมินและบันทึกข้อมูลทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale : GCS) อาการผิดปกติทางระบบประสาท ได้แก่ การรับรู้การเคลื่อนไหวของแขนขา รวมทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรือ คาพรั่มิว จากพยาธิสภาพของโรคเนื้องอกสมอง

3) ประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยและญาติที่มารับการผ่าตัด ความวิตกกังวลจากความไม่คุ้นเคยกับสภาพที่แปลกใหม่ในห้องผ่าตัด หรือสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ การต้อนรับผู้ป่วยด้วยท่าที สุภาพ อ่อนน้อมแสดงความเป็นกันเอง และให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

3.2.1.2 การเตรียมสถานที่

1) เตรียมห้องผ่าตัด ทำความสะอาดเช็ดห้องผ่าตัด เตรียมรถสำหรับใช้วางเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน

2) ตรวจสอบเครื่องจีไฟฟ้า อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับตัดกะโหลกศีรษะ กล้องจุลทรรศน์สำหรับการผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน

3) ตรวจสอบเตียงผ่าตัด ไฟสำหรับใช้ผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน

4) บันทึกอุณหภูมิ ความดัน ความชื้นของห้องผ่าตัดเพื่อประเมินว่าห้องผ่าตัดนี้สามารถใช้ในการผ่าตัดได้

3.2.1.3 การจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน

1) ชุดเครื่องมือและอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้สำหรับผ่าตัด

2) วัสดุไหมเย็บ และสารน้ำที่ใช้ในการผ่าตัด

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2.2 การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative nursing care) (อังคณา บุญชู, 2563)

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ทำผ่าตัดเสร็จสิ้นจนกระทั่งย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักรักษาหรือหอผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลระยะนี้จัดเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการทำงานร่วมกับศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พยาบาลประจำห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่เป็นพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (circulating nurse) และพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (scrub nurse)

3.2.2.1 บทบาทของพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (circulating nurse)

- 1) นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด โดยการสอบถามชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย ให้ตรงกับป้ายชื่อมือและแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังเตียงผ่าตัด
- 2) ทำการชานแบบตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัด (surgical safety checklist) ได้แก่ Sign in ก่อนทำหัตถการ, Time out ก่อนลงมีด และ Sign out ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดหรือก่อนเย็บปิดผิวหนัง เพื่อยืนยันความถูกต้อง ร่วมกับวิสัญญีแพทย์, ศัลยแพทย์
- 3) เตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด โดยใช้เครื่องโกนผมชนิดคลิป์ไฟฟ้า โกนใกล้เวลาที่จะทำผ่าตัดมากที่สุด เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ
- 4) ช่วยศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ในการจัดท่าผ่าตัดในท่านอนหงาย (supine) โดยใช้หมุดยึดศีรษะ (mayfield) หรือ ที่รองศีรษะ(horseshoe headrest) โดยเอียงศีรษะด้านที่ผ่าตัดตามตำแหน่งเนื้องอกสมอง
- 5) ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ (Hibiscrub)
- 6) ช่วยสวมเสื้อคลุมปลอดเชื้อให้กับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ศัลยแพทย์และผู้ช่วยศัลยแพทย์
- 7) ตรวจสอบจำนวนเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับโลหิต และวัสดุของมีคม ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ทั้งก่อนการผ่าตัด ก่อนการเย็บปิด และเย็บปิดแผลผ่าตัดพร้อมทั้งบันทึกลงใน perioperative nursing record
- 8) เหนี่ยาทำลายเชื้อ (2% chlorhexidine in alcohol) ให้แก่ศัลยแพทย์เพื่อทาที่ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัดทั้งหมด และเปิดช่องใหม่เย็บ, วัสดุห้ามเลือด และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดให้แก่พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด
- 9) ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยปรับระดับอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศตามความเหมาะสม และวิสัญญีแพทย์ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อน (blanket warmer) ให้แก่ผู้ป่วย

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

10) ติดตามดูขั้นตอนการผ่าตัดตลอดเวลา เพื่อเตรียมความพร้อมหากเกิดภาวะวิกฤต ในขณะผ่าตัด สามารถเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆที่ศัลยแพทย์ต้องการใช้เพิ่มเติมได้ทันต่อเหตุการณ์

11) เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้อง โดยยืนยันชื่อของชิ้นเนื้อ (specimen) วิธีการส่งตรวจกับศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด

12) เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ตรวจสอบการเกิดแผลกดทับ ที่ผิวหนังผู้ป่วยจากการจัดท่า

13) ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบริเวณที่เป็นอนัวยาคาฆ่าเชื้อครบเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วยด้วยผ้านุ่มชุบน้ำบิดหมาด สวมใส่เสื้อผ้าและหมวกคลุมให้ผู้ป่วย

14) ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด มายังเปลนอน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยหอผู้ป่วย วิกฤตประสาศัลยศาสตร์

3.2.2.2 บทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse)

ทำหน้าที่จัดเตรียมเครื่องมือและส่งเครื่องมือสำหรับการทำผ่าตัดด้วยหลักการทำให้ปลอดเชื้อและดูแลให้อยู่ในสภาวะปลอดเชื้อตลอดเวลาในระหว่างผ่าตัด ส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ขณะทำการผ่าตัดให้ถึงมือศัลยแพทย์ ทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด ภายหลังจากที่ศัลยแพทย์นำไปใช้แล้ว ขณะผ่าตัด และภายหลังเสร็จผ่าตัดในแต่ละราย ขณะผ่าตัดต้องทำการนับจำนวน เครื่องมือผ้าซับโลหิต และวัสดุของมีคม ร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกทั้งก่อนและหลังผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ล้างมือตามหลักการล้างมือก่อนทำหัตถการ (surgical hand washing) หลังจากนั้นเช็ดมือ สวมเสื้อคลุมผ่าตัด (gown) ใส่ถุงมือปลอดเชื้อตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique)

2) จัดเตรียมเครื่องมือ ผ้า เสื้อคลุมผ่าตัดและถุงมือ สำหรับศัลยแพทย์และบุฟ้าปลอดเชือบนโต๊ะสำหรับวางเครื่องมือผ่าตัดโดยบุฟ้าด้านใกล้ตัวก่อนด้านไกลตัว

3) นำเครื่องมือผ่าตัดจากเซตเครื่องมือวางบนโต๊ะส่งเครื่องมือผ่าตัด ให้ตรวจสอบตัวบ่งชี้ทางเคมีภายใน (internal indicator) ในห่อเครื่องมือทุกชนิดที่ใช้ในการผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์เครื่องใช้ปลอดเชื้อให้เป็นระเบียบตามลำดับก่อนหลังการใช้งาน พร้อมทั้งตรวจนับจำนวน เครื่องมือผ้าซับโลหิต และวัสดุของมีคมที่ใช้ในการผ่าตัด ร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกบันทึกจำนวนให้ถูกต้องครบถ้วน

4) ส่งเครื่องมือให้ศัลยแพทย์ทายาทำลายเชื้อที่ผิวหนังบริเวณศีรษะด้วย 2% chlorhexidine in alcohol

5) ช่วยศัลยแพทย์ในการบุฟ้าปลอดเชื้อคลุมตัวผู้ป่วยบริเวณที่จะทำ ช่วยสวม light handle เพื่อให้ใช้จับส่องไฟผ่าตัด

6) เลื่อนโต๊ะที่จัดวางเครื่องมือมาชิดเตียงผ่าตัด โดยยืนในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นการผ่าตัดเพื่อความสะดวกในการส่งเครื่องมือให้กับศัลยแพทย์

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7) ส่งอุปกรณ์เครื่องใช้ในการผ่าตัด เช่น สายจี้ไฟฟ้าแบบขั้วเดียว (monopolar), สายจี้ไฟฟ้าแบบสองขั้ว (bipolar) และสายดูดสุญญากาศเป็นต้น โดยให้พยาบาลช่วยเหลือรอบนอกต่อกับเครื่องใช้ให้เรียบร้อยก่อนเริ่มผ่าตัด

8) วางเครื่องมือที่ใช้ตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัดบนโต๊ะสำหรับส่งผ่าตัดให้เป็นระเบียบ และสะดวกในการหยิบส่งเครื่องมือโดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique)

9) ส่งเครื่องมือผ่าตัดให้อยู่ในลักษณะที่ใช้งานได้ทันทีตามขั้นตอนการผ่าตัดโดยเฉพาะเครื่องมือที่มีคมทุกชนิดต้องส่งด้วยความระมัดระวังและถูกวิธี (non touch technique) และขานทวนซ้ำ ก่อนส่งให้ศัลยแพทย์เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากการถูกตำ ทิ่ม หรือแทง ต่อศัลยแพทย์หรือผู้ส่งเครื่องมือผ่าตัด

10) ตรวจสอบและระมัดระวังเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้ปลอดเชื้อ พร้อมทั้งดูแลบริเวณผ่าตัดให้คงสภาพปลอดเชื้อตลอดเวลาการผ่าตัด

11) ติดตามดูขั้นตอนการผ่าตัดตลอดเวลา หากพบว่าขณะผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ให้เตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับห้ามเลือดให้พร้อมใช้งาน

12) ดูแลความถูกต้องในการส่งสิ่งส่งตรวจตามวิธีและจำนวนที่ส่งตรวจร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก

13) นับจำนวนของมีคมร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกให้ครบถ้วน และนับจำนวนเครื่องมือผ่าตัดให้ครบถ้วนก่อนทำการเย็บปิด

3.2.3 การพยาบาลหลังผ่าตัด (Postoperative nursing care) (อังคณา บุญชู, 2563)

เป็นการพยาบาลตั้งแต่ย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด ไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทศัลยศาสตร์ หรือห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลต้องส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และการผ่าตัดให้ครบถ้วน โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด เพื่อการดูแลให้การพยาบาลต่อเนื่อง

3.2.3.1 การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

1) ชื่อ นามสกุล และอายุของผู้ป่วย
2) การทำผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด
3) การใส่สายระบายเลือด ประเภทของสายระบายเลือด เช่น สายระบายระบบสุญญากาศ Radivac drain หรือ Universal drain

4) ชนิดการให้ยาระงับความรู้สึก ยาชนิดต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึก และการได้รับสารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด

5) การประเมินทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ สัญญาณชีพ อาการของผู้ป่วยก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทศัลยศาสตร์ หรือห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัด

6) ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะทำผ่าตัด ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด หรือคำสั่งการรักษาหลังผ่าตัดที่สำคัญ

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.2.3.2 การเย็บหลังผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเนื้องอกสมองมีความสำคัญมากควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ในการที่จะช่วยลดและป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังผ่าตัด ตลอดจนช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสภาพปกติให้ เร็วที่สุด

วัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อประเมินผลหลังให้การพยาบาลขณะผ่าตัด หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ได้แก่ การประเมินการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและเนื้อเยื่อ เช่น อาการชา ปวดบวม และ แผลกดทับ หรือ ภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัด รวมถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น จากพยาธิสภาพของโรค และการผ่าตัด ได้แก่ การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความไม่สุขสบายจาก เจ็บปวดจากแผลผ่าตัด

3.2.3.3 การพยาบาลหลังผ่าตัด ในระยะนี้มีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ คือทำการรักษาชีวิตผู้ป่วย และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้

- 1) ป้องกันการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น ให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ นอนศีรษะสูง ประมาณ 15 -30 องศาเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะและการบวมของสมอง
- 2) บันทึกสัญญาณชีพระดับสติและอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติ
- 3) ในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ได้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เอง แพทย์จะทำการถอดท่อช่วยหายใจออก ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยสังเกตลักษณะการหายใจ
- 4) ช่วยดูแลเสมหะในลำคอในรายที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง ป้องกันการสูญเสียของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง โดยสังเกตน้ำซึมจากแผลจมูก หู และ สายระบายเลือด
- 5) ประเมินอาการไข้และให้ยาปฏิชีวนะต่างๆตามแผนการรักษา
- 6) บันทึกจำนวนน้ำเข้าออกออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมงและบันทึกรวม 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำเข้าและออกได้ถูกต้อง
- 7) ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่มีปัญหาหนักกลืนต้องให้อาหารทางสายยาง ในรายที่รับประทานเองสังเกตอาการอาเจียนการสำลักและการย่อยของผู้ป่วยว่ารับประทานอาหาร ได้มากน้อยเพียงใด

3.3 ความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาล

3.3.1 กระบวนการพยาบาล พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ซึ่งทั้งนี้จะต้องสามารถค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์สาขาต่าง ๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560)

- 3.2.1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)
- 3.2.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)
- 3.2.1.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)
- 3.2.1.4 การใช้แผนการพยาบาล (Implementation)
- 3.2.1.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

3.3.2 การประเมินแบบแผนด้านสุขภาพตามกรอบการประเมินกอร์ดอน 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน (Gordon, M. 1994) ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ น้ำ และเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ รวมถึงปัจจัยส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถ ทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหา การตัดสินใจและการเรียนรู้

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ การสื่อสาร และพัฒนาการด้านสังคม

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิตและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

การประเมินแต่ละแบบแผนจะคำนึงถึงความปกติหรือผิดปกติ โดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม ทำให้การประเมินเป็นไปอย่างเอื้ออำนวยและมีประสิทธิภาพสูงสุด สำหรับการดูแลสุขภาพของบุคคลแต่ละรายในหลากหลายประเด็นสำคัญของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของเขา ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

โรคเนื้องอกสมอง (brain tumor) เป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ อาจเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ประสาทสมอง เยื่อหุ้มสมองต่อมใต้สมอง เซลล์โพรงสมอง ตลอดจนความผิดปกติที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ภายในระบบประสาทเองหรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น

จากสถานการณ์โรคเนื้องอกสมองของประชากรทั่วโลกพบว่า พบผู้ป่วยประมาณ 321,731 คนต่อปี มีอุบัติการณ์การเกิดเนื้องอกสมองประมาณ 3.5 คนต่อแสนประชากรต่อปี แยกเป็นเพศชาย 3.9 คนต่อแสนประชากรและหญิง 3.1 คนต่อแสนประชากร (World health statistics, 2022) และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Neuro Oncol, 2015) สำหรับประเทศไทยพบโรคเนื้องอกสมองทั้งชนิดที่โตช้าและโตเร็วรวมกันโดยประมาณ 18.71 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี โดยจำแนกเป็นเนื้องอกที่โตช้า (benign brain neoplasm) พบได้ 11.52 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และสำหรับเนื้องอกที่โตเร็ว (malignant brain tumor) พบได้ 7.19 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี (อรรถพร บุญเกิด, 2564) โรคเนื้องอกสมองสามารถเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย สาเหตุของเนื้องอกสมอง ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุของโรคที่แน่ชัด แต่พบว่าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) และปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic risk factors) เกิดจากความผิดปกติของยีนซึ่งอาจพบได้ในโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

จากสถิติหน่วยผ่าตัดประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ให้บริการผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่เข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกสมองอย่างต่อเนื่อง พบว่าสถิติย้อนหลัง 3 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 - พ.ศ.2567 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 95, 125, 130 คน ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น, 2567) ปัจจุบันการผ่าตัดเนื้องอกสมองเป็นวิธีหลักของการรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อมาตรวจและตัดเนื้องอกออกให้หมดหรือให้มากที่สุด โดยให้มีอันตรายต่อเส้นประสาทและเนื้อสมองน้อยที่สุดและเพื่อช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะ แต่กรณีถ้าไม่สามารถเอาเนื้องอกออกได้หมดอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี (radiotherapy) หรือการให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) การผ่าตัดเนื้องอกสมองถือเป็นมาตรฐานในการ

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

รักษา เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีการใช้เครื่องมือจลศัลยกรรมประสาทร่วมในการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จำเป็นต้องมีทักษะความชำนาญและความรู้ที่ถูกต้อง ในการจัดเตรียมและใช้เครื่องมือผ่าตัด สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับรับการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

4.3 เป้าหมายของงาน

ศึกษาในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่เข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกสมองในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 1 ราย

4.4 สาระสำคัญ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

เข้ารับการรักษาที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2568

การวินิจฉัยโรค มะเร็งปากมดลูกที่มีการแพร่กระจายไปที่สมองด้านซ้ายส่วนกลีบท้ายทอย

(CA cervix with Brain metastases Lt occipital lobe)

4.4.1 ข้อมูลประวัติสุขภาพ

4.4.1.1 อาการสำคัญ

ปวดศีรษะ อาเจียน 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

4.4.1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เป็น ๆ หาย ๆ รับประทานยาแก้ปวดอาการไม่ดีขึ้น

6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย คลื่นไส้ วิงเวียน แล้ววูบล้มมือเกร็ง ตาลอย น้ำลายฟูมปาก ประมาณ 2 นาที ไปโรงพยาบาลชุมแพ แกร็บ เริ่มพูด ถามตอบรู้เรื่อง ยังคงปวดศีรษะ ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computerized Tomography Brain) ผลตรวจพบว่า มีก้อนเนื้องอกสมองจากมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังสมองด้านซ้ายส่วนกลีบท้ายทอย (Brain metastases Lt occipital lobe) จึงส่งต่อผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลขอนแก่น

4.4.1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นมะเร็งปากมดลูก (CA cervix) ได้รับการรักษาด้วยวิธีการให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง (Concurrent chemoradiotherapy) และ การรักษาด้วยการฝังแร่กัมมันตรังสี (Brachytherapy) 4 ครั้ง

4.4.1.4 ประวัติการใช้ยา/การแพทย์ ปฏิเสธการแพทย์

4.4.1.5 ประวัติสุขภาพครอบครัว ปฏิเสธโรคประจำตัวของครอบครัว

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.4.2 ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ

4.4.2.1 ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (Complete blood count)

Lab	ค่าปกติ	26 มีนาคม 2568		27 มีนาคม 2568	
WBC	4.5-10x10 ⁶ cell/mm	6.7	ปกติ	5.9	ปกติ
RBC	4.2-5.5x10 ⁶ cell/mm	3.88	ต่ำ	3.09	ต่ำ
Hb	12-16 g/dL	11.5	ต่ำ	9.1	ต่ำ
Hct	37-47%	34.1	ต่ำ	26.9	ต่ำ
MCV	80-100 fL	87.9	ปกติ	87.1	ปกติ
MCH	26-34 pg	29.6	ปกติ	29.4	ปกติ
MCHC	31-37 g/dL	33.7	ปกติ	33.8	ปกติ
RDW	11.9-14.8 %	11.6	ต่ำ	12.8	ปกติ
PLT (count)	140-400x10 ⁶ cell/mm	290	ปกติ	213	ปกติ
Neutrophil	43.7-70.9%	90.9	สูง	91.8	สูง
Lymphocytes	20.1-44.5%	7.7	ต่ำ	4.8	ต่ำ
Monocytes	3.4-9.8%	1.3	ต่ำ	3.4	ปกติ
Eosinophil	0.7-9.2%	0.7	ปกติ	0.7	ปกติ

4.4.2.2 ผลการตรวจทางเคมี (Clinical chemistry laboratory)

Lab	ค่าปกติ	26 มีนาคม 2568	
BUN	5.8-19.1 mg/dL	9	ปกติ
Creatinine	0.51-0.95mg/dL	0.64	ปกติ
eGFR	>90ml/min/1.7m	104	ปกติ
Sodium	130-147 mmol/L	136	ปกติ
Potassium	3.4-4.7 mmol/L	4.14	ปกติ
Chloride	69-107 mmol/L	99	ปกติ
CO ₂	20.6-28.3 mmol/L	23.5	ปกติ
Albumin	3.8-5.4 g/dL	4.4	ปกติ
Calcium	8.4-10.2 mg/dL	9.7	ปกติ
Phosphorus	2.5-4.6 mg/dL	3.2	ปกติ
Magnesium	1.6-2.6 mg/dL	2.14	ปกติ

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.4.2.3 ผลตรวจการแข็งตัวของเลือด (Coagulation)

Lab	ค่าปกติ	26 มีนาคม 2568		27 มีนาคม 2568	
Prothrombin time (PT)	10.4-12.8 seconds	11.1	ปกติ	11.7	ปกติ
INR	0.9-1.1	0.96	ปกติ	1.01	ปกติ
Partial Thromboplastin Time (PTT)	22.7-31.7 seconds	19.1	ต่ำ	20.9	ต่ำ

4.4.2.4 ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computerized Tomography Brain)

ก้อนเนื้ออกสมองจากมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังสมองด้านซ้ายส่วนกลีบท้ายทอย (Brain metastases Lt occipital lobe) จำนวน 1 ก้อน 6.1 x 2.9 x 5.0 เซนติเมตร มีภาวะสมองเลื่อน (Left Uncal herniation and subfalcine herniation to right side) ขนาด 1.1 เซนติเมตร

4.4.3 การตรวจร่างกาย

4.4.3.1 การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทยรู้สึกตัวดี ตามตอบรูเรื่อง

- 1) ผิวหนัง มีความยืดหยุ่นดีตามวัย ไม่มีแผลหรือรอยโรคใด ๆ
- 2) ผม สีผมดำสะอาดไม่พบรอยโรคใด ๆ
- 3) เล็บ ไม่เปราะ ไม่มีนิ้วปูด
- 4) ต่อมไทรอยด์ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต
- 5) คีรษะและใบหน้า มีความสมมาตรไม่มีรอยโรค
- 6) ตา ตาทั้งสองข้างอยู่ในแนวสมมาตร ตาไม่เฉียง หลับตาปิดสนิท
- 7) หู รูปร่างปกติ อยู่ในระดับเดียวกับหางตา ไม่มีรอยโรค
- 8) จมูก รูปร่างปกติ มีความสมมาตร
- 9) ปาก ริมฝีปากไม่แห้ง ไม่มีปากแห้งเพดานโหว่ ไม่เจ็บปาก

4.4.3.2 ระบบทางเดินหายใจ

ทรวงอกสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ฟังเสียงปอดเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบเสียงผิดปกติ

4.4.3.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ลักษณะทรวงอกสมมาตร บริเวณหัวใจไม่มีโป่งนูนหรือยุบ ไม่พบหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ฟังการเต้นของหัวใจแรงดี สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 166/97 มิลลิเมตรปรอท

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.4.3.4 การประเมินประสาทและกล้ามเนื้อ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ คะแนนประเมิน Glasgow coma scale : GCS เท่ากับ E₄V₅M₆ การเคลื่อนไหวร่างกายทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร ปฏิกริยาต่อแสงดี ทดเล็กลงเมื่อเคลื่อนไหววัตถุเข้าใกล้ตา

4.4.3.5 ระบบทางเดินอาหารและการดูดซึม

ภายในช่องปากลักษณะปกติ ไม่มีแผล ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

4.4.3.6 ระบบทางเดินปัสสาวะและไต

ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ไม่แสบขัด

4.4.3.7 ระบบประสาท

รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ กำลังกล้ามเนื้อแขนขาเกรด 5 ทั้ง 2 ข้าง

4.4.4 ข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2568 ประวัติการเจ็บป่วย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เป็น ๆ หาย ๆ รับประทานยาแก้ปวดอาการไม่ได้ขึ้น 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย คลื่นไส้ วิงเวียน แล้ววูบล้ม มือเกร็ง ตาลอย น้ำลายฟูมปาก ประมาณ 2 นาที ไปโรงพยาบาลชุมแพ แรกรับ เริ่มพูด ถามตอบรู้เรื่อง ยังคงปวดศีรษะ ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computerized Tomography Brain) ผลตรวจพบว่ามีก้อนเนื้ออกสมองจากมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังสมองด้านซ้ายส่วนกลีบท้ายทอย (Brain metastases Lt occipital lobe) จึงส่งต่อผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ในวันที่ 26 มีนาคม 2568 เวลา 01.10 น.

วันที่ 27 มีนาคม 2568 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Left craniotomy with remove tumor เริ่มผ่าตัดเวลา 14.53 - 16.30 น. ระหว่างผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การเสียเลือดตลอดระยะเวลาการผ่าตัด 300 มิลลิลิตร มีสายระบายเลือดชนิดสูญญากาศ (Radivac drain) 1 ชุด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube) เบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร หลังผ่าตัดกลับยังหอผู้ป่วยวิกฤติระบบประสาทและสมอง ผู้ป่วยได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ โหมดการช่วยหายใจที่ควบคุมโดยเครื่องช่วยหายใจทั้งหมด (Controlled mechanical ventilation : CMV), ปริมาตรอากาศหายใจ (Tidal volume : TV) เท่ากับ 450, อัตราการหายใจ (Respiratory rate : RR) เท่ากับ 16, แรงดันบวกที่คงเหลือในถุงลมเมื่อสิ้นสุดการหายใจออก (Positive End Expiratory Pressure : PEEP) เท่ากับ 5, ความเข้มข้นของออกซิเจน (Fraction of inspired oxygen : FIO₂) เท่ากับ 0.4 วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 165/101 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นออกซิเจน (SpO₂) 100 % เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จะประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่และวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเพียงพอ

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้แก่ Acetar 1000 ml. vein drip 40 ml/hr. เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ ได้รับการใส่หน้ากากออกซิเจนแบบมีถุงลม (O₂ mask with bag) 10 LPM แนะนำให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล ระดับความปวด 8 คะแนน ได้ให้ยาแก้ปวด คือ Morphine 2 mg IV ทุก 6 hr. ตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ งดอาหาร ดูแลความสุขสบายทั่วไปและให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียน หรือเห็นภาพซ้อน

วันที่ 28 มีนาคม 2568 คะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ pupil 3 mm. RTL BE วัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 119/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส SpO₂ เท่ากับ 100 % ผู้ป่วยได้ย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤติระบบประสาทและสมอง ไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง อาการปวดแผลลดลง ระดับความปวดอยู่ที่ 5-7 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวดลดไข้ Paracetamol (500) 1 tab prn ทุก 4-6 hr., Morphine 2 mg vein ทุก 6 hr. แนะนำการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสามารถดื่มน้ำได้ตอนเช้า รับประทานอาหารเหลวตอนเที่ยง และรับประทานอาหารอ่อนตอนเย็น แนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียน หรือเห็นภาพซ้อน

วันที่ 29 มีนาคม 2568 คะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส SpO₂ เท่ากับ 100 % อาการปวดแผลลดลง ไม่มีอาการปวดอึดอัดแน่นท้อง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ลูกเดินได้เล็กน้อย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียน หรือเห็นภาพซ้อน

วันที่ 30 มีนาคม 2568 คะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส SpO₂ เท่ากับ 100 % ได้ถอดสายระบายเลือดออกจากผู้ป่วย ไม่มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียน หรือเห็นภาพซ้อน

วันที่ 31 มีนาคม 2568 คะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 113/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส SpO₂ เท่ากับ 100 %

วันที่ 1 เมษายน 2568 คะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส SpO₂ เท่ากับ 100 % แพทย์ให้กลับบ้าน แนะนำติดตามอาการ 3 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ยาต่าง ๆ ที่ต้องรับประทานเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ Dicloxacillin (250mg.) 1x4 oral ac hs, paracetamol (500mg.) 1tab prn ทุก 4-6 hr., Dexamethasone (4mg) 1x1 oral pc, Hydralazine (25mg) 1x3 oral ac และ Monipine (20mg)1x2 ac

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.4.5 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

การพยาบาลผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ได้สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 11 ข้อ ดังนี้

4.4.5.1 ระยะก่อนผ่าตัด

1) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

4.4.5.2 ระยะขณะผ่าตัด

- 1) เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และมีสิ่งตกค้างในร่างกาย
- 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียเลือดมากในขณะผ่าตัด
- 3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- 4) เสี่ยงต่อการเกิดการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ยึดศีรษะในระหว่างผ่าตัด
- 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ในขณะผ่าตัด
- 6) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในขณะผ่าตัด

4.4.5.2 ระยะหลังผ่าตัด

- 1) เสี่ยงต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาทในทางที่แย่งลง
- 2) เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและสายระบายเลือดจากสมอง
- 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
- 4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

4.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.5.1 เลือกเรื่องที่จะศึกษาผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 รายในห้องผ่าตัด

4.5.2 รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

4.5.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี และแผนการรักษาของแพทย์

4.5.4 ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อทางอินเทอร์เน็ต ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

4.5.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

4.5.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาล

4.5.7 สรุปการปฏิบัติการพยาบาล

4.5.8 รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาผู้ป่วยมาเปรียบเทียบกับทฤษฎี

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.5.9 เรียบเรียงเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่ม ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานและพร้อมแก้ไข

4.5.10 เผยแพร่ผลงาน

4.6 สรุปกรณีศึกษา

4.6.1 สรุปอาการตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

หญิงไทย อายุ 50 ปี มีโรคประจำตัวเป็นมะเร็งปากมดลูก (CA cervix) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2568 มาด้วยอาการ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เป็น ๆ หาย ๆ รับประทานยาแก้ปวดอาการไม่ดีขึ้น 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย คลื่นไส้ วิงเวียน แล้ววูบล้ม มือเกร็ง ตาลอย น้ำลายฟูมปาก ประมาณ 2 นาที ไปโรงพยาบาลชุมชน แรกรับ เริ่มพูด ตามตอบรู้อะไร ยังคงปวดศีรษะ ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computerized Tomography Brain) ผลตรวจพบว่ามีก้อนเนื้ออกสมองจากมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังสมองด้านซ้ายส่วนกลีบท้ายทอย (Brain metastases Lt occipital lobe) จึงส่งต่อผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลขอนแก่น คณะประเมินความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ในวันที่ 26 มีนาคม 2568 เวลา 01.10 น.

วันที่ 27 มีนาคม 2568 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Left craniotomy with remove tumor หลังผ่าตัดกลับยังหอผู้ป่วยวิกฤติระบบประสาทและสมอง วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 165/101 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นออกซิเจน (SpO₂) 100 % และได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ เวลา 18.00 น.

วันที่ 28 มีนาคม 2568 ผู้ป่วยได้ย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤติระบบประสาทและสมอง ไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง อาการปวดแผลลดลง ระดับความปวดอยู่ที่ 5-7 คะแนน คณะประเมินความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ pupil 3 mm. RTL BE

วันที่ 29 มีนาคม 2568 คณะประเมินความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ อาการปวดแผลลดลง ไม่มีอาการปวดอึดอัดแน่นท้อง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ลูกเดินได้เล็กน้อย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียน หรือเห็นภาพซ้อน

วันที่ 30-31 มีนาคม 2568 คณะประเมินความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆

วันที่ 1 เมษายน 2568 คณะประเมิน (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส SpO₂ เท่ากับ 100 % ผู้ป่วยไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่อาการปวดศีรษะ แพทย์ให้กลับบ้านได้ แนะนำติดตามอาการ 3 เดือน ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.6.2 จำนวนวันที่ศึกษา

26 มีนาคม 2568 – 1 เมษายน 2568 จำนวน 7 วัน

4.6.3 ปัญหาที่พบ

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในระหว่างที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วย พบว่า มีปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ 1) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด 2) เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และมีสิ่งตกค้างในร่างกาย 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียเลือดมากในขณะผ่าตัด 4) เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 5) เสี่ยงต่อการเกิดการเลื่อนหลุดของอุปกรณ์ยึดศีรษะในระหว่างผ่าตัด 6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ในขณะผ่าตัด 7) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้าในขณะผ่าตัด 8) เสี่ยงต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาทในทางที่แย่ลง 9) เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและสายระบายเลือดจากสมอง 10) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และ 11) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อยู่ที่บ้าน

4.6.4 การพยาบาล

การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนวิธีการต่าง ๆ ของการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมตัวเพื่อรับการผ่าตัด และเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ในขณะผ่าตัด ระบุตัวผู้ป่วย สอบถามชื่อ-นามสกุลผู้ป่วยให้ตรงกับป้ายข้อมือ โบเวอร์เบียน และแฟ้มระเบียนของผู้ป่วยข้างที่ทำหัตถการ เพื่อยืนยันความถูกต้อง ทำการสื่อสารและขานตามแนวทางตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัด surgical safety checklist (Sign in, Time out, Sign out) เพื่อยืนยันความถูกต้อง ร่วมกับวิสัญญีแพทย์, ศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด ตรวจสอบจำนวนเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับโลหิต และวัสดุของมีคมร่วมกับพยาบาลช่วยร่อนนอกก่อนเย็บปิด เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดเมื่อเกิดภาวะสูญเสียเลือด เช่น วัสดุห้ามเลือด ผ้าซับโลหิต ส่งเครื่องมือตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยหลักปราศจากเชื้อ (Sterile technique) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย โดยการห่มผ้าห่มและให้ความอบอุ่นโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน (blanket warmer) โดยตั้งค่าอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ในระยะหลังผ่าตัด วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (intracranial pressure : ICP) อาการแสดงระยะแรก ได้แก่ ชักเกร็งทั้งตัวหรือมีกระดูกเป็นบางส่วน อาการระยะหลัง ได้แก่ ความดันเลือดเพิ่มขึ้น ชีพจรช้าลง (Cushing's reflex) กระวนกระวาย ซึมลงหรือหมดสติ หายใจไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดหายใจ ม่านตาขยาย แขนขาอเกร็ง เหยียดเกร็งแบบผิดปกติ หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และประสานงานส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2568 คะแนนประเมินความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale :GCS) เท่ากับ E₄V₅M₆ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/81 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO₂ เท่ากับ 100 % แพทย์ให้กลับบ้าน แนะนำ ติดตามอาการ 3 เดือนที่โรงพยาบาลขอนแก่น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในความดูแลตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 1 เมษายน 2568 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 7 วัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการพยาบาล พ้นจากภาวะวิกฤต ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่างครอบคลุม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่เกิดความพิการ

5.2.2 จำนวนครั้งของการงดผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ เท่ากับ 0

5.2.3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

5.2.4 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรับบริการมากกว่าร้อยละ 90

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

6.1.1 ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้

6.1.2 ใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาล

6.1.3 ใช้เป็นเอกสารในการศึกษาค้นคว้าของบุคลากรพยาบาล และผู้สนใจทั่วไป

6.1.4 ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการพยาบาล

6.2 ผลกระทบ

6.2.1 สามารถวิเคราะห์ เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ

6.2.2 เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับหน่วยงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง สามารถนำไปเป็นแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ในการผ่าตัดเนื้องอกสมองในผู้ป่วยรายนี้ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่มีความซับซ้อน ได้แก่ เครื่องมือจุลศัลยกรรมประสาท กล้องจุลทรรศน์สำหรับผ่าตัด และเครื่องมือแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีคลื่นอัลตราซาวด์ (Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator) เพื่อสลายเนื้องอก โดยไม่ทำลายเนื้อเยื่อสำคัญข้างเคียง

7.2 ในการผ่าตัดเนื้องอกสมองในผู้ป่วยรายนี้ มีก้อนเนื้องอกสมองขนาดใหญ่ ซึ่งอาจมีความเสี่ยงที่จะสูญเสียเลือดมากในขณะผ่าตัด พยาบาลจึงต้องมีทักษะและเตรียมอุปกรณ์เพื่อห้ามเลือดให้พร้อมต่อการใช้งาน

7.3 ในการจัดทำผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองรายนี้มีความซับซ้อนและเฉพาะทางมากกว่าการผ่าตัดทั่วไป ต้องใช้หมุดยึดศีรษะ พยาบาลต้องมีความรู้ในการจัดทำเพราะอาจมีความเสี่ยงกดทับและบาดเจ็บของเส้นประสาทได้

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง จำเป็นต้องมีพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางปริศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ซึ่งหน่วยงานมีเพียง 1 คน และพยาบาลที่มีสมรรถนะเชี่ยวชาญ (Expert) ในสาขาระบบประสาทและสมอง มีจำนวนน้อย ซึ่งไม่เพียงพอในการจัดให้ปฏิบัติงาน

8.2 พยาบาลใหม่ และพยาบาลประสบการณ์น้อยขาดความรู้และทักษะในการเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือในการผ่าตัดเนื้องอกสมองให้พร้อมใช้งาน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 บุคลากรพยาบาลในทีมผ่าตัดที่ดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ควรมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน มีการวางแผนการพยาบาล การติดตามการประเมินผล สามารถทำตามมาตรฐานในการปฏิบัติงานได้

9.2 ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง อย่างสม่ำเสมอรวมทั้งการจัดเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

9.3 ควรมีการพัฒนาคุณภาพบริการ และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในทีมงาน สามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

9.4 พยาบาลและทีมผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการตัดสินใจในภาวะวิกฤต สามารถวางแผนทางการพยาบาล และให้การพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ในหน่วยงานห้องผ่าตัด

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวศุภิพร ดันติพัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

12 . ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผลงาน 100%

นางสาวศุภิพร ตันติพัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ศุภิพร ตันติพัฒนานนท์

(นางสาวศุภิพร ตันติพัฒนานนท์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 15 / กันยายน / 2014

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวศุภิพร ตันติพัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ศุภิพร ตันติพัฒนานนท์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กุลนิษฐ์ โอธามศักดิ์
(นางสาวกุลนิษฐ์ โอธามศักดิ์)
(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)
(ตำแหน่ง)
(วันที่) 16 / กันยายน / 2564
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) อภพร
(.....นางอภพร เมืองวิเศษ.....)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
(วันที่) 16 / กันยายน / 2564
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) [Signature]
(นางพนรรุ จอมเพชร)
(.....พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ.....)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
(วันที่) 9 / ตุลาคม / 2564
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) [Signature]
(นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
- 6 พ.ย. 2568
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

2. หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์โรคเนื้องอกสมองของประชากรทั่วโลกพบว่า พบผู้ป่วยประมาณ 321,731 คนต่อปี มีอุบัติการณ์การเกิดเนื้องอกสมองประมาณ 3.5 คนต่อแสนประชากรต่อปี แยกเป็นเพศชาย 3.9 คนต่อแสนประชากรและเพศหญิง 3.1 คนต่อแสนประชากร (World health statistics, 2022) สำหรับประเทศไทยพบโรคเนื้องอกสมองทั้งชนิดที่โตช้าและโตเร็วรวมกันโดยประมาณ 18.71 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี โดยจำแนกเป็นเนื้องอกที่โตช้า (benign brain neoplasm) พบได้ 11.52 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี และสำหรับเนื้องอกที่โตเร็ว (malignant brain tumor) พบได้ 7.19 คนต่อประชากรแสนคนต่อปี (อัครพร บุญเกิด, 2564) จากสถิติหน่วยผ่าตัดประสาทศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ให้บริการผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่เข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกสมองอย่างต่อเนื่อง พบว่าสถิติย้อนหลัง 3 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 - พ.ศ.2567 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 95, 125, 130 คน ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น, 2567) ปัจจุบันการผ่าตัดเนื้องอกสมองถือเป็นมาตรฐานในการรักษา เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมีการใช้เครื่องมือจุลศัลยกรรมประสาทร่วมในการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีทักษะ ความชำนาญ และความรู้ที่ถูกต้องในการจัดเตรียมและใช้เครื่องมือผ่าตัด การจัดทำในการผ่าตัด รวมถึงการให้การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้

จากสถานการณ์ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า พยาบาลที่ผ่านการอบรมไปแล้ว เมื่อหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในสาขาอื่นแล้วกลับมาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสาขาระบบประสาทและสมอง พบว่า มีทักษะ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดลดลง ทำให้พยาบาลขาดความเชื่อมั่น ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางปริยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ซึ่งหน่วยงานมีเพียง 1 คน และพยาบาลที่มีสมรรถนะเชี่ยวชาญ (Expert) ในสาขาศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง มีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้นการจัดทำการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง จึงมีความสำคัญ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้แก่พยาบาล สามารถให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

การให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองถือเป็นกระบวนการทางการพยาบาลที่มีความซับซ้อน โดยผู้ป่วยอาจเกิดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลายระบบเช่น ระบบประสาทและสมอง ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจ พยาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้และทักษะ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันพยาบาลที่เข้ามาฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสาขาระบบประสาทและสมองพบว่ามีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการพยาบาลที่ลดลงทำให้พยาบาลขาดความเชื่อมั่น ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนในการให้การพยาบาลและเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้

การพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองมีความสำคัญมากต่อคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเกิดความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ความมั่นใจดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คาดไม่ถึง แต่ยังทำให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ช่วยลดความผิดพลาดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย อีกทั้งยังส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.2 แนวความคิด

3.2.1 แนวความคิด PDCA cycle (Deming cycle) เป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง ถูกเผยแพร่โดย Edwards W. Deming เป็นวงจรการบริหารที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

อย่างหลากหลาย เพื่อให้การทำงานประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

(ณัฐธัญพัชร อ่อนตาม, 2562)

3.2.1.1 Plan คือ การวางแผนที่จะครอบคลุมในเรื่องการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการ การแก้ไข ปัญหา และจัดทำแผนการดำเนินงานของวงจร PDCA การวางแผนถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด

3.2.1.2 Do คือ การลงมือปฏิบัติ หลังจากจบจากการวางแผนแล้วเริ่มเข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือ ดำเนินงานตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่วางไว้ และควรนำไปปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจว่าการปฏิบัติตามแผนที่วางเอาไว้จะมี ประสิทธิภาพ ซึ่งสิ่งที่ควรคำนึงในขั้นตอนดังกล่าวคือ การสร้างความมั่นใจว่าผู้รับผิดชอบดำเนินการเล็งเห็นถึงวัตถุประสงค์และความสำคัญของงานที่ได้รับมอบหมาย, ให้ผู้มีส่วนรับผิดชอบได้รับรู้เนื้อหา และแผนที่วางเอาไว้และดำเนินการตามแผนอย่างมีประสิทธิภาพ, จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมเพื่อให้มีความเข้าใจในแผน สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและจัดหาทรัพยากรให้มีความเพียงพอต่อความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงาน

3.2.1.3 Check คือ การตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน เมื่อทำการตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแผน เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นและรีบดำเนินการแก้ไขจนได้รับกระบวนการหรือวิธีการปฏิบัติงานที่สามารถ กำหนดเป็นมาตรฐาน

3.2.1.4 Act คือ การปฏิบัติตามผลการตรวจสอบ หรือแก้ไขปัญหา การปฏิบัติกรใด ๆ ที่เหมาะสมตามผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นตอนการตรวจสอบ หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายจะต้องทำการปรับปรุงแก้ไข แต่หากในกรณีที่ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้จัดทำเป็นมาตรฐาน ซึ่งเรียกขั้นตอนนี้ว่าการนำไปปฏิบัติและกำหนดเป็นมาตรฐาน (Action)

3.2.2 แนวความคิดการพัฒนาสมรรถนะ จากแนวคิดของ David C. McClelland นักจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดเมื่อปี ค.ศ.1960 ซึ่งกล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะที่ดีของบุคคล (Excellent Performer) ในองค์กรกับระดับทักษะความรู้และการพัฒนาสมรรถนะ (สิริวดี ชูเชิต, 2565)

3.2.2.1 ความหมายของสมรรถนะ หมายถึง ลักษณะพื้นฐานของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ที่มากกว่าการปฏิบัติงานหรือสถานการณ์ ความสามารถของการปฏิบัติงานคือลักษณะพฤติกรรมที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการนำไปสู่ตำแหน่งเพื่อปฏิบัติงานและหน้าที่ด้วยความสามารถในการปฏิบัติงาน อาจเป็นแรงจูงใจ ทักษะ ความรู้หรือคุณลักษณะที่ช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานหรือกิจกรรม ที่เฉพาะเจาะจงได้ ซึ่งความรู้พื้นฐาน ทักษะหรือความสามารถทางเทคนิคสามารถพัฒนาได้ง่าย โดยการฝึกอบรม

3.2.2.2 ประเภทของสมรรถนะ จำแนกได้เป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) สมรรถนะส่วนบุคคล (Personal Competencies) หมายถึง สมรรถนะที่แต่ละคนมีเป็นความสามารถเฉพาะตัว คนอื่นไม่สามารถลอกเลียนแบบได้ ลักษณะเหล่านี้ยากที่จะเลียนแบบหรือต้องมีความพยายามสูงมาก

2) สมรรถนะเฉพาะงาน (Job Competencies) หมายถึง สมรรถนะของบุคคลกับการทำงานในตำแหน่งหรือบทบาทเฉพาะตัว

3) สมรรถนะองค์การ (Organization Competencies) หมายถึง ความสามารถพิเศษเฉพาะองค์การนั้นเท่านั้น

4) สมรรถนะหลัก (Core Competencies) หมายถึง ความสามารถสำคัญที่บุคคลต้องมีหรือต้องทำเพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้ง

5) สมรรถนะในงาน (Functional Competencies) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ ตำแหน่งหน้าที่อาจเหมือนแต่ความสามารถตามหน้าที่ต่างกัน

3.2.2.3 องค์ประกอบของสมรรถนะ จำแนกได้เป็น 5 ส่วน ดังนี้

1) ความรู้ (Knowledge) คือ ความรู้เฉพาะในเรื่องที่ต้องรู้ เป็นความรู้ที่เป็นสาระสำคัญ เช่น ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค

2) ทักษะ (Skill) คือ สิ่งที่ต้องการให้ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะที่เกิดได้นั้นมาจากพื้นฐานทางความรู้ และสามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่วว่องไว

3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง (Self Concept) คือ เจตคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน หรือสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าตนเองเป็น เช่น ความมั่นใจในตนเอง เป็นต้น บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล (Traits) เป็นสิ่งที่อธิบายถึงบุคคลนั้น เช่น คนที่น่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ หรือมีลักษณะเป็นผู้นำ เป็นต้น

4) แรงจูงใจ/เจตคติ (Motives/Attitude) เป็นแรงจูงใจหรือแรงขับภายใน ซึ่งทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมาย หรือมุ่งสู่ความสำเร็จ เป็นต้น

3.2.3 ทฤษฎีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

3.2.3.1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care) (อังคณา บุญชู, 2563)

1) เยี่ยมผู้ป่วยโดย ระบุตัวผู้ป่วย สอบถามชื่อและนามสกุลผู้ป่วยให้ตรงกับป้ายชื่อมือ เอกสาร เวชระเบียนผู้ป่วย (patient summary) และแฟ้มระเบียบของผู้ป่วย สอบถามหัตถการที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัด รวมทั้งสอบถาม อวัยวะ ตำแหน่งข้าง และการทำเครื่องหมายตำแหน่งผ่าตัด (marking site surgery) หากมีความคลาดเคลื่อนต้องแจ้งศัลยแพทย์เพื่อยืนยันความถูกต้อง และตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบเอกสารแสดงเจตนายินยอมขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการ (consent form) ซึ่งต้องมีลายเซ็นของผู้ป่วย หรือญาติ และศัลยแพทย์

2) ประเมินและบันทึกข้อมูลทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale : GCS) อาการผิดปกติทางระบบประสาท ได้แก่ การรับรู้การเคลื่อนไหวของแขนขา รวมทั้งขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตา อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรือ ตาพร่ามัว จากพยาธิสภาพของโรคเนื้องอกสมอง

3) ประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยและญาติที่มารับการผ่าตัด ความกังวลจากความไม่คุ้นเคยกับสถานะที่แปลกใหม่ในห้องผ่าตัด หรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ การต้อนรับผู้ป่วยด้วยท่าที สุภาพ อ่อนน้อมแสดงความเป็นกันเอง

4) เตรียมห้องผ่าตัด ทำความสะอาดเช็ดห้องผ่าตัด เตรียมรถสำหรับใช้วางเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบเครื่องจีไฟฟ้า อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับตัดกะโหลกศีรษะ กล้องจุลทรรศน์สำหรับการผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบเตียงผ่าตัด ไฟสำหรับใช้ผ่าตัดให้พร้อมใช้งานและบันทึกอุณหภูมิ ความดัน ความชื้นของห้องผ่าตัดเพื่อประเมินว่าห้องผ่าตัดนี้สามารถใช้ในการผ่าตัดได้

5) การจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน

3.2.3.2 การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative nursing care) (อังคณา บุญชู, 2563)

พยาบาลประจำห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่เป็น พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (circulating nurse) และพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (scrub nurse)

บทบาทของพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (circulating nurse)

1) นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด โดยการสอบถามชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย ให้ตรงกับป้ายชื่อมือและแฟ้มระเบียบของผู้ป่วย เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังเตียงผ่าตัด

2) ทำการขานแบบตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัด (surgical safety checklist) ได้แก่ Sign in ก่อนทำหัตถการ, Time out ก่อนลงมีด และ Sign out ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดหรือก่อนเย็บปิดผิวหนัง เพื่อยืนยันความถูกต้อง ร่วมกับวิสัญญีแพทย์, ศัลยแพทย์

3) เตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด โดยใช้เครื่องโกนผมชนิดคิลิปไฟฟ้า โกนใกล้เวลาที่จะทำผ่าตัดมากที่สุด เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ

4) ช่วยศัลยแพทย์และวิสัญญีในการจัดทำผ่าตัดในท่านอนหงาย (supine) โดยใช้หมุดยึดศีรษะ (mayfield) หรือ ที่รองศีรษะ(horseshoe headrest) โดยเอียงศีรษะด้านที่ผ่าตัดตามตำแหน่งเนื้องอกสมอง

5) ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ (Hibiscrub)

6) ช่วยสวมเสื้อคลุมปลอดเชื้อให้กับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ศัลยแพทย์และผู้ช่วยศัลยแพทย์

7) ตรวจสอบจำนวนเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับโลหิต และวัสดุของมีคม ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด ทั้งก่อนการผ่าตัด ก่อนการเย็บปิด และเย็บปิดแผลผ่าตัดพร้อมทั้งบันทึกลงใน perioperative nursing record

8) เหนี่ยาทำลายเชื้อ (2% chlorhexidine in alcohol) ให้แก่ศัลยแพทย์เพื่อทาที่ผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัดทั้งหมด และเปิดช่องไหมเย็บ, วัสดุห้ามเลือด และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดให้แก่พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด

9) ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ โดยปรับระดับอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศตามความเหมาะสม และวิสัญญีแพทย์ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อน (blanket warmer) ให้กับผู้ป่วย

10) ติดตามดูขั้นตอนการผ่าตัดตลอดเวลา เพื่อเตรียมความพร้อมหากเกิดภาวะวิกฤต ในขณะที่ผ่าตัด สามารถเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆที่ศัลยแพทย์ต้องการใช้เพิ่มเติมได้ทันต่อเหตุการณ์

11) เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้อง โดยยืนยันชื่อของชิ้นเนื้อ (specimen) วิธีการส่งตรวจกับศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด

12) เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ตรวจสอบการเกิดแผลกดทับ

13) ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบริเวณที่เป็นน้ำยาฆ่าเชื้อครบเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วยด้วยผ้านุ่มชุบน้ำบิดหมาด ลวมใส่เสื้อผ้าและห่มผ้าอุ่นให้ผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse)

1) ล้างมือตามหลักการล้างมือก่อนทำหัตถการ (surgical hand washing) หลังจากนั้นเช็ดมือ สวมเสื้อคลุมผ่าตัด (gown) ใส่ถุงมือปลอดเชื้อตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique)

2) จัดเตรียมเครื่องมือ เสื้อคลุมผ่าตัดและถุงมือ สำหรับศัลยแพทย์และบุฟ้าปลอดเชือบนโต๊ะสำหรับวางเครื่องมือผ่าตัดโดยบุฟ้าด้านใกล้ตัวก่อนด้านไกลตัว

3) นำเครื่องมือผ่าตัดจากเซตเครื่องมือวางบนโต๊ะส่งเครื่องมือผ่าตัด ให้ตรวจสอบตัวบ่งชี้ทางเคมีภายใน (internal indicator) ในห่อเครื่องมือทุกชนิดที่ใช้ในการผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์เครื่องใช้ปลอดเชื้อให้เป็นระเบียบตามลำดับก่อนหลังการใช้งาน พร้อมทั้งตรวจนับจำนวน เครื่องมือผ้าซับโลหิต และวัสดุของมีคมที่ใช้ในการผ่าตัด ร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก

4) ส่งเครื่องมือให้ศัลยแพทย์ทลายทำลายเชื้อที่ผิวหนังบริเวณศีรษะด้วย 2% chlorhexidine in alcohol

5) ช่วยศัลยแพทย์ในการบุฟ้าปลอดเชื้อคลุมตัวผู้ป่วยบริเวณที่จะทำผ่าตัด

6) เลื่อนโต๊ะที่จัดวางเครื่องมือมาชิดเตียงผ่าตัด โดยยืนในตำแหน่งที่สามารถมองเห็น การผ่าตัดเพื่อความสะดวกในการส่งเครื่องมือให้กับศัลยแพทย์

7) ส่งอุปกรณ์เครื่องใช้ในการผ่าตัด เช่น สายจี้ไฟฟ้าแบบขั้วเดียว (monopolar), สายจี้ไฟฟ้าแบบสองขั้ว (bipolar) และสายดูดสุญญากาศเป็นต้น โดยให้พยาบาลช่วยเหลือนอกห้องกับ เครื่องใช้ให้เรียบร้อยก่อนเริ่มผ่าตัด

8) วางเครื่องมือที่ใช้ตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัดบนโต๊ะสำหรับส่งผ่าตัดให้เป็น ระเบียบ และสะดวกในการหยิบส่งเครื่องมือโดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique)

9) ส่งเครื่องมือผ่าตัดให้อยู่ในลักษณะที่ใช้งานได้ทันทีตามขั้นตอนการผ่าตัดโดยเฉพาะ เครื่องมือที่มีคมทุกชนิดต้องส่งด้วยความระมัดระวังและถูกวิธี (non touch technique) และขานทวนซ้ำ ก่อน ส่งให้ศัลยแพทย์เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากการถูกตำ ทิ่ม หรือแทง ต่อศัลยแพทย์หรือผู้ส่งเครื่องมือผ่าตัด

10) ตรวจสอบและระมัดระวังเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้ปลอดเชื้อ พร้อมทั้งดูแลบริเวณผ่าตัดให้คงสภาพปลอดเชื้อตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

11) ติดตามดูขั้นตอนการผ่าตัดตลอดเวลา หากพบว่าขณะผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ให้เตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับห้ามเลือดให้พร้อมใช้งาน

12) ดูแลความถูกต้องในการส่งสิ่งส่งตรวจตามวิธีและจำนวนที่ส่งตรวจร่วมกับ พยาบาลช่วยเหลือนอก

13) นับจำนวนของมีคมร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือนอกให้ครบถ้วน และนับ จำนวนเครื่องมือผ่าตัดให้ครบถ้วนก่อนทำการเย็บปิด

3.2.3.3 การพยาบาลหลังผ่าตัด (Postoperative nursing care) (อังคณา บุญชู, 2563)

1) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล และอายุของผู้ป่วย การทำผ่าตัดและ ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด การประเมินทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ สัญญาณชีพ อาการของผู้ป่วยก่อนย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทศัลยศาสตร์ หรือห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัด

2) การเยี่ยมหลังผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อการ ดูแลที่ต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดเนื้องอกสมองมีความสำคัญมากควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ใน การที่จะช่วยลดและป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังผ่าตัด ตลอดจนช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ป่วยให้กลับคืนสภาพปกติให้ เร็วที่สุด วัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อประเมินผลหลังให้การ พยาบาลขณะผ่าตัด หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ได้แก่ การประเมินการบาดเจ็บต่อ เส้นประสาทและเนื้อเยื่อ เช่น อาการชา ปวดบวม และ แผลกดทับ หรือ ภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัด รวมถึง อาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และการผ่าตัด ได้แก่ การเกิดภาวะความดันใน กะโหลกศีรษะสูง ความไม่สุขสบายจากเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด

3) การพยาบาลหลังผ่าตัด ในระยะนี้มีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ คือทำการรักษา ชีวิตผู้ป่วย และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้ ป้องกันการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น ให้ ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ นอนศีรษะสูงประมาณ 15 -30 องศาเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะและการบวมของ สมอง, บันทึกสัญญาณชีพระดับสติและอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ

ทุก 1 ชั่วโมงจนอาการปกติ, ในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เอง แพทย์จะทำการถอดท่อช่วยหายใจออก ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยสังเกตลักษณะการหายใจ, ช่วยดูแลเสมหะในลำคอในรายที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง ป้องกันการสูญเสียของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง โดยสังเกตน้ำซิมจากผลจมูก หู และ สายระบายเลือด, ประเมินอาการใช้และให้ยาปฏิชีวนะต่างๆตามแผนการรักษา, บันทึกจำนวนน้ำเข้าออกออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมงและบันทึกรวม 24 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำเข้าและออกได้ถูกต้อง และดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ในรายที่มีปัญหาคลื่นไส้ต้องให้อาหารทางสายยาง ในรายที่รับประทานอาหารเองสังเกตอาการอาเจียนการสำลัก และการย่อยของผู้ป่วยว่ารับประทานอาหารได้มากน้อยเพียงใด

3.3 ข้อเสนอ

ควรมีการใช้วิธีการพัฒนาความรู้และทักษะที่หลากหลาย วิธีการนอกเหนือจากการอบรม เช่น การเรียนรู้ขณะปฏิบัติงาน (On the job training) เป็นรูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะที่เน้น การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงในสถานที่ทำงาน โดยมีพยาบาลผู้มีประสบการณ์เป็นผู้ชี้แนะอย่างใกล้ชิด ลักษณะสำคัญ คือ ผู้เรียนจะได้ลงมือปฏิบัติจริงในสภาพแวดล้อมการทำงานจริง ทำให้สามารถเชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีกับทักษะการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม และ การเรียนรู้จากกรณีศึกษา (Case-based learning) เป็นการเรียนรู้เชิงวิเคราะห์จากกรณีศึกษาของผู้ป่วยจริงที่ได้รับการผ่าตัดสมอง เนื่องจากวิธีการนี้ช่วยให้ผู้เรียนสามารถฝึกคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจจากสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติจริง เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติการทางการพยาบาลได้ฝึกกระบวนการคิดเชิงวิพากษ์ (critical thinking) ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การระบุปัญหา การวิเคราะห์หาสาเหตุ ไปจนถึงการกำหนดแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

ความรู้และทักษะที่ต้องพัฒนาได้แก่ ความรู้กายวิภาคและสรีรวิทยาของสมองและระบบประสาท โรคเนื้องอกสมองและการผ่าตัดเนื้องอกสมอง, ความรู้การใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีเฉพาะทาง เช่น กล้องจุลทรรศน์สำหรับผ่าตัด (microscope) และ เครื่องมือแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีคลื่นอัลตราซาวนด์ (Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator) เพื่อสลายเนื้องอกสมอง, ความรู้ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด, ทักษะการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ การใช้เครื่องมือ และทักษะการสื่อสาร รวมไปถึงการติดต่อประสานงานร่วมกับทีมผ่าตัด เพื่อสร้างความเข้าใจตรงกันและป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

การจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดมีข้อจำกัด เนื่องจากพยาบาลยังคงต้องปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถหยุดปฏิบัติงานพร้อมกันเป็นจำนวนมากได้ การจัดอบรมในกลุ่มใหญ่เป็นไปได้ยาก

3.5 แนวทางการแก้ไข

3.5.1 ควรมีการจัดอบรมในวันพฤหัสบดี ซึ่งเป็นชั่วโมงของการอบรมในห้องผ่าตัด ทำให้พยาบาลสามารถเข้าร่วมประชุมได้ทั้งหมด

3.5.2 มีการจัดการอบรมกลุ่มย่อย และการใช้สื่อการเรียนรู้แบบออนไลน์ ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถเข้าถึงได้ง่าย

3.5.3 สนับสนุนการเรียนรู้ขณะฝึกปฏิบัติงาน (On the job training) เป็นรูปแบบการพัฒนาความรู้ และทักษะที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงในสถานที่ทำงาน

3.5.4 ส่งเสริมให้พยาบาลมีการฝึกอบรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องในด้าน ความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยเกิด ความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจ ในการนำความรู้ ประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและ เหมาะสม

4.3 มีแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เนื้องอกสมอง

4.4 พยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน

4.5 ผู้รับบริการปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความประทับใจในการบริการงานผู้ป่วยห้องผ่าตัด

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลห้องผ่าตัด มีความรู้และทักษะ จากการทดสอบหลังการอบรม (Post test) ตามเกณฑ์ที่ กำหนด คิดเป็นร้อยละ 80

5.2 พยาบาลห้องผ่าตัด มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาความรู้แก่พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80

5.3 อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการภายในและภายนอก คิดเป็นร้อยละ 90

5.4 จำนวนข้อร้องเรียนผู้ให้บริการ เท่ากับ 0

5.5 จำนวนครั้งของการงดทำผ่าตัดเนื่องจากเครื่องมือไม่พร้อม เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) ผู้พง แทนที่

(นางสาวสุสิพร ดันติพัฒนานนท์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 26 / ก.ย. / 2565

ผู้ขอประเมิน