



ประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

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

จังหวัดนนทบุรีได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๖ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นายพัลลภ โมรานิธิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช
๒.	นางสาวปิยะนุช ลือศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล
๓.	นายปนพงษ์ ไม้แพง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลพิมลราช กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช
๔.	นางสาวรุ่งทิพา เสงสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๕. นางสาวศรีสกุล ...

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๕.	นางสาวศรีสกุล สิงห์โต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๖.	นางสาวอรจิต บุตรจีน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ มิ.ย. ๒๕๖๘

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)
ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายพัลลภ โมรานิธิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช	๑๐๘๘๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช	๑๐๘๘๔	เลื่อนระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตก (Ruptured appendicitis)” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						๑๐๐%
						

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตก (Ruptured appendicitis)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๓ มกราคม ๒๕๖๘ – ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรคไส้ติ่งอักเสบ

ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) คือการที่เนื้อเยื่อไส้ติ่งมีการอักเสบจากสาเหตุใดๆ ก็ตามแล้ว ทำให้มีการติดเชื้อและเกิดการบวมเกิดขึ้น การอักเสบติดเชื้อที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้มีการอักเสบติดเชื้อรุนแรงขึ้นก็จะทำให้เกิดฝีหนองหรือมีการแตกทะลุของไส้ติ่งที่อักเสบ ทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลันหรือเยื่อช่องท้องอักเสบที่มีอาการปวดท้องรุนแรงที่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน อาการสำคัญคือ ปวดท้อง อาเจียนและมีไข้ การตรวจร่างกาย เป็นส่วนสำคัญที่สุดใน การวินิจฉัย อาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเป็นไส้ติ่งอักเสบได้แก่ การกดเจ็บเฉพาะบริเวณที่ไส้ติ่งอยู่ (Localize tenderness) การเจ็บสะท้อน (Rebound tenderness) ที่บริเวณท้องน้อยด้านขวาล่าง (Mc Burney's point)

๓.๒ ความรู้เรื่องไส้ติ่งอักเสบแตก

ผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ หากไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดภายใน ๒๔-๓๖ ชั่วโมง หลังมีการอักเสบ มักจะไม่เกินระยะเวลา ๓ วัน ไส้ติ่งจะขาดเลือดกลายเป็นเนื้อเน่าและตาย จนเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก (Ruptured appendicitis) หนองและเชื้อโรคที่แพร่กระจายจากไส้ติ่งที่แตก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือโรคเยื่อช่องท้องอักเสบ, ฝีในช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มักพบได้บ่อยในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวและผู้ป่วยเบาหวานเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นไส้ติ่งอักเสบจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ ๑๕ ถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน ๒๔-๓๖ ชั่วโมง โอกาสเสียชีวิตก็นับว่ามีน้อยมากและมักไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคไส้ติ่งอักเสบและไส้ติ่งอักเสบแตก

ไส้ติ่ง (Vermiform appendix) เป็นส่วนขยายของลำไส้ที่ยื่นออกมาจากกระพุ้งไส้ใหญ่ (Cecum) อยู่ตรงบริเวณท้องน้อยข้างขวา โดยมีลักษณะเป็นถุงแคบและยาว รูปร่างเรียวยาวคล้าย หนอน มีขนาดกว้างเพียง ๕-๘ มิลลิเมตร และในผู้ใหญ่มีความยาวหรือก้นถุงเล็กโดยเฉลี่ย ๘-๑๐ เซนติเมตร ภายในมีรูติดต่อกับลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ไส้ติ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ที่ฝ่อตัวลง และไม่ได้ทำหน้าที่ในการย่อยและดูดซึมอาหาร เนื่องจากเป็นท่อขนาดเล็กปลายตัน

การเกิดไส้ติ่งอักเสบเริ่มมาจากการอุดตันในช่อง (Lumen) ภายในไส้ติ่ง ทำให้เกิดการอักเสบและลุกลามไปตลอดทุกชั้น ของผนังไส้ติ่ง ทำให้เนื้อเยื่อผนังตายและไส้ติ่งทะลุ อาจเป็นผลให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้องเฉียบพลันจนถึงทั่วไป ไส้ติ่งอักเสบแตกระยะแรกผู้ป่วยจะมีไข้สูง ปวดท้องรุนแรง ตรวจพบอาการเกร็ง (guarding) และแข็ง (Rigidity) บริเวณท้องน้อยด้านขวาล่าง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๔ ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบ/ไส้ติ่งอักเสบแตก

การรักษาไส้ติ่งอักเสบที่สำคัญคือการผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy) ถือเป็นการรักษาตามมาตรฐาน ซึ่งการผ่าตัดไส้ติ่งที่ยังไม่แตกสามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดทางหน้าท้องและด้วยวิธีการส่องกล้องผ่าตัด กรณีอาการไม่ชัดเจนจะต้องเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด งดน้ำและอาหารและไม่ให้ยาปฏิชีวนะ ถ้าอาการชัดเจนว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบจะทำผ่าตัดทันที กรณีสงสัยว่าไส้ติ่งอักเสบแตกทะเล จะให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัด ถ้าไส้ติ่งอักเสบแตกและมีอาการเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ร่วมด้วยจะให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดต้องดูแลแผลผ่าตัดต่อเนื่องจนกว่าอาการจะปกติ ในรายที่ไส้ติ่งอักเสบจนกลายเป็นก้อนฝีรอบๆ ไส้ติ่ง จะให้ยาปฏิชีวนะไปก่อน เพราะก้อนฝีอาจยังเละ ยุ่ย ไม่รวมตัวกันดี การผ่าตัดเข้าไปอาจทำให้ก้อนฝีฉีกขาดกระจายได้ ถ้าผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษา ก้อนฝีเล็กลง แพทย์จะให้การรักษาต่อโดยวิธีประคับประคองและคอยนัดผู้ป่วยมาผ่าตัด แต่ถ้าการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะไม่ได้รับการตอบสนองที่ดีอาจจำเป็นต้องทำการผ่าตัดเลย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) คือภาวะที่มีการอักเสบของไส้ติ่ง ผู้ป่วยร้อยละ ๖๐ จะมีอาการปวดท้องบริเวณด้านขวาล่าง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องรุนแรงที่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน หากปล่อยทิ้งไว้นานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง คือการแตกของไส้ติ่งที่อักเสบ ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้อง และติดเชื้อในกระแสเลือดได้ โรคนี้เป็นโรคที่พบได้บ่อยในคนทุกวัย ตั้งแต่เด็กอายุ ๒ ขวบ ไปจนถึงผู้สูงอายุ หรือแม้กระทั่งหญิงตั้งครรภ์ แต่จะพบได้มากในช่วงอายุ ๑๐-๓๐ ปี พบได้น้อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากไส้ติ่งตีบแฟบมีเนื้อเยื่อหลงเหลือน้อย และในเด็กอายุน้อยกว่า ๓ ปี เนื่องจากโคนไส้ติ่งยังค่อนข้างกว้าง ในผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้เท่าๆ กัน แต่ในช่วงอายุ ๒๐-๓๐ ปี จะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมีการคาดประมาณว่าในชั่วชีวิตของคนเราจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ประมาณร้อยละ ๗ หรือในหนึ่งปีจะมีผู้ป่วยเป็นโรคนี้ประมาณ ๑ ใน ๑,๐๐๐ คน และเสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ ๓๐๐-๔๐๐ คนต่อปี จากสถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลบางบัวทอง มีจำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ เป็นจำนวน ๙๒, ๑๐๑, ๑๑๔ ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการผ่าตัดโรคไส้ติ่งอักเสบ และพบว่ามียอัตราการเกิดโรคไส้ติ่งอักเสบแตก (Ruptured appendicitis) ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๖.๕, ๒.๙, ๑.๗๕ ตามลำดับ

ในฐานะพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จึงมีความสนใจศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตก (Ruptured appendicitis) โดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการรวบรวมข้อมูลภายใต้กรอบแนวคิดของ Gordon การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยที่เกิดไส้ติ่งอักเสบแตกมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔.๒ สรุปสาระสำคัญ

ชายไทยอายุ ๑๕ ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหารและการผ่าตัด มาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบางบัวทอง ด้วยอาการ ๑ สัปดาห์ก่อนปวดทั่ว ๆ ท้อง ไม่ได้ไปรับการรักษาจากที่ไหน ๒ วันก่อน ปวดท้องด้านขวามากขึ้น ถ่ายลำบาก เบื่ออาหาร มาโรงพยาบาลวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๘ ตรวจสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ ๓๗.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจร่างกายของแพทย์แรกเริ่ม พบว่า ผู้ป่วยปวดท้องมากบริเวณท้องน้อยด้านขวาล่าง กดปล่อยแล้วเจ็บ ผลการตรวจเลือดพบว่าเม็ดเลือดขาวสูงถึง ๒๖,๑๖๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ ๔,๐๐๐-๑๑,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ประเมิน Alvarado score ๑๐ คะแนน รายงานแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) จึงเริ่มยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriaxone ๒ กรัม ทางหลอดเลือดดำ และ Metronidazole ๕๐๐ มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๔.๓๕ น. ด้วยภาวะไส้ติ่งอักเสบร่วมกับมีภาวะเนื้อเน่าตาย ได้รับการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร อัตราส่วน ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy) สิ้นสุดการผ่าตัดเวลา ๑๖.๑๐ น. มีแผลผ่าตัดยาวประมาณ ๓ เซนติเมตรไม่มีเลือดซึมด้านปลายแผลเปิดเพื่อระบายหนองใช้เวลา ๒.๑๕ ชั่วโมง เสียเลือดระหว่างผ่าตัด ๒๐ มิลลิลิตร Post diagnosis ruptured appendicitis หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนจึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยสามัญชายเวลา ๑๗.๑๐ น.

ติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง มีสีหน้าแจ่มใส ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร อัตราส่วน ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หนึ่งขวดหลังจากนั้นต่อเป็น ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ มิลลิลิตร อัตราส่วน ๑๐๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แผลผ่าตัดบริเวณท้องด้านขวาล่างไม่มีเลือดซึม ปลายแผลที่เปิดระบายหนองออก มี discharge สีเหลืองไม่มีกลิ่นเหม็นมีอาการปวดแผล Pain score เท่ากับ ๓ คะแนน ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารทั้งหมด ๓ วัน ดูแลทำแผลผู้ป่วยวันละ ๒ ครั้ง ให้คำแนะนำในการดูแลแผล แพทย์เริ่มให้จิบน้ำวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๘ ติดตามอาการผู้ป่วยหลังเริ่มจิบน้ำ ผู้ป่วยสามารถจิบน้ำได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ ไม่มีอาการปวดท้อง แนะนำให้ผู้ป่วยขับอุจจาระ ผู้ป่วยสามารถขับอุจจาระได้ เริ่มมีการผายลมหนึ่งครั้ง แพทย์จึงให้น้ำสารน้ำทางหลอดเลือดดำออกและเริ่มให้ทานอาหารอ่อนมื้อเย็น หลังเริ่มรับประทานอาหารอ่อน ติดตามอาการผู้ป่วยทานอาหารได้หมดถาด ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ ไม่มีอาการอาเจียน แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๘ รวมระยะเวลาการพักรักษาตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๔ วัน

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 1) มีภาวะติดเชื้อในร่างกายน ให้การพยาบาลโดยประเมินติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่ายอาการผิดปกติอื่นๆ รายงานแพทย์ถ้าพบสิ่งผิดปกติ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriaxone 2 gm V และ metronidazole 500 mg V ดูแลให้ได้รับให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml v drip 120 ml/hr. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินสมดุลน้ำในร่างกาย ดูแลงดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมตัวรับการผ่าตัดติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ระดับเกลือแร่ในร่างกาย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การทำงานของไตประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ยังคงมีอาการปวดท้อง E4V5M6 ผลการตรวจเลือดพบว่าเม็ดเลือดขาวสูงถึง 26,160 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ได้รับยาและสารน้ำครบถ้วนตามแนวการรักษาสัญญาณชีพก่อนเข้าห้องผ่าตัด T ๓๖ C, PR ๘๒ bpm, RR ๑๘ bpm, BP ๑๒๐/๖๐ mmHg, O๒ Sat ๑๐๐ % ๒) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติหลังผ่าตัดได้ตั้ง การพยาบาล อธิบายการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดอย่างละเอียดให้ผู้ผู้ป่วยฟัง ได้แก่ การงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด ๖-๘ ชั่วโมง การโกนขนบริเวณหน้าท้อง การเก็บสิ่งของเครื่องประดับที่ตัวผู้ป่วย การเปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด เป็นต้น ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีและผลการตรวจของห้องปฏิบัติการ ผลอ่านทางรังสีวิทยาและผลตรวจคลื่นหัวใจ อธิบายการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดให้ผู้ผู้ป่วยฟัง ได้แก่ การงดน้ำและงดอาหารต่อไปจนกว่าแพทย์จะอนุญาตให้เริ่มรับประทานอาหารได้แนะนำการไออย่างถูกวิธี การลุกขึ้นจากเตียงโดยเร็ว เพื่อลดอาการท้องอืด เป็นต้น แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการทำงานหนักประมาณ ๓ เดือน ส่วนการหายของแผลนั้นใช้เวลาประมาณ ๗ วัน แผลจะสามารถตัดใหม่ได้ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล สามารถบอกวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องหลังจากได้รับความรู้ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ๑) ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การพยาบาล ให้การพยาบาลด้วยหลัก Aseptic technique ดูแลสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สะอาด และล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriaxone ๒ gm V และ Metronidazole ๕๐๐ mg V และสังเกตอาการแพ้ยา สังเกตตุ่มลักษณะของแผล ถ้ามีเลือดซึมให้เปลี่ยนผ้าปิดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ และสังเกตอาการปวดบวม แดง ร้อนของแผลผ่าตัด ดูแลงดน้ำและอาหารในช่วงสามวันแรกภายหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ย่อยง่าย เช่น ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเพื่อช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ประเมินและติดตามสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อทราบความก้าวหน้าของภาวะติดเชื้อ กระตุ้น early ambulation เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการท้องอืด การประเมิน ได้รับยาและสารน้ำครบถ้วนตามแนวการรักษา แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการบวมแดงสามารถ ambulate ได้ ไม่มีอาการท้องอืด ผู้ป่วยสามารถผายลมได้ ภายหลังการรับประทานอาหาร ไม่มีอาการคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง ๓๖.๕ - ๓๗.๒ องศาเซลเซียสผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ๒) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติหลังผ่าตัดได้ตั้ง การพยาบาล ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพื่อจะได้วางแผนให้การช่วยเหลือ แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ และถ้ามีอาการผิปกติที่แผลผ่าตัด เช่น มีหนองหรือน้ำออกมาจากบาดแผลให้มาพบแพทย์ทันที แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารย่อยง่าย มีสารอาหารครบถ้วนและโปรตีนสูง เพื่อช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น แนะนำการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ ๘ ชั่วโมงจะช่วยให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ครบและตรงเวลา แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยงดทำงานหนักในช่วง ๓ เดือนแรกหลังจากผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส หลังให้คำแนะนำแล้วผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเรื่องปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะจำหน่าย ๑) ส่งเสริมความรู้การปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านตามหลัก DEMETHOD การพยาบาล วางแผนการให้ข้อมูลเพื่อปฏิบัติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามหลัก D-METHOD ดังนี้ D=Disease ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคคือ ภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบการผ่าตัดมีแผลบริเวณท้องน้อยด้านล่างข้างขวา แนะนำอาการผิดปกติคือ แผลบวม แดง มีไข้สูง หากพบอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ M=Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ได้รับภายหลังการจำหน่ายคือ Cefixime (๑๐๐) ๒*๒ oral pc. ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะเน้นย้ำในเรื่องของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง Metronidazole (๕๐๐) ๒*๓ oral pc. ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะเน้นย้ำในเรื่องของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องห้ามหยุดยาเอง Tramadol (๕๐) ๑*๓ oral pc. E=Environment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน เพื่อป้องกันอันตรายและอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย T=Treatment ให้คำแนะนำการรักษาพยาบาลที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน คือการเฝ้าระวังไม่ให้แผลผ่าตัดโดนน้ำ และการทำแผลทุกวันที่สถานพยาบาลใกล้บ้านจนกว่าจะถึงวันนัดตัดไหม H=Health ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย O= Outpatient การมาตรวจตามนัด D=Diet แนะนำการรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายป้องกันภาวะท้องอืดและอาหารที่เหมาะสมกับการหายของแผล แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามินซีสูง ดื่มน้ำมากๆ เพื่อลดอาการท้องผูก และพักผ่อนให้เพียงพอ การประเมินผล ผู้ป่วยรับฟัง เข้าใจดี ตอบคำถามได้ถูกต้อง

๔.๓ ขั้นตอนการดำเนินงาน

ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยเรื่องโรคทางศัลยกรรมที่สนใจ พบว่าโรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคทางศัลยกรรมที่สามารถผ่าตัดรักษาได้ที่โรงพยาบาลบางบัวทอง เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มีมารับบริการ คือภาวะไส้ติ่งอักเสบที่มีเนื้อเน่าตาย ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะไส้ติ่งอักเสบภาวะเนื้อเน่าตาย การตรวจคัดกรองแยกโรคจาก โรคทางศัลยกรรมกับโรคทางสูติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการรักษาที่ล่าช้าส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ปรึกษาพยาบาลชำนาญการ ศัลยแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดสรุปกรณีศึกษา วิจัย และให้ข้อเสนอแนะ จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

๔.๔ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหาสุขภาพ การพยาบาล และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก
๒. เพื่อนำการศึกษามาพัฒนาพัฒนาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก

๔.๕ เป้าหมาย

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตก (Ruptured appendicitis) ปลอดภัยไม่มี

ภาวะแทรกซ้อน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ได้กรณีศึกษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตก ๑ เรื่อง และได้พัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ๑ เรื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และมีแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีไส้ติ่งอักเสบได้
๒. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ปฏิบัติตัวที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. ทีมการพยาบาลนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบคลุมถึงญาติผู้ป่วยเป็นการดูแลแบบองค์รวม
๔. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
๕. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการนำความรู้ที่ได้รับกลับไปปฏิบัติที่บ้าน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๑. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตก
๒. เพิ่มคุณภาพการให้บริการ ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ในผู้ป่วยผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตก
๓. เป็นเอกสารข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าของบุคลากรด้านพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล
๔. เป็นเอกสารประกอบการนิเทศทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตก

๖.๒ ผลกระทบ

๑. ลดอัตราการเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในโรงพยาบาลบางบัวทอง <๑๐% (KPI PCT ศัลยกรรม)
๒. ลดอัตราการส่งต่อ (Refer out) ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ <๒๕% (KPI PCT ศัลยกรรม)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีผู้ป่วยรายนี้แพทย์วินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบที่มีเนื้อเน่าตายจึงมีการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การอักเสบของช่องท้องด้านล่างขวา การอักเสบช่องท้องทั่วไป (Peritonitis) จึงทำให้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ความรู้ในการให้การพยาบาลปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ต้องใช้เวลานานมากขึ้น การดูแลให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะต้องมีความรวดเร็ว ผู้ป่วยอายุน้อยไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดจึงมีความวิตกกังวลมากพยาบาลจึงต้องเน้นให้การพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ทีมสหวิชาชีพมีเวลาน้อยในการเข้ามาร่วมกันให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติรวมถึงผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก มีความวิตกกังวลที่จะต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน กลัวการผ่าตัด เนื่องจากเป็น การผ่าตัดครั้งแรก ทำให้การรับรู้ข้อมูลผู้ป่วยลดลง จึงต้องใช้เวลาอย่างรวดเร็วและต้องมีการทบทวนข้อมูลและพูดคุยซ้ำหลายครั้ง และการพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติและผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจด้วยการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง สัมผัสด้วยความนุ่มนวลให้คำแนะนำคำอธิบายสาเหตุความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดหลังการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างชัดเจนและเข้าใจง่ายพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและติดตามให้ข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกครั้ง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ดังนั้นในกระบวนการประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ครบถ้วนครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษา แต่การอธิบายหรือแนะนำเพียงอย่างเดียวอาจไม่ชัดเจน ผู้ศึกษาอาจเพิ่มพูนความรู้โดยการทำคู่มือและแผ่นพับ การการปฏิบัติตัวและขั้นตอนการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดใส่ตั้งเพื่อเป็นสื่อในการสอน และนำไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพที่ชัดเจนมากขึ้นดังนั้นพยาบาล จึงต้องมีการประเมินความรู้และมีการวางแผนการพยาบาลเป็นระยะตั้งแต่หลังผ่าตัด จนกระทั่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และบุคคลใน

ครอบครัวในเรื่องพยาธิสภาพของโรค การดำเนินการของโรค การรับประทานยา การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และมีการติดตามหรือส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียงเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน มีการทบทวนการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การให้คำแนะนำแนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดตลอดจนให้คำแนะนำตามแผ่นพับ และประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการดูแลรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมจะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและติดตามให้ข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกครั้งเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับออกจากโรงพยาบาล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นายพัลลภ โมรานิล สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....นายพัลลภ.....

(นายพัลลภ โมรานิล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นายพัลลภ โมรานิธิ	พัลลภ
๒. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....-.....	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางสาธิตา ภูแก้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....
(นายปริพนท์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
หนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของกลุ่มอาการปวดท้องเฉียบพลัน ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามารับบริการยังแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล และการรักษาหลัก (First-line treatment) ยังคงเป็นการผ่าตัดเพื่อนำเอาไส้ติ่งที่อักเสบออก โดยในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ เกิดอุบัติการณ์ของโรคไส้ติ่งอักเสบทั่วโลก อยู่ที่ราว ๒๒๙.๙ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี และพบว่าอุบัติการณ์ของโรคไส้ติ่งอักเสบมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยพบอุบัติการณ์สูงสุดในประชากรกลุ่มอายุระหว่าง ๑๕ - ๑๙ ปี สำหรับในประเทศไทยมีการคาดการณ์อุบัติการณ์ของโรคไส้ติ่งอักเสบอยู่ที่ ๓.๒ - ๓.๗ ต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คนต่อปี ทั้งนี้การเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกมีอัตราการเกิดแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเป็นขั้นตอนสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัดและการฟื้นตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินที่ต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐาน ชัดเจน และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย หลักการสำคัญในการพัฒนารูปแบบนี้ ได้แก่ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) โดยลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์และป้องกันภาวะแทรกซ้อนการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) ในการสร้างความร่วมมือระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมสุขภาพอื่น ๆ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) โดยการนำแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practice) มาใช้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family-Centered Care) ในการส่งเสริมการรับรู้และความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด โดยการทำงานของทีมบุคลากรที่มีประสิทธิภาพและความรวดเร็ว (Efficiency and Timeliness) ในการปรับกระบวนการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่ต้องผ่าตัดด่วนไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องผ่าตัดทันที

การเตรียมผู้ป่วยที่รวดเร็วและถูกต้องจะช่วยลดความเสี่ยงการแตกของไส้ติ่งและภาวะติดเชื้อในช่องท้องลดความคลาดเคลื่อนและความล่าช้าปัจจุบันอาจพบความไม่ชัดเจนในขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วย เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วย การเตรียมยา การให้คำแนะนำ ซึ่งการพัฒนารูปแบบมาตรฐานจะช่วยลดความผิดพลาดเพิ่มคุณภาพการพยาบาลเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดระบบการเตรียมผู้ป่วยที่ชัดเจนจะช่วยยกระดับการปฏิบัติงานสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยผู้ป่วยและครอบครัวมักมีความกังวลก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวที่ดีจะลดความเครียดและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบจึงเป็นแนวคิดที่สำคัญในการปรับปรุงงานพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเต็มรูปแบบ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากสถิติผู้รับบริการโรคไส้ติ่งอักเสบของโรงพยาบาลบางบัวทองจากข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี ของโรงพยาบาลบางบัวทอง มีจำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๖๕ ถึง พ.ศ.๒๕๖๗ เป็นจำนวน ๙๒, ๑๐๑, ๑๑๔ รายตามลำดับ พบผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการผ่าตัดโรคไส้ติ่งอักเสบ และ พบว่ามีอัตราการเกิดไส้ติ่งอักเสบแตก (Ruptured appendicitis) ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๓ ถึง พ.ศ.๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๘.๕(๖), ๖.๖(๓), ๔.๗(๒)ตามลำดับ จากการทบทวนอุบัติการณ์ดังกล่าวพบปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนคือไส้ติ่งอักเสบแตก (Ruptured appendicitis) ในด้านการเข้าถึงการรับบริการล่าช้าเนื่องจากขาดความรู้ความตระหนักในการสังเกตอาการและอาการแสดงที่จำเพาะเจาะจงของภาวะไส้ติ่งอักเสบและจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยพบว่าการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัดมีความล่าช้าทำให้ผู้ป่วยบางรายมีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกและพบภาวะเนื้อเน่าตาย

๓.๒ แนวความคิด

แนวคิดในการพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบสามารถประยุกต์ใช้แนวความคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Care) คือ การประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย (เช่น อาการปวด สัญญาณชีพ ภาวะขาดน้ำ) จิตใจ (ความวิตกกังวล) สังคม (การสนับสนุนจากครอบครัว) และจิตวิญญาณ (ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา) การดูแลแบบเป็นบุคคล (Individualized Care) เนื่องจากผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบมีระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนต่างกัน

๓.๓ ข้อเสนอ

ในฐานะพยาบาลประจำแผนกงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและนิติเวช ที่ต้องประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดไส้ติ่ง จึงมีความสนใจศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ ความหมายของโรค สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสภาพ สรีรวิทยา อาการ และอาการแสดงกายวิภาค และกลไกการเกิดโรคหลักการรักษา การพยากรณ์โรค การประเมิน Alvarado score จนสามารถวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้ความเข้าใจลักษณะอาการของโรคไส้ติ่งอักเสบเพื่อตระหนักถึงความสำคัญที่จะต้องมาโรงพยาบาลให้รวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก เป็นต้น

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ข้อจำกัดด้านเวลา เนื่องจากผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบมักต้องผ่าตัดฉุกเฉิน ทำให้มีเวลาจำกัดในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อาจทำให้การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน หรือการให้ข้อมูลไม่เพียงพอ
๒. การสื่อสารและความร่วมมือในทีม การทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ (พยาบาล, แพทย์, วิสัญญีแพทย์) อาจไม่ประสานกันเกิดความล่าช้าในการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด หรือการเตรียมยา/อุปกรณ์ไม่พร้อม
๓. ความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวอาจเครียด ไม่เข้าใจขั้นตอนการเตรียมตัว ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือ เช่น งดน้ำและอาหารไม่ครบเวลา

๔. การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากร อาจขาดอุปกรณ์หรือบุคลากรไม่เพียงพอทำให้การเตรียมผู้ป่วยไม่เป็นมาตรฐาน
๕. ความผิดพลาดในการประเมิน การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบอาจคลาดเคลื่อน การประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด (เช่น โรคประจำตัว) ไม่ละเอียด

๓.๕ แนวทางแก้ไขและปรับปรุง

๑. การจัดระบบการทำงานแบบเร่งด่วน พัฒนา แนวทางปฏิบัติฉุกเฉิน ที่ชัดเจนใช้ แบบประเมินไส้ติ่งอักเสบ เช่น Modified Alvarado Score เพื่อตัดสินใจผ่าตัดเร็วขึ้น
๒. ปรับปรุงการสื่อสารและทีมเวิร์ค ใช้ Checklist เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดจัด Briefing ก่อนผ่าตัด เพื่อทบทวนบทบาทของทีม
๓. การให้ความรู้และลดความเครียดผู้ป่วย มี ใบคำแนะนำก่อนผ่าตัด (Pre-op Instruction Sheet) แบบเข้าใจง่ายใช้ เทคนิคการลดความกังวล เช่น การพูดคุยให้กำลังใจ, การสอนหายใจคลายเครียด
๔. พัฒนาระบบข้อมูล โดยจัดทำ คู่มือการเตรียมผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ สำหรับพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ – ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๘

กลุ่มเป้าหมาย

๑. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ขั้นตอนดำเนินงาน

๑. ศึกษารูปแบบในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ
๒. จัดทำรูปแบบในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ
๓. ร่วมเสนอ วางแผนและพัฒนารูปแบบในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบในที่ประชุมของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชดำเนินการตามรูปแบบในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ที่กำหนด
๔. ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ต่อตนเอง

๑. ได้ทบทวนรูปแบบในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

๔.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. ได้พัฒนารูปแบบในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ใช้ในหน่วยงานได้
๒. เพื่อเพิ่มอัตราผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบได้รับการผ่าตัดภายใน ๖ ชม. หลังการวินิจฉัย > ๙๐%
๓. อัตราการเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก ของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางบัวทอง <๑๐%

๔.๓ ต่อผู้รับบริการ

๑. ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็วในภาวะไส้ติ่งอักเสบ
๒. รับทราบข้อมูลและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะไส้ติ่งอักเสบทั้งก่อน-หลัง ผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดความวิตกกังวล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบได้รับการดูแลตามรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ๑๐๐ %

๕.๒ เพื่อเพิ่มอัตราผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบได้รับการผ่าตัดภายใน ๖ ชม. หลังการวินิจฉัย > ๙๐%

๕.๓ อัตราการเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลบางบัวทอง < ๑๐%

(ลงชื่อ)..... 

(นายพัลลภ โมรานิธิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๔ แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นายพัลลภ โมรานิธ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางบัวทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๘
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๗
๓. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำ ผลงานให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำ ผลงานรวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๗
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	๘
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสารภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	๗
รวม	๑๐๐	๘๙

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
(☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....
(นางสาวธิดา ภูแก้ว)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางบัวทอง
(วันที่)/ ๑๙ พ.ค. ๒๕๖๘

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

- (☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่)/ ๑๕ พ.ค. ๒๕๖๕

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่)/ ๑๓ มี.ย. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

- (☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐
 () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐
 (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/ ๒๔ มี.ย. ๒๕๖๕

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวปิยะนุช ลือศิริ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๗๐๘๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๗๐๘๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม (Modified radical mastectomy)” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะก่อนผ่าตัดในยุคดิจิทัล” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม (Modified radical mastectomy)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2568

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

พยาบาลห้องผ่าตัด มิได้ดูแลผู้ป่วยแค่ในขณะผ่าตัดเท่านั้น แต่ต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่ในระยะเวลาเยี่ยมก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ดูแลต่อเนื่องจนผู้ป่วยกลับบ้าน ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงของการผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมชน ต้องใช้พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการเข้าช่วยแพทย์ผ่าตัดและส่งเครื่องมือผ่าตัด เป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนในการดูแล โดยทั่วไปมักทำภายใต้การดมยาสลบ ใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 1.5 – 2.5 ชั่วโมง ยกเว้น ในรายที่มีการผ่าตัดเพื่อเสริมสร้างเต้านม (Breast reconstruction) จะใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานขึ้น หลังจากเสร็จการผ่าตัดศัลยแพทย์จะเย็บผิวหนังเข้าหากันให้สนิทเหมือนเดิมโดยใช้ไหมละลายและเย็บแบบซ่อนปมใต้แผลเพื่อความสวยงาม ทำให้ไม่จำเป็นต้องมีการตัดไหมในภายหลัง นอกจากนี้หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่เสื้อกระชับทรงที่ออกแบบเป็นพิเศษสำหรับการผ่าตัดเต้านมและปิดแผลให้แน่นเพื่อให้ผิวหนังติดแน่นกับหน้าอกเพื่อไม่ให้เลือดและน้ำเหลืองออกมากหลังผ่าตัด และลดอาการปวดแผลที่เกิดจากการหายใจและขยับตัว นอกจากนี้จะใส่ท่อพลาสติกเล็กๆ 1-2 เส้น เพื่อเป็นทางระบายเลือดและน้ำเหลืองจากแผล ท่อพลาสติกนี้จะถูกดึงออกประมาณวันที่ 3-7 หลังผ่าตัด หรือเมื่อเลือดและน้ำเหลืองไหลออกน้อย โดยปกติผู้ป่วยจะนอนพักอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 5-7 วันและกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ประมาณสองสัปดาห์แพทย์จะนัดกลับมาพบที่คลินิกเพื่อเปิดผ้าปิดแผลทั้งหมดออก หากว่าแผลหายสนิทดี แพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยจะแนะนำผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติ บางรายอาจมีน้ำเหลืองคั่งค้างอยู่ใต้แผลผ่าตัดซึ่งแพทย์จะใช้เข็มเจาะดูดออกเป็นครั้งๆไป และไม่ถือว่า มีอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนแต่อย่างใด พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้จะต้องมีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัด รู้หลักการทำให้ปลอดเชื้อ (Sterilization) การทำลายเชื้อ (disinfectant) เทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) หน้าที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดอีกประการหนึ่ง คือ การส่งเครื่องมือและการช่วยผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดนั้นเป็นไปด้วยความราบรื่นตลอดระยะเวลาผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะได้รับการดูแลต่อที่ห้องพักรักษาจนกระทั่งมีอาการปลอดภัยจึงส่งกลับไปดูแลต่อ ที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะในรายที่ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หลังผ่าตัดอาจมีอาการเจ็บบริเวณแผลหลายรายจึงไม่พยายามยกแขนและบางรายอาจเกิดแผลเป็นตึงรั้งที่รักแร้ ซึ่งจะทำให้เกิดข้อไหล่ติด ท้ายที่สุดผู้ป่วยจะยกแขนขึ้นได้ไม่เต็มที่หรือบางรายอาจยกแขนไม่ได้เลย การป้องกันการเกิดข้อไหล่ติดที่ดีที่สุด คือ ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบริหารแขนและหัวไหล่เสียตั้งแต่ในระยะแรกๆ หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันข้อไหล่ติด ปัญหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแม้มีความแตกต่างเฉพาะราย แต่กระบวนการหลักๆ ในการดูแลต้องครอบคลุมมาตรฐาน จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อหาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพแบบองค์รวมต่อไป

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

มะเร็งเป็นปัญหาด้านสุขภาพระดับโลกเนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีรายงานพบผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกปีละ 19.3 ล้านคน และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึงปีละ 10 ล้านคนทั่วโลก¹ โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 หลักการและเหตุผล (ต่อ)

แรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด, มะเร็งเต้านม, มะเร็งลำไส้ใหญ่, มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร โดยผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 18.1 ล้านราย พบเป็นมะเร็งปอด 2.1 ล้านราย, มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านราย, มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย, มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านรายและมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านราย ในจำนวนผู้เสียชีวิตจำนวน 9.6 ล้านรายเป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านราย มะเร็งลำไส้ 881,000 ราย มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 ราย มะเร็งตับ 782,000 ราย และมะเร็งเต้านม 627,200 ราย^{2,3} ในประเทศไทยสถิติ มะเร็ง ปี พ.ศ. 2557 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยใหม่จำนวน 122,757 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 59,662 ราย และเพศหญิง จำนวน 63,095 ราย โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับในชายไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี, มะเร็งปอด, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, มะเร็งต่อมลูกหมาก, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม, มะเร็งตับและท่อน้ำดี, มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด จะเห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงทั่วโลก มีอุบัติการณ์จากสถิติทั่วโลกพบว่า หนึ่งในสิบคนของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เป็นมะเร็งเต้านม 4 คน สำหรับในประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 41.96 และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเต้านมประกอบด้วย 5 วิธีหลัก ได้แก่ การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัด การให้ยาต้านฮอร์โมน และการรักษาที่เป้าหมายของการเกิด ทั้งนี้การผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม โดยตัดเนื้อเต้านมร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Breast surgery with lymph node dissection) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก จากสถิติโรงพยาบาลปากเกร็ด ปี 2565-2567 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำนวน 16, 12 และ 14 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในการดูแล ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีความเปราะบาง จากภาพลักษณ์ผู้ป่วยที่จะไม่เหมือนเดิมหลังการผ่าตัดเต้านมออก การดูแลแบบองค์รวมที่ต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีสภาพจิตใจที่พร้อมต่อการผ่าตัดเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญในทุกระยะของการผ่าตัด ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด ทั้งการปฏิบัติตัวไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สายระบายเลื่อนหลุด เกิดการคั่งของน้ำเหลืองใต้ผิวหนังหลังผ่าตัด แขนบวม ข้อไหล่ติด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด⁴ ยังต้องดูแลสภาพจิตใจควบคู่กัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลง สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารายกรณีเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดโดยการตัดเต้านมร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ โดยให้การดูแลอย่างครบองค์รวมทั้งการเยี่ยมในระยะก่อนผ่าตัด ดูแลระยะผ่าตัด หลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยนำหลักฐานทางวิชาการ ผลการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ และทฤษฎีต่างๆ ทั้งประเด็นที่เหมือนกันและต่างกัน ใช้อ้างอิงในการตัดสินใจถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย รวมถึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมรายอื่นที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลปากเกร็ด และเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้ศึกษาและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล พร้อมผ่าตัด มีความเข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
3. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นลง แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นกว่าปกติ

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในทุกระยะของการผ่าตัด ให้เกิดความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน โดยดูแลให้การพยาบาลผ่าตัดอย่างครบวงจร ตั้งแต่การเยี่ยมในระยะก่อนผ่าตัด ดูแลระยะผ่าตัด หลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดูแลให้การพยาบาลผ่าตัดอย่างครบวงจร ตั้งแต่การเยี่ยมในระยะก่อนผ่าตัด ดูแลระยะผ่าตัด หลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เป็น Best practice ของการให้การดูแลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม
2. นำมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
3. พัฒนาความรู้และทักษะของตนเองในการช่วยและส่งเครื่องมือผ่าตัด รวมทั้งดูแลช่วยเหลือรอบนอกการผ่าตัด

4. ให้บริการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่มีคุณภาพ รายนี้เป็นเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดในระยะวิกฤต ที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลทั้งจากก่อนที่เต้านมและอาการปวดบวมแดงบริเวณก่อนเต้านม และการไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว อธิบายการผ่าตัดให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ แพทย์ ทีมวิสัญญีและหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ดังนี้

4.1 การเยี่ยมก่อนผ่าตัด ประเมินภาวะเสี่ยง วางแผนการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่เหมาะสม ให้พร้อมใช้ในการผ่าตัด ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

4.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด ได้จัดเตรียมห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ เครื่องมือเป็นไปอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ ขณะผ่าตัดได้ส่งเครื่องมือผ่าตัดด้วยเทคนิคปลอดเชื้อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงจนต้องเย็บซ่อม ช่วยแพทย์ในการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง ฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจนการผ่าตัดเสร็จสิ้น

4.3 หลังผ่าตัด ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ให้สามารถพ้นหายและกลับบ้านได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้นจนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อ

4.4 สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนา อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี สิทธิประกันสุขภาพ

แหล่งที่มาของข้อมูล จากผู้ป่วยและเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลปากเกร็ด

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 18 พฤศจิกายน 2567

วันที่รับไว้ดูแล 19 พฤศจิกายน 2567

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 25 พฤศจิกายน 2567

รวมวันที่รับไว้ในความดูแล 8 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล คลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย มีอาการปวดกดเจ็บ ผิวหนังบริเวณก่อนมีการยุบตัว เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยคลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย ปวดกดเจ็บ ผิวหนังบริเวณก่อนมีการยุบตัว มารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากเกร็ด แพทย์ได้ทำการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่อง Mammogram และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจในเบื้องต้น ด้วยวิธี Biopsy

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ มีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากเกร็ดต่อเนื่อง

ประวัติส่วนตัว หญิงไทย วัย 57 ปี สถานภาพสมรส มีบุตรสาว 1 คน อาชีพแม่บ้าน

ประวัติแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารเคมีใด

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธโรคร้าย โรคติดต่อของบุคคลใดในครอบครัว

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 57 ปี สถานภาพสมรส มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ไม่ใช้สารเสพติด เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 18 พฤศจิกายน 2567 เวลา 10.42 น. ให้ประวัติว่า 1 เดือนมาโรงพยาบาล คลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย มีอาการปวดกดเจ็บ ผิวหนังบริเวณก่อนมีการยุบตัวลง ได้รับการทำ Mammogram , Biopsy แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ด้านซ้าย แพทย์จึงนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด

ผิวหนัง

- ผิวสีขาวยellowish มีความตึงตัวของผิวหนังดี
- ไม่มีอาการบวมไม่มีจุดจ้ำเลือดออกใต้ผิวหนัง
- สัมผัสดู พบว่าผิวหนังอุ่น ปลายมือปลายเท้าไม่เย็น
- เล็บมือเล็บเท้ามีสีชมพูอ่อน ๆ สัน ไม่มีอาการอักเสบ ไม่เป็น clubbing finger หรือ spoon nail
- ขนมีประปรายสีดำ เรียงตัวสม่ำเสมอ

ศีรษะ

- ผู้ป่วยสวมหมวกห้องผ่าตัดเก็บผมเรียบร้อย
- ใบหน้ามีความสมมาตรดี ไม่พบก้อน หน้าไม่เบี้ยว

ตา

- ตา 2 ข้าง ขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง ตาอยู่ในระดับเดียวกัน ขณะหลับตาเปลือกตาปิดสนิท
- ขนตาสีดำ มีการกระจายตัวสม่ำเสมอดี
- ต่อมไขมันที่หางตาและต่อมน้ำตาที่หัวตาทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง
- conjunctiva สีชมพูอ่อนๆ sclera สีขาว
- การเคลื่อนไหวของลูกตาทั้ง 2 ข้างปกติไม่มีการสั่นกระตุกของกล้ามเนื้อลูกตา
- มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ รูม่านตาปกติขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตร

หู

- ใบหู 2 ข้าง อยู่ในตำแหน่ง eye – occiput line สมมาตร ไม่บวม ไม่มี discharge ได้ยินปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (ต่อ)

จมูก - สันจมูกตรง ไม่คด ปีกจมูกเท่ากัน รูจมูกทั้ง 2 ข้าง กว้างเท่ากัน ในจมูกไม่แผล ไม่มีอาการบวมแดง ไม่มีตำแหน่งกดเจ็บ ไม่มี discharge

- ขนจมูกเรียงตัวสม่ำเสมอ เยื่อบุจมูกแห้งไม่บวมแดง ผื่นงันจมูกตรง ไม่เอียง

- การดมกลิ่นปกติ

ปาก - ริมฝีปากคล้ำเล็กน้อย สมมาตรกันทั้งซ้าย - ขวา การออกเสียงปกติ

- ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว และการกลืนอาหาร ริมฝีปากและเยื่อบุไม่มีแผลหรือบวมอักเสบ

คอ - รูปร่างปกติ สมมาตร ไม่มีตำแหน่งกดเจ็บ คลำไม่พบก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะใบหน้า ลำคอ รักแร้ สะโพก

- ไม่โต ไม่บวม ไม่มีอาการกดเจ็บ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ

- ทรวงอกสมมาตรกันดี ไม่เป็นอกถั่ง อกบุ๋ม อกโก่งไม่มีผื่น

- คลำพบก้อนที่เต้านมด้านซ้ายกดเจ็บ

- การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง

- หายใจปกติสม่ำเสมอ (RR = 20 ครั้ง/นาที)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ไม่มีประวัติอาการเจ็บหน้าอก จับชีพจรบริเวณคอ แขน ขาหนีบ และหลังเท้าปกติ ของร่างกายทั้ง 2 ข้าง ได้จังหวะสม่ำเสมอ (PR = 71 ครั้ง/นาที)

หน้าท้องและทางเดินอาหาร

- มีสีขาเหลืองแต่อ่อนกว่าบริเวณแขนและขา รูปร่างสมมาตรกัน หน้าท้องกลมผิวหนังมีความตึงตัวดี ไม่มีผื่น หรือจ้ำเลือด สะดือไม่โป่งนูนผิดปกติ มองไม่เห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้

ระบบประสาท

- รู้สึกตัวดี สามารถที่จะพูดคุยและทำตามที่ได้บอกได้ การเคลื่อนไหวของแขนและขาทั้ง 2 ปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood examination

ประเภทของการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
HCT	41.8 %	เพศหญิงเฉลี่ย 37-45.7 %	ปกติ
W.B.C.	8.79 x10 ³ /ul	4.4-10.3 x10 ³ /ul	ปกติ
Neutrophile	52.8%	40-73.1 %	ปกติ
Eosinophile	6.9%	0.4-7.5 %	ปกติ
Lymphocyte	28	20-45 %	ปกติ
Hb	13.5	12-14.9 g/dl (หญิง)	ปกติ
Plt.	252	179-435 x10 ³ /ul	ปกติ
Absolute eosinophil	0.61	0.03-0.47 x10 ³ /ul	สูง
Absolute basophil	0.10	0.01-0.09 x10 ³ /ul	สูง

Biochemistry Examination

ประเภทของการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	9.7	6-20 mg/dl	ปกติ
Cr.	0.74	0.51-0.95	ปกติ

Electrolyte (Blood)

ประเภทของการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Na	143	136-145 mmol/L	ปกติ
K	4.5	3.4-4.5mmol/L	ปกติ
Cl	106	98-107mmol/L	ปกติ
Co2	27.0	21-34mmol/L	ปกติ

ผลตรวจชิ้นเนื้อ

Surgical Pathology Report

DIAGNOSIS : Breast, left, mastectomy

-invasive ductal carcinoma

-Histologic grade 2 (Nottingham histologic score=7)

-Size=7 cm in greatest dimension, located in central area

-Carcinoma directly invades into the dermis without skin ulceration

-Dermal lymphatic invasion : present

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)
ผลตรวจชิ้นเนื้อ (ต่อ)

-Perineural invasion: present

-Lymphatic and vascular invasion :present

-Presence of part of pectoralis major without tumor invasion

-Surgical margin:

-Skin resected margin : negative,9mm

-Deep margin : negative, 1mm

Nipple, left; dermal inversion by invasive carcinoma

Immunohistochemical stains for ER,PgR,HER2and Ki-67 are pending for the result (block A)

GROSS DESCRIPTION :

Formalin fixed specimen consists of a left breast from modified radical mastectomy , measuring 17.0x20.0x8.0 cm. The overlying elliptical skin measures 21.0x11.0x0.3 cm . The nipple measures1.5cm

In diameter. Serial sections show an ill defined firm white mass at the center quadrant, Measuring 7.0x6.0x2.0 cm. The mass locates5.0 cm from superior, 6.5 from inferior, 7.0 cm from medial, 7.0 cm from medial, 7.0 cm from lateral, 0.2 cm from anterior and 0.2 cm from posterior margins, respectively

Remaining breast tissue is yellow fatty tissue. Scant axillary content measures 8.0x5.0x3.0 cm

No lymph node is identified .

Representative sections are submitted after sectioning as follows;

A: Nipple (I),

B: Nearest skin margin (I)

C-D : Deep margin with mass (I,I),

E-H : Mass with breast tissue (I,each),

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)
MICROSCOPIC :

The nipple reveals dermal invasion by invasive carcinoma. The breast tissue present an infiltrative border

Mass composed of invasive ductal carcinoma in solid columns and sheets (score=3) with moderate nuclear

Pleomorphism (score=2) and mitotic count=10/10HPF (score=2) among dense fibrous stroma.

Carcinoma

Invader dermis with skin ulceration. Few foci of dermal lymphatic, perineural and lymphovascular

Invasion are seen. The resected margins are uninvolved

DIAGNOSIS : Axillary lymph nodes, left, surgical removal:

-Metastatic deposits in 3 out of 17 lymph nodes (n=3/17)

-Size of the largest metastatic deposit=19

-Extranodal extension : present

-Extent of extranodal extension:3

GROSS DESCRIPTION :

The formalin fixed specimen consists of multiple pieces of yellow tan soft fatty tissue ,measuring 9x7x2cm

In totol. Multiple lymph noides ranging from 0.4-2 cm in diameter. Representative sections are submitted

as A-G: Lymph node.

การวินิจฉัยขั้นต้น : Left CA breast

การทำผ่าตัด : modified radical mastectomy

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)
พยาธิสภาพเปรียบเทียบ

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
<u>อาการสำคัญ</u> เป็นก้อนในเต้านม ก้อนโตขึ้นช้าๆ <u>การวินิจฉัย</u> Mammography เป็นการเอ็กซเรย์เนื้อเต้านม needle aspiration cytology เจาะเข้าไปในก้อนและดูดเอาเซลล์มาตรวจ สามารถบอกได้ว่า เป็น benign หรือ malignant ทำได้ง่าย <u>การรักษา</u> modified radical mastectomy	<u>อาการสำคัญ</u> คลำได้ก้อนที่เต้านมข้างซ้าย <u>การวินิจฉัย</u> ผู้ป่วยคลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลปากเกร็ด แพทย์ได้ทำการตรวจพบขนาดก้อนประมาณ 2 cm. จึงทำผ่าตัดเอาก้อนบางส่วนไปตรวจชิ้นเนื้อ ผลตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม <u>การรักษา</u> การรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้และบนกล้ามเนื้อหน้าอกออกบางส่วน (modified radical mastectomy)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดและขณะผ่าตัด

แผนการพยาบาล

การซักประวัติ ตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่เต้านมข้างซ้าย แพทย์รักษาโดยการผ่าตัดเต้านมพร้อมกับต่อมน้ำเหลืองแรกๆ ที่รักแร้ออกภายใต้ การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป (General Anesthesia) และได้เยี่ยมก่อนผ่าตัด 30 นาทีทำให้ทราบปัญหาของ ผู้ป่วยดังนี้

ข้อวินิจฉัยที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ข้อมูลสนับสนุน

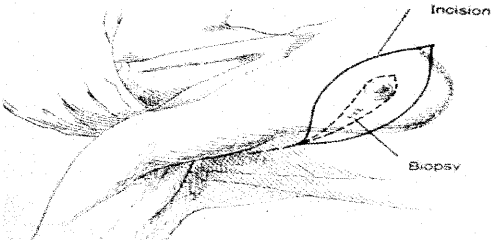
1. ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด
2. ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมอย่างคร่าวๆ และสามารถ ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

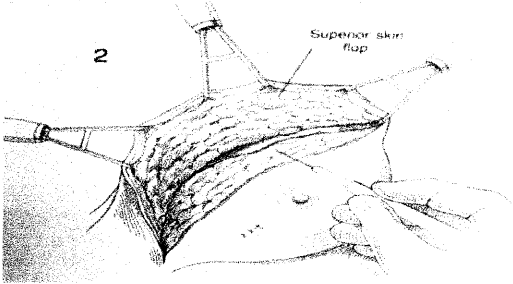
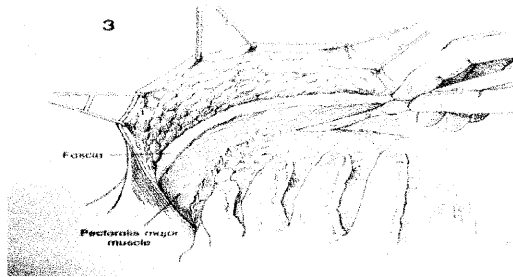
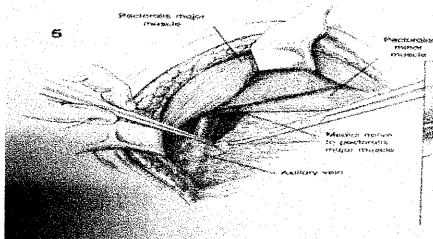
เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม
2. สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์
1.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ ขั้นตอนการผ่าตัดมีดังนี้ 1.1 ศัลยแพทย์ลงมีด incision แบบ elliptical skin โดยรวม nipple areola complex ดังรูป  ที่มา Atlas surgical operation 7th:1993 หน้า 417	- ผู้ป่วยเข้าใจในขั้นตอนการผ่าตัดเต้านมแบบคร่าวๆ

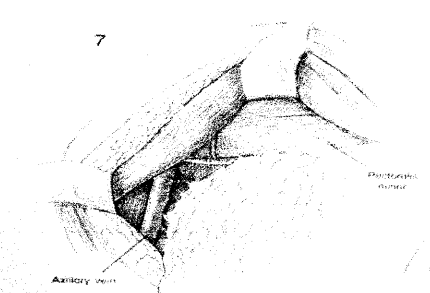
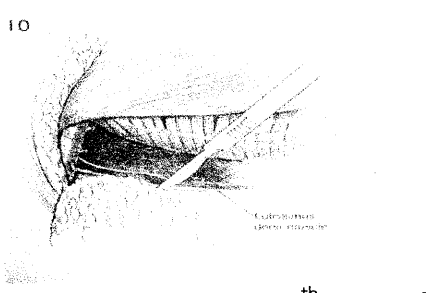
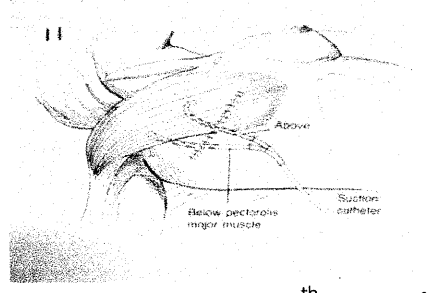
3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์
1.2 ศัลยแพทย์จี้ตัดผ่าน fat ยก superior skin flap โดยใช้ Skin Hookจับขอบ flap ไว้ <u>ดังรูป</u>  1.3 ศัลยแพทย์ใช้จี้เลาะ fascia ออกจาก Pectoralis major muscle ยกส่วนที่เป็น tumor ออก <u>ดังรูป</u>  ที่มา Atlas surgical operation 7th:1993 หน้า 417 1.4 ศัลยแพทย์จะเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณรักแร้ออกให้หมดในกรณีที่มีมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง โดยจะเลาะให้มากที่สุดโดยใช้ Metzenbaum scissor และ Long non-tooth forceps หรืออาจใช้ Rt. Angle clamp แหวก โดยให้เหลือ long thoracic nerve และ thoracodorsal nerve ไว้ <u>ดังรูป</u>  ที่มา Atlas surgical operation 7th:1993 หน้า 417	

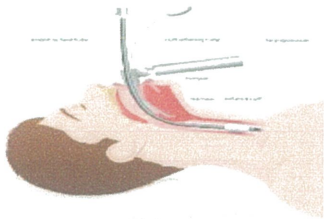
3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์
1.5 ศัลยแพทย์จะเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองออกจาก pectoralis minor และจะตัดเส้นเลือด superficial subscapular vein โดยใช้ arterial clamp 2 ตัวจับ และตัดด้วย Metzenbaum scissor และผูกด้วย silk 3/0 ทั้ง 2 ข้างโดยผู้ช่วยศัลยแพทย์จะใช้ army navy retractor ถ่างแผลให้เห็นบริเวณผ่าตัดชัดเจนขึ้น <u>ดังรูป</u>  ที่มา Atlas surgical operation 7th:1993 หน้า 417 1.6 ศัลยแพทย์จะเลาะเอาก้อนที่เหลืองทั้งหมดออกจาก Latissimus dorsi muscle และล้างทำความสะอาดด้วย 0.9%NSS ที่บรรจุในลูกสูบล้าง และใช้ swab ซับให้แห้ง แล้วศัลยแพทย์จะ check ดูจุดเลือดออก และใช้จี้ไฟฟ้าจี้ห้ามเลือด <u>ดังรูป</u>  ที่มา Atlas surgical operation 7th:1993 หน้า 418 1.7 วาง radivac drain ตามตำแหน่ง ในรูป  ที่มา Atlas surgical operation 7th:1993 หน้า 418	

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์
1.8 ศัลยแพทย์จะใช้ Towel clip จับขอบ skin ให้ชิดกันก่อน เย็บปิดแผล และเย็บ drain ด้วย silk 2/0 1.9 หลังจากเย็บแผลเสร็จ ทำความสะอาดบริเวณรอบๆแผล และปิดแผลแบบ pressure dressing 2.อธิบายเรื่องการได้รับระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว และไม่รู้สึกเจ็บปวด โดยการดมยาสลบและใส่ท่อช่วยหายใจดังนี้ วิสัญญีแพทย์จะวางยาสลบผู้ป่วยด้วยการฉีดยานำสลบเข้าสู่กระแสเลือดของผู้ป่วยเสร็จแล้วเมื่อผู้ป่วยหลับก็จะเริ่มทำการใส่ท่อช่วยหายใจ endotracheal tube (ET tube)  ที่มา https://www.istockphoto.com/ 3.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันโรคแทรกหลังจากการผ่าตัดดังนี้ 3.1ดูแลสุขภาพผิวโดยรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ โดยเฉพาะโปรตีน ดูแลผิวให้ชุ่มชื้น ใช้สบู่อ่อนโยนต่อผิวทำความสะอาดร่างกายเพื่อลดการระคายเคืองและการติดเชื้อของผิวหนังบริเวณผ่าตัด 3.2การดูแลแขนขาที่ผ่าตัด ได้แก่ ใส่เสื้อผ้าไม่รัดตึง ยกแขนสูงเมื่อนอนหลับ ออกกำลังกายที่เหมาะสม 3.2ไม่เจาะเลือด หรือวัดความดันแขนขาที่ผ่าตัด ไม่ยกของหนัก ไม่โกนขนรักแร้ ด้วยมีดโกนหรือถอนขนที่อาจทำให้เกิดการระคายเคืองหรือแผล 3.3หลีกเลี่ยงการถือของหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม หรือการทำกิจกรรมที่ใช้แขนขาเดียวกับที่ผ่าตัดซ้ำ ๆ เช่น การถูบ้าน หรือซักผ้า	- ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก -ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในหลังผ่าตัด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)
การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมอย่างคร่าวๆ และสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
2. เตรียมผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว

ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บเส้นประสาท Brachial plexus จากการจัดท่าผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด modified radical mastectomy
- 2.ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 20 นาที
- 3.ผู้ป่วยถูกยกแขนทั้ง 2 ข้างเพื่อท่ายาฆ่าเชื้อก่อนการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บเส้นประสาท Brachial plexus จากการจัดท่าผ่าตัด และยกแขนเพื่อท่ายาฆ่าเชื้อก่อนการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

- 1.ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะบาดเจ็บเส้นประสาท Brachial plexus จากการจัดท่า
- 2.แขนของผู้ป่วยทั้งข้างไม่มีอาการชา หรือ ปวดจากการกดทับเป็นเวลานาน

กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์
การจัดท่านอนหงายให้ถูกวิธีคือ 1.จัดให้ผู้ปวยนอนหงาย ให้ระดับกระดูกสันหลังท่อนคอ ท่อนอกและเอวอยู่ในแนวเดียวกันอาจใช้หมอนหนุนศีรษะหรือไม่หนุนก็ได้ แขนกลางอกด้านข้างไม่เกิน 90 องศากับลำตัว โดยหงายมือขึ้น เพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาท(Ulna Nerve) และเส้นประสาทแขน (Brachial plexus) จัดขาทั้ง 2 ข้างวางแยกกันเล็กน้อย ระวังอย่าให้ขาทั้ง 2 ข้างเกยกัน เพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาทบริเวณข้อพับเข่า(peroneus & tibia nerve)ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับ เช่น ท้ายทอย ต้อคอ สะบัก สะโพก แล้วใช้สายรัดบริเวณเหนือเข่าประมาณ 2 นิ้ว 2.ลดอาจเกิดการบาดเจ็บของระบบประสาทส่วนแขน ได้แก่ brachial plexus, ulna, radian, โดยใช้ที่สำหรับรองแขน (arm boards) ควรกางออกด้านข้างไม่เกิน90องศาและอยู่ในระดับเดียวกับพื้นเตียง 3.ไม่ควรรัดแขนมากเกินไปอาจทำให้เกิดกดทับเส้นประสาท anterior interosseous nerve	-ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายโดยมีอุปกรณ์ support ที่คอ ศีรษะ และแขนทั้ง2ข้าง -แขนของผู้ป่วยทั้ง2ข้างถูกยกไม่เกิน 90 องศาในการท่ายาฆ่าเชื้อและไม่กางแขนคนไข้เกิน 90องศา จากข้อเดียว -หลังจากผ่าตัดผู้ป่วยปวดแขนเล็กน้อย pain score = 2 คะแนน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ: ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Breast surgery with lymph node dissection) ของโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ:

- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Breast surgery with lymph node dissection) เท่ากับ 0

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผู้ศึกษาได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Breast surgery with lymph node dissection) มาประยุกต์ใช้ในงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

ผลการประเมินหลังจากมีแนวทางการดูแล พบว่า

6.1 บุคลากรพยาบาลผ่าตัด มีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Breast surgery with lymph node dissection) ในระดับมากที่สุดร้อยละ 100

6.2 ผลจากการนำรูปแบบมาใช้ สังเกตว่าได้ผลกระทบเชิงบวก พยาบาลผ่าตัดมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม สามารถนำไปใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ในการผ่าตัดและดูแลหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษาต่อเนื่องและภาพลักษณ์หลังผ่าตัด ได้จัดทำ QR code แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเปิดดูคำแนะนำได้ตลอดเวลา ให้คำแนะนำเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ การใส่เสื้อชั้นใน, การใช้เต้านมเทียมหลังผ่าตัด และแผนการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเพื่อทำเคมีบำบัด ดูแลให้กำลังใจ ให้ความรู้และทำความเข้าใจ เตรียมความพร้อมอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นในการรักษา รวมทั้งอธิบายถึงสิทธิการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจประสานส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อเพื่อทำเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตัดสินใจไปรับการรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตอบข้อสงสัยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับแพทย์

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ได้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่า หลังผ่าตัดสามารถใส่เต้านมเทียมได้ โดยผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าตัดเต้านมสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ

8.2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กังวลต่อการรักษาและการลุกลามของโรค รวมถึงการกลับมาเป็นซ้ำ ให้กำลังใจ ให้ข้อมูล ให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ แนะนำการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตัวที่โรงพยาบาลอื่นเพื่อให้ยาเคมีบำบัด

8.3 ผู้ป่วยใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งที่แผลผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องดูแลไม่ให้สายหัก งอ หรือเลื่อนหลุด ดูแลให้เป็นระบบสุญญากาศเพื่อระบายสารคัดหลั่งได้ดี เพื่อไม่ให้เกิดการอุดตัน แขนบวมหรือเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 หน่วยงานควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมโดยใช้สื่อทางโทรศัพท์ เปิด QR code เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม

9.2 จัดกิจกรรมให้ความรู้รายบุคคลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อให้มีการมีการพูดคุยปรับตัวต่อการสูญเสียเต้านมภายหลังผ่าตัด เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและความคิดเห็นกับพยาบาล รวมทั้งวิธีการปรับตัว ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับและปรับตัวต่อภาวะการสูญเสียภาพลักษณ์ได้ดี

9.3 หน่วยงานห้องผ่าตัดมีการโทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านถ้าพบปัญหาเกี่ยวกับแผลผ่าตัดควรแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลและประสานหน่วยงานเยี่ยมบ้านโดยใช้ระบบ thai coc หรือกลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) –

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1)นางสาวปิยะนุช..ลือศิริ..... สัดส่วนผลงาน100 %.....
- 2)-..... สัดส่วนผลงาน-.....
- 3)-..... สัดส่วนผลงาน-.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางปิยะนุช ลือศิริ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๖.๕ พ.ค. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวปิยะนุช ลือศิริ	
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางฉวีวรรณ ล่องสุวรรณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(วันที่) **20 พ.ค. 2568**

(ลงชื่อ) 

(นายอนุกุล เอกกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(วันที่) **22 พ.ค. 2568**

(ลงชื่อ) 

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(วันที่) **๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๘**

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะก่อนผ่าตัดในยุคดิจิทัล
2. หลักการและเหตุผล

การพัฒนานวัตกรรมและนำนวัตกรรมมาใช้ขับเคลื่อนการพัฒนาในทุกมิติเพื่อยกระดับศักยภาพของประเทศ เพื่อสนับสนุนการบริการ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการนำนวัตกรรมทางด้านสุขภาพมาปรับใช้ ให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดปริมาณมาก (High Volume) ของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลปากเกร็ด เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีการใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน การเย็บก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการผ่าตัด ทราบวิธีปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงขณะอยู่ในห้องผ่าตัด การให้คำแนะนำให้เหมาะกับยุคสมัยที่มีการใช้เทคโนโลยี มาสนับสนุนบริการ จึงคิดพัฒนานวัตกรรมการดูแลในระยะก่อนผ่าตัดขึ้น โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีจุดเน้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับทราบข้อมูลการผ่าตัดครอบคลุมการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด อย่างเป็นรูปธรรม ช่วยลดอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ซ้ำหากลืม และหากไม่เข้าใจสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ในไลน์ ในระยะเวลาตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด ถือเป็นนวัตกรรมบริการในยุคดิจิทัลที่เหมาะสมกับวัยและช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

งานบริการผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลปากเกร็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีปริมาณการผ่าตัดจำนวนมาก สถานการณ์การผ่าตัด ย้อนหลัง 5 ปีงบประมาณ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563 -2567 มีจำนวนการผ่าตัด 902, 756, 885 1,090 และ 1,276 คน ตามลำดับ โดยเป็นการผ่าตัดใหญ่จำนวน 662, 608, 700 784 และ 795 ตามลำดับ โดยบางหัตถการมีความซับซ้อนเกินศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน แต่จำเป็นต้องผ่าตัด เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายภาระงานมาก เต็มเต็ม ไม่สามารถรองรับการส่งต่อได้ทุกสถานการณ์ และโรงพยาบาลปากเกร็ดเองมีแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการช่วยและส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ การเย็บก่อนผ่าตัดจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ ทั้งเพื่อประเมินผู้ป่วยว่าสามารถเข้ารับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยได้หรือไม่ และเป็นการเตรียมผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย, จิตใจ, อารมณ์, สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อเข้ารับการผ่าตัด ได้อย่างมีความพร้อมที่สุด

บทวิเคราะห์

นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล วางแผนประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด โดยจัดทำเป็นคำแนะนำในรูปแบบ E-learning ผ่านการสแกน QR code ให้เหมาะกับยุคดิจิทัล ผู้ป่วยผ่าตัด จะได้รับสาระสำคัญของการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวครบถ้วนและเห็นภาพประกอบ ทำให้เกิดความเข้าใจ อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งจัดตั้งกลุ่มไลน์ในการดูแลต่อเนื่องจนถึงหลังผ่าตัด เพื่อสื่อสารสองทางเสมือน มีบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดทั้งในการติดตามแผลผ่าตัดไม่ให้ติดเชื้อ อาการแทรกซ้อนช่วงแรกของการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยวางแผนช่วงเริ่มต้นทำในการผ่าตัดที่มีปริมาณเยอะ (High Volume) อย่างการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่มีการใช้สมาร์ทโฟนในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว ซึ่งต้องให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง การพัฒนานวัตกรรมการเย็บก่อนผ่าตัด

ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล จึงเป็นแนวคิดที่จะทำเพื่อปรับปรุงงานบริการผ่าตัด โดยใช้ Design Thinking ในการออกแบบนวัตกรรมการเย็บระยะก่อนผ่าตัด เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมของทีมผ่าตัดให้เห็นความสำคัญ เกิดการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน นวัตกรรมการเย็บก่อนผ่าตัดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย อุ่นใจ คลายกังวล มีแหล่งขอคำปรึกษาในระยะก่อนการผ่าตัดและได้รับข้อมูลการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวที่ครบถ้วน ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ซ้ำ หากผู้ป่วยจดจำไม่ได้ ถือเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมในยุคดิจิทัล ที่หากผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม ได้รับข้อมูลการผ่าตัดและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระยะการเย็บก่อนผ่าตัดจากทีมผ่าตัด แล้วจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

แนวความคิด

นวัตกรรมการเย็บก่อนผ่าตัดด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นการวางแผนดำเนินการโดยใช้ แนวคิดการออกแบบ (Design Thinking) ของ ดี สคูล เป็นฐาน เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและหาแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ผ่าน 5 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ 1) การทำความเข้าใจเชิงลึก 2) การนิยามและตีความปัญหา 3) การสร้างสรรค์ระดมจินตนาการแบบไร้ขีดจำกัด 4) การพัฒนาต้นแบบ และ 5) การทดสอบต้นแบบ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การทำความเข้าใจเชิงลึก (Empathize) ศึกษาสถานการณ์การเย็บก่อนผ่าตัดเดิม ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดต่างๆ โดยสัมภาษณ์ทีมผ่าตัดและผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มเสี่ยงสูง High Risk / High Volume
2. การนิยาม /การตีความปัญหา (Define) กำหนดรูปแบบการเย็บที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดนำร่องที่จะพัฒนานวัตกรรมการเย็บก่อนผ่าตัดนี้ วางแผนระยะเวลาดำเนินการ บทบาทหน้าที่ของทีมผ่าตัด
3. การสร้างสรรค์ระดมจินตนาการแบบไร้ขีดจำกัด (Ideate) กำหนดวันประชุมระดมสมอง สร้างการมีส่วนร่วม ให้ทุกคนในทีมผ่าตัดได้สนทนากลุ่มนำเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการเปิดมุมมองใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในกระบวนการเย็บก่อนผ่าตัดให้เหมาะกับยุคปัจจุบันที่มีการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมการดูแลต่าง ๆ
4. การพัฒนาต้นแบบ (Prototype) รวบรวมและคัดเลือกเอาวิธีการที่น่าสนใจออกแบบนวัตกรรมการเย็บก่อนผ่าตัดที่ทีมผ่าตัดเห็นพ้อง
5. การทดสอบต้นแบบ (Test) นำนวัตกรรมการเย็บผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมาใช้และปรับปรุงเป็นระยะจนเกิดความเหมาะสม

ข้อเสนอ

วางแผนช่วงเริ่มต้นทำในการผ่าตัดที่มีปริมาณเยอะ (High Volume) อย่างการผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวันอยู่แล้วและการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) ซับซ้อนในการดูแลอย่างเช่น การผ่าตัดมะเร็งเต้านม ซึ่งต้องให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง การพัฒนานวัตกรรมการเย็บก่อนผ่าตัดด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล จึงเป็นแนวคิดที่จะทำเพื่อปรับปรุงงานบริการผ่าตัด โดยจะนำแนวคิดการออกแบบเป็นฐาน (Design Thinking) มาใช้ในการออกแบบนวัตกรรมการเย็บก่อนผ่าตัดอย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรม บุคลากรมีส่วนร่วมในการออกแบบ แสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะ มีนวัตกรรมการเย็บก่อนผ่าตัดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย อุ่นใจ คลายกังวล ถือเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมในยุคดิจิทัล

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ได้นวัตกรรมการเย็บผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ที่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม
- 4.2 ประหยัดเวลาในการเย็บของทีมผ่าตัด แต่ได้ดูแลในเชิงลึกที่มีคุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้น
- 4.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการเย็บก่อนผ่าตัดด้วยนวัตกรรมนี้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
- 4.4 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดลดลง
- 4.5 ผู้ป่วยที่ได้รับการเย็บก่อนผ่าตัดด้วยนวัตกรรมนี้ มีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 อัตราการเย็บก่อนผ่าตัดด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตร
ทางหน้าท้อง = 100%
- 5.2 อุบัติการณ์ การติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง = 0
- 5.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการเย็บก่อนผ่าตัดด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัล > 80%

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปิยะนุช สือศิริ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 16 พ.ค. 2568

ผู้ขอประเมิน

3. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล)
- (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๑ ๓ มิ.ย. ๒๕๖๔

4. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- (☒) ผ่านการประเมินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
- (☐) ไม่ผ่านการประเมินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
- (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(ตำแหน่ง)

(วันที่) ๒๔ มิ.ย. ๒๕๖๔

หมายเหตุ : ความเห็นของผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีความเห็นหนึ่งระดับได้

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นายปณพงษ์ ไหมแพง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลพิมลราช กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๙๕๖๕๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลพิมลราช กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๙๕๖๕๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกรังแก” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัด

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กันยายน ๒๕๖๗ – ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยถูกงูเห่ากัดเป็นภาวะฉุกเฉิน ทางอายุรศาสตร์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นจากภาวะวิกฤตได้ การช่วยเหลือเริ่มตั้งแต่การปฐมพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของพิษงูเห่าเริ่มเข้าสู่กระแสโลหิต การช่วยเหลือฉุกเฉินที่สำคัญคือการดูแลระบบทางเดินหายใจการให้สารต้านพิษ การลดความเจ็บปวดรวมถึงการดูแลแผล ซึ่งการดูแลเหล่านี้ต้องทำอย่างถูกต้องและรวดเร็วทันเวลาที่จึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

งูเห่า เป็นงูบก เป็นงูพิษขนาดกลาง มีนิสัยดุร้าย จัดอยู่ในสกุล ที่มีชื่อสามัญว่า Cobra มีหลายสีคือดำ น้ำตาล เขียวอมเทา เหลืองหม่น รวมทั้งสีขาวยังมีทั้งที่มีลายตามตัวและไม่มีลายเลย หัวมีลักษณะกลมรียาว มีลายดอกจัน เหน็บบนส่วนหัว เห็นชัดเจน แม่แม่เบี้ย ทางเรียวยาวการเคลื่อนไหวปกติจะเลื้อยไปช้าๆ ค่อนข้าง ว่องไว เมื่อเกิดอาการตกใจมักจะชูคอ ทำเสียงขู่ฟูๆจากการหายใจแรงและฉกกัดเมื่อถูกตัวหรือมาใกล้ชิดตัว บางชนิดสามารถพ่นพิษได้อาจพ่นพิษใส่โดยไม่ต้องกัด พ่นพิษได้ไกล ๒-๓ เมตร น้ำพิษจะพุ่งกระจาย ออกมาเป็นฝอยจากรูเขี้ยว งูเห่าสามารถแม่แม่เบี้ยได้สูงที่สุดประมาณ ๑ ใน ๓ ของความยาวลำตัว เกล็ดบน หัวมีขนาดใหญ่ ขอบอยู่ตามพื้นดิน อาหารคือ หนู่นก หรือ สัตว์ขนาดเล็กกว่า พิษมีฤทธิ์ทำลายระบบ ประสาท (neurotoxin) ผลต่อระบบหัวใจ (cardiotoxin) เอ็นไขว้ชนิดต่างๆ ออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อและ เส้นประสาท (neuromuscular junction) ทำให้เกิดอัมพาตของศูนย์หายใจอัมพาตของกล้ามเนื้อต่างๆ ทำให้ หัวใจหยุดเต้น

อาการและอาการแสดง

เริ่มแรกบริเวณที่ถูกกัดจะบวมภายใน ๑๐ นาทีและปวดบริเวณที่บวม ต่อมาจะมีอาการซึม ง่วงนอน หนังตาตก ตาปรี๊ดลึบตาไม่ขึ้น ต่อมาแขนขาจะอ่อนแรง เดินไม่ไหวเหมือนไม่มีแรง ตามัว กระวน กระวายขาเกร็งเกร็ง ลื่นเกร็ง อ้าปากไม่ได้ พุดอ้อแอ้ ลำคอตึงตรงไม่ได้ น้ำลายฟูมปากเนื่องจากกล้ามเนื้อ การกลืนเป็นอัมพาต หายใจลำบากเพราะกล้ามเนื้อช่วยการหายใจเป็นอัมพาต ขั้นสุดท้ายจะหยุดหายใจ หดสติและหัวใจหยุดเต้น อาจเสียชีวิตได้ภายใน ๒-๓ ชั่วโมง หลังจากถูกกัด หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ทันทีที่ ส่วนผิวหนังบริเวณที่ถูกกัดจะมีอาการบวม เจ็บในบริเวณที่ถูกกัด ในกรณีรุนแรงสามารถพบ การอักเสบและเกิดเนื้อตาย (necrosis) บริเวณที่ถูกกัดหรือบริเวณรอยเขี้ยวได้

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัด อาศัยประวัติซากงูหรือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์การ ตรวจร่างกายพบรอย เขี้ยว (Fang mark) มีการแสดงของการถูกงูพิษกัดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันว่าถูกงูพิษ กัด เป็นชนิดใดและได้รับพิษเข้าสู่ร่างกายหรือไม่ ตลอดจนประเมินความรุนแรงเกี่ยวกับอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว

การรักษา มีการรักษาเฉพาะคือ

๑. การช่วยการหายใจ
๒. การให้เซรุ่มแก้พิษงู
๓. การดูแลรักษาแผลที่ถูกงูกัด
๔. การรักษาประคับประคองและรักษาตามอาการ
๕. การพยาบาลเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่ถูกงูมีพิษกัด นับเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ ดังนั้นควรได้รับการ วินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ การรักษาที่รวดเร็ว ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย กะทันหัน ทำให้เกิดภาวะเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ต้องนอนโรงพยาบาลนานและเสียค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องอาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้เพื่อให้สามารถประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองจากสถิติของระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รายงานสถานการณ์ผู้ถูกงูพิษกัดในปี ๒๕๖๗ ว่าประเทศไทยพบการตายจากสาเหตุงูกัด จำนวน ๒๖ ราย โดยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ ๔ จำนวน ๒ รายและมีผู้ถูกงูกัด ๗๕๗ ราย จัดอยู่อันดับ ๗ ของประเทศไทย ส่วน โรงพยาบาลพิมลราช พบงูพิษกัด ๓ ราย refer โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ๑ ราย on ET Tube ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัดโดยมีขั้นตอนดังนี้

วัตถุประสงค์

๑. วิเคราะห์ปัญหาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัดได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
๒. เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัด
๓. เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัด
๔. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัดได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องปลอดภัยและได้มาตรฐานวิชาชีพ

ขั้นตอนเตรียมการ

๑. คัดเลือกกรณีตัวอย่างเพื่อการศึกษา
๒. ปรึกษาแพทย์และพยาบาลชำนาญการเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการนำมาศึกษา
๓. ค้นคว้าตำราและเอกสารวิชาการต่างๆเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย
๒. ศึกษาการดำเนินการของโรค และติดตามการรักษาของแพทย์
๓. รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจรักษาของแพทย์
๔. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
๕. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
๖. นำข้อมูลที่รวบรวมแล้วให้ผู้มีความรู้ความสามารถด้านวิชาการช่วยตรวจสอบความถูกต้อง
๗. เผยแพร่ผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

การศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัด ๑ เรื่อง

เชิงคุณภาพ

๑. อัตราการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ๑๐๐ %
๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ๐ %

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัดได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามหลักวิชาการเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค

๒. บุคลากรในหน่วยงานมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัด สามารถประเมิน อาการผิดปกติและรายงานอาการกับแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการตายและความพิการใน ผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัด

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยถูกงูเห่ากัดแบบแสดงอาการเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ พยาบาล ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและมีประสบการณ์ที่จะประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต หากได้รับการประเมินการช่วยหายใจล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจและเสียชีวิตได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ขาดทักษะประสบการณ์ของบุคลากรในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัด

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาล ที่ให้การดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา ตลอดจนแนวทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย

๒. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรมีการประสานงานในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย กับญาติโดยเน้นเรื่องการดูแลแผลไม่ให้ติดเชื้อภายหลังจำหน่ายและสังเกตอาการที่ผิดปกติและการมาตรวจ ตามแพทย์นัด

๓. ควรมีการส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยถูกงูกัด นับเป็นอุบัติเหตุอย่างหนึ่ง ซึ่งต้องการการปฐมพยาบาลที่ถูกต้อง ฉะนั้นจึงควรให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ถูกงูกัดในขั้นต้นช่วยป้องกันการกระจายของพิษงูให้ช้าลง และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ทันทั่วทั้ง

- ผู้ป่วยถูกงูเห่ากัด แผลจะมีการติดเชื้อ โดยเฉพาะเชื้อในปากของงู ฉะนั้นการดูแลแผลเบื้องต้นที่ถูกต้องช่วยป้องกันการเกิดเนื้อตาย หรือถ้าเกิดเนื้อตายขึ้นแล้ว การตกแต่งบาดแผลให้เร็วที่สุดก่อนที่เนื้อตายจะขยายกว้าง และลึกกว่าเดิม น่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด เพื่อประหยัดเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลรวมถึงลดการสูญเสีย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑.) นายปนพงษ์ โม่แพง สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายปนพงษ์ โม่แพง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๑ / พ ๑ / ๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายปนพงษ์ ไม้แพง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวสมพร นุ่นเลิศ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

วันที่ ๒๖ / ๗ / ๖๕

(ลงชื่อ).....

(นายเอกวุฒิ ตั้งตรงไพโรจน์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมลราช

วันที่ ๒๖ / ๗ / ๖๕

(ลงชื่อ).....

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

วันที่ ๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๕

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
หนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุง

(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง แผนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยพบอุบัติการณ์เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกเฉลี่ย ๙๕.๙ ต่อแสนประชากรต่อปี และเป็น ๑ ใน ๖ สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานด้วยการกดหน้าอกและการช่วยหายใจที่ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพบว่าการช่วยฟื้นคืนชีพ ทันทีหลังเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ถึง ๓ เท่า ในทางกลับกันความล่าช้าในการช่วยฟื้นคืนชีพทุกๆ นาทีจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตลดลงถึงร้อยละ ๑๐-๑๕ (Porzer, Mrazkova, Homza, & Janout, ๒๐๑๗) ทั้งนี้คุณภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานขึ้นอยู่กับความรู้และ ทักษะของประชาชนแต่ละคน จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ ๙๖ ของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานระดับปานกลาง แต่ยังขาดทักษะในทางปฏิบัติ (Papi, Hakim, & Bahrami, ๒๐๒๐) รวมถึงการขาดการฝึกฝนทักษะและมีการฝึกอบรมประชาชนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานน้อยมาก ประชาชนจึงไม่มีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นจำนวนมาก ประชาชนหรือญาติมีบทบาทสำคัญในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับผู้ที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากเป็นบุคคลแรกที่พบเห็นผู้ที่ภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนมาถึงโรงพยาบาล

จากการทบทวนรายงานสถิติของหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิมลราช มีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเข้ารับการรักษาระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ จำนวน ๓๖ และ ๓๑ รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยกลับมาฟื้นคืนชีพและมีชีพจร(Return of spontaneous circulation; ROSC) ภาวะที่กลับมามีการไหลเวียนเลือดได้เองอีกครั้งหนึ่ง จำนวน ๔ และ ๓ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๑.๑๑ และ ๙.๖๗ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนมาถึงโรงพยาบาลจะทำให้อัตราการฟื้นคืนชีพน้อยลง ดังนั้นประชาชนควรได้รับการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและจะส่งผลให้คุณภาพของการช่วยชีวิตขั้นสูงขณะมาถึงโรงพยาบาลตีมากขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวเบื้องต้น ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน ดังนั้นผู้รับประเมินจึงมีแนวคิดในการจัดทำ แผนปฏิบัติการทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่บริการ ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการภายในโรงพยาบาลพิมลราชมีความพร้อมและสามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานได้อย่างมีคุณภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเพิ่มโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการช่วยชีวิตทันทีก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือเกิดภาวะสมองตายอย่างถาวรดังนั้นประชาชนหรือญาติผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างมากต่อการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ประชาชนควรมีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่แม่นยำ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตก่อนมาถึงโรงพยาบาล และมีความปลอดภัยจากการวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน พบว่า ประชาชนมีความกังวลและไม่กล้าลงมือปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งจากการประเมินความรู้เบื้องต้น พบว่าประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ขาดความมั่นใจในการลงมือช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และมีกลุ่มที่กล้าปฏิบัติ แต่มีปัญหาในการกดหน้าอกโดยกดตำแหน่งที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นเพื่อประชาชน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพิมลราช ได้มีการพัฒนาทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และสามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการให้ความรู้ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนและผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลพิมลราช โดยประยุกต์ใช้

สุด และสามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการให้ความรู้ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพใหม่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิมลราช โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ของบุคคลมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน ๓ ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) และ ด้าน ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) ซึ่งการพัฒนาทักษะของผู้เรียนจะต้องมุ่งเน้นพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัยหรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญและแสดงออกมาได้โดยตรง โดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้วัดระดับทักษะพฤติกรรมด้านทักษะพิสัยตั้งแต่ ระดับต่ำไปจนถึงระดับสูงแบ่งออกเป็น ๕ ชั้น (พิจิตรา ธงพานิช, ๒๕๖๓) ดังนี้

๑. การรับรู้ เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้ถึงหลักการการปฏิบัติที่ถูกต้อง

๒. การกระทำตามแบบหรือเครื่องชี้แนะ เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกและกระทำซ้ำๆ เพื่อให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจให้ได้หรือสามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อเสนอแนะ

๓. การหาความถูกต้อง เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะและพยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติจากการกระทำซ้ำ

๔. การกระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตัวเองและกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่อง จนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติงานที่ย่างยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง คล่องแคล่ว โดยอาศัยการฝึกฝนและการกระทำอย่างสม่ำเสมอ

๕. การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ เป็นพฤติกรรมที่ได้จากการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องจนสามารถปฏิบัติได้คล่องแคล่ว ว่องไว อัตโนมัติ และเป็นธรรมชาติ ซึ่งถือเป็นทักษะความสามารถของการปฏิบัติในระดับสูง

การช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลเป็นขั้นตอนการปฏิบัติการเพื่อใช้เครื่องมือกระตุ้นให้หัวใจกลับมาทำงานอีกครั้งโดยใช้ยา อุปกรณ์ และเครื่องมือพิเศษต่างๆ หลักในการปฏิบัติการช่วย ฟื้นคืนชีพขั้นสูง คือ ๑) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Cardiac Life Support) ที่มีการใช้อุปกรณ์ ยา และเครื่องมือในการช่วยชีวิต โดยพยาบาลที่ให้ความช่วยเหลือต้องผ่านการฝึกอบรมทั้งความรู้และทักษะ เพื่อให้มีความสามารถเพียงพอในการช่วยเหลือผู้ป่วย ๒) การใช้เทคนิคพิเศษสำหรับการแก้ไขให้ทรงไว้ซึ่งการไหลเวียน และการหายใจที่มีประสิทธิภาพ ๓) การใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับเฝ้าระวังค้นหาลักษณะหัวใจเต้นผิดปกติที่เป็นอันตราย ๔) การดูแลการไหลเวียนโดยเปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำและยาในภาวะฉุกเฉิน ๕) การแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากระบบการหายใจและหัวใจหยุดทำงาน ๖) การใช้ความรู้ ทักษะและการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการช่วยเหลือตามขั้นตอนการปฏิบัติให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและปลอดภัยจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ขั้นตอนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง คือ

ขั้นที่ ๑ ขั้นตอนการช่วยระบบไหลเวียนโลหิตให้เพียงพอ เพื่อให้หัวใจทำหน้าที่บีบปั๊มเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ อย่างเพียงพอวิธีการคือการกดนวดหัวใจ

ขั้นที่ ๒ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้การช่วยหายใจมีประสิทธิภาพเมื่อพบว่าผู้ป่วยหมดสติต้องให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยจัดท่าให้นอนหงายและเปิดทางเดินหายใจ

ขั้นที่ ๓ การช่วยหายใจ เพื่อระบายอากาศเข้า - ออก จากปอดโดยปฏิบัติต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ ๒

ขั้นที่ ๔ การเปิดหลอดเลือดดำและให้ยาในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เพื่อช่วยแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตอันเกิดจากภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ สมรรถนะของพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพพยาบาลควรมีคุณสมบัติดังนี้

๑. มีความรู้และปฏิบัติตามขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง

๒. มีความรู้เรื่องยาที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ตลอดจนสามารถบริหารจัดการเรื่องยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ในหน่วยงาน อย่างเพียงพอ

๓. รู้แนวทางและกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ และพัฒนาศักยภาพของตนเองและหน่วยงานในเรื่องการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โรงพยาบาลพิมลราช มีความรู้และทักษะ การช่วยชีวิตขั้นสูงได้อย่างมีคุณภาพ

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โรงพยาบาลพิมลราช

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. **ขั้นเตรียมการ**

๑.๑ ประชุมทีมหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อวิเคราะห์ทักษะการช่วยชีวิตขั้นสูงที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

๑.๒ เขียนโครงการและเสนอต่อหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุมัติ

๑.๓ ประชาสัมพันธ์และชี้แจงรายละเอียดโครงการต่อกลุ่มเป้าหมาย

๒. **ขั้นดำเนินการ**

๒.๑ ให้ผู้เข้าร่วมโครงการทำแบบประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยชีวิตขั้นสูงก่อนเข้าร่วม

๒.๒ จัดกิจกรรมให้ความรู้และสาธิตการช่วยชีวิตขั้นสูงโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้รับรู้ถึงหลักการการปฏิบัติที่ถูกต้อง

๒.๓ ให้ผู้เข้าร่วมโครงการฝึกปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูง โดยประยุกต์ใช้สถานการณ์จำลองจนสามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงได้อย่างถูกต้อง โดยไม่ต้องคอยให้คำชี้แนะ

๓. **ขั้นประเมินผล**

๓.๑ ให้ผู้เข้าร่วมโครงการทำแบบประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยชีวิตขั้นสูง หลังเข้าร่วมการอบรม

๓.๒ กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการฝึกฝนทักษะการช่วยชีวิตสูงอย่างต่อเนื่อง

๓.๓ สรุปและรายงานผลดำเนินการเพื่อเสนอต่อหัวหน้าหน่วยงาน

๔. **ขั้นปรับปรุงงาน**

๔.๑ ประชุมทีมหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดำเนินการ

๔.๒ นำผลการประเมินการอบรมไปปรับปรุงแก้ไข และพัฒนางานในโอกาสต่อไป

ระยะเวลาในการดำเนินงาน เมษายน ถึง มิถุนายน ๒๕๖๙ รวมเวลา ๓ เดือน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. พยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โรงพยาบาลพิมลราช มีความรู้และทักษะในการช่วยชีวิตขั้นสูงที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. พยาบาลวิชาชีพพบใหม่ มีความรู้ความสามารถในการการช่วยชีวิตขั้นสูง ตามเกณฑ์ร้อยละ ๘๐

๒. ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นได้รับการช่วยชีวิตขั้นสูง และมีประสิทธิภาพ ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....

(นายพนพษ์ ไม้แพง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๑๙ / ๗ / ๖๙

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๕ แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นายพนพงษ์ โม่แพง

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	๑๔
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	๒๗
๓. ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	๒๗
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	๕
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสี่ยงสละภาวะผู้นำวิสัยทัศน์	๑๐	๕
รวม	๑๐๐	๖๘

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(นางสาวสมพร หุ่นเลิศ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) ๒๒ / ๗๑ / ๖๕

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(☐) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) ๑๐๙๕

(นายเอกวุฒิ ตั้งตรงไพโรจน์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมลราช

(วันที่) ๒๖ / ๗๑ / ๖๕

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน).....

(...**(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)**...)

(ตำแหน่ง).....**ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี**.....

วันที่...../**๒๕** **มิ.ย.** **๒๕๖๔**/.....

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางสาวรุ่งทิwa เสงสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๑๐๙๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๑๐๙๖	เลื่อนระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยใช้เลือดออกแดงก้นในเด็ก” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เลือดออกแดงก้นในเด็ก” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						๑๐๐%



ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก

๒. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ – พฤษภาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญการ หรือเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก

โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic Fever, DHF) เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันจากไวรัสเดงกี (dengue virus) เป็นสาเหตุที่มียุงลาย (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำเชื้อ ยุงลายเป็นยุงที่แพร่พันธุ์ได้ดีในเขตเมืองและเขตชุมชน ปัจจุบันโลกร้อนมากขึ้นระยะเวลากลางวันยาวนานขึ้นเพิ่มเวลาการออกหากินของยุงลาย การระบาดจึงเพิ่มมากขึ้น เชื้อไวรัสไข้เลือดออกเดงกีมี ๔ สายพันธุ์คือ DENV-๑, DENV-๒, DENV-๓ และ DENV-๔ ซึ่งแต่ละสายพันธุ์มีความแตกต่างกัน ดังนั้น การติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์หนึ่งไปแล้วไม่มีผลต่อการมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสสายพันธุ์อื่น ทำให้โรคไข้เลือดออกเดงกีเป็นซ้ำได้ เมื่อผู้ป่วยมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีซ้ำในภายหลังทำให้อาการของโรครุนแรงกว่าการติดเชื้อครั้งแรก เด็กที่ติดเชื้อมี ๒ กลุ่มคือไม่มีอาการเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ ๙๐ มีอาการเป็นส่วนน้อยคิดเป็นร้อยละ ๕ และมีอาการเลือดออกคิดเป็นร้อยละ ๕ โดยเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรกมักไม่มีอาการ หรือ มีอาการไม่รุนแรง กลุ่มที่มีอาการแรกเริ่มจะเหมือนการติดเชื้อไวรัสทั่วไป คือมีอาการไข้สูง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามร่างกายต่อมาจะพบเลือดออกผิดปกติในระบบต่างๆของร่างกายตามมา

การติดเชื้อไวรัสเดงกี ยุงลาย (Aedes aegypti) ตัวเมียดูดเลือดผู้ติดเชื้อไข้เลือดออกเดงกีในระยะที่มีเชื้อในกระแสเลือดสูง (Viremia) เชื้อจะเพิ่มจำนวนในตัวยุงประมาณ ๘ - ๑๐ วัน เชื้อไวรัสเดงกีจะเพิ่มจำนวนที่ผนังของกระเพาะกระเจายสู่ต่อมน้ำลายของยุง เมื่อยุงที่มีเชื้อกัดคนจะแพร่เชื้อสู่คน โดยยุงลายตัวเมียที่มีเชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ตลอด อายุขัยประมาณ ๓๐ - ๔๕ วัน ยุงลายมีธรรมชาติการหากินในเวลากลางวัน เด็กเล็กจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ถูกยุงลายมีเชื้อกัดเพราะเป็นวัยที่ต้องนอนกลางวันทั้งที่บ้านและโรงเรียน วจรชีวิตยุงลายชอบวางไข่ในน้ำสะอาดที่ขังนานกว่า ๗ วัน เช่น ยางรถยนต์ กะลา กระป๋อง จานรองขาตู้กับข้าว ไข่ยุงลายสามารถทนต่อความแห้งแล้งได้นานถึง ๑ ปี เมื่อสภาพแวดล้อมเพิ่มความชื้นในช่วงฤดูฝนไข่จะฟักตัวเป็นยุงได้ภายใน ๙-๑๒ วัน

พยาธิกำเนิดภาวะเลือดออกผิดปกติในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี ภาวะเลือดออกผิดปกติเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี ความรุนแรงของภาวะเลือดออกขึ้นอยู่กับ การที่ผนังเซลล์เอนโดทีเลียมถูกทำลายเสียหายมากและการถูกทำลายเกิดขึ้นทั่วร่างกาย กระบวนการสร้างลิ่มเลือดถูกกระตุ้นทำให้เกิดเลือดและปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการรั่วของพลาสมาปริมาณมาก มีภาวะช็อกและเลือดเป็นกรดทำให้กระบวนการสร้างลิ่มเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ภาวะตับอักเสบรุนแรงหรือภาวะตับวายจะทำให้การสร้างปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดลดลง หากไม่สามารถควบคุมภาวะเลือดออกได้จะทำให้ร่างกายมีการใช้เกล็ดเลือดและ ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจาย ในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation, DIC) ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจาย ในหลอดเลือด (DIC) ส่งผลให้ปัจจัยการสร้างระบบ การแข็งตัวของเลือดและระบบการสลายลิ่มเลือดทำงานไม่สมดุลกันเกิดภาวะเลือดออกผิดปกตินอกจากนี้กระบวนการสร้างลิ่มเลือดจะถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่องทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดฝอยทำให้อวัยวะของร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดภาวะล้มเหลวตามมา

อาการและอาการแสดง อาการของโรคไข้เลือดออกเดงกีในระยะเริ่มแรกจะปรากฏอาการไม่ค่อยแน่ชัด ประมาณร้อยละ ๙๐ ไม่มีอาการที่ชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก สามารถแบ่งระยะของโรคตามอาการ (Sign) อาการแสดง (Symptom) และการดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะไข้สูงเฉียบพลัน (Acute febrile stage) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทุกรายจะมีไข้สูงลอยเกือบประมาณ ๒ - ๗ วัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน ๓๘.๕ - ๔๐.๖ องศาเซลเซียส มีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาจมีอาการปวดท้องทั่ว ๆ หรือปวดบริเวณชายโครงด้านขวา ในรายที่มีตับโตในวันที่ ๓ - ๔ ของการมีไข้จะพบมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง การตรวจ Tourniquet test ให้ผลบวกได้

วิธีการทำ Tourniquet Test

๑. เลือก Cuff ขนาดที่เหมาะสม ความกว้างประมาณ ๒ ใน ๓ ของต้นแขน
๒. ปีบความดันไว้ที่กึ่งกลางระหว่าง Systolic และ Diastolic pressure (SBP+DBP/๒)
๓. รัดค้างไว้ประมาณ ๕ นาที คลายความดันและ Cuff ออกจากแขนผู้ป่วย
๔. รอ ๑ นาทีอ่านผลการทดสอบ
๕. ผล Positive: มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ จุด/ตารางนิ้ว
๖. ถ้าผล Positive ร่วมกับ WBC น้อยกว่า ๕,๐๐๐ Cells/mm.

โอกาสเป็นไข้เลือดออกประมาณ ๘๐%

ระยะวิกฤติหรือระยะช็อก (Critical Stage) การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น เกิดขึ้นเมื่อไข้ลดลง อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ ๓ ถ้ามีไข้มาแล้ว ๒ วันหรือเกิดวันที่ ๔ ถ้ามีไข้มาแล้ว ๗ วันมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เรียกว่า Dengue shock syndrome : DSS เกิดเมื่อความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแดงก็อยู่ในเกรด ๓ และ เกรด ๔ เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือดจำนวนมากและต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงก็ ระยะการรั่วของพลาสมาจะประมาณ ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง โดยมีข้อมูลบ่งชี้ คือ ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) เพิ่มมากกว่าร้อยละ ๒๐ ระดับอัลบูมินและโปรตีนในเลือดลดลง มีอาการ กระสับกระส่าย ปวดท้อง มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง Pulse Pressure < ๒๐ มิลลิเมตรปรอท capillary filling time มากกว่า ๒ วินาที มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดทำให้มีอาการหายใจลำบาก ไอไม่เสมหะเป็นฟองหรือเสมหะปนเลือด และมีน้ำในช่องท้องทำให้แน่นอึดอัดหายใจไม่สะดวก ค่าความดันใน หลอดเลือดดำส่วนกลางต่ำ การมีเกล็ดเลือดต่ำจากภาวะเลือดออกง่ายเกิดจากการกดไขกระดูกในระยะไข้สูง จากปฏิกิริยาการทำลายภูมิคุ้มกันของไวรัส Antibody complex ต่อเกล็ดเลือด และการเกาะของเกล็ดเลือด ที่ถูกทำลายบริเวณผนังเซลล์ของหลอดเลือดทำให้ มีการกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด (platelet-activating factor) จึงทำให้มีเกล็ดเลือดถูกทำลายมากขึ้นทำให้มีเลือดออกในร่างกาย เช่น เลือดกำเดา อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด ประจำเดือนมามาก ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ภาวะช็อกรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูง ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก คือ เด็กทารก เด็กมีโรคประจำตัว ไข้ยา steroid หรือ กลุ่ม NSAIDS อาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างรวดเร็ว อาเจียนตลอด รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดท้องมาก หอบเหนื่อย บวม ระดับรูสติกเปลี่ยนกระทันหัน เวียนศีรษะ ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ถ่ายปัสสาวะ รับประทาน ยาลดไข้แล้วไข้ไม่ลงติดต่อกันมากกว่า ๒ วัน ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาการจะทรุดลงและจะเสียชีวิตภายใน ๑๒ - ๒๔ ชั่วโมง

ระยะฟื้นตัว (Convalescent Stage) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลา ๒-๓ วัน ตรวจพบความดันโลหิตปกติ ชีพจรเต้นช้าลงและแรงขึ้น ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ลดลงมาคงที่ จำนวนปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ในระยะนี้ต้องเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินหรือน้ำท่วมปอด จากการได้รับสารน้ำจำนวนมาก และรวดเร็วเกินกว่าที่เด็กจะขับออกได้ทันในระยะช็อก ภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็ก ในระยะนี้อาจตรวจพบผื่น Convalescent rash ที่มีลักษณะเป็นวงกลมเล็กๆ สีขาวท่ามกลางพื้นสีแดงตามร่างกาย และมีอาการคันร่วมด้วย

การวินิจฉัย องค์การอนามัยโรคได้เสนอ Criteria ในการวินิจฉัยไข้เลือดออกเดงกีมีอาการทางคลินิกได้แก่

๑. มีไข้สูงลอย ๒ - ๗ วัน
๒. มีอาการเลือดออกส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง การทดสอบ tourniquet test ให้ผลบวก
๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือเกล็ดเลือดต่ำน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐๐,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าเท่ากับร้อยละ ๒๐ เม็ดเลือดขาวต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๕,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร
๔. พบการรั่วของพลาสมา เช่น ความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ค่า Hct. มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐ ของปกติ ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำ มีการคั่งของน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด และเยื่อช่องท้อง

การรักษา เป็นไปแบบรักษาตามอาการ แบ่งได้เป็น ๓ ระยะ ตามการดำเนินของโรค

การรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในระยะไข้สูงเฉียบพลัน บางรายอาจมีอาการชักได้ถ้าไข้สูงมาก จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ร่วมกับการเช็ดตัว ควรใช้ยาในกลุ่มพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาแอสไพรินเพราะจะทำให้เกล็ดเลือดสูญเสียการทำงาน ตรวจดูปริมาณและติดตามการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) เป็นระยะ

การรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในระยะวิกฤตหรือระยะช็อก สิ่งสำคัญที่สุดของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต คือให้การวินิจฉัยภาวะช็อกให้เร็วที่สุดเนื่องจากการเกิดภาวะช็อกเป็นเวลานานจะทำให้ผู้ป่วย เกิดการทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลวได้ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการช็อกควรตรวจ Vital sign รวมทั้งปริมาณปัสสาวะในระยะวิกฤต ทุก ๒ - ๔ ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการช็อก (Dengue Shock Syndrome; DSS) ควรเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้การให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำด้วยชนิดและปริมาณที่เหมาะสมจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะช็อกได้ ระยะเวลาในการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำไม่ควรเกิน ๒๔ - ๓๖ ชั่วโมงในผู้ป่วยที่มีอาการช็อก และไม่ควรเกิน ๔๘ - ๖๐ ชั่วโมงในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการช็อก

การรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมักมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา ๒๔ - ๒๘ ชั่วโมง หลังภาวะช็อกการดูแลที่สำคัญของระยะนี้คือป้องกันภาวะน้ำเกิน ควรปรับลดอัตราการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามอัตราการรั่วของพลาสมาซึ่งภาวะน้ำเกินอาจพบอาการต่างๆ ได้แก่ อาการบวม หายใจลำบาก เสียงปอดพบ Crepitation ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และชีพจรเบาเร็ว

WHO แบ่งความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเดงกี เป็น ๔ ระดับ ดังนี้

โรค	ระดับ	อาการแสดง	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ไข้เดงกี		มีไข้ ร่วมกับอาการอย่างน้อย ๒ ข้อ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อ หรือปวดกระดูก มีผื่น มีเลือดออก ไม่มีการรั่วของพลาสมา	WBC < ๕,๐๐๐ cells/mm. Platelet < ๑๕๐,๐๐๐ cells/mm. Hct. สูงขึ้น ๕ - ๑๐% จากเดิม ไม่มีการสูญเสียของพลาสมา
DHF	๑	มีไข้ และเลือดออกการตรวจ Tourniquet test ให้ผลบวก มีการรั่วของพลาสมา	Platelet < ๑๐๐,๐๐๐ cells/mm. Hct. สูงขึ้น > ๒๐ % จากเดิม
	๒	มีไข้ และเลือดออกการตรวจ Tourniquet test ให้ผลบวก มีการรั่วของพลาสมา มี spontaneous bleeding	Platelet < ๑๐๐,๐๐๐ cells/mm. Hct. สูงขึ้น > ๒๐ % จากเดิม
	๓	มีภาวะ circulatory failure ชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ < ๒๐ ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่าย	Platelet < ๑๐๐,๐๐๐ cells/mm. Hct. สูงขึ้น > ๒๐ % จากเดิม
	๔	profound shock วัดความดันโลหิตไม่ได้ คลำชีพจรไม่ได้	Platelet < ๑๐๐,๐๐๐ cells/mm. Hct. สูงขึ้น > ๒๐ % จากเดิม

การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

๑. CBC

- เม็ดเลือดขาวจะมีค่าต่ำกว่าปกติ (น้อยกว่า ๕,๐๐๐ cells/mm.) แต่ในวันแรกอาจจะปกติหรือสูงเล็กน้อย พร้อมกับเริ่มมีแนวโน้มลงและเมื่อใกล้ไข้จะลงเม็ดเลือดขาวและ PMN จะลดลงอย่างรวดเร็วบางครั้งจะพบ atypical lymphocyte ร่วมด้วย

- Platelet เกล็ดเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็วก่อนไข้ลดและก่อนระยะซ็อก ส่วนใหญ่จะลดลงต่ำกว่า ๑๐๐,๐๐๐ cells/mm. และต่ำประมาณ ๓-๕ วัน ในระยะที่มีเกล็ดเลือดต่ำจะมี Hct. สูงด้วย ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเดงกีระดับ ๑ แต่ปริมาณเกล็ดเลือดที่ลดลงไม่ได้เป็นตัวพยากรณ์ว่าจะมีเลือดออก (Level ๑)

- ระดับ Hct. จะเพิ่มขึ้น (hemoconcentration) เป็นผลจากการสูญเสียพลาสมา ระดับ Hct. ที่สูงกว่าปกติเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ถือเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีการรั่วของพลาสมาส่วนใหญ่แล้วจะเพิ่มขึ้นพร้อมกับเกล็ดเลือดลดลง หรือภายหลังเกล็ดเลือดลดลงการเปลี่ยนแปลงทั้ง ๒ อย่างนี้จะเกิดก่อนไข้ลด และก่อนภาวะซ็อกจึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค ส่วนในผู้ป่วย DHF บางรายที่ได้รับการชดเชยสารน้ำ (กิน/หลอดเลือด) ที่เพียงพอตั้งแต่แรก (early fluid replacement) Hct. อาจจะเพิ่มขึ้นได้น้อยกว่า ๒๐% ได้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเดงกีระดับ ๑

ค่าเฉลี่ย HCT ในเด็ก

อายุ < ๑ ปี = ๓๐ - ๓๕% อายุ ๑ ปี - ๑๐ ปี = ๓๕ - ๔๐% อายุ > ๑๐ ปี = ๓๘ - ๔๒%

๒. ในระยะวิกฤต/ระยะช็อก

จะมีการเปลี่ยนแปลงจะพบ partial thromboplastin time (PTT) และ thrombin time (TT) ผิดปกติได้ ส่วนในผู้ป่วยที่มีอาการช็อกนานอาจมี prothrombin time (PT) ผิดปกติได้ การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงว่ามีภาวะ disseminated intravascular coagulation (DIC)

๓. การตรวจ chest x-ray

จะพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเสมอ ส่วนใหญ่จะพบทางด้านขวา ในรายที่รุนแรงมีภาวะช็อกอาจพบได้ทั้ง ๒ ข้าง

๔. Liver function test (LFT)

ในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบมี AST (SGOT) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยประมาณ ๔๐% มี ALT (SGPT) เพิ่มขึ้นด้วยและภาวะ Liver enzyme elevate มักจะพบได้บ่อยในผู้ป่วย DHF มากกว่า DF โดยที่ระดับ AST มักจะสูงกว่า ALT

๕. การตรวจ rapid ELISA (IgM, IgG test)

ในวันที่ ๑ - ๓ ของโรคอาจจะให้ผลลบได้ทั้งที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเดงกีทั้งนี้เพราะระดับแอนติบอดีต่อเชื้อเดงกียังไม่ขึ้น หรือขึ้นไม่สูงพอที่จะตรวจได้โดยวิธีนี้การตรวจที่ให้ผลบวกจะเชื่อได้แน่นอนว่ามีการติดเชื้อเดงกีแต่ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็น DF หรือ DHF

๓.๒ การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก

การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในเด็กแบ่งตามระยะของโรค

การพยาบาลผู้ป่วยระยะไข้สูงเฉียบพลัน

๑. ติดตามประเมินภาวะไข้ โดยวัดอุณหภูมิร่างกายทุก ๔ ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วยเมื่อมีอุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๕ - ๓๘ องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้

๒. ประเมินภาวะขาดน้ำ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเปล่าและจิบ ORS บ่อยๆ เพื่อจะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายได้

๓. การประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

๔. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก ๘ ชั่วโมง และค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ทุก ๘ ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า ๑.๐๑๐ หรือมากกว่า ๑.๐๒๐ ให้รายงานแพทย์

๕. ประเมินและดูแลภาวะเลือดออก เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น แนะนำให้งดรับประทานอาหารที่มีสีแดง/ดำ แนะนำให้ใช้ขนแปรงที่มีความอ่อนนุ่ม หรือให้บ้วนปากด้วยน้ำยาแล้วใช้ไหมขัดฟันสีฟ้าเช็ดถูบริเวณซอกฟันและโคนลิ้นแทน หากมีอาการเลือดกำเดาไหลให้ผู้ป่วยนอนราบใช้กระเป๋าน้ำแข็งหรือผ้าเย็นวางบริเวณหน้าผากเพื่อให้เส้นเลือดหดตัว อาการเลือดออกจะน้อยลงหรือหยุดได้ ถ้ายังไม่ค่อยลงจะต้องเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการกดห้ามเลือดในโพรงจมูก

๖. ประเมินลักษณะ บริเวณ ระยะเวลา และความรุนแรงของอาการปวด ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดท้องแน่นท้อง จากต่อมน้ำเหลืองโต ตับโตมากกว่า ๒ เซนติเมตร จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ ๓๐ - ๔๐ องศา และดูแลให้ยาตามแผนการรักษา

๗. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

๘. ดูแลความสะอาดช่องปากบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ในรายที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามอาการและการแสดงของการพร่องสมดุลของสารอาหาร สารน้ำและ Electrolyte ฝ้าระวังอาการผิดปกติของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้

๙. ติดตามฝ้าระวัง และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าเกล็ดเลือดซึ่งจะลดลงอย่างรวดเร็ว และค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)

การพยาบาลในระยะช็อก

๑. วัดสัญญาณชีพทุก ๑/๒ - ๑ ชั่วโมง หากพบชีพจรเบาเร็ว หรือ Pulse Pressure แคบ หรือระดับความดันโลหิตลดลง ระดับรูสติกลดลง หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว ตัวเย็น ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า ๙๕% ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ลดลง รายงานแพทย์ทราบ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออกทุก ๒ ชั่วโมง ในรายที่มีภาวะน้ำเกินดูแลให้สมดุล ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาให้ส่วนประกอบของเลือดในรายที่มีภาวะ hypovolemic Shock

๒. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว เป็นต้น เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอรวมทั้งติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดให้อยู่มากกว่า ๙๕%

๓. ติดตามอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง เช่นอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ไม่รับประทานอาหารซึมลง กระสับกระส่าย สับสน มีเลือดออก ปลายมือปลายเท้าเย็น ตัวลาย หายใจหอบเหนื่อย อุจจาระมีสีดำ ปัสสาวะออกน้อยกว่า ๐.๕ cc/kg/hr. ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) เพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๓% Pulse Pressure น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๐ mmHg. หากพบให้รีบรายงานแพทย์

๔. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความจำเป็นที่ต้องเจาะเลือดบ่อยกว่าปกติ รับฟัง กระตือรือร้นเมื่อญาติมีข้อข้องใจที่ต้องการปรึกษา ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้

การพยาบาลในระยะฟื้นตัว

๑. บันทึกสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง จะพบความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ชีพจรเต้นช้าและแรงขึ้น

๒. ระวังภาวะน้ำเกิน หากพบชีพจรเต้นแรงและเร็ว หายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบเสียงผิดปกติ เช่น เสียง Crepitation มีอาการบวมโดยเฉพาะบริเวณหน้าตา ท้องอืด กระสับกระส่าย ให้รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

๓. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) จะลดลงอยู่ในค่าปกติค่าเกล็ดเลือดจะมากกว่า ๕๐๐๐๐ cells/mm.

๔. ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ประเมินภาวะการขาดสารอาหาร ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ

๕. วางแผนการจำหน่าย เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านโดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก (Disease) ยา (Medicine) ข้อระมัดระวัง ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อน การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม (Environment) การฝึกทักษะการดูแล (Treatment) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Health) พยาบาลและทีมสุขภาพได้ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ในการวางแผนจำหน่าย โดยมุ่งเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลป้องกันตนเองจากการเป็นโรคไข้เลือดออกและยุ่ง่าย เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาด ลดการเป็นไข้เลือดออกซ้ำ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

๓.๓ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. สามารถวางแผนหรือร่วมดำเนินการวางแผนและแก้ไขหรือร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน

๒. ประเมินสภาพปัญหาและค้นหาความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

๓. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวมในการให้การพยาบาลทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

๔. การบันทึกแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล มีทักษะในการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ การเปลี่ยนแปลง สามารถจำแนกผู้ป่วยและตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ที่จะช่วยชีวิตได้อย่างถูกต้อง ติดต่อส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่อื่นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะที่คุกคามได้อย่างทันที่ทั้งนี้และการดูแลผู้ป่วยถึงวิกฤตในหอผู้ป่วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ ๑๒ ปี รูปร่างอ้วน ผิวขาว ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล บางใหญ่ เมื่อวันที่ ๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยญาติพามาผู้ป่วยให้ประวัติว่า มีไข้สูง รับประทานอาหารได้น้อย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ๖ วันก่อนมาโรงพยาบาล ๑ วันก่อนมาไปโรงพยาบาลชลดา ผลตรวจพบเป็น โรคไข้เลือดออกเดงกี ค่าเกล็ดเลือด ๑๔๐,๐๐๐ มีนัดติดตามอาการวันนี้จึงมาโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด การแพ้ยาและอาหาร

แรกวันที่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๑ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๒ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๗/๕๙ มิลลิเมตรปรอทระดับออกซิเจนในเลือด ๙๘ % น้ำหนัก ๖๘.๑ กิโลกรัม สอบถามประวัติเพิ่มเติมบริเวณ พื้นที่อยู่อาศัยและบุคคลในครอบครัวมีพี่สาวผู้ป่วยไข้เลือดออก ผลทางห้องปฏิบัติการพบว่า ความเข้มข้นเลือด ๔๘% สูงกว่าเกณฑ์ปกติเม็ดเลือดขาว ๒๙๓๐ cell/cum ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ เกล็ดเลือด ๔๖,๐๐๐ cell/cum ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โซเดียม ๑๓๓.๕๐ mmol/L ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ การทำงานของตับมีค่าสูงกว่าปกติเนื่องจาก ตับถูกทำลาย ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ๑.๐๓๐ มีค่าสูงกว่าปกติ แพทย์ให้การวินิจฉัยผู้ป่วย เป็นโรคไข้เลือดออกเดงกี เกรด ๒ (ระยะไข้) พิจารณาให้การรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในชั้น ๓ เพื่อเฝ้าระวัง ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Shock โดยมีแผนการรักษาให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำและติดตามผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ ติดตามระดับความเข้มข้นเลือดทุก ๔ ชั่วโมงติดตาม สัญญาณชีพทุก ๒ ชั่วโมง ติดตามความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดวันละครั้ง สังเกตอาการ วัตถุประสงค์ที่สำคัญ เช่น ความดันโลหิต ชีพจร อาการไข้ บันทึกสารน้ำเข้า - ออก และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและระยะของโรคพร้อมทั้งวิธีการปฏิบัติตัว หากมีอาการเปลี่ยนแปลงจะรายงานแพทย์ทันที

แรกวันที่หอผู้ป่วยในชั้น ๓ ผู้ป่วยเด็กอยู่ในระยะไข้วันที่ ๗ รู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ เดินเองได้ อ่อนเพลีย ปวดจุกท้อง ตรวจร่างกายกตเจ็บบริเวณใต้ชายโครงขวา คลำพบตับโต ๒ ซม. ไม่มีเลือดออกในระบบต่างๆ ของร่างกาย สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจรเร็ว อัตรา ๑๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๒/๘๖ มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือด ๙๘ % ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ๑.๐๒๔ มีค่าสูงกว่าปกติ ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๕% D/NSS ๑,๐๐๐ ซีซี อัตรา ๑๐๐ ซีซี/ชม. และกระตุ้นจิบ ORS ๕๐๐ มล. Omeprazole ๔๐ mg. ทางหลอดเลือดดำทุก ๒๔ ชั่วโมง ใช้น้ำยาบ้วนปากแทนการแปรงฟันเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปวดท้องลดลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะอยู่ในช่วงปกติ ค่าความเข้มข้นเลือดอยู่ในช่วงปกติ ไม่มีเลือดออกผิดปกติแพทย์ปรับแผนการรักษาด้วยการ ปรับลดอัตราการไหล ของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๕% D/NSS ๑,๐๐๐ ซีซี อัตรา ๖๐ ซีซี/ชม.

หลังรับการรักษาในหอผู้ป่วยในชั้น ๓ ได้ ๒ วัน ผู้ป่วยมีค่าเกล็ดเลือดต่ำลง ๒๕,๐๐๐ ๐๐๐ ร่วมกับ มีอาการปวดท้อง มีประจำเดือน เข้าสู่ระยะช็อก ได้รับการรักษาด้วยยา Primolut N (๕ มิลลิกรัม) รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น เฝ้าระวังภาวะ dengue shock syndrome สังเกตอาการ

spontaneous bleeding , ภาวะcirculatory failure , ชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ < ๒๐ , ความดันโลหิตต่ำ , กระสับกระส่าย , Hct. สูงขึ้น > ๒๐ % จากเดิม และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ Fluid overload , Hypovolemic shock , Multiorgan failure ติดตามสัญญาณชีพทุก ๑ ชั่วโมง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ติดตามค่าความเข้มข้นเลือดทุก ๔ ชั่วโมง ค่าความเข้มข้นเลือดอยู่ในช่วงปกติ ติดตามค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะทุก ๘ ชั่วโมง ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะอยู่ในช่วงปกติ ปริมาณปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะ dengue shock syndrome และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม ๕ วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารได้ปกติ ประจำเดือนหยุด มีอาการคันตามร่างกาย มี Convalescent rash เข้าสู่ระยะฟื้นตัว ได้รับการรักษาด้วยยา Calamine lotion เกิร์ตเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น ๔๔,๐๐๐ และ ๔๙,๐๐๐ ตามลำดับ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีเลือดออกผิดปกติในระบบต่างๆของร่างกาย หอบเหนื่อย เป็นต้น นัดติดตามอาการ ๑ สัปดาห์ผู้ป่วยอาการปกติ ไม่มีอาการเลือดออกตามร่างกาย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๑. กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก ๑ เรื่อง

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเดงกีได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาลและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
๒. มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก ที่เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบางใหญ่

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นข้อมูลมาทบทวนการดูแลรักษาพยาบาล แก่ปัญหาและวางแผนการพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากที่สุด
๒. ทราบถึงปัญหา ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี และเพิ่มคุณภาพการให้การบริการทางพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มารับบริการเพื่อลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
๓. ใช้เป็นแนวทางการเฝ้าระวังภาวะช็อกในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก
๔. ผลของการศึกษารั้ครั้งนี้ สามารถเป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมทั้งผู้ที่สนใจแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกระดับ และนักศึกษาที่มาฝึกงานหลักสูตรต่างๆ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยเด็กรายนี้มีรูปร่างอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย ๒๖ และมีประจำเดือนซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ
๒. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บปัสสาวะเนื่องจากไม่เข้าใจเหตุผลและมีการเขินอาย ต้องใช้การอธิบายและกระบวนการขอความร่วมมือเพิ่มขึ้นจากการดูแลปกติ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเด็กต้องการเครื่องติดตามและเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นที่หอผู้ป่วยต้องมีเครื่องมือเพียงพอ พร้อมใช้งาน และเจ้าหน้าที่ต้องมีศักยภาพในการใช้เครื่องมืออย่างถูกต้องเพื่อการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตได้อย่างทันท่วงที

๙. ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลอาการของโรค ระยะของโรค รวมถึงอาการรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น พยาบาลและญาติจึงจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์

๑. มีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเดงกี การติดตามประเมินอาการและการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรคให้ถูกต้อง ทันเวลา

๒. ส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านสุขศึกษาในโรงพยาบาล จัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเดงกี มีความรู้ความเข้าใจถึงโรคไข้เลือดออกเดงกี อาการของโรค และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๓. การให้คำแนะนำก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีแผ่นพับหรือ QR code การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านและการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการเลือดออกในระบบต่างๆ

๔. มีการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเพื่อดำเนินการควบคุมการระบาดของโรค ในชุมชนผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและชุมชนให้ความช่วยเหลือในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันอันตรายจากโรคไข้เลือดออกเดงกี เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑.) นางสาวรุ่งทิwa เสงสุข สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... รุ่งทิwa เสงสุข

(นางสาวรุ่งทิwa เสงสุข)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... ๑๕ / พฤษภาคม / ๒๕๖๔

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวรุ่งทิพา เฮงสุข	รุ่งทิพา เฮงสุข

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวปรารณา เชื้อสำราญรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่)...../.....๑๖๖๑/๖๘

(ลงชื่อ).....

(นายสรภัญ สงเสริมพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่).....๑๖ พ.ค. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ).....

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่).....๑๓ มี.ย. ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องราวไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไข้เลือดออกเดงกี(Dengue Hemorrhagic Fever, DHF) โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน ๓๐ ปีที่ผ่านมา มากกว่า ๑๐๐ ประเทศที่โรคนี้กลายเป็นโรคประจำถิ่น และโรคนี้ยังคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ ๔๐ (๒,๕๐๐ ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งร้อยละ ๗๐ ของผู้ป่วยทั้งหมดมาจากประเทศในภูมิภาคเอเชีย โรคไข้เลือดออกมีลักษณะที่แปรผันตามฤดูกาล (Seasonal variation) โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นในเดือนเมษายนและสูงสุดในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ซึ่งเป็นฤดูฝน เดือนกันยายนจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยลดลง แต่ถ้าหากช่วงปลายปีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลงและยังคงสูงลอย อาจทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่องในปีถัดไปได้ (กรมควบคุมโรค ๒๕๖๕)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกีที่ก่อโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยปีละ ๓๙๐ ล้านคน ทั่วโลกและมีอัตราการเสียชีวิตที่ ๒.๕% ต่อปี โดยมีรายงานการแพร่ระบาดในอย่างน้อย ๑๒๙ ประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคเอเชีย และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า ๘ เท่า ในระยะเวลา ๒๐ ปี

สำหรับประเทศไทย เริ่มมีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๔๙๒ และพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๐๑ พบการระบาดใหญ่ที่สุดในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ มีรายงานผู้ป่วยสูงถึง ๑๗๐,๐๐๐ กว่าราย เสียชีวิต ๑,๐๐๐ กว่าราย หลังจากนั้นประเทศไทยมีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีเพิ่มขึ้น โดยในปีที่มีการระบาดใหญ่จะพบผู้ป่วยมากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ ราย และเสียชีวิต ๑๐๐ รายขึ้นไป ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยจำนวน ๑๐๓,๖๐๑ ราย อัตราป่วย ๑๕๖.๘๐ ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิตรวม ๘๓ ราย สำหรับจังหวัดนนทบุรี สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกเดงกีปี พ.ศ. ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยจำนวน ๑,๓๗๘ ราย อัตราป่วย ๑๐๕.๘๔ ต่อประชากร แสนคนและเสียชีวิตรวม ๕ ราย

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ย้อนหลัง ๓ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเดงกีเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชั้น ๓ จำนวน ๑ , ๔๐ และ ๓๘ ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเป็นไปตามการคาดการณ์สถานการณ์โรคไข้เลือดออกเดงกี พ.ศ.๒๕๖๘ ของกองโรคติดต่อ นำโดยแมลงจึงมีความเสี่ยงที่อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกเดงกีจะสูงขึ้นในช่วงปลายปี และทำให้เกิดระบาดต่อเนื่องตลอดปี พ.ศ.๒๕๖๘ จากการติดตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มคนไข้โรคไข้เลือดออกเดงกี พบผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะช็อก ๑ ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาที่ยาวนานขึ้นและมีภาวะทุพพลภาพ

โรคไข้เลือดออกเดงกีมี ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะไข้ ระยะช็อก และระยะพักฟื้น ในแต่ละระยะมีอาการเฉพาะแตกต่างกัน การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงแต่ละระยะ การดูแลอย่างใกล้ชิด และการรายงานแพทย์ถึงอาการผิดปกติและการดูแลอาการผิดปกติที่พบได้ทันที่ จะช่วยลดการเสียชีวิตจากไข้เลือดออกเดงกีได้ พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก จึงจะป้องกันไม่ให้อาการเกิดภาวะช็อก หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคอันจะส่งผลให้ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อป้องกันอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีได้

ดังนั้น พยาบาลจึงมีแนวคิดในการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก เพื่อให้มีแนวทางการพยาบาลที่ครอบคลุมและสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีจะมีไข้สูงเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน ๓๘.๕ องศาเซลเซียส บางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน ผู้ป่วยมักจะมีใบหน้าแดง (flushed face) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ จะมีเบื่ออาหาร อาเจียนและไข้จะสูงลอยอยู่ ๒-๗ วัน ร่วมกับมีจุดเลือดออกกระจายตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟันทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกภาวะช็อคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนั้น พยาบาลและญาติผู้ดูแลต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการให้การพยาบาลการปฏิบัติตัวโรคไข้เลือดออกเดงกีในแต่ละระยะ เพื่อสังเกตอาการเบื้องต้นที่ต้องแจ้งพยาบาลเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะช็อค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เข้าสู่ระยะฟื้นตัวและได้กลับบ้านอย่างปลอดภัย โดยอาศัยทฤษฎีทางการพยาบาลได้แก่ทฤษฎีการปรับตัวรอย (THE ROY ADAPTATION MODEL) ประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก ๔ ประการ คือ บุคคล (Person) ,สิ่งแวดล้อม (Environment) ,สุขภาพ (Health) ,การพยาบาล (Nursing) โดยได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ๔ มโนทัศน์หลักของ แบบจำลองไว้ว่าบุคคลเป็นระบบการปรับตัวที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาการปรับตัวเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการปรับตัวซึ่งจะ นำไปสู่ภาวะสุขภาพ เป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริมการปรับตัวทั้ง ๔ ด้าน โดยการสนับสนุนช่วยเหลือ ให้บุคคลมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายอย่างมีศักดิ์ศรี ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ ระยะของโรค การปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทันทีพร้อมทั้งอธิบายเหตุผล การพยาบาลให้ญาติและผู้ป่วยทราบเพื่อนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมายของภาวะสุขภาพ ส่งเสริมการปรับตัวให้ญาติมีส่วนร่วมดูแล สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีแนวคิดในการจัดทำการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก ตั้งแต่ระยะไข้จนถึงระยะช็อครวมไปถึงเรื่องการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. พยาบาลมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกเดงกี สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยในแต่ละระยะการดำเนินของโรคได้ และวางแผนให้การพยาบาลได้ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะช็อคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก

๒. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

(ลงชื่อ).....อุ้งทิศา เสงสุข.....
(นางสาวรุ่งทิศา เสงสุข)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๑๔ / พฤษภาคม / ๒๕๖๕
ผู้ขอประเมิน

๕. แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวรุ่งทิพา เสงสุข

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

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

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)..... 

(นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่)...../.....16พค๖8.....

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(☒) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(☐) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ).....

(นายสรภัญ ส่งเสริมพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) ๑/๖ พ.ค. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ).....

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๑/๓ มี.ย. ๒๕๖๘

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
หนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

(ตำแหน่ง)ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี

(วันที่)/ ๒๔ มิ.ย. ๒๕๖๘ /

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวศรีสกุล สิงห์โต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๑๐๑๔๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๐๑๔๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องการหยอดตา เช็ดตาที่ถูกต้อง” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						



๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึง ๒๕ กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เรื่องต้อกระจก

โรคต้อกระจก (CATARACT) คือ ภาวะที่เลนส์แก้วตา (Lens) ซึ่งอยู่ในตาของคนเรา ซึ่งปกติจะมีลักษณะใส เหมือนกระจกเริ่มขุ่นมัวขึ้น ทำให้แสงผ่านเข้าไปยังจอประสาทตาได้น้อย เป็นสาเหตุทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง ผู้ป่วย จึงมองเห็นภาพได้ไม่ชัดเจน หรือเกิดอาการที่เรียกว่า "ตามัว" สู้แสงไม่ได้ มองเห็น ภาพซ้อน และเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ หากปล่อยทิ้งไว้ ไม่รักษาอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งสาเหตุของการเกิดต้อกระจกส่วนใหญ่ เกิดจากการเสื่อมตามวัย คือ เมื่อคนมีอายุมากขึ้นเลนส์แก้วตาก็มักจะเริ่มหนา และแข็งขึ้น ซึ่งอาจเกิดที่ Cortex หรือ nucleus ก็ได้ แต่ไม่ใช่ที่ เปลือกหุ้มเลนส์ตา (เพราะเปลือกหุ้มเลนส์ตาจะไม่มีการขุ่น) อย่างไรก็ตามการเกิดต้อกระจกนั้นสามารถเกิดได้ใน ประชากรทุกอายุ แต่จะพบมากในผู้ที่มีอายุเฉลี่ย ประมาณ ๕๕ ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังมี ปัจจัยอื่น ได้แก่ รายรับและระดับการศึกษา โรคความดันโลหิต สูงระดับไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ภาวะสายตาสั้นและเพศหญิง เป็นต้น

พยาธิสภาพของโรคต้อกระจกเลนส์แก้วตาปกติประกอบด้วยโปรตีนที่ใสในปริมาณที่สมดุลของโพแทสเซียม และ ascorbic acid ปริมาณมาก การขุ่นของเลนส์แก้วตาเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในเลนส์ แก้วตา โดยระยะแรกจะมีการซึมผ่านของน้ำมากกว่าปกติ ทำให้เนื้อเยื่อเลนส์แก้วตาบวม เมื่อระยะต่อมาก จำนวน น้ำที่เพิ่มขึ้นจะลดความหนาแน่นของเลนส์แก้วตาจะค่อยๆลดลง เกิดการสูญเสียแร่ธาตุโพแทสเซียม โดยโซเดียม เข้ามาแทนที่ เพื่อรักษาสมดุลและมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นการใช้ออกซิเจนลดลงมีผลให้เกิดความไม่สมดุลของ โปรตีน

ระยะของต้อกระจก

๑. ต้อกระจกระยะเริ่มเป็น (immature cataract) มีอาการขุ่นขาวบริเวณเนื้อส่วนรอบนอกของเลนส์แก้วตาแต่ นิวเคลียสยังใส ทำให้ยังคงมองเห็น แต่พร่ามัว

๒. ต้อกระจกระยะสุก (mature cataract) ทั้งเปลือกหุ้มและนิวเคลียสขุ่น การมองเห็นลดลง มองเห็นเพียงเงา ของมือที่เคลื่อนไหวไปมา

๓. ต้อกระจกที่เลนส์แก้วตาบวม (intumescent cataract) เลนส์แก้วตาจะบวมน้ำและขยายใหญ่

๔. ต้อกระจกระยะสุกงอม (hyper mature cataract) ระยะนี้โปรตีนในเลนส์แก้วตาถูกสลายและรั่วออกมา นอกเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตา เป็นระยะต้อกระจกสุกเต็มที่เหมาะที่จะผ่าตัด

ประเภทของต้อกระจก

๑. ต้อกระจกในวัยสูงอายุ Senile cataract พบมากที่สุด มักเป็นทั้งสองตาแต่ความขุ่นของแก้วตาอาจไม่เท่ากัน

๒. ต้อกระจกโดยกำเนิด (Congenital cataract) มักเกิดเนื่องจากพันธุกรรมหรือเกิดจากการพัฒนาที่ผิดปกติ เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสพวกหัดเยอรมัน (Rubella) ขณะตั้งครรภ์ ๓ เชื้อไวรัสพวกหัดเยอรมัน (Rubella) ขณะตั้งครรภ์ ๓ เดือนแรก

๓. ต้อกระจกทุติยภูมิ (secondary cataract) สาเหตุจากภัยอันตราย จากโรคเบาหวานจากการได้รับยา สเตียรอยด์และได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ตเป็นต้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

อาการของโรคต้อกระจก

ผู้ที่เป็ต้อกระจกมักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการตามัวลงช้า ๆ โดยไม่รู้สึเจ็บปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในที่สว่างซึ่งจะมองเห็นได้ไม่ชัด เนื่องจากรูม่านตาจะเล็กลงเมื่ออยู่ในที่สว่าง แต่ในที่มืดจะมองเห็นชัดขึ้นเพราะรูม่านตาขยาย นอกจากนี้ อาจมองเห็นภาพซ้อนเนื่องจากการหักเหของแสงในแต่ละส่วนของแก้วตาเปลี่ยนไป และเมื่อส่องดูด้วยไฟฉายจะเห็นรูม่านตาขุ่นขาว

การวินิจฉัยโรคต้อกระจก การวินิจฉัยด้วยตนเองเนื่องจากต้อกระจกไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บหรือเกิดความเปลี่ยนแปลงที่ลักษณะของดวงตา จึงยากที่จะเห็นความผิดปกติของดวงตา นอกเสียจากต้อจะสุกจนกลายเป็นสีขาวที่ตาดำ แล้วทั้งนี้บุคคลใกล้ชิดหรือตัวผู้ป่วยเองอาจสังเกตได้ ร่วมกับมีอาการเข้าข่ายที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

การวินิจฉัยโดยแพทย์โรคต้อกระจกสามารถวินิจฉัยได้โดยการตรวจและทำแบบทดสอบต่าง ๆ ต่อไปนี้

๑. การตรวจวัดสายตา (Visual Acuity Test) การวัดความสามารถการมองเห็นในระยะต่าง ๆ โดยให้อ่าน ชุดตัวอักษร เมื่อทดสอบตาข้างใด ๆ อีกข้างจะถูกปิดไว้ วิธีนี้เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางสายตาให้เห็นหรือไม่

๒. การทดสอบโดยขยายรูม่านตา (Retinal Eye Exam) ทำได้ด้วยการหยดยาลงที่ตา เพื่อให้รูม่านตาเปิดกว้างขึ้น แล้วใช้เลนส์ขยายแบบพิเศษตรวจดูจอประสาทตาและเส้นประสาทตาเพื่อหาความผิดปกติของตา หลังการตรวจนี้ ดวงตาของผู้ป่วยมองเห็นในระยะใกล้พร่ามัวเป็นเวลาหลายชั่วโมง

๓. การตรวจโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ชนิดลำแสงแคบ (Slit Lamp Examination) เป็นการใช้กล้องที่มีความเข้มของลำแสงสูงและบางพอที่จะส่องกระจกตา ม่านตา เลนส์แก้วตา รวมถึงพื้นที่ว่าง ระหว่างม่านตาและกระจกตา ช่วยให้แพทย์สามารถมองเห็นโครงสร้างที่เป็นส่วนเล็กได้อย่างสะดวก

๔. การตรวจวัดความดันลูกตา (Tonometry Test) เป็นการใช้อุปกรณ์วัดความดันในลูกตาเพื่อแยกระหว่างต้อกระจกกับต้อหินซึ่งจะมีความดันที่ตาสูง การตรวจชนิดนี้แพทย์อาจใช้ยาชาแบบหยดตากับผู้ป่วย

การรักษาต้อกระจกโดยการผ่าตัด (Surgical treatment)

๑. Extracapsular Cataract Extraction (ECCE) เป็นการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเหลือแต่เปลือกหุ้มแก้วตา ด้านหลัง หลังผ่าตัดประมาณ ๑ ๑/๒ - ๒ เดือน ต้องสวมแว่นตาจึงมองเห็นชัดในภาวะที่ไม่มีแก้วตาหรือเลนส์นี้มีชื่อเฉพาะเรียกว่า aphakia

๒. Intracapsular Cataract Extraction (ICCE) เป็นการผ่าตัดเอาแก้วตาออก โดยใช้ Freezing probe และลอกเอาแก้วตาออกทั้ง capsule และ เนื้อในแก้วตา ผลของการผ่าตัดชนิดนี้มีผลไม่แน่นอน มีผลต่อสายตา การมองถ้าไม่ใส่เลนส์เข้าไปแทนที่ผู้ป่วยจะต้องใส่แว่นตา หรือคอนแทคเลนส์ หรือถ้าใส่แล้วแพทย์วางตำแหน่งไม่ตรงทำให้เกิดสายตาเอียงได้

๓. Extracapsular Cataract Extraction with Intraocular Lens (ECCE c IOL) เป็นการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเหลือแต่เปลือกหุ้มแก้วตาด้านหลังร่วมกับใส่แก้วตาเทียมหลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถมองเห็นชัดทันทีที่การมองเห็นภาพจะขนาดใกล้เคียงกับตาคนปกติมากที่สุดไม่ต้องสวมแว่นตา

๔. Phacoemulsification with Intraocular Lens (PE c IOL) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงหรืออัลตราซาวด์ที่มีความถี่สูงเข้าไปสลายเนื้อ แก้วตาแล้วดูดออกมาทิ้ง และจึงนำแก้วตาเทียมใส่เข้าไปแทนข้อดีของวิธีนี้ต่างกับวิธีปกติตรงที่แผลผ่าตัดเล็กกว่าการเกิดสายตาเอียงหลังการผ่าตัดน้อยลงระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัดสั้นกว่าข้อเสียเนื่องจากเป็นวิธีใหม่ ต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจก

๑. ความดันลูกตาสูง (Increase intraocular pressure) IOP เกิดจากผลของกิจกรรมบางอย่างทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้นทันทีทันใดเช่น การไอ การจาม การอาเจียน การก้มหน้าต่ำกว่าระดับเอว การยกของหนัก การปีบตา การเบ่งถ่ายอุจจาระ และการนอนตะแคงข้างที่ผ่าตัด ความดันจะสูงกว่า ๒๐ มม.ปรอท

๒. การดึงรั้งของแผลเย็บ (stress on the suture Line) เมื่อความดันลูกตาสูงทำให้แผลเย็บถูกดึงรั้งเกิดเลือดออกในช่องหน้าม่านตาได้ผู้ป่วยปวดตาหรือไม่ปวดก็ได้ขึ้นกับจำนวนเลือดในช่องหน้าม่านตา

๓. เลือดออกในช่องหน้าม่านตา (hyphema) เกิดจากการฉีกขาดฉีกขาดของเส้นเลือดม่านตา และซีเลียรีบอดี สาเหตุจากภยันตรายชนิดไม่มีคม (blunt trauma) เกิดขึ้นเอง และจากผู้ป่วยปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง

๔. การติดเชื้อ (infection) เกิดได้จากหลายสาเหตุ ตาถูกน้ำ ผู้ป่วยขยี้ตา

๕. vitreous prolapse เกิดจากการแตกของ posterior capsule มี vitreous ในแผลทำให้การหายของแผลช้า และอาจมีรูที่ retina ทำให้กระจกตาลอกหลุดได้

๖. ท่อทางเดินน้ำตาเกิดการติดเชื้อ เกิดจากการบาดเจ็บขณะผ่าตัด ในการใส่เลนส์

ความรู้ทางเภสัชวิทยา

๑% Mydracyl ED หรือยา Tropicamide สรรพคุณใช้ขยายรูม่านตาก่อนการตรวจสอบ/ทดสอบ/รักษาทางสายตาของจักษุแพทย์ กลไกการออกฤทธิ์ของยาโทรปีคาไมด์คือ ตัวยาจะทำให้เกิดการขยายของรูม่านตาโดยแสดงฤทธิ์เป็น Antimuscarinic ที่ทำให้กล้ามเนื้อลูกตาไม่ทำงาน รูม่านตาจึงขยายและลูกตา ไม่สามารถปรับระยะการรับภาพ (Loss of accommodation) ได้ในช่วงระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ ส่งผลให้ง่ายต่อการตรวจสอบทดสอบหรือการรักษาทางสายตาของแพทย์ ยาโทรปีคาไมด์สามารถก่อให้เกิด ผลไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง/อาการข้างเคียง) เช่น เกิดความดันภายในลูกตาเพิ่มสูง เกิดอาการปากแห้ง ตาพร่า ตาแพ้แสง หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ หากเป็นผู้ป่วยเด็กอาจมีภาวะรบกวนการทำงานในสมองอย่างรุนแรง

๑๐% Phenylephrine ED สรรพคุณ ใช้ขยายรูม่านตาในการรักษาโรคทางตา กลไกการออกฤทธิ์ของยาฟีนิลเอพรีนคือ ตัวยาจะออกฤทธิ์ต่อผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดฝอย และจะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณรูม่านตาขยายออกเมื่อนำมาหยอดตา ยา Phenylephrine อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไป เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีผื่นคันขึ้นตามร่างกาย รู้สึกร้อน ชา หรือแดงที่ผิวหนัง รู้สึกกระสับกระส่าย

Maxitrol สรรพคุณ ใช้รักษาและป้องกันภาวะอักเสบของตา สาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือหลังผ่าตัดต่อกระจก ออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มปริมาณผิดปกติของเม็ดเลือดขาว (leukocytes) ในบริเวณที่มีอาการอักเสบ และมีกลไกทำให้ของเหลวถูกดูดกลับคืนเข้าในหลอดเลือด ทำให้ลดอาการบวม และกีดการตอบสนอง อาการข้างเคียงที่พบได้ ในกรณีที่ใช้เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดความดันลูกตาสูงได้

๑% Inf-oph ED (Atropine sulfate) สรรพคุณ เป็นยาหยอดตาที่ใช้ในการขยายม่านตา (mydriasis) และปรับโพกัสตา (cycloplegia) เพื่อช่วยในการตรวจตา นอกจากนี้ยังใช้ลดอาการอักเสบหลังการผ่าตัดตาหรือบาดเจ็บที่ตา และอาจใช้รักษาอาการตาเหล่หรือตาขี้เกียจในเด็ก (amblyopia) กลไกการออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาท acetylcholine ที่ตัวรับ muscarinic receptors ในกล้ามเนื้อรูม่านตาและกล้ามเนื้อเลนส์ตา ทำให้กล้ามเนื้อเหล่านี้คลายตัว ส่งผลให้เกิดการขยายรูม่านตา (mydriasis)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

และยับยั้งการปรับโพกัส (cycloplegia) ข้อควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะต้อหินมุมปิด (angle-closure glaucoma) เพราะอาจเพิ่มความดันในตา และอาจทำให้สายตาวรรามัวหรือไวต่อแสงชั่วคราว

Diazepam เป็นยาากล่อมประสาทในกลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepine) ที่มีสรรพคุณในการรักษาอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ ชัก อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยทำงานผ่านการเพิ่มประสิทธิภาพของสารสื่อประสาท GABA (Gamma-Aminobutyric Acid) ซึ่งมีบทบาทในการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดผลในรูปของการลดความเครียดทางจิตใจและความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยบรรเทาอาการชักและทำให้รู้สึกผ่อนคลาย อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ ง่วงซึม มึนศีรษะ อ่อนเพลีย และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่วนอาการข้างเคียงที่พบได้น้อยแต่รุนแรงอาจรวมถึงหายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการพึ่งพายาหากใช้ในระยะยาว

Ciprofloxacin สรรพคุณเป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มฟลูออโรควิโนโลนที่ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด โดยยานี้ทำงานโดยการยับยั้งเอนไซม์ DNA gyrase และ topoisomerase IV ซึ่งจำเป็นต่อการสังเคราะห์ DNA ของแบคทีเรีย ทำให้แบคทีเรียไม่สามารถเจริญเติบโตได้ ใช้ในการรักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร รวมถึงการติดเชื้อที่ผิวหนัง กระดูก และข้อต่อ อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ปวดศีรษะ และเวียนศีรษะ ขณะที่อาการข้างเคียงที่รุนแรงอาจรวมถึงเส้นเอ็นอักเสบหรือเส้นเอ็นขาด ยานี้ควรใช้อย่างระมัดระวังภายใต้การดูแลของแพทย์

Paracetamol หรือ acetaminophen เป็นยาบรรเทาอาการปวดและลดไข้ที่ใช้แพร่หลาย ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ COX-2 ในสมอง ซึ่งช่วยลดการผลิตสารเคมีที่เรียกว่า Prostaglandins ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและไข้ แม้จะไม่ได้ยับยั้งการอักเสบที่เนื้อเยื่อส่วนปลายเหมือน NSAIDs นอกจากนี้ยังอาจส่งผลต่อระบบ serotonin และกระตุ้น Cannabinoid Receptor (CB1) ช่วยในการควบคุมความเจ็บปวด อีกทั้งยังมีผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส ซึ่งช่วยลดไข้โดยการส่งเสริมการระบายความร้อนในร่างกาย ปกติยานี้มีอาการข้างเคียงน้อยเมื่อใช้ตามขนาดที่แนะนำ แต่การใช้เกินขนาดอาจทำให้เกิดความเสียหายรุนแรงต่อตับได้ อาการแพ้ที่พบได้น้อย เช่น ผื่น ลมพิษ หรือหายใจลำบาก

Vigamox สรรพคุณใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียที่ตา โดยเฉพาะการติดเชื้อที่เกิดจากแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ รวมถึงแบคทีเรียที่ดีอยู่ในกลุ่มอื่นในบางกรณี ใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัดตา กลไกการออกฤทธิ์ของยาออกซิฟลอกซาซินคือ ตัวยาจะยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ของแบคทีเรียที่มีชื่อว่า Topoisomerase II และ Topoisomerase IV มีผลให้แบคทีเรียไม่สามารถจำลองและซ่อมแซมสารพันธุกรรมของตัวเอง จึงเกิดการชะลอการเจริญเติบโตและตายลงในที่สุด อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ตาแดง ปวดตา ระคายเคืองตา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓.๒ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูก

๑. ชักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการแพ้อาหารและยา อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสาเหตุและความจำเป็นของการผ่าตัดลักษณะของโรค การดำเนินโรค ผลดีที่จะได้รับจากการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและผลที่อาจเกิดตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชา การติดเชื้อ การปวดตา หรือภาวะเลือดออกที่ตา

๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความวิตกกังวล ชักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความตั้งใจ ตอบคำถามด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมก่อนผ่าตัด

๓. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Anti - HIV เพื่อประเมินความผิดปกติของผลเลือดก่อนผ่าตัด

๔. อธิบายวิธีปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการดูแลรักษาตา และร่างกายทั่วไป เช่น ล้างตาทำความสะอาดหน้าก่อนนอน ผีบนอนราบ ทดลองคลุมโปง เพื่อให้เกิดความเคยชิน เข้าวันผ่าตัด ดูแลทำความสะอาดร่างกาย สระผม โกนหนวด ตัดเล็บ

๕. ใช้อาหยอดขยายรูม่านตา เพื่อเตรียมขยายรูม่านตาก่อนเข้าห้องผ่าตัด

๖. อธิบาย ผู้ป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการตรวจหลังผ่าตัดต่อกระดูก ตรวจระดับการมองเห็น ตรวจความดันลูกตาและประเมินแผลผ่าตัด ประเมินการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ตรวจ ๑ วันหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์หลังผ่าตัด และ ๑ เดือนหลังผ่าตัด เพื่อประเมินการหายของแผลผ่าตัด

๗. ประเมินสัญญาณชีพก่อนการส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก

๑. ขณะเคลื่อนย้ายต้องประคองศีรษะผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยค่อยๆ เลื่อนตัวมาที่เตียงนอน

๒. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบหงาย ห้ามตะแคงทับตาข้างที่ผ่าตัด และควรใส่ eye shield ไว้ตลอดเวลา ห้ามนอนคว่ำหน้า

๓. จัดวางสิ่งของ ที่จำเป็นไว้ใกล้ผู้ป่วย ดูแลจัดวางสัญญาณในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็น

๔. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด สอบถามอาการปวดตา คลื่นไส้ อาเจียน หากมีรายงานให้แพทย์ทราบ ลงบันทึกอาการอย่างต่อเนื่อง และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

๕. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาล สังเกตว่ามีการติดเชื้อ เช่น บวมแดง มีขี้ตาสีเขียว หรือสารคัดหลั่งซึมตลอด เป็นต้น และแนะนำห้ามน้ำเข้าตา ห้ามขยี้ตา จนเกิดเยื่อぶตาอักเสบ ครอบตาด้วย eye shield เน้นย้ำผู้ป่วย ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังเช็ดตา และหยอดตาด้วยตัวเอง

๖. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตา การหยอดตา เพื่อลดการติดเชื้อ การจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยในการพักผ่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

๑. ให้คำแนะนำทำความสะอาดตาใช้สำลีชุบน้ำเกลือ(NSS)บีบหมาด ๆ เช็ดตาจากหัวตาไปหางตา
๒. ฝาคอบตาเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะเวลนอน เพื่อป้องกันการขยี้ตาและการกระแทกกระแทก สำหรับการผ่าตัดด้วยอัลตราซาวด์ ควรครอบตานาน ๔ สัปดาห์ ส่วนการผ่าตัดแบบเปิดแผลกว้าง ควรครอบตานาน ๖ สัปดาห์หรือจนกว่าแพทย์จะอนุญาต ในตอนกลางวันสามารถสวมแว่นตากันแดดแทนฝาคอบตาได้ ควรหลีกเลี่ยงฝุ่น ควัน และลมแรง ๆ
๓. อาบน้ำและแปรงฟันได้ตามปกติ แต่ห้ามล้างหน้า ให้ใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาด ๆ เช็ดทำความสะอาดแทน และควรนอนหงายให้ผู้อื่นสระผมให้โดยปิดตาด้วยผ้าก๊อซ
๔. สามารถออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดินได้ตามปกติ แต่ควรระมัดระวังอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการขึ้นลงบันได เนื่องจากการกระเด้งผิด หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนัก ห้ามยกของหนักเกิน ๕ กก.
๕. ผู้ที่เคยสวมแว่นสายตาอาจไม่สามารถใช้แว่นเดิมหลังผ่าตัดได้ และต้องปิดตาข้างที่ผ่าตัดหากสวมแว่นสามารถใช้สายคาดหนังสือหรือทีวีได้ แต่ควรพักสายตาเป็นระยะ ๆ
๖. หลีกเลี่ยงการไอ จามแรง ๆ การก้มต่ำกว่าระดับเอว และห้ามนอนคว่ำหน้า
๗. แนะนำควรรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำบ่อย ๆ เพื่อป้องกันท้องผูก
๘. ในระยะ ๑-๒ เดือนหลังผ่าตัด แพทย์จะนัดตรวจเป็นระยะ ๆ และควรตรวจสายตอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๙. หากมีอาการผิดปกติ เช่น ตามัว ปวดตา ตาแดงมาก น้ำตาไหล มีขี้ตาหรือเยาหยอดตาหมด ควรพบแพทย์ก่อนวันนัด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑สรุปสาระสำคัญ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๒ ปี รูปร่างผอม ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธแพ้ยา และอาหาร ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ให้ประวัติมาด้วยตาพร่ามัว มากกว่า ๑๐ ปี ตาข้างขวามัวมากกว่าข้างซ้าย ไม่มีน้ำตาไหล ๒ เดือนก่อนมา มาตรวจพบเป็นโรคต้อกระจกในโครงการพาหมอไปหาประชาชน เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ตรวจวัดสายตา Visual acuity (VA): ข้างขวา ๒๐/๒๐๐, ๒๐/๑๐๐ ข้างซ้าย ๒๐/๓๐-๒, ๒๐/๓๐ ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ FBS CBC Anti-HIV ผลเลือดปกติ เอกซเรย์ทรวงอก ผลปกติ แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens (PE c IOL) แกรับผู้ป่วยหรือผู้ป่วยในชั้น ๓ วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง หายใจปกติ ตาข้างขวามัวมากกว่าข้างซ้าย ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตาเป็นครั้งแรก พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด พุดคุยให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พุดคุยระบายความรู้สึกต่างๆ ผู้ป่วยใจมีความเข้าใจและวิตกกังวลลดลง ได้รับการฝึกคลุมผ้าเพื่อให้คลายความกลัวระหว่างผ่าตัด แนะนำสถานที่ การปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๖๙ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๕/๗๕ มิลลิเมตรปรอทอัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ออกซิเจนในเลือด ๙๙ เปอร์เซ็นต์ ก่อนนอนให้ยา Lorazepam (๐.๕) ๑ tab oral ผู้ป่วยนอนหลับพักได้ เข้าก่อนผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายให้สะอาด งดใช้เครื่องสำอาง ถอดฟันปลอม งดดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารหลังอาหารมื้อเช้า หยอทยาขยายรูม่านตา ๑% Mydracyl ED ๑ หยด ทุก ๑๐ นาที ๓ ครั้ง สลับกับ ๑๐% Phenylephrine ED ๑ หยด ทุก ๑๐ นาที ๓ ครั้ง รูม่านตาขยายหลังหยอดยาครบ ๗ มิลลิเมตร แนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักที่เตียงหลังหยอดตา เนื่องจากยาขยายรูม่านตาทำให้ผู้ป่วยตามัว มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ ให้ยา Paracetamol (๕๐๐) ๑ tab oral ก่อนไปห้องผ่าตัด

ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด PE c IOL RE ในวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๗ ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปิดตาขวาด้วย eye pad ครอบด้วย eye shield มีอาการปวดตาขวาเล็กน้อย Pain score ๒ คะแนน ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม เฝ้าระวังอุบัติเหตุ ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ให้คำแนะนำห้ามเบ่งถ่าย ห้ามยกของหนัก ห้ามก้มหน้า ห้ามนอนตะแคงข้างที่ผ่าตัดให้นอนหงายหรือนอนตะแคงซ้ายเท่านั้น เพื่อป้องกันเลนส์เลื่อนหลุด วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๖ องศา อัตราการเต้นของหัวใจ ๕๗ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๒/๘๑ มิลลิเมตรปรอท

หลังผ่าตัดวันที่ ๑ ในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๗ พบจักษุแพทย์ เปิดตาเช็ดตา หยอทยา แบบสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และรับคำแนะนำจากจักษุแพทย์หลังผ่าตัดตาที่ห้องตรวจตา หลังพบจักษุแพทย์ ให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาหาแพทย์ก่อนถึงวันนัด เช่น ตาแดงมาก ปวดตามาก มีไข้ ตามัว

หลังผ่าตัด ๑ อาทิตย์ ในวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมาตามนัดพบจักษุแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอก ไม่มีอาการปวดตา ไม่มีตาแดง ไม่มีขี้ตา ตาขวาเริ่มมองเห็นชัดขึ้น ๒๐/๑๐๐, ๒๐/๕๐ ๒๐/๕๐, ๒๐/๕๐

หลังผ่าตัด ๑ เดือน ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมาตามนัดพบจักษุแพทย์ แผนกผู้ป่วยนอก ตาขวามองเห็นชัด ไม่พบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาและคัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่เข้ารับการรักษาศักดิ์ผู้ป่วยในชั้น ๓ โรงพยาบาลบางใหญ่จำนวน ๑ ราย
๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์รวมทั้งข้อมูล จากเวชระเบียน และแบบบันทึกทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
๓. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางด้านการวิชาการเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก
๔. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ทำการรักษา
๕. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลตามแผนการพยาบาลสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
๖. เรียบเรียงและเขียนเป็นเอกสารทางวิชาการ (กรณีศึกษา) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และมีประสบการณ์

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระดูก
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกอย่างได้ถูกต้อง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยต่อกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกจำนวน ๑ ราย

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยต่อกระดูกได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูก ที่ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น เลนส์เลื่อนหลุด พลัดตกหักล้ม
๒. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษา
๓. เป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแล ส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยต่อกระดูกที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในชั้น ๓ โรงพยาบาลบางใหญ่ เพื่อป้องกันหรือไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด และเมื่อกลับไปบ้าน โดยไม่ต้องกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากเป็นการเข้ารับการผ่าตัดครั้งแรก ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก
๒. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุจึงต้องให้คำแนะนำหลายครั้ง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ในระหว่างนอนโรงพยาบาลจำเป็นต้อง เฝ้าระวังอุบัติเหตุ จัดยาให้ผู้ป่วย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาล รวมถึงการเตรียมความพร้อมเมื่อกลับบ้าน ต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ ถึงการวางแผนกลับบ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมญาติก่อนกลับบ้าน ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดต่อกระดูก

๓. มีจักษุแพทย์เพียง ๑ คน ทำให้การได้รับการนัดเพื่อผ่าตัดใช้เวลานาน หากไม่ได้อยู่โครงการพาหมอไปหาประชาชน เณลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๒๕๖๗ ณ โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จะได้รับการผ่าตัดที่ล่าช้า

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. มีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก ทั้งสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง แบบแผนการรักษา การเฝ้าระวัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

๒. ผู้ป่วยต่อกระดูกรายนี้เป็นผู้สูงอายุ จำเป็นต้องอาศัยญาติในการช่วยจัดการความรู้ความเข้าใจ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของญาติจึงสำคัญเป็นอย่างมาก จึงควรมีการเตรียมความพร้อมญาติในระหว่างนอนโรงพยาบาล เพื่อให้ญาติได้ทราบความสำคัญของการใช้ยาหยอดตา การดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน

๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สอบถามผ่าน Line Official ของหอผู้ป่วยในชั้น ๓ โรงพยาบาลบางใหญ่

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวศรีสกุล สิงห์โต สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ศรีสกุล สิงห์โต
 (นางสาวศรีสกุล สิงห์โต)
 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) ๑๖ / ๗.๐. / ๒๕๖๘
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
ศรีสกุล สิงห์โต	ศรีสกุล สิงห์โต

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางสาวปรารถนา เชื้อสำราญรัตน์)

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางใหญ่

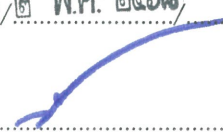
วันที่...../...../..... ๒๒๓๖๘

ลงชื่อ..... 

(นายสรณัฐ ส่งเสริมพงษ์)

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

วันที่...../...../..... พ.ศ. ๒๕๖๘

ลงชื่อ..... 

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

ตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

วันที่...../...../..... พ.ศ. ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องการหยอดตา เช็ดตาที่ถูกต้อง

๒. หลักการและเหตุผล

ต้อกระจก (Cataract) เป็นปัญหาจักษุสาธารณสุขที่สำคัญอันดับหนึ่งของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่า แต่ละปีจะมีผู้ป่วยต้อกระจกรายใหม่ประมาณ ๖๖,๐๐๐ คน/ปี แม้แต่ละปีจะมีการผ่าตัดต้อกระจกมากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ ราย แต่ต้อกระจกยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้สูงอายุ ๕๕-๖๐ ปีขึ้นไป โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีคนตาบอดทั่วโลกประมาณ ๔๖ ล้านคน โดยผู้ป่วยตาบอดส่วนใหญ่ร้อยละ ๘๒ เป็นผู้มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป และพบว่าผู้ป่วยตาบอดมากกว่าร้อยละ ๕๐ มีสาเหตุมาจากโรคต้อกระจก สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ป่วยต้อกระจกจำนวนถึง ๑๔๑,๒๙๖ คน

ตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ เกิดจากความเสื่อมสภาพตามอายุของเลนส์แก้วตา จะมีอาการตามัวลงช้าๆโดยไม่มีอาการเจ็บปวด ตาจะมัวมากขึ้นในที่สว่าง มองเห็นภาพซ้อน และเมื่อเป็นมากขึ้นตาก็มีอาการมัวทั้งในที่สว่างและในที่สลัว จนในที่สุดจะมองเห็นแค่แสงไฟ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้มองไม่เห็นถึงขั้นตาบอดได้ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเท่านั้นที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมามองเห็นได้ การผ่าตัดต้อกระจกเป็นการผ่าตัดเล็ก โดยการผ่าตัดนำเลนส์ต้อกระจกที่ขุ่นออก และใส่เลนส์เทียมเข้าไปแทนที่ เป็นการผ่าตัดที่ได้ผลดีถึงร้อยละ ๙๙.๔ และหลังการผ่าตัดต้องใช้เวลาอย่างน้อย ๖ สัปดาห์ สำหรับการดูแลตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมให้รอยแผลหลังการผ่าตัดหายสนิท ดังนั้นการดูแลหลังการผ่าตัดจึงมีความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหลังใส่เลนส์เทียม อาจทำให้เกิดเลนส์เลือน ต้องผ่าตัดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเวลา ค่าใช้จ่าย อาจสูญเสียระดับการมองเห็น และอาจสูญเสียดวงตา

โดยจากสถิติผู้ป่วยผ่าตัดของหอผู้ป่วยในชั้น ๓ โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ พบว่า การผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมเป็นการผ่าตัดที่มีมากเป็นลำดับที่ ๑ จากข้อมูลสถิติย้อนหลังปี ๒๕๖๖ และ ๒๕๖๗ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกและได้รับการผ่าตัดทั้งหมด ๒๐ และ ๔๕ ราย ตามลำดับ ดังนั้นการศึกษากิจการปฏิบัติพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและป้องกันการผ่าตัดซ้ำ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ซึ่งในการได้รับคำแนะนำของพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยในชั้น ๓ ใช้แผ่นพับและการอธิบายในการสอนผู้ป่วยและญาติแบบเดิมพบปัญหาการสื่อสารที่ไม่ตรงกันของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติมองไม่เห็นภาพจริง ต้องกลับมาถามพยาบาลซ้ำ

ผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้จัดทำสื่อวีดิทัศน์เผยแพร่ทั้งทาง Line Official และ QR code ของหอผู้ป่วยในชั้น ๓ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเช็ดตา หยอดตาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลและความรู้ความเข้าใจในการเช็ดตา หยอดตาที่ถูกต้อง โดยไม่ต้องกลับมาถามซ้ำ ลดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและสามารถทำตามขั้นตอนคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ตาเป็นอวัยวะสำคัญที่ช่วยในการมองเห็น รับรู้ข้อมูลต่างๆรอบตัว ผู้ที่มีความจำกัดในการมองเห็นจะ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและการดำรงชีวิตประจำวันต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก โรคต้อกระจกเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในผู้สูงอายุ หากไม่เข้ารับการรักษาดังแต่แรกเริ่มหรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่องอาจส่งผลให้ตาบอดได้ การรักษาผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับ คือ การสลายต้อกระจก ด้วยคลื่นความถี่สูง ร่วมกับการใส่เลนส์แก้วตาเทียม ปัญหาการรักษาหนึ่งที่พบในผู้ป่วยและญาติโรคต้อกระจก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม คือ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้ การสอน การแนะนำให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามแผนการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติถือเป็นหน้าที่โดยตรงของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแก่ผู้ป่วย จึงมีแนวคิดในการ จัดทำสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องการหยอดตา เช็ดตาที่ถูกต้อง หลังผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกได้อย่างถูกต้อง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ทำให้ต้องผ่าตัดซ้ำ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
๒. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องผ่าตัดซ้ำในงานการพยาบาลผู้ป่วยในชั้น ๓
๒. มีสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องการหยอดตา เช็ดตาที่ถูกต้องในงานการพยาบาลผู้ป่วยในชั้น ๓

(ลงชื่อ) ศิริสกุล สิงห์โต

(นางสาวศรีสกุล สิงห์โต)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๖ / ๓๐ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๕ แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวศรีสกุล สิงห์โต

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	18.....
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	28.....
๓. คำโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	28.....
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	8.....
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร การเสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	8.....
รวม	๑๐๐	9๐

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (✓) เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

ลงชื่อ.....*Sm*.....

(นางสาวปรารณา เชื้อสำราญรัตน์)

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางใหญ่

วันที่...../.....*๒๒๗๖๒8*.....

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(/) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อ.....

(นายสรภัญ ส่องเสริมพงษ์)

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

วันที่ ๒๒ พ.ค. ๒๕๖๘

ลงชื่อ.....

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

ตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

วันที่ ๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๘

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(..... **(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)**.....)

(ตำแหน่ง) **ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี**

(วันที่) **๒๔ มิ.ย. ๒๕๖๕**

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๖	นางสาวอรจิต บุตรจีน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๑๘๕๒๖๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๘๕๒๖๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ”						
ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “QR Code และแผ่นพับแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ”						
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						
						

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนกันยายน ๒๕๖๗ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑. ความรู้เรื่องผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความหมาย

ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) หมายถึง การบาดเจ็บใดๆที่เกิดจากแรงกระทำทั้งทางตรงและ ทางอ้อม ที่กระทำต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

พยาธิสรีรภาพ

เมื่อมีแรงมากระทำต่อกะโหลกศีรษะจะทำให้มีการหมุน การขยับของก้านสมองสะท้อน มีการกระตุ้นระบบเรติคูลาร์ซึ่งเป็นระบบประสาทที่ควบคุมการมีสติ พบว่าไมโทคอนเดรียขาดเอทีพี มีการทำลายสิ่งกีดกั้นสมอง ใกล้จุดที่ถูกแรงกระทำมีการกระทบเทือนมีผลต่อเซลล์ประสาท เซลล์คำจุนและหลอดเลือดในระยะแรกการบาดเจ็บจะเกิดขึ้นทันทีที่มีแรงมากระทบต่ออวัยวะของศีรษะส่งผลโดยตรงต่อเยื่อสมองและระบบประสาท ในระยะที่สองเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งระบบประสาทและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกทำลายมีน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น อาจมีเลือดออกในสมองและสมองบวมเกิดการแย่งเนื้อที่ในสมองนำไปสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาจทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนตามมา

สาเหตุ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะมีด้วยกันหลายสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุจราจร ตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุจากกีฬาและนันทนาการ ถูกยิง แรงกระแทกอื่นๆแล้วเกิดแรงกระแทกมายังส่วนของศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ ซึ่งกลไกการเกิดมี ๒ แบบ

๑. การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี ๒ ชนิด คือ

๑.๑ บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง (static head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อยเช่น การถูกตี ถูกยิง เป็นต้น

๑.๒ บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่(dynamic head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ เมื่อศีรษะกระทบของแข็งจะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแกสมองส่วนนั้น (coup lesion) ซึ่งมักมีการแตกร้าวของกะโหลกศีรษะรวมด้วย สมองส่วนตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกรวมด้วย(contracoup lesion)

๒. การบาดเจ็บโดยอ้อม (indirect injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายแล้วมีผลสะท้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงจนกระแทกพื้นทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอเป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรงอาการและอาการแสดง

อาการ

อาการที่พบ ได้แก่ อาการศีรษะบวมโน แผลถลอกหรือฟกช้ำที่ศีรษะ อาจมีกะโหลกศีรษะร้าวหรือแตก มีการบาดเจ็บสมอง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติ เมื่อรู้สึกตัวจะมีอาการมึนงง จำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดศีรษะ สับสน เพ้อ อะอะคลื่นใส่อาเจียน แขนขาเป็นอัมพาต ชักเกร็ง มีภาวะสมองบวม(brain edema)โดยความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS)

๑. การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Mild Head Injury) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีGCSเท่ากับ ๑๓-๑๕ คะแนน หลังจากการบาดเจ็บ ๓๐ นาทีโดยไม่ใช้จากฤทธิ์ยา แอลกอฮอล์หรือพยาธิสภาพจากโรคอย่างอื่นที่มีมาก่อนการ

บาดเจ็บ ผู้ป่วยจะมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ได้แก่ รับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติ(disorientation) สูญเสียความรู้สึกตัวเป็นเวลา ๓๐ นาทีหรือน้อยกว่า จำเหตุการณ์ไม่ได้ไม่น้อยกว่า ๒๔ ชั่วโมง(post traumatic amnesia) อาจพบอาการชักหรือมีรอยโรคภายในสมองที่ไม่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถแบ่งปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยได้ทั้งหมด ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑.๑ ปัจจัยเสี่ยงต่ำ(low risk) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการใด GCS เท่ากับ ๑๕ คะแนน สามารถให้การรักษาตามอาการและให้กลับบ้านพร้อมเอกสารคำแนะนำวิธีสังเกตอาการที่บ้าน

๑.๒ ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง(moderate risk) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี GCS เท่ากับ ๑๓-๑๔ คะแนน มีอาการอาเจียนมากกว่า ๒ ครั้ง มีประวัติหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ปวดศีรษะ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ มีปัจจัยที่ทำให้เลือดออกง่าย หากมีอาการตั้งแต่ ๑ อาการขึ้นไป ให้พิจารณารับไว้สังเกตอาการอย่างน้อย ๖ ชั่วโมงหรือทำ CT Brain

๑.๓ ปัจจัยเสี่ยงสูง(high risk) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่า ๑๕ คะแนน หลังได้รับการบาดเจ็บมาแล้ว ๒ ชั่วโมง สงสัยมีการแตกของกะโหลกศีรษะแบบเปิด(open skull fracture)และ/หรือการแตกของฐานกะโหลกศีรษะ(base of skull fracture) อายุมากกว่า ๖๕ ปี มีความผิดปกติจากการแข็งตัวของเลือด (use of anticoagulant) มีอาการอาเจียนมากกว่า ๒ ครั้ง คะแนน GCS ลดลงมากกว่า ๒ คะแนนโดยไม่ได้มาจากการชักหรือจากยา จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีภาวะความดันโลหิตต่ำ หากพบอาการเหล่านี้ตั้งแต่ ๑ ข้อ ขึ้นไปให้พิจารณาส่งตรวจCT Brain และปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาท

๒. การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีGCS เท่ากับ ๙-๑๒ คะแนน อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวลดลงได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง แพทย์จะรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในบางรายอาจจำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยในการหายใจ หากผลการตรวจทางรังสีพบมีกะโหลกศีรษะแตกหรือมีเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยก็อาจได้รับการผ่าตัด

๓. การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Severe Head Injury) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีGCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน มีการสูญเสียระดับความรู้สึกหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า ๒๔ ชั่วโมง ร่วมกับการชกเข้าฉีกขาดของเนื้อสมอง หรือมีก้อนเลือดในสมอง ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวน้อยมาก ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ มีการเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลป้องกันไม่ให้สมองถูกทำลายเพิ่มขึ้น โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองบวมและเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งนำมาสู่การเสียชีวิตในที่สุด

การวินิจฉัยผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการซักประวัติและการตรวจพิเศษต่างๆ ดังนี้

๑. การซักประวัติจากผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์ เพื่อหาสาเหตุการบาดเจ็บ ประเมินอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือความผิดปกติ ได้แก่ หูอื้อ ตาพร่ามัว ชาที่ผิวหนัง ระยะเวลาที่หมดสติ

๒. การตรวจร่างกาย ตรวจระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ลักษณะการหายใจ รูม่านตา การเคลื่อนไหวของแขนขา reflex ต่างๆ ตรวจหาน้ำหรือเลือดที่ไหลออกจากหูหรือจมูก คลำหารอยห้อเลือดบริเวณหนังศีรษะ วัดสัญญาณชีพและการบาดเจ็บอวัยวะอื่นๆ

๓. การตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ การตรวจทางรังสีวิทยา เช่น การถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง(Computerized Tomography brain) การตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging brain: MRI brain) การฉีดสีเข้าหลอดเลือดแดงเพื่อหาความผิดปกติว่าเลือดออกหรือมีพยาธิสภาพในสมองหรือไม่ การเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์(Complete Blood Count:CBC) ค่าอิเล็กโทรไลต์ น้ำตาลในกระแสเลือดและก๊าซในหลอดเลือด

การรักษาผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การรักษา มี ๒ แบบ ได้แก่ การรักษาโดยไม่ผ่าตัดและการรักษาโดยการผ่าตัด

๑. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด

ลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่ต้องได้รับการผ่าตัด คือ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีก้อนเลือดเล็กภายในกะโหลกศีรษะ หรือมีสมองซ้ำเพียงตำแหน่งเดียว หรือมีก้อนเลือดขนาดน้อยกว่า ๑๐ มิลลิเมตร ไม่ได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในสมอง หรือมีการกดเบียดบริเวณช่องน้ำไขสันหลังที่อยู่แกนสมอง

๑.๑. การให้ยากลุ่มขับปัสสาวะ เช่น mannitol เป็นการรักษาโดย hyperosmolar therapy มีกลไก ๒ แบบคือ ระยะแรกภายในเวลาเป็นนาที จะมี plasma volume เพิ่มขึ้นทันทีและ blood viscosity ลดลง ทำให้ cerebral perfusion เพิ่มขึ้น ดึงน้ำออกจากสมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง

๑.๒. การให้สารน้ำ hypertonic saline เป็นสารละลายอิเล็กโทรไลต์ที่มีค่าความดันออสโมติกสูงกว่าเซลล์เม็ดเลือดและพลาสมาของร่างกาย ทำให้มีการดึงน้ำที่อยู่ระหว่างเซลล์เข้าในหลอดเลือด ทำให้อาการสมองบวมลดลง

๒. การรักษาโดยการผ่าตัด

ลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด คือ มีกะโหลกศีรษะแตกยุบแบบเปิด หรือกะโหลกศีรษะแตกยุบแบบปิด มีการบาดเจ็บที่เนื้อสมอง มีก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะหรือบริเวณที่สมองบวมซ้ำมากกว่า ๔๐ มิลลิเมตร ความรู้สึกตัวลดลง มีอาการทางระบบประสาท มีอาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นอย่างมาก คลื่นไส้หรืออาเจียน

การผ่าตัดที่ทำบ่อยในการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่

๒.๑ craniotomy คือ การผ่าตัดเปิดหนังศีรษะ ใช้เลื่อยตัดกะโหลกและนำก้อนเลือดออก โดยอาจเปิดเยื่อหุ้มสมองหรือไม่ขึ้นกับก้อนเลือดอยู่เหนือหรือใต้เยื่อหุ้มสมอง

๒.๒ craniectomy คือการผ่าตัดเอากะโหลกศีรษะออกและเอาไปเก็บไว้และนำมาใส่คืนภายหลังหรืออาจจะใช้กะโหลกศีรษะเทียมใส่ทดแทนภายหลัง เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การพยาบาลสามารถแบ่งเป็นทั้งหมด ๒ ระยะ

การพยาบาลระยะวิกฤติ

๑. ประเมินสาเหตุของการเจ็บป่วย รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่ผิดปกติ พร้อมทั้งวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

๒. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคในขอบเขตของวิชาชีพที่กระทำได้เพื่อความเข้าใจลดความวิตกกังวล รวมทั้งอธิบายถึงความจำเป็นในการตรวจพิเศษต่างๆ เพื่อการตัดสินใจและเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพิเศษ

๓. ดูแลการหายใจให้มีประสิทธิภาพไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

๔. ดูแลให้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ให้ระดับออกซิเจนอยู่ที่ ๙๗-๑๐๐% ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ

๕. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ต้องควบคุมการไหลของสารน้ำโดยเคร่งครัด

๖. ในกรณีที่ให้ mannitol เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ควรเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำติดตามผลของอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโซเดียมและโพแทสเซียม ซึ่งอาจต่ำได้ บันทึกสารน้ำเข้าออกเฝ้าระวังภาวะปัสสาวะออกน้อย

๗. ให้การดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยจัดท่านอนให้กระดูกสันหลังของผู้ป่วยอยู่ในแนวตรงตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า ยกหัวเตียงสูง ๓๐ องศา ติดตามอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากพบอาการให้รีบรายงานแพทย์

๘. เฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการสับสน จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบในการสะดวกหยิบใช้งาน ยกראวกันเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล

๙. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือจัดหาข้อมูลที่เป็นในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม

การพยาบาลระยะฟื้นฟู

ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ทางระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ ชักเกร็ง เป็นต้น เฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม ให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่งเมื่อผู้ป่วยสามารถตอบโต้ได้ โดยให้ทำตามคำสั่งง่ายๆ หรือตอบคำถามง่ายๆ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท ประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพเพื่อกำหนดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๓๕ ปี ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด การแพ้ยาและอาหาร ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางใหญ่ เมื่อวันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยญาตินำส่งให้ประวัติว่า ๓๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาลขับรถจักรยานยนต์เสียหลักล้มเอง ไม่สวมหมวกกันน็อค สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ ที่ใบหน้าด้านขวามุมและมีแผลถลอก แกร็บที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง ปวดบริเวณหน้าผากและใบหน้าด้านขวา ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ประเมินอาการทางระบบประสาท Glasgow Coma Scale (GCS) ได้ E๔V๕M๖ ขนาดรูม่านตา ๒ มิลลิเมตร ปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง สัญญาณชีพแกร็บอุณหภูมิ ๓๖ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๙๐ ครั้ง/นาที สม่าเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๖/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือด ๙๘% น้ำหนัก ๖๕ กิโลกรัม ส่งตรวจการถ่ายภาพกะโหลกศีรษะ (film skull) ไม่พบการแตกหักของกะโหลกศีรษะ ส่งตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray: CXR) ไม่พบความผิดปกติ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count (CBC), Blood urea nitrogen (Bun), Creatinine (Cr) และ Electrolyte ผลปกติ งดน้ำและงดอาหารเพื่อสังเกตอาการทางสมอง วินิจฉัยว่าบาดเจ็บที่ศีรษะ Mild Head Injury with moderate risk รับไว้เป็นผู้ป่วยในวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๕.๓๕ นาฬิกา

แกร็บที่หอผู้ป่วยในชั้น ๓ ผู้ป่วยรู้สึกตัวถามตอบรู้เรื่อง มีอาการปวดบริเวณหน้าผากและใบหน้าด้านขวาที่มุม ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๔ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๑ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๖/๘๒ มิลลิเมตรปรอท O๒ saturation ๙๙% (room air) ให้การพยาบาลโดยการประเมินอาการทางระบบประสาท (Neuro sign) ทุก ๔ ชั่วโมง ด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) ได้ E๔V๕M๖ ขนาดรูม่านตา ๒ มิลลิเมตร ปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ประเมินอาการทางระบบประสาท ๒๔ ชั่วโมงพบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ ประเมินการพลัดตกหกล้มด้วย Morse Fall Scale มีความเสี่ยงระดับปานกลางให้การพยาบาลโดยจัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณที่สังเกตเห็นได้ง่ายใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล ดูแลยกยกร่างขึ้นเตียงขึ้นตลอดเวลา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจทางโลหิตวิทยา White Blood Cell (WBC) ๑๒,๐๔๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ ๔,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) Neutrophil ๗๒ เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ ๕๐-๗๐ เปอร์เซ็นต์) มีแผลถลอกบริเวณใบหน้าปิดด้วยผ้าก๊อสมีเลือดซึมบวมแดงเล็กน้อย ล้างแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin ๑ กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก ๖ ชั่วโมงเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผล ไม่พบอาการข้างเคียงของยา ไม่มีผื่นคัน สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ เฝ้าระวังการอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณที่ฉีดยา ไม่พบการอักเสบของหลอดเลือดดำ สังเกตอาการชักเกร็ง พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการชักเกร็ง หลังจากสังเกตอาการทางสมอง ๒๔ ชั่วโมง แพทย์พิจารณาส่งตรวจถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมอง (Computerized Tomography Brain: CT Brain) ไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง ไม่พบการแตกของกะโหลกศีรษะ ดูแลให้สารน้ำ ๐.๙% NaCl ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล ๘๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ทุก ๘ ชั่วโมง พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ หลังจากนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ๒ วัน

ผู้ป่วยแจ้งว่าปวดบริเวณใบหน้าด้านขวา มีอาการบวมบริเวณหน้าผกด้านขวา โหนกแก้มและรอบตาขวา ประเมินระดับความปวด Pain Score ระดับ ๔ ประคบเย็นบริเวณที่บวมซ้ำ ตรวจพบฟันโยกส่งปรึกษาแผนกทันตกรรมพบว่ากระดูกขากรรไกรบนหัก ทันตแพทย์แนะนำให้ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์เพื่อยึดกระดูกขากรรไกร แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนเพื่อป้องกันการเคลื่อนตัวของกระดูกขากรรไกร ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมระยะเวลา ๓ วัน สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง ปวดแผลเล็กน้อย แผลแห้งดี ไม่มีอาการแสดงของแผลติดเชื้อ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ผู้ป่วยมีความประสงค์กลับพักรักษาตัวต่อที่ต่างจังหวัด มีหนังสือส่งตัวให้ผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลตนเองต่อที่บ้านตามคำสั่งแพทย์ และอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ การรับประทานยาปฏิชีวนะต่อเนื่องจนหมดและยาอื่นๆ โทรศัพทติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาล ๑ สัปดาห์ ไม่พบอาการผิดปกติและ ได้เข้ารับการรักษกระดูกขากรรไกรหักที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกกรณีศึกษา โดยศึกษาจากกลุ่มโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังในหอผู้ป่วยในชั้น ๓ โรงพยาบาลบางใหญ่ คือผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
๓. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากบทความวิชาการ บทความวิจัย หนังสือวิชาการต่างๆ
๔. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องนำมาวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนในการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเมินแบบแผนสุขภาพแบบองค์รวม
๕. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลตามแผนการพยาบาล สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติขณะนอนโรงพยาบาล ตลอดจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล อาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์
๖. เรียบเรียงและเขียนเป็นเอกสารทางวิชาการ(กรณีศึกษา) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และมีประสบการณ์

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
๒. ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน
๓. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ

๑. มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ๑ เรื่อง

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว แก้ไขภาวะผิดปกติอย่างทันท่วงทีและได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

การเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๒. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่ป้องกันได้ ขณะให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาล

๓. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. นำความรู้จากการศึกษาค้นคว้าไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย

๒. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะประจำหน่วยงานและเป็นการพัฒนาตนเอง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การให้ประวัติที่ไม่ครอบคลุมอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ ทำให้ข้อมูลการวินิจฉัยและตรวจร่างกายล่าช้า เช่น ปวดฟันฟันโยกที่ส่งผลพบว่กระดูกขากรรไกรบนหัก

๒. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

๓. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาเบื้องต้นเป็นสิทธิ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ(พ.ร.บ.) กรณีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้วเอกสารไม่ครบถ้วน อาจทำให้ต้องสำรองค่าใช้จ่าย ค่ารักษาที่ให้การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญล่าช้า

๒. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการสังเกตอาการเบื้องต้นทางระบบประสาท และเฝ้าระวังสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

๓. ขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องฟันโยกส่งปรึกษาทันตแพทย์พบว่าการหักของกระดูกขากรรไกรบน ต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธเนื่องจากต้องการไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาจึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารให้ข้อมูลโดยแพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการรักษาต่อเนื่องและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การซักประวัติผู้ป่วยควรซักประวัติผู้ป่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและครบถ้วน เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและสามารถติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว

๒. ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

๓. ในกรณีที่ญาติสามารถเฝ้าใช้ได้ ควรจัดทำเอกสารให้ความรู้กับญาติผู้ป่วย เพื่อให้ญาติสามารถประเมินอาการเบื้องต้นทางระบบประสาท และเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

การเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๒. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่ป้องกันได้ ขณะให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาล

๓. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. นำความรู้จากการศึกษาค้นคว้าไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย

๒. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะประจำหน่วยงานและเป็นการพัฒนาตนเอง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การให้ประวัติที่ไม่ครอบคลุมอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ ทำให้ข้อมูลการวินิจฉัยและตรวจร่างกายล่าช้า เช่น ปวดฟันฟันโยกที่ส่งผลพบว่กระดูกขากรรไกรบนหัก

๒. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

๓. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาเบื้องต้นเป็นสิทธิ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ(พ.ร.บ.) กรณีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้วเอกสารไม่ครบถ้วน อาจทำให้ต้องสำรองค่าใช้จ่าย ค่ารักษาที่ให้การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญล่าช้า

๒. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการสังเกตอาการเบื้องต้นทางระบบประสาท และเฝ้าระวังสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

๓. ขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องฟันโยกส่งปรึกษาทันตแพทย์พบว่าการหักของกระดูกขากรรไกรบน ต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธเนื่องจากต้องการไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาจึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารให้ข้อมูลโดยแพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการรักษาต่อเนื่องและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การซักประวัติผู้ป่วยควรซักประวัติผู้ป่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและครบถ้วน เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและสามารถติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว

๒. ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

๓. ในกรณีที่ญาติสามารถเฝ้าไข้ได้ ควรจัดทำเอกสารให้ความรู้กับญาติผู้ป่วย เพื่อให้ญาติสามารถประเมินอาการเบื้องต้นทางระบบประสาท และเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑. นางสาวอรจิต บุตรจีน สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... อรจิต บุตรจีน
(นางสาวอรจิต บุตรจีน)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) ๑๖ / พ.ค. / ๒๕๖๔
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอรจิต บุตรจีน	อรจิต บุตรจีน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปรารณา เชื้อสำราญรัตน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) / 22 พ.ค. 68 /

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสรภัญ ส่งเสริมพงษ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) 22 พ.ค. 2568 /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๑/๓ มิ.ย. ๒๕๖๘ /

ผลงานลำดับที่๒ และผลงานลำดับที่๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปการปฏิบัติงานเป็น
เรื่องๆ ไป

หมายเหตุ: คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และ ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่ง
ระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง QR Codeและแผ่นพับแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะ

๒. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บศีรษะ(Head Injury) หมายถึง การบาดเจ็บใดๆที่เกิดจากแรงกระทำทั้งทางตรงและทางอ้อมที่กระทำต่อหนังศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว การบาดเจ็บศีรษะมีอุบัติการณ์สูงและสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศที่กำลังพัฒนา ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตและพิการมากที่สุดทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการในผู้บาดเจ็บที่อายุน้อยกว่า ๔๐ ปี ซึ่งนำไปสู่ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลระยะยาว และการสูญเสียส่วนร่วมทางสังคม ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

จากสถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับในประเทศไทย จากรายงานสถิติข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน จากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) จำนวนการบาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี พ.ศ. ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ จำนวน ๓๔,๐๒๓, ๕๒,๑๑๕ และ ๖๗,๐๗๐ รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรีที่เป็นพื้นที่อยู่ในเขตชุมชนเมืองการคมนาคมหนาแน่น มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ ทั้งสิ้น ๘๔, ๖๕, ๙๒ ราย ตามลำดับ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตส่งผลกระทบภายหลังบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลยังขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในโรงพยาบาล ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้ ในปี ๒๕๖๖ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษามากขึ้นจาก ๖๕ ราย ในปี ๒๕๖๕ เป็น ๙๒ ราย จำแนกเป็น Severe head injury ๑๘ ราย Moderate head injury ๗๐ ราย Mild head injury ๔ ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยทำได้ยาก จึงได้จัดทำเอกสารแผ่นพับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะขึ้น และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายจึงได้จัดทำ QR Code โดยการใช้งานผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว และสามารถนำไปศึกษาทบทวนได้ด้วยตนเองที่บ้าน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนว ทางแก้ไข

การบาดเจ็บศีรษะเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก มีอุบัติการณ์สูงและสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จากรายงานสถิติข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) จำนวนการบาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปี พ.ศ. ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ จำนวน ๓๔,๐๒๓, ๕๒,๑๑๕ และ ๖๗,๐๗๐ รายตามลำดับ และจากข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลบางใหญ่ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ ทั้งสิ้น ๘๔, ๖๕, ๙๒ ราย ตามลำดับ การบาดเจ็บศีรษะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบภายหลังการได้รับการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพไร้ความสามารถหรือเสียชีวิต นอกจากนี้การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะยังเข้าถึงได้ยาก จึงได้จัดทำ QR Code และแผ่นพับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว และสามารถนำไปศึกษาทบทวนได้ด้วยตนเองที่บ้าน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่สามารถศึกษาจากแผ่นพับได้ จึงมีการนำทฤษฎีของโอเร็มมาใช้ซึ่งประกอบด้วย ๓ ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่

๑. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self care Theory) เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล กล่าวคือบุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อกำหนดวิถีชีวิต

สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

๒. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) ได้กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งความพร้อมบางส่วนหรือทั้งหมด ซึ่งบุคคลจะต้องได้รับการช่วยเหลือ

๓. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ได้อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคล และช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต

ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงได้จัดทำเอกสารแผ่นพับและQR Code แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
๒. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ เปอร์เซ็นต์

๒. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดจนหลังจำหน่ายกลับบ้าน

(ลงชื่อ) **อริศิต บุตรจีน**
 (นางสาวอริศิต บุตรจีน)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ
 (วันที่) **๑๖** / **พ.ค.** / **๒๕๖๔**
 (ผู้ขอประเมิน)

๔ แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวอรจิต บุตรจีน

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงานผลการปฏิบัติงานราชการ และประวัติทางวินัย	๒๐	18
๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	28
๓. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงานรวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	๓๐	28
๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	๑๐	8
๕. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	๑๐	8
รวม	๑๐๐	90

๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- (☒) เหมาะสม (ระบุเหตุผล)
- (☐) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปรารณา เชื้อสำราญรัตน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่)/..... ๕ ธ.ค. ๕๘

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(/) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ).....

(นายสรภัญ ส่องเสริมพงษ์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่

(วันที่) ๒๒ พ.ค. ๒๕๖๔

(ลงชื่อ).....

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) ๑/๓ มิ.ย. ๒๕๖๔

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(☒) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

(☐) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ ๗๐

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นายเกียรติศักดิ์ ตรงศิริ)

(ตำแหน่ง)ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี.....

(วันที่) ๒๔ มิ.ย. ๒๕๖๔ /

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้