



ประกาศจังหวัดนันทบุรี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลบางใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์
และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่
โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดนันทบุรีได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวณัฐชนกกาญจน์ พิมพ์ทนต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการ
ประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมิน
บุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลบางใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวณัฐชนกกาญจน์ พิมพ์ทนต์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๑๑๐๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๑๑๐๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิด
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๘ - กรกฎาคม ๒๕๖๘
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
- ๓.๑. ความรู้เรื่องกระดูกต้นขาหักแบบปิด

Closed Fracture Femur หมายถึงกระดูกหักแบบปิด คือภาวะที่กระดูกเกิดการแตกหัก แต่ไม่มีการฉีกขาดของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่เหนือตำแหน่งที่หัก กระดูกที่หักจึงไม่ได้ทะลุออกมาจากร่างกาย การที่ไม่มีการเปิดทำให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (เช่น Osteomyelitis) ต่ำกว่ากระดูกหักแบบเปิด (Open fracture) อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม กระดูกหักแบบปิดก็ยังสามารถมีความเสียหายต่อเนื้อเยื่อรอบข้าง เช่น กล้ามเนื้อ เส้นเลือด หรือเส้นประสาทได้ และอาจมีเลือดออกภายในจำนวนมาก ทำให้เกิดอาการบวม ช้ำ และอาจนำไปสู่ภาวะ Compartment Syndrome ได้ในบางกรณี

Femur (กระดูกต้นขา) เป็นกระดูกที่ยาวที่สุด ใหญ่ที่สุด และแข็งแรงที่สุดในร่างกายมนุษย์ ทำหน้าที่หลักในการรับน้ำหนักตัวและการเคลื่อนไหวของขา กระดูก Femur มีส่วนประกอบหลัก ๓ ส่วน ได้แก่ Proximal Femur (ส่วนต้น) ประกอบด้วย Head (ส่วนหัวที่เชื่อมต่อกับข้อสะโพก), Neck (คอของกระดูก) และ Trochanters (ปุ่มกระดูกใหญ่และเล็ก ซึ่งเป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อต่างๆ) การหักของ Femur ส่วนนี้มักเรียกว่า "กระดูกสะโพกหัก" (Hip fracture) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน Femoral Shaft (ส่วนกลางลำกระดูก) เป็นส่วนที่ยาวและแข็งแรงที่สุด ของกระดูก Femur การหักบริเวณนี้มักเกิดจากแรงกระแทกที่รุนแรงมาก เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ Distal Femur (ส่วนปลาย) เป็นส่วนที่เชื่อมต่อกับข้อเข่า การหักบริเวณนี้อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของข้อเข่าได้

พยาธิสภาพของกระดูกต้นขาหักแบบปิด

๑. การทำลายของเนื้อเยื่อและโครงสร้างบริเวณที่หัก

๑.๑ กระดูกหัก เกิดการแตกหักของกระดูกต้นขา ซึ่งอาจเป็นแบบรอยร้าว (Hairline fracture), หักบางส่วน (Incomplete fracture), หักสมบูรณ์ (Complete fracture), หรือหักแบบละเอียด (Comminuted fracture) ขึ้นอยู่กับแรงที่กระทำ

๑.๒ การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อน แม้ผิวหนังจะไม่ฉีกขาด แต่เนื้อเยื่ออ่อนรอบๆ กระดูกที่หัก เช่น กล้ามเนื้อ, หลอดเลือด, เส้นประสาท, และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน จะได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงจากการกระแทกและการเคลื่อนที่ของปลายกระดูกที่หัก

๑.๓ การฉีกขาดของหลอดเลือด กระดูกต้นขาเป็นกระดูกที่แข็งแรงและมีขนาดใหญ่ มีเลือดมาเลี้ยงมาก เมื่อหักจะทำให้หลอดเลือดในบริเวณนั้นฉีกขาด เกิดการตกเลือดภายใน (Internal bleeding) อย่างมาก ซึ่งอาจสูญเสียเลือดได้ถึง ๕๐๐ - ๑,๕๐๐ มิลลิลิตร หรือมากกว่านั้น ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) ได้

๑.๔ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท ในบางกรณี อาจมีการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้เกิดอาการชาหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงในบริเวณที่เส้นประสาทนั้นควบคุม

๑.๕ การบาดเจ็บต่อเส้นเอ็น ข้อต่อ หากการหักเกิดขึ้นใกล้ข้อสะโพกหรือข้อเข่า อาจส่งผลกระทบต่อเส้นเอ็นและข้อต่อบริเวณนั้นได้

๒. การอักเสบและปฏิกิริยาของร่างกาย

๒.๑ การอักเสบ เมื่อเกิดการบาดเจ็บ ร่างกายจะตอบสนองด้วยกระบวนการอักเสบ (Inflammation) โดยมีการหลั่งสารเคมีต่างๆ มาที่บริเวณที่หัก ทำให้เกิดการปวด บวม แดง และร้อน

๒.๒ การเกิดลิ่มเลือด เลือดที่ออกจะจับตัวเป็นลิ่มเลือด (Hematoma) บริเวณรอบๆ กระดูกที่หัก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสมานกระดูกในระยะแรก

๒.๓ การเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายแม้จะเป็นกระดูกหักแบบปิดก็ตาม โดยเลือดที่ออกภายใน หรือการบวมของเนื้อเยื่อ ทำให้ความดันภายในช่องกล้ามเนื้อ (Fascial compartment) เพิ่มขึ้นจนไปกดเบียดหลอดเลือดและเส้นประสาท ทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนอาจทำให้เนื้อตายและเกิดความพิการถาวรได้ สังเกตจากอาการปวดมากผิดปกติเมื่อมีการยืดกล้ามเนื้อนั้นๆ ชา ชีต คลำชีพจรไม่ได้ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง

๓. กลไกการสมานกระดูก (Bone Healing Process)

หลังจากกระดูกหัก ร่างกายจะเข้าสู่กระบวนการสมานกระดูกตามธรรมชาติ ซึ่งแบ่งเป็นระยะต่างๆ ดังนี้

๓.๑ ระยะการอักเสบ (Inflammation phase) เกิดขึ้นทันทีหลังหัก มีการรวมตัวของลิ่มเลือด (Hematoma) และเซลล์อักเสบมาที่บริเวณที่หัก

๓.๒ ระยะการสร้างเนื้อเยื่อ (Reparative phase) มีการสร้างเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันขึ้นมาทดแทนลิ่มเลือด โดยค่อยๆ กลายเป็นเนื้อกระดูกอ่อนที่เรียกว่า "แคลลัสอ่อน (Soft callus)" และพัฒนาเป็น "แคลลัสแข็ง (Hard callus)"

๓.๓ ระยะการสร้างและปรับโครงสร้างกระดูกใหม่ (Remodeling phase) แคลลัสแข็งจะถูกสร้างให้เป็นกระดูกที่แข็งแรงขึ้น และมีการปรับแต่งโครงสร้างกระดูกให้กลับมาใกล้เคียงกับรูปร่างเดิมมากที่สุด ซึ่งอาจใช้เวลาหลายเดือนถึงเป็นปี

๔. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดและ Compartment Syndrome แล้ว ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ต้องระวัง

๔.๑ ภาวะลิ่มไขมันอุดตันในปอด (Fat Embolism Syndrome) ไขมันจากไขกระดูกที่หัก อาจเข้าสู่กระแสเลือด และไปอุดตันในหลอดเลือดปอด ทำให้เกิดปัญหาทางเดินหายใจและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

๔.๒ กระดูกไม่ติด (Nonunion) กระดูกไม่เชื่อมติดกันภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

๔.๓ กระดูกติดช้า (Delayed Union) กระดูกเชื่อมติดกันช้ากว่าปกติ

๔.๔ กระดูกผิดรูป (Malunion) กระดูกเชื่อมติดกันในแนวที่ผิดปกติ ทำให้เกิดความผิดรูปและการทำงานของอวัยวะผิดปกติ

๔.๕ การติดเชื้อ (Infection) แม้จะเป็นแบบปิด แต่ก็ยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการแพร่กระจายของเชื้อโรคในร่างกาย หรือจากการผ่าตัดแก้ไข

๔.๖ กล้ามเนื้อหดรั้ง (Contracture) หากไม่มีการเคลื่อนไหวหรือทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสม กล้ามเนื้อรอบๆ ข้อต่ออาจหดรั้งทำให้การเคลื่อนไหวของข้อจำกัด

๔.๗ ข้อติดแข็ง (Joint Stiffness) การไม่ขยับข้อต่อใกล้เคียง อาจทำให้ข้อติดแข็ง

อาการและอาการแสดง (Symptoms)

๑. อาการปวดอย่างรุนแรง บริเวณต้นขาหรือสะโพกข้างที่บาดเจ็บ โดยเฉพาะเมื่อพยายามขยับหรือลงน้ำหนักไม่สามารถลงน้ำหนักได้ผู้ป่วยจะไม่สามารถยืนหรือเดินลงน้ำหนักที่ขาข้างที่หักได้

๒. บวมและมีรอยช้ำ บริเวณต้นขาและสะโพก

๓. การผิดรูปของขา ขาอาจดูสั้นลง หรือบิดหมุนออกด้านนอก (external rotation) หรือผิดรูปไปจากเดิมอย่างชัดเจน

๔. เสียงกรอบแกรบ (Crepitus) อาจได้ยินเสียงกระดูกเสียดสีกันเมื่อมีการเคลื่อนไหว (ควรหลีกเลี่ยงการพยายามขยับเพื่อฟังเสียง)

การวินิจฉัยกระดูกต้นขาหักแบบปิด

การวินิจฉัยกระดูกต้นขาหักแบบปิด (Closed Femoral Fracture) มักอาศัยข้อมูลจากหลายส่วนประกอบกัน เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แม่นยำและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมโดยมีขั้นตอนหลักดังนี้

๑. การซักประวัติ (History Taking) กลไกการบาดเจ็บ (Mechanism of Injury) สอบถามถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น ล้ม, อุบัติเหตุทางรถยนต์, การตกจากที่สูง, หรือการได้รับแรงกระแทกโดยตรง

๒. การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

๒.๑ การสังเกต (Inspection)

- การผิดรูป ตรวจสอบว่าขามีการผิดรูป สั้นลง หรือบิดหมุนผิดปกติหรือไม่
- บวมและรอยช้ำ ตรวจสอบอาการบวม รอยช้ำ หรือแผลเปิด (กรณีเป็นกระดูกหักแบบเปิดซึ่งไม่ใช่ในที่นี่)

๒.๒ การคลำ (Palpation)

- กดเจ็บ คลำหาจุดที่กดเจ็บที่สุดบริเวณต้นขาและสะโพก
- เสียงกรอบแกรบ อาจคลำได้เสียงกรอบแกรบของกระดูกที่หัก

๒.๓ การตรวจการเคลื่อนไหว (Range of Motion)

- การเคลื่อนไหวที่จำกัดและเจ็บปวด ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดมากเมื่อพยายามขยับสะโพกหรือเข้าไม่สามารถหมุนหรือขยับสะโพกข้างที่บาดเจ็บได้

๒.๔ การตรวจระบบประสาทและหลอดเลือด (Neurovascular Examination)

- ตรวจชีพจร คลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงบริเวณขา (เช่น femoral pulse, popliteal pulse, dorsalis pedis pulse, posterior tibial pulse) เพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือด
- ตรวจการรับความรู้สึก ทดสอบความรู้สึกบริเวณขาและเท้า
- ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ ทดสอบความสามารถในการขยับนิ้วเท้าและข้อเท้า

๓. การตรวจทางภาพรังสี (Imaging Studies)

๓.๑ ภาพเอกซเรย์ (X-ray) เป็นวิธีการหลักในการวินิจฉัยกระดูกหัก โดยจะถ่ายภาพในหลายมุมมอง เช่น ท่าหน้า-หลัง (AP view) และท่าด้านข้าง (Lateral view) เพื่อให้เห็นลักษณะการหัก ตำแหน่ง และการเคลื่อนที่ของกระดูกที่หักสำหรับกระดูกต้นขามักจะมี การถ่ายภาพเอกซเรย์สะโพกมาตรฐาน ๒ ท่า ได้แก่ Hip AP view และ Hip Lateral cross table view ในบางกรณีที่กระดูกหักไม่ชัดเจนในภาพเอกซเรย์แรก แพทย์อาจพิจารณาให้ใส่เฝือกอ่อนตามไว้ก่อนและนัดมาเอกซเรย์ซ้ำใน ๑๐ - ๑๔ วันหรือพิจารณาการตรวจเพิ่มเติม

๓.๒ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ใช้ในกรณีที่ภาพเอกซเรย์ปกติ แต่ยังสงสัยว่ามีกระดูกหัก (โดยเฉพาะกระดูกหักชนิดที่ซับซ้อน หรือมีการแตกแบบ comminution) ช่วยในการประเมินรายละเอียดของกระดูกหักได้ดีกว่าเอกซเรย์ธรรมดา และวางแผนการผ่าตัด

๓.๓ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) มีประโยชน์อย่างมากในกรณีที่ภาพเอกซเรย์และ CT scan ไม่พบรอยหักชัดเจนแต่ผู้ป่วยยังมีการปวดอย่างรุนแรงและสงสัยว่าอาจมีกระดูกหักขนาดเล็ก (Occult fracture) หรือมีภาวะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่ออ่อน เส้นเอ็น หรือกระดูกอ่อน

การวางแผนการรักษา (Treatment Planning)

เป้าหมายหลักของการรักษาคือ จัดปลายกระดูกที่หักให้เข้าที่ ยึดตรึงให้มั่นคงเพื่อการหายของกระดูกที่ดี พื้นฟูการทำงานของขาให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การปฐมพยาบาลและดูแลเบื้องต้น (Initial Management)

๑. การตรึงกระดูกชั่วคราว (Immobilization/Splinting) ใช้เฟือกชั่วคราว (Traction splint เช่น Sager splint หรือ Hare traction splint) หรือการดึงถ่วงน้ำหนัก (Traction) เพื่อลดอาการปวด ป้องกันการเคลื่อนที่ของปลายกระดูกที่หักและลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อรอบข้าง รวมถึงช่วยลดการเสียเลือด

๒. ควบคุมอาการปวด (Pain Control) ให้ยาแก้ปวดที่เหมาะสม โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Opioid เช่น Morphine

๓. ประเมินและแก้ไขภาวะช็อก (Manage Shock) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว (IV fluid resuscitation) และพิจารณาให้เลือด (blood transfusion) หากมีการเสียเลือดมาก

๔. ให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หากสงสัยว่าอาจมีแผลเปิดเล็ก ๆ ที่มองไม่เห็น หรือมีการปนเปื้อนของบาดแผล (แต่โดยทั่วไปใน Close Fracture ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อเว้นแต่จะมีการผ่าตัด)

การรักษาจำเพาะ (Definitive Treatment) ส่วนใหญ่แล้ว กระดูก Femur หักมักจะต้องได้รับการผ่าตัด

๑. การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (Open Reduction Internal Fixation - ORIF) การใส่เหล็กตามกระดูกภายใน (Intramedullary Nailing - IM Nail) เป็นวิธีที่นิยมที่สุดในการรักษา Femur shaft fracture โดยการใส่เหล็กรูปแท่งเข้าไปในโพรงกระดูกตรงกลางกระดูก Femur และยึดด้วยสกรูจากด้านบนและด้านล่างเพื่อตรึงกระดูกที่หักให้มั่นคง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขยับขาและลงน้ำหนักได้เร็วขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

๒. การใส่แผ่นเหล็กและสกรู (Plate and Screws) ใช้ในบางกรณี เช่น การหักที่ปลายกระดูก Femur ใกล้ข้อเข่า หรือกรณีที่ไม่สามารถใส่ IM nail ได้

การรักษาแบบไม่ผ่าตัด (Non-operative Treatment)

๑. การดึงถ่วงน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง (Skeletal traction) เคยเป็นวิธีมาตรฐานในอดีต แต่ปัจจุบันมักใช้เป็นวิธีการชั่วคราวก่อนการผ่าตัด หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถผ่าตัดได้ มักทำโดยการใส่หมุดเข้าไปในกระดูกหน้าแข้ง แล้วดึงถ่วงน้ำหนักเพื่อจัดแนวและตรึงกระดูก

๒. การใส่เฟือก (Cast immobilization) ไม่ค่อยใช้กับ Femur fracture ในผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นกระดูกชิ้นใหญ่ที่ต้องได้รับการตรึงที่มั่นคงมาก และเฟือกจะไม่สามารถตรึงได้อย่างเหมาะสม

๓.๒ การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบปิด แบ่งเป็นระยะดังนี้

ระยะแรกเริ่ม/ฉุกเฉิน (Emergency/Acute Phase) เป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการจัดการกับอาการบาดเจ็บเฉียบพลันและป้องกันภาวะคุกคามชีวิต

๑. การประเมินสภาพทั่วไปและการช่วยชีวิตเบื้องต้น (Primary Survey & Resuscitation)

๑.๑ ทางเดินหายใจ (Airway) ประเมินและดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง

๑.๒ การหายใจ (Breathing) ประเมินและดูแลการหายใจ ให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

๑.๓ ระบบไหลเวียนโลหิต (Circulation) เฝ้าระวังและจัดการภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic Shock) อย่างใกล้ชิด (กระดุกดันขาหักเสียเลือดมากถึง ๑ - ๑.๕ ลิตร) ประเมินสัญญาณชีพ (BP, HR, RR) ทุก ๕ - ๑๕ นาที รับประทานเลือดดำขนาดใหญ่ (large-bore IV access) ๒ ตำแหน่ง ให้สารน้ำและเตรียมให้เลือดตามแผนการรักษา

๑.๔ ความรู้สึกตัว/ระบบประสาท (Disability) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) และการทำงานของเส้นประสาทบริเวณที่บาดเจ็บ (Neurovascular status) โดยเฉพาะ ๗Ps (Pain อาการปวด, Pallor อาการซีด, Paresthesia อาการชา, Paralysis อาการอ่อนแรง, Pulselessness ชีพจรเบา คลำชีพจรไม่ได้, Poikilothermia ผิวหนังเย็น Pressure ความตึง แน่น บวมแข็ง) เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Compartment Syndrome

๑.๕ การเปิดเผยร่างกาย (Exposure) เปิดเผยร่างกายเพื่อตรวจหาบาดแผลและอาการบาดเจ็บอื่นๆ ที่อาจซ่อนอยู่ พร้อมกับป้องกันภาวะตัวเย็น (Hypothermia)

๒. การจัดการความปวด (Pain Management)

๒.๑ ประเมินความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือประเมิน (เช่น VAS score, NRS) อย่างสม่ำเสมอ

๒.๒ ให้อาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ (โดยเฉพาะ Opioids) และประเมินประสิทธิภาพของยา

๒.๓ จัดทำให้อุจจรรย ตรีงกระดูกด้วยเือกชั่วคราว (Traction splint) ให้เหมาะสม เพื่อลดการเคลื่อนไหวกของปลายกระดูกที่หัก ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดได้อย่างมาก

๓. การตรึงกระดูกชั่วคราว (Temporary Immobilization)

๓.๑ ใช้ Traction splint (เช่น Sager splint หรือ Hare traction splint) หรือการดึงถ่วงน้ำหนัก (Skeletal traction) ตามคำสั่งแพทย์ เพื่อจัดแนว ลดการเคลื่อนที่ของกระดูกที่หัก และลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อโดยรอบ

๓.๒ ดูแลอุปกรณ์ตรึงกระดูกให้ถูกต้อง ไม่หลุดหลวม ไม่กดทับผิวหนังหรือเส้นประสาท/หลอดเลือด

๔. การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

๔.๑ ภาวะช็อก เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขตามแนวทางข้างต้น

๔.๒ Compartment Syndrome ประเมิน ๗Ps อย่างน้อยทุก ๑ - ๒ ชั่วโมงในช่วง ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมงแรก หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดมากผิดปกติเมื่อยืดกล้ามเนื้อนั้นๆ ชา ซีด คลำชีพจรไม่ได้ในส่วนปลาย ให้รีบรายงานแพทย์ทันที

๔.๓ Fat Embolism Syndrome (FES) เฝ้าระวังอาการทางระบบหายใจ (หายใจลำบาก, หายใจเร็ว, ออกซิเจนต่ำ) และระบบประสาท (สับสน, ซึม) รวมถึงผื่น petechiae โดยเฉพาะใน ๒๔ - ๗๒ ชั่วโมงแรกหลังบาดเจ็บ

ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative Phase) เตรียมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด

๑. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดมยาสลบแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความวิตกกังวล

๒. เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย งดน้ำและอาหารตามแผน เตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด ตรวจสอบผลเลือดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

๓. ให้อาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด (Prophylactic antibiotics)

๔. การดูแลการดึงถ่วงน้ำหนัก (Skeletal traction)

- ดูแลน้ำหนักที่ใช้ดึงถ่วงให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ไม่ให้ถูกกีดขวางหรือหลุด
- ตรวจสอบแนวการดึงให้ถูกต้อง

- ดูแลแผลบริเวณที่ใส่หมุด (Pin site care) ให้สะอาด ปราศจากเชื้อ และสังเกตอาการติดเชื้อ
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสมบนเตียง

ระยะหลังผ่าตัด (Post-operative Phase)

๑. การประเมินและดูแลสัญญาณชีพ เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ตามความถี่ที่เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วย เช่น ทุก ๑๕ นาที ในช่วงแรก, ทุก ๓๐ นาที ในช่วงต่อมา และทุก ๑ ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่

๒. การจัดการความปวด ประเมินความปวดและให้ยาแก้ปวดอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการให้ยาแก้ปวดทาง Epidural หรือ PCA (Patient-Controlled Analgesia) ตามแผนการรักษาและประเมินประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด

๓. การดูแลแผลผ่าตัด

- ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด อาการบวม แดง ร้อน และปริมาณสารคัดหลั่งที่ออกจากแผล
- ทำความสะอาดแผลและทำแผลแบบปลอดเชื้อตามแนวปฏิบัติ
- ดูแลท่อระบายเลือด (Drain) ให้ทำงานปกติ และบันทึกปริมาณสารคัดหลั่ง
- การดูแลระบบประสาทและหลอดเลือด (Neurovascular Assessment)
- ประเมิน ๗Ps ของขาที่ผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Compartment Syndrome

และปัญหาจากการผ่าตัด

๕. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

๕.๑ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก / ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

- ส่งเสริมการเคลื่อนไหวข้อเท้าและนิ้วเท้าทันทีที่ทำได้ (Ankle pump exercise)
- ใช้เครื่องนวดเท้า/ขา (Sequential Compression Device - SCD)
- ให้ยาป้องกันลิ่มเลือด (Anticoagulants) เช่น Heparin หรือ LMWH ตามแผนการรักษา
- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยและกระตุ้นให้เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ

๕.๒ การติดเชื้อ ดูแลแผลผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา (ถ้ามี)

๕.๓ แผลกดทับ พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย จัดท่านอนที่เหมาะสม ดูแลผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงต่อการกดทับ

๕.๔ ภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว ส่งเสริมการเคลื่อนไหวข้อเท้าที่ทำได้ เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง

๖. การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)

๖.๑ กายภาพบำบัด ประสานงานกับนักกายภาพบำบัด เพื่อเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายฟื้นฟูที่เหมาะสม เช่น การบริหารกล้ามเนื้อ (Isometric exercises), การเคลื่อนไหวข้อต่อ (Range of motion exercises)

๖.๒ สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการลงน้ำหนักที่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ (Non-weight bearing, partial weight bearing, full weight bearing)

๖.๓ สอนการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker, crutches) อย่างปลอดภัย

ระยะฟื้นฟูและจำหน่าย (Rehabilitation and Discharge Phase)

๑. การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ

- การดูแลแผล วิธีทำความสะอาดแผล, อาการที่ต้องมาพบแพทย์ (แดง ร้อน บวม มีหนอง)
- การทำกายภาพบำบัด ท่าออกกำลังกายที่ถูกต้อง ความสำคัญของการทำกายภาพบำบัด

อย่างสม่ำเสมอ

- การลงน้ำหนัก คำแนะนำเรื่องการลงน้ำหนักที่ขาข้างที่บาดเจ็บ

- การใช้ยา ชนิดของยา ขนาด วิธีใช้ ผลข้างเคียง ความสำคัญของการกินยาต่อเนื่อง
- การสังเกตอาการผิดปกติ : เช่น อาการปวดรุนแรงขึ้น บวมมากขึ้น ชา อ่อนแรง มีไข้
- การนัดหมายติดตามผล วันเวลาที่ต้องมาพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามผลเอกซเรย์

๒. การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน แนะนำให้ปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัยและเหมาะสม กับการฟื้นตัว เช่น การกำจัดสิ่งกีดขวาง การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ

๓. การให้กำลังใจและการสนับสนุนทางจิตใจ ผู้ป่วยอาจรู้สึกท้อแท้ วิตกกังวล หรือซึมเศร้าจากการบาดเจ็บ และการพักฟื้นที่ยาวนาน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการดูแลตนเอง

๓.๓ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. สามารถวางแผนหรือร่วมดำเนินการวางแผนและแก้ไขหรือร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน
๒. ประเมินสภาพปัญหาและค้นหาความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
๓. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม ในการให้การพยาบาลทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
๔. การบันทึกแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล มีทักษะในการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ การเปลี่ยนแปลง สามารถจำแนกผู้ป่วยและตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ที่จะช่วยชีวิตได้อย่างถูกต้อง ติดต่อส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่อื่นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะที่คุกคามได้อย่างทันท่วงทีและการดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤตในหอผู้ป่วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๑๗ ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว รูปร่างสมบูรณ์ ผิวขาว ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางใหญ่ เมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘ นำส่งโดย ศูนย์เฝ้าระวังสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ให้ประวัติว่า ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลซ้อนจักรยานยนต์ เสียชนรถยนต์ สวมหมวกกันน็อค ไม่สลับจำเหตุการณ์ได้ ขาซ้ายท่อนบนผิดรูป เคลื่อนไหวไม่ได้ เหตุการณ์เกิดขึ้นในพื้นที่ตากสิน แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เวลา ๒๒.๒๑ น. ผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง ขาซ้ายท่อนบนมีอาการบวมมากและผิดรูปเคลื่อนไหวไม่ได้ ประเมินระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ ๖ คะแนน ประเมินอาการทางระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) ได้ E๔V๕M๖ ขนาดรูม่านตา ๓ มิลลิเมตรปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๔ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๗/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๘% สอบถามประวัติเพิ่มเติมเคยฉีดยาฉีดป้องกันบาดทะยักครบมาแล้ว เมื่ออายุ ๑๒ ปี แพทย์เวรตรวจประเมินอาการร่วมกับปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ กระดูกและข้อ ตรวจการถ่ายภาพกะโหลกศีรษะ (Film Skull AP/Lat) ไม่พบการแตกหักของกะโหลกศีรษะ ส่งตรวจภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray : CXR) ไม่พบความผิดปกติ และภาพถ่ายรังสีกระดูกต้นขาซ้าย พบว่า มีกระดูกต้นขาซ้ายหักบริเวณส่วนกลางลำกระดูก มีอาการบวมบริเวณต้นขาซ้าย วัด แพทย์ให้ใส่เฝือกชั่วคราว ชนิดยาวที่ใช้ตามขาจากต้นขาถึงข้อเท้า ให้การรักษาเบื้องต้นโดยการให้แก้ปวด Tramol ๕๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำไม่พบอาการข้างเคียงของยา และยารักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน Plasil ๑๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำไม่พบอาการข้างเคียงของยา ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count (CBC), Blood urea nitrogen (Bun), Creatinine (Cr) Electrolyte และ Anti-HIV แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักบริเวณส่วนกลางลำกระดูก (Close fracture Left mid shaft of femur) พิจารณาให้รับการรักษาเป็นผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยชั้น ๓ เวลา ๒๓.๐๐ น. เพื่อเข้ารับการรักษาผ่าตัดกระดูก

แรกรับที่หอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินอาการทางระบบประสาท ด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) ได้ E๔V๕M๖ ขนาดรูม่านตา ๓ มิลลิเมตรปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง มีอาการปวดบวมบริเวณต้นขาซ้ายและผิดรูปเคลื่อนไหวไม่ได้ ตรวจวัดเส้นรอบวงต้นขาซ้ายพบว่ามีความเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับขาขวา โดยที่ตำแหน่ง ๑๐ เซนติเมตรเหนือสะบ้า วัดได้ ๔๘ เซนติเมตร (ขาขวา ๔๕ เซนติเมตร) และที่กึ่งกลางต้นขา วัดได้ ๕๔ เซนติเมตร (ขาขวา ๕๐ เซนติเมตร) สังเกตว่าขาซ้ายมีลักษณะบวมตึงชัดเจน ใส่เฝือกชั่วคราวชนิดยาวที่ใช้ตามขาจากต้นขาถึงข้อเท้าซ้าย ประเมินระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ ๓ คะแนน Capillary refill น้อยกว่า ๒ วินาที ไม่มีอาการชาหรือซีสต์คล้ำปลายนิ้วเท้าซ้าย สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ ๓๗.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๑๐ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๕/๗๑ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๗% ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Acetar ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรในอัตรา ๘๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง งดน้ำและงดอาหารทุกชนิด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ผลตรวจทางโลหิตวิทยา Hematocrit ๓๖ เปอร์เซ็นต์ White Blood Cell (WBC) ๒๓,๗๗๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร(สูงกว่าเกณฑ์ปกติ) Neutrophil ๗๒ เปอร์เซ็นต์(สูงกว่าเกณฑ์ปกติ) Lymphocyte ๘ เปอร์เซ็นต์(ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ) พบว่ามีภาวะที่เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นเนื่องจากการบาดเจ็บร่วมกับอาการมีไข้ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณกระดูกที่หักหรืออาจเกิดการสูญเสียเลือด เลือดออกบวมคั่งภายใน ให้การพยาบาลโดยเช็ดตัวลดไข้และติดตามสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง

๑ วันหลังรับการรักษาในหอผู้ป่วยใน แพทย์เจ้าของไข้ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมบริเวณต้นขาซ้ายและผิดรูปเคลื่อนไหวไม่ได้ ใส่เฝือกชั่วคราวชนิดยาวที่ใช้ตามขาจากต้นขาถึงข้อเท้าซ้าย ประเมินระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ ๕ คะแนน Capillary refill น้อยกว่า ๒ วินาที ไม่มีอาการชาหรือซีสต์คล้ำปลายนิ้วเท้า

แพทย์ประเมินอาการเบื้องต้น ได้วางแผนการรักษาโดยส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดใส่การดึงถ่วงน้ำหนักผ่านกระดูก (Skeletal traction) เพื่อให้กระดูกอยู่ในแนวตรง ลดการเคลื่อนไหวของชิ้นกระดูก และป้องกันการหลุดของกระดูก ต้นขาผู้ป่วย พยาบาลมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin ๒ กรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในบริเวณที่ผ่าตัด และส่งต่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เพื่อเข้ารับการผ่าตัดการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านกระดูก (Skeletal traction) ระวังความรู้สึกด้วยยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) ปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัด ๑ มิลลิลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด หลังจากได้รับการผ่าตัดกลับมาพักฟื้นที่หอผู้ป่วย ใน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ ๓๘.๔ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๒๑ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๑/๗๓ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๘% มีแผลผ่าตัดบริเวณ ขาซ้ายแผลไม่มีเลือดซึม ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin ๒ กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก ๘ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผล ไม่พบอาการข้างเคียงของยา ไม่มีผื่นคัน on Skeletal traction ๑๐ กิโลกรัมจัดอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง Capillary refill น้อยกว่า ๒ วินาที ประเมินระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ ๕ คะแนน ได้รับยาระงับปวดลดไข้ Paracetamol ๕๐๐ มิลลิกรัม ๒ เม็ด ให้การพยาบาลโดยเช็ดตัวลดไข้เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย และต่อมามีอาการปวดมากขึ้น ภายหลังการอาบน้ำบนเตียง ประเมินระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ ๘ คะแนน และให้ยาระงับปวด Tramol ๕๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ไม่พบอาการข้างเคียงของยา

๓ วัน หลังรับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจัดกระดูกแบบปิดและยึดตรึงภายใน ด้วยการใส่แกนโลหะในโพรงกระดูกที่ขาซ้าย (Open Reduction Internal Fixation with Intramedullary Nail) โดยให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin ๑ กรัม ทางหลอดเลือดดำก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผล ไม่พบอาการข้างเคียงของยา ไม่มีผื่นคัน ระวังความรู้สึกโดยวิธีการ ระวังความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal Block) ปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัด ๕๐ มิลลิลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ ๓๘.๑ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๐๓ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๑/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙% มีแผลผ่าตัดบริเวณขาซ้ายแผลไม่มีเลือดซึม ใส่สายระบายเลือด ๑ เส้น มีเลือดออกปริมาณ ๑๐ มิลลิลิตร ประเมินระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ ๖ คะแนน ได้รับยาระงับปวดลดไข้ Brufen ๔๐๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ด เพื่อบรรเทาอาการปวดและไม่สุขสบาย ไม่พบอาการข้างเคียงของยา ไม่มีผื่นคัน หลังได้รับยาระงับปวด ประเมินระดับความปวดเท่ากับ ๒ คะแนน ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin ๒ กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก ๘ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผล ไม่พบอาการข้างเคียงของยา ไม่มีผื่นคัน

๕ วัน หลังรับการรักษาในหอผู้ป่วยใน แพทย์เปิดทำแผลผ่าตัด และนำสายระบายเลือดออกจากผู้ป่วย ปริมาณเลือดที่ออกรวม ๗๕ มิลลิลิตร แผลไม่มีเลือดซึม ไม่มีหนอง ไม่บวมแดง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๘.๒ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๓๒ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๔/๖๖ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๘% ร่วมกับมีน้ำมูก ไม่มีอาการไอ เจ็บคอ การตรวจหาเชื้อไข้หวัดใหญ่ การตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-๒ และไวรัส RSV ผล negative ผลตรวจทางโลหิตวิทยา WBC = ๑๑,๔๗๐ Hct = ๒๖ เปอร์เซนต์ Lactate = ๒.๐ มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้แผนการรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร อัตรา ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรใน ๑ ชั่วโมง และปรับลดอัตราการไหลของสารน้ำ ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ๖๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ร่วมกับมีภาวะชืดให้เลือดจำนวน ๑ ถุง ไม่พบอาการผิดปกติหลังให้เลือด วันต่อมาติดตามผลการตรวจเคมีคลินิกในเลือดและค่าความเข้มข้นของเลือด อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเริ่มฝึกนั่งบนเตียงร่วมกับทีมกายภาพบำบัด สามารถนั่งได้โดยมีพยาบาลช่วยพยุง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะทำกิจกรรม

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม ๑๑ วัน รู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดบริเวณขาซ้าย แห้งดี ไม่บวมแดง ไม่มีหนอง หรือเลือดซึมจากแผล ใส่เฝือกชั่วคราวแบบไม่รอบวงที่ใช้ตามบริเวณข้อเข่า ประเมินระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ ๓ คะแนน ไม่มีอาการชาหรือซีดบริเวณปลายเท้า ประเมิน Capillary refill น้อยกว่า ๒ วินาที แพทย์ได้ร่วมปรึกษาศรีวิชัยเพื่อทำกายภาพกระตุ้นการลุกเดิน ผู้ป่วยสามารถลุกเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๓ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๐๐ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๕/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๙% แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

๑. กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบปิด

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยที่มารักษาตัวด้วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดการจัดกระดูกแบบปิดและยึดตรึงภายในด้วยการใส่แกนโลหะในโพรงกระดูก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ ถุงพองน้ำหรือแผลกดทับจากการใส่เฝือก และกระดูกหักซ้ำ

๒. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสภาวะของโรค รับทราบข้อมูลการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

๓. เพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดการจัดกระดูกแบบปิดและยึดตรึงภายในด้วยการใส่แกนโลหะในโพรงกระดูก

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตลอดเวลา ช่วยเสริมความเข้าใจ ลดความกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

๒. เป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวความคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบปิดซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์และการรักษา

๓. เป็นแนวทางประกอบการติดตามนิเทศบุคลากรทางการพยาบาล

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยอายุ ๑๗ ปี ขาดความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จำเป็นต้องมีผู้ปกครองในการดูแล

๒. ผู้ป่วยได้รับการรักษา ที่ต้องดูแลหลายระบบ ทั้งจากทีมศัลยกรรมกระดูกและอายุรกรรม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยวัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่ยังอยู่ในกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางร่างกายและจิตใจทั้งยังมีความวิตกกังวลและความกลัว จึงไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายหลังการผ่าตัด การลุกเดิน การรับประทานยา หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในระหว่างนอนโรงพยาบาล จำเป็นต้องกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย จัดยาให้ผู้ป่วย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาล รวมถึงการ

เตรียมความพร้อมเมื่อกลับบ้าน ต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ให้ได้รับข้อมูลและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

๒. มีปัญหาค่าใช้จ่าย เนื่องจากในการผ่าตัดแท่งโลหะที่ใส่เข้าไปในโพรงกระดูกของกระดูกยาว (Intramedullary nail) ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบางใหญ่ต้องประสานกับตัวแทนบริษัทเพื่อนำเครื่องมือมาใช้ในการผ่าตัดโดยผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายส่วนเกิน เพิ่มจากสิทธิการรักษาเดิมที่ผู้ป่วยพึงมี

๓. หอผู้ป่วยมีอุปกรณ์การดึงถ่วงน้ำหนัก (Skeletal traction) ที่ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการจัดทำแผนการซื้ออุปกรณ์เพิ่มเติม

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการจัดประชุมวิชาการ อบรมแลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่างหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางในการรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

๒. เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากหากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง มีโอกาสติดเชื้อหรือกระดูกขาหักซ้ำได้ และต้องกลับมา รักษาซ้ำจึงควรมีการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องโดยมีการติดตามอาการผู้ป่วยตามนัดหลังผ่าตัด ๓๐ วัน และติดตาม โทรเยี่ยมหลังผ่าตัด ๙๐ วัน จนถึง ๑ ปี ตามระยะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่เหล็กตามกระดูก

๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สอบถามหรือขอคำแนะนำเพิ่มเติมผ่าน Line Official ของหอผู้ป่วยใน ชั้น ๓ โรงพยาบาลบางใหญ่

๔. มีแนวทางที่ชัดเจนในการจัดเก็บค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากผู้รับบริการ

๕. จัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการใช้งานในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวณัฐชนกกาญจน์ พิมพ์พนต์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวณัฐชนกกาญจน์ พิมพ์พนต์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๖ / กันยายน / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวณัฐชนกกาญจน์ พิมพ์พนธ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) 

(นางวิชญา เวชยันต์ศฤงคาร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) 28 / ๓๑ / ๖8

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การจัดทำ QR code ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขาซ้ายหักแบบปิด
๒. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ๒๕๖๗ พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ ๑.๓ ล้านคนต่อปี และมีผู้บาดเจ็บอีกกว่า ๕๐ ล้านคน สำหรับประเทศไทยอุบัติเหตุจราจรยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในกลุ่มวัยทำงานซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้นจากสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แสดงข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในปี ๒๕๖๗ อยู่ที่ ๑๖,๖๙๙ ราย อัตราการเกิดอุบัติเหตุ ๑,๓๑๙.๗๘ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๑๙๔ ราย อัตราการเสียชีวิต ๒๖.๖๓ ต่อประชากรแสนคน การบาดเจ็บหลายระบบ (multiple trauma) เป็นการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไป ซึ่งเป็นการคุกคามชีวิตผู้ป่วยเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบทางเดินหายใจและ ระบบไหลเวียนโลหิต สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตคือทางเดินหายใจอุดตัน การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และมีการเสียเลือดอย่างรุนแรง (วิญาดา รามัน, ๒๕๖๗) การบาดเจ็บที่พบบ่อยคือการบาดเจ็บหลายระบบร่วมกับ กระดูกหัก โดยเฉพาะกระดูกต้นขาหัก (fracture femur) และมีความสำคัญสำหรับประเทศไทย กระดูกต้นขาหักแบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ กระดูกหักแบบปิด (closed fracture) และกระดูกหักแบบเปิด (open fracture) กระดูกหักแบบปิดเป็นการหักที่ไม่มียาบาดแผลทะลุผิวหนัง แต่อาจมีการเสียเลือดในเนื้อเยื่อรอบๆ จุดที่หักได้มาก ส่วนกระดูกหักแบบเปิดมีบาดแผลทะลุผิวหนัง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง เนื่องจากเชื้อโรคสามารถเข้าสู่บาดแผลได้โดยตรง กระดูกต้นขาเป็นกระดูกที่แข็งแรงและยาวที่สุดของร่างกายมีเลือดมาเลี้ยงมาก ร่วมกับมีกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ห่อหุ้มการหักมักเกิดจากการกระแทกอย่างแรงจึงทำให้เนื้อเยื่อข้างเคียงได้รับบาดเจ็บมาก รวมถึงอาจทำให้สูญเสียเลือดมากถึงข้างละ ๑,๕๐๐ มิลลิลิตร จนทำให้เกิดภาวะช็อกได้ (กาญจนา ทองศิริ, ๒๕๖๗) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของกระดูกต้นขาหัก ได้แก่ การบาดเจ็บต่อหลอดเลือด การบาดเจ็บต่อ เส้นประสาท การบาดเจ็บต่อเส้นเอ็นโดยเฉพาะเอ็นไขว้หน้า การติดเชื้อ และการเกิดภาวะลิ่มไขมันอุดตัน (ณรัญญา รสานนท์, ๒๕๖๗)

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยผ่าตัดของหอผู้ป่วยในชั้น ๓ โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ย้อนหลัง ๓ ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ พบว่ามีการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขาซ้ายหักแบบปิด ๓๖, ๑๑๔, และ ๑๓๒ ตามลำดับ ดังนั้น การศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและป้องกันการผ่าตัดซ้ำ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขาซ้ายหักแบบปิดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติแบบเดิมพบปัญหาการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยและญาติมองไม่เห็นภาพและเกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้จัดทำ QR code เผยแพร่ทั้งทาง Line Official และ QR code ของหอผู้ป่วยในชั้น ๓ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เฝือกหลังผ่าตัดรวมทั้งการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลและความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนาน สามารถทำตามขั้นตอนคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม และสามารถทบทวนซ้ำได้ พร้อมสอบถามข้อสงสัยได้โดยผ่าน Line Official

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กระดุกต้นขาหัก เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และมีแนวโน้มสถิติ สูงขึ้น แบ่งออกเป็น ๒ ชนิด คือ ๑) กระดุกหักชนิดธรรมดาหรือชนิดปิด ๒) กระดุกหักชนิดมีบาดแผลหรือชนิดเปิด การรักษาส่วนใหญ่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกเพื่อให้กระดูกติดและผ่านกระบวนการฟื้นฟูในระยะยาว ปัญหาหลักหลังการรักษา คือ การลดลงของสมรรถภาพร่างกาย ความสามารถในการเคลื่อนไหว และการพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและการกลับไปใช้ชีวิตปกติ สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) โดยประกอบด้วย ๓ ทฤษฎี หลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองได้อธิบายความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแล ตนเองทั้งหมด ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองได้กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความ ต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้จะอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือ การพยาบาล และทฤษฎีระบบการพยาบาลได้อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคลและช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งผู้ป่วยมักประสบภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในด้านการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก การพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือและส่งเสริมศักยภาพของ ผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยยึดตามแนวคิดทฤษฎีภาวะพร้อมการดูแลตนเองของโอเร็ม (Self-Care Deficit Theory of Nursing) จากอุบัติการณ์พบว่า การอธิบายและสอนแบบเดิม ไม่ชัดเจน ต้องมีการ อธิบายซ้ำหลายครั้ง สื่อไม่กระตุ้นความน่าสนใจ จึงมีแนวคิดในการจัดทำสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบ QR code ที่สามารถ เข้าถึงได้ทั้งในขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังกลับบ้าน เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านการดูแล แผลผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้าง การดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการกลับคืนสู่ชีวิตปกติของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. หอผู้ป่วยได้มี QR code เป็นสื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขา ข่ายหักแบบปิด
๒. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ไม่พบอุบัติการณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด หรือการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

(ลงชื่อ)

(นางสาวณัฐชนกกาญจน์ พิมพ์พันธ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๒๖ / กันยายน / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

๔. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวณัฐชนกกาญจน์ พิมพ์พนธ์

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	18
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	28
๓. ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	28
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	8
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทศนคติ เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	8
รวม	๑๐๐	90

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (/) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่)/..... 15 ต.ก. ๖8

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(/) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) 

(นางวิชญา เวชยันต์ศฤงคาร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) 28 / ๓๐.๑ / ๖8

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
หนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายปรพนธ์ จุลเจิม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(ตำแหน่ง) ...ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ... ๓ พ.ย. ๒๕๖๘