

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาทที่ได้รับ
การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบใช้กล้องขยาย
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำภาพพลิกเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการ
ผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

เสนอโดย

นางสาวจรัสพร วัลย์สัย
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ.172)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาทที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบใช้กล้องขยาย
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม 2552 – 17 กรกฎาคม 2552)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

หมอนรองกระดูกสันหลังประกอบด้วยสารคอลลาเจนที่มีความยืดหยุ่นวางตัวอยู่ระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละข้อ มีหน้าที่ยึดกระดูกสันหลังและเสมือนแผ่นยางที่รองรับน้ำหนักและแรงกระแทกที่เกิดจากการเคลื่อนไหวร่างกายและช่วยให้กระดูกสันหลังเคลื่อนที่ ก้ม เงยได้ หากแรงที่กดลงมากเกินไป เกินกว่าที่หมอนรองกระดูกจะรับได้ เปลือกของหมอนรองกระดูกจะฉีกออก พบว่ามีการปลิ้นของไส้ในหมอนรองกระดูกสันหลังที่มีลักษณะคล้ายเจลลี่ มาทางด้านหลังเข้าไปในโพรงของไขสันหลัง (Spinal canal) ไปกดทับเส้นประสาทบริเวณข้างเคียง

สาเหตุ

1. การเสื่อมของหมอนรองกระดูกตามวัย
2. การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังจากการที่หมอนรองกระดูกรับน้ำหนักมากเกินไป เช่น เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงปะทะหนักๆ การยกของหนัก ล้มหกล้ม

อาการเมื่อเส้นประสาทถูกกดทับในระดับต่างๆ

1. เส้นประสาทคอชั้นที่ 4 (C₄) เสียหน้าที่ ไม่มีอาการที่จับได้ชัดเจน การวินิจฉัยโรคที่ระดับนี้อาศัยประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(MRI)
2. เส้นประสาทคอชั้นที่ 5 (C₅) เสียหน้าที่ มีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่และต้นแขนด้านนอก ขาบริเวณกล้ามเนื้อไหล่ กล้ามเนื้อไหล่อ่อนแรงและลีบ
3. เส้นประสาทคอชั้นที่ 6 (C₆) เสียหน้าที่ มีอาการปวดและชาด้านนอกของแขน มือ และนิ้วหัวแม่มือ กล้ามเนื้อต้นแขนด้านหน้า (Biceps) อ่อนแรงและลีบได้ถ้าเส้นประสาทถูกกดอยู่นาน
4. เส้นประสาทคอชั้นที่ 7 (C₇) เสียหน้าที่ มีอาการปวดและชาที่นิ้วชี้และนิ้วกลาง กล้ามเนื้อต้นแขนด้านหลัง(Triceps) อ่อนแรงและลีบ
5. เส้นประสาทคอชั้นที่ 8 (C₈) เสียหน้าที่ มีอาการปวดและชาด้านในของแขน มือและนิ้วก้อย กล้ามเนื้อมือด้านในอ่อนแรงและลีบ

6. เส้นประสาทเอวชั้นที่ 4 (L_4) เสียหน้าที่ มีอาการปวดหลังร้าวลงด้านหน้าต้นขาและใต้เข่า ขาบริเวณด้านหน้าส่วนในของขา กล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps) อ่อนแรงและลีบ
7. เส้นประสาทเอวชั้นที่ 5 (L_5) เสียหน้าที่ มีอาการปวดที่ขาตามเส้นประสาทบริเวณก้นหรือ สะโพกและขาด้านหลังของขา ด้านในของเท้าและนิ้วหัวแม่เท้า กล้ามเนื้อขาด้านหลังอ่อนแรง ถ้าเป็นมาก อาจมีปลายเท้าตก (foot drop)
8. เส้นประสาทกระเบนเหน็บชั้นที่ 1 (S_1) เสียหน้าที่ มีอาการปวดร้าวลงมาตามเส้นประสาทบริเวณ ก้นหรือสะโพกและขาที่ด้านหลังของขาและขาหน้าของเท้า

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย
2. เอกซเรย์กระดูกสันหลัง ไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรคหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาท แต่ช่วย แยกโรคของกระดูกที่เป็นสาเหตุของการปวดหลัง
3. ไมอีโลกราฟี (Myelography) เป็นการตรวจที่นอกจากช่วยในการวินิจฉัยโรคได้แม่นยำแล้ว ยังช่วยบอกระดับ ขนาดและด้านที่นิวเคลียส พัลโพซัส (nucleus pulposus) ยื่นออกมา และช่วยแยกโรคเนื้อ อกของเส้นประสาทได้ด้วย
4. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)
5. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ได้ผลเร็วและแม่นยำ สามารถแสดงภาพหมอนรองกระดูก ที่ปลิ้นออกมาได้ชัดเจน

การรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวด แต่กล้ามเนื้อ ยังไม่อ่อนแรงโดย
 - แนะนำให้นอนพักประมาณ 2-3 วัน เพื่อลดการระคายเคืองของเส้นประสาทที่โดนกดและไม่ให้ หมอนรองกระดูกปลิ้นออกมามากขึ้น
 - รับประทานยาแก้ปวด และยาคลายการเกร็งกล้ามเนื้อ
 - ทำกายภาพบำบัด การดึงหรือยืดกล้ามเนื้อหลังจะทำให้กล้ามเนื้อหลังไม่เกร็งตัว ผู้ป่วยควรฝึก บริหาร กล้ามเนื้อหลัง เพื่อให้กล้ามเนื้อหลังแข็งแรง ช่วยพยุงกระดูกสันหลัง และหมอนรองกระดูกไม่ให้ เสื่อม หรือปลิ้นมากขึ้น

- การฉีดยาประเภทสเตียรอยด์ผสมยาชาเข้าไปข้างชั้นเยื่อหุ้มกระดูกสันหลัง (Epidural steroid injection) เพื่อลดการปวดและการอักเสบของเส้นประสาท

2. การผ่าตัด (Surgical treatment) การผ่าตัดส่องกล้องหรือการผ่าตัดเปิดแผลที่หลังเพื่อไปดึงเอาหมอนรองกระดูกที่ปลิ้นออกมา เป็นการรักษาที่ได้ผลและหายขาด
แนวคิดที่ใช้การดำเนินการ

1. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน
2. การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาท เกิดจากหมอนรองกระดูกที่รับน้ำหนักมากเกินไป เปลือกของหมอนรองกระดูกจะฉีกออกและพบว่ามีสารปลิ้นของไส้ในหมอนรองกระดูกสันหลังไปกดทับเส้นประสาทบริเวณข้างเคียงก่อให้เกิดอาการปวดหลัง ร่วมกับการปวดร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง รวมทั้งมีอาการของความผิดปกติของการทำงานของเส้นประสาท เช่น กล้ามเนื้อขาแข็ง ใดมัดหนึ่งหรือหลายมัดอ่อนแรง ชาบริเวณขา การวินิจฉัยที่สำคัญที่สุด คือการซักถามรายละเอียดความรุนแรงของอาการปวดและหาส่วนการถ่ายภาพเอกซเรย์และการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้านั้น จะช่วยย้ำการวินิจฉัย การรักษาส่วนใหญ่ต้องเริ่มจากการรักษาเป็นขั้นตอน เริ่มด้วยการรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) แบบต่างๆก่อนเสมอ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดควรเลือกเป็นอันดับสุดท้าย เนื่องจากเป็นวิธีที่มีความเสี่ยงมากกว่าการรักษาแบบประคับประคอง

กรณีศึกษาและติดตามผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาท ชายไทยอายุ 37 ปี มาด้วยอาการปวดหลังร้าวลงขาซ้าย 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลต่อมา 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดมากขึ้นและขาชากร่วมด้วย แพทย์รับไว้เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เลขที่ภายนอก 28436/52 เลขที่ภายใน 17393/52 รับไว้เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 3 วันที่ 12 กรกฎาคม 2552 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยเดินมาพร้อมญาติ ไม่มีอาการเดินลากขาหรือปลายเท้าตกขณะเดินแต่มีอาการปวดหลังร้าวลงขาซ้ายและชาบริเวณนิ้วหัวแม่เท้าข้างซ้าย
ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ค้นคว้ารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลโรคหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาทและการพยาบาลหลังผ่าตัดจากตำราทางการแพทย์ พยาบาล

2.เลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี เลขที่ภายนอก 28436/52 เลขที่ภายใน 17393/52
รับไว้เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 3 วันที่ 12 กรกฎาคม 2552 เวลา 10.00 น.

3.ศึกษาและค้นหาปัญหาจากกรณีศึกษาโดยการซักถามและพูดคุยกับผู้ป่วยและศึกษาจาก
เวชระเบียน

4.รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม
ของผลงาน

5.ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

6.นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ชายไทยอายุ 37 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร อาชีพ ช่างซ่อม
เครื่องบิน ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลปวดหลังร้าวไปถึงน่องขาซ้ายปวดมากถ้านั่งนานๆ
หรือยกของหนัก ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริวที่ขาซ้ายขณะเกร็งขา กลั้นปัสสาวะ อุจจาระได้ปกติ
ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์ตรวจร่างกายและส่งตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าบริเวณกระดูก
สันหลังพบหมอนรองกระดูกสันหลังบริเวณเอวชั้นที่ 5 ถึงกระดูกกระเบนเหน็บชั้นที่ 1 ปลิ้นกดทับ
เส้นประสาท ได้รักษาโดยให้รับประทานยาบรรเทาปวดคลายกล้ามเนื้อ และวิตามิน B₁₋₆₋₁₂ ต่อมาอาการ
ปวดไม่ทุเลาลง 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดมากขึ้น บางครั้งปวดมากเดินไม่ได้ และขาหลง
มาถึงบริเวณนี้หัวแม่เท้าซ้ายจึงมาพบแพทย์ แพทย์รับไว้เพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วย
ศัลยกรรมพิเศษ 3 เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2552 เวลา 10.00 น. เลขที่ภายนอก 28436/52 เลขที่ภายใน
17393/52 ผู้ป่วยเดินมาพร้อมภรรยา ไม่มีอาการเดินขาลากหรือปลายเท้าตกแต่รู้สึกปวดหลังร้าวไปที่ขาซ้าย
และขาบริเวณน่องถึงหัวแม่เท้าซ้าย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี สีน้ำอิมเข้ม ได้สร้างสัมพันธภาพกับ
ผู้ป่วยและภรรยาโดยการแนะนำตัวและพูดคุย จากการซักประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยปฏิเสธ โรคประจำตัว
ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ไม่เคยมีประวัติการแพ้ยา และการแพ้อาหารทุกชนิด ไม่เคยได้รับการผ่าตัด
ผลการตรวจร่างกายแรกรับ สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง
ต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท เอกซเรย์ปอดผลปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าความเข้มข้นของเลือด 44.1 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 42 – 52 เปอร์เซ็นต์) เม็ดเลือดขาว 7,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,000 – 10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) เกล็ดเลือด 286,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 140,000 – 450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ประเมินระดับความปวดโดยให้บอกระดับความปวดที่มีค่าตั้งแต่ 0 -10 ผู้ป่วยบอกปวดหลังร้าวลงขาขณะเดิน อยู่ในระดับ 5 ถ้านั่งพักอาการปวดจะทุเลาลง จึงปฏิเสธยาบรรเทาปวด แพทย์วางแผนผ่าตัดในวันที่ 14 กรกฎาคม 2552 เวลา 8.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกกังวลเรื่องการผ่าตัด การใช้ชีวิตหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นช่างซ่อมเครื่องบินต้องยกของหนักและนั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์นานๆ ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนอาชีพได้เนื่องจากเป็นหัวหน้าครอบครัว งานที่ทำให้ค่าตอบแทนสูงและสวัสดิการดี ได้พูดคุยเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ลักษณะแผลผ่าตัดซึ่งจะมีขนาดเล็กกว่าการผ่าตัดแบบเดิม ทำให้การอาการปวดแผลผ่าตัดน้อยลง ไม่รบกวนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง สามารถฟื้นฟูได้เร็ว การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยสระผมก่อนผ่าตัดหนึ่งวันและให้ใช้สบู่เหลวมาเอเซีย (Hibiscrub) ฟอกบริเวณหลังและก้นขณะอาบน้ำตอนเย็นก่อนวันผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัด เพื่อช่วยลดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด และให้ญาติเตรียมหมอนข้างที่ค่อนข้างแข็งและมีขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อใช้สำหรับช่วยพลิกตะแคงตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยและภรรยาประทับใจ มีสีหน้าแจ่มใสไม่สอบถามเพิ่มเติม

วันที่ 14 กรกฎาคม 2552 เวลา 7.30 น. ผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด รับผู้ป่วยกลับจากห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด เวลา 13.00 น. ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกที่ปลิ้นกดทับเส้นประสาทออก (Microdisectomy) ได้ยาระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดขณะผ่าตัดประมาณ 50 มิลลิเมตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและดมยาสลบ แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับออกซิเจน แคนูลาร์ (O₂ canular) 4 ลิตรต่อนาที ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีแผลผ่าตัดบริเวณหลังส่วนล่างปิดพลาสติกใสชนิดกันน้ำ ไม่มีเลือดซึม ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำจากห้องพักฟื้นเป็น 0.9% NSS 1000 มิลลิเมตร อัตราการไหล 100 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง เหลือมาที่หอผู้ป่วย 900 มิลลิเมตร ได้รับยาระงับปวดจากห้องพักฟื้นคือเพทิดีน (pethidine) ขนาด 250 มิลลิกรัมผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิเมตร หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำ อัตรา 5 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง เหลือมาที่หอผู้ป่วย 90 มิลลิเมตร ได้ใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ ในการควบคุมอัตราการไหลของยาเพทิดีน ขณะได้รับยาเพทิดีนผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืด ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆเพราะหลังจากได้ยาเพทิดีน อาจมีอาการมึนงงหรือหน้ามืดได้ ซึ่งผู้ป่วยไม่มีอาการดังกล่าว ให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อลดอาการปากแห้ง

จากการได้รับยาเพทิดีน ผู้ป่วยใส่สายสวนคาปีสภาวะ มีปีสภาวะในถุงรองรับประมาณ 150 มิลลิลิตร
 ปีสภาวะเหลืองใส ดูแลไม่ให้สายปีสภาวะหัก พับ งอ หรือดึงรั้ง แขนงรองรับปีสภาวะต่ำกว่าระดับเอว
 ผู้ป่วยและปลายถุงห่างจากพื้นประมาณ 2 นิ้ว ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส
 อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตร
 ปรอท ประเมินความปวดแผลผ่าตัด อยู่ระดับ 8 ให้ผู้ป่วยนอนราบ พลิกตะแคงตัวได้และสามารถยับแขน
 ขาได้ปกติ แต่ห้ามลุกนั่ง ห้ามปรับเตียงให้ศีรษะสูง ห้ามลุกเดินเพราะต้องการให้กระดูกสันหลังที่ถูกผ่าตัด
 และกล้ามเนื้อหลัง ได้พักและไม่ถูกกดทับ ลดความปวดหลังผ่าตัด ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพลิกตะแคงตัว
 แบบท่อนซุง โดยให้ผู้ป่วยกอดหมอนข้าง จับบริเวณไหล่และสะโพกของผู้ป่วยดูแลให้หลังตรงและพลิก
 ตะแคงตัวพร้อมทั้งสาธิตให้ภรรยาของผู้ป่วยดู และถ้าผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนท่า ให้ตามพยาบาลช่วยในการ
 พลิกตะแคงตัว จัดท่านอนที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการปวดแผลผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย
 ใช้หมอนรองใต้ข้อพับเข่าเพื่อให้อาการปวดหลังน้อยลง ไม่ปวดตึงแผลผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถหลับพักผ่อนได้
 หลังผ่าตัดแพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ เซฟาโซลิน (cefazolin) 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง และแพทย์
 อนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ โดยให้ผู้ป่วยเริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารข้าวต้มมือเย็น ผู้ป่วย
 รับประทานอาหารได้ครั้งเดียวไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือปวดท้องหลังรับประทานอาหาร ผู้ป่วยได้รับยา
 นอร์เฟลิก (Norflex) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า เย็น อาคอกเซีย (Arcoxia) ขนาด 90 มิลลิกรัม
 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าให้ผู้ป่วยรับประทานหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำตาม 1 แก้ว
 พาราเซตามอล (Paracetamol) ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือ
 มีไข้ เวลา 20.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้ออกซิเจน ค่าความ
 อิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 96 เปอร์เซ็นต์ อาการปวดทุกเลาลง ประเมินความปวดแผลผ่าตัดอยู่ระดับ 5
 แพทย์ลดยาบรรเทาปวดเพทิดีน (pethidine) ขนาด 250 มิลลิกรัมผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้า
 ทางหลอดเลือดดำเป็นอัตรา 4 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง โดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำในการให้ยาเพทิดีนตลอดเวลา
 ผู้ป่วยสามารถหลับพักผ่อนได้

วันที่ 15 กรกฎาคม 2552 เวลา 9.00น. หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ประเมิน
 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ
 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/50 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าความเข้มข้น
 ของเลือด 36.4 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 42 – 52 เปอร์เซ็นต์) เม็ดเลือดขาว 10,800 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

(ค่าปกติ 5,000 – 10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) เกิดเลือด 236,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 140,000 – 450,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) รายงานแพทย์เรื่องผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ แพทย์ให้สังเกตอาการต่อ ไม่มีแผนการรักษาเพิ่มเติม แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ ผักใบเขียว เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์เป็นต้นและแนะนำภรรยาผู้ป่วยในการจัดหาอาหารดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้ป่วยรับประทาน ประเมินความปวดแผลผ่าตัด อยู่ระดับ 3 ได้รับยาบรรเทาปวดเพทิดีน (pethidine) ขนาด 250 มิลลิกรัมผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิตร หยอดเข้าทางหลอดเลือดดำเป็นอัตรา 4 มิลลิตรต่อ ชั่วโมง แพทย์ให้หยดยาเพทิดีนทางหลอดเลือดดำเวลา 18.00น. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1000 มิลลิตร อัตราการไหลช้าๆให้ไว้เพื่อสำหรับให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ประเมินแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม เตรียมอาหารโปรตีนสูง ได้แก่ ไข่ขาว 1 ฟองต่อมื้อให้ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ผู้ป่วยสามารถรับประทานไข่ขาวได้หมดทุกมื้อ ผู้ป่วยยังมีสายสวนคาปัสสาวะ แพทย์ให้เอาสายสวนปัสสาวะคาออก แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวันและให้ผู้ป่วยฝึกขมิบก้นเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูด ผู้ป่วยดื่มน้ำได้ 800 มิลลิตร หลังเอาสายสวนคาปัสสาวะออก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยปวดปัสสาวะแต่ปัสสาวะไม่ออก จากการตรวจร่างกายโดยการคลำหน้าท้องผู้ป่วย พบว่ามีกระเพาะปัสสาวะโป่งพอง (bladder full) กระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะโดยการประคบเย็นเหนือหัวเหน่า และบิดม่าน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนตัว ต่อมาผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีอาการแสบขัด ปริมาณปัสสาวะทั้งหมด 400 มิลลิตร ปัสสาวะสีเหลืองเข้มเล็กน้อย

วันที่ 16 กรกฎาคม 2552 เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าแจ่มใส ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/80 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดที่หลังไม่มีเลือดซึม รอบๆแผลไม่แดง แพทย์จึงให้งดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ งดยาปฏิชีวนะ และอนุญาตให้เดินได้โดยไม่ต้องใส่เสื้อสำหรับพยุงหลัง เนื่องจากเป็นการผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออก ซึ่งไม่ได้ใส่อุปกรณ์หรือเนื้อยึดติดกระดูก และเป็นการผ่าตัดที่รบกวนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังน้อย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลที่ไม่ต้องใส่เสื้อพยุงหลัง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการลุกเดิน จัดทำปรับศีรษะสูงให้ผู้ป่วยนั่งหลังพิงเตียงก่อน ไม่มีอาการมินเวียนศีรษะ ต่อมาให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาและแกว่งขา เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทดลองยืนและเดินช้าๆ ผู้ป่วยสามารถเดินได้ ไม่มีอาการเซ แต่ยังมีอาการปวดหลังร้าวลงขาซ้าย ขาบริเวณน่องแต่น้อยกว่าก่อนผ่าตัด ประเมินความปวด

อยู่ที่ระดับ 2 ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มและพอใจในการรักษา

วันที่ 17 กรกฎาคม 2552 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ เชิญผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าแจ่มใส ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย เปิดแผลทำความสะอาด แผลเย็บชั้นใต้ผิวหนังดีดี ไม่มีเลือดซึม ไม่มีบวม แดง ร้อน ปิดแผลโดยใช้พลาสติกใสชนิดกันน้ำ ผู้ป่วยเดินได้ดี ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้ ให้ผู้ป่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายได้ แต่ห้ามแกะเกาแผลผ่าตัด ถ้าพลาสติกที่ปิดแผลลอกหรือหลุด หรือแผลมีเลือด หนองซึม ให้สถานพยาบาลใกล้บ้านเปิดแผลทำความสะอาด แนะนำการใช้ยาที่ต้องรับประทานที่บ้าน คือ อาคอกเซีย (Arcoxia) ขนาด 90 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าทันทีและดื่มน้ำตามมากๆ ไอบิเล็กซ์ (Ibex) ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน รับประทานอย่างต่อเนื่องจนหมดแล้ว หยุดยาได้ พาราเซตามอล (Paracetamol) ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือมีไข้ แนะนำการปฏิบัติตัว 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ได้แก่ หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การก้มตัวหยิบของ การหมุนตัวอย่างรุนแรง หลีกเลี่ยงการไอ จาม อย่างรุนแรง หลีกเลี่ยงการเบ่งอุจจาระอย่างรุนแรง (ระวังอย่าให้ท้องผูก) งดยานขับรถ หรือจักรยานยนต์หรือจักรยาน หลีกเลี่ยงการนั่งนานๆ ถ้าต้องนั่งควรให้หลังพิงพนัก เอนหลังประมาณ 45 องศา แนะนำผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ 2 เดือนหลังผ่าตัด เน้นย้ำให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลผ่าตัดอักเสบ มีไข้สูง ปวดชามากขึ้น เป็นต้น ให้รีบมาพบแพทย์ และแนะนำให้มาตรวจตามนัดวันที่ 22 กรกฎาคม 2552 เวลา 09.00น. ณ ห้องตรวจศัลยกรรมประสาท หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน จากการติดตามข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แผลผ่าตัดแห้งดีดีไม่มีการอักเสบ ยังมีอาการปวดหลังและขาบริเวณช่องซ้ายเล็กน้อย

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษาและติดตามผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาทที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยการซักประวัติขยายเป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี เมื่อเดือนมกราคม 2552 รู้สึกปวดหลังร้าวลงขาซ้ายและปวดมากขึ้นเมื่อยกของหนัก มาพบแพทย์ตรวจวินิจฉัยโดยการทำ เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า บริเวณกระดูกสันหลัง พบหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาทตำแหน่งกระดูกสันหลังส่วนเอวท่อนที่ 5 ถึงกระดูกกระเบนเหน็บท่อนที่ 1 แพทย์นัดทำการผ่าตัด รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 12 กรกฎาคม 2552 แรกผู้ป่วยเดินมา ช่วยเหลือตัวเองได้ดี วันที่ 14 กรกฎาคม 2552 ทำผ่าตัด

นำหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออกโดยใช้กล้องขยาย (microdisectomy) แผลผ่าตัดบริเวณหลัง ส่วนล่างติดพลาสติกใสชนิดกันน้ำ ไม่มีเลือดซึม วันที่ 16 กรกฎาคม 2552 แพทย์อนุญาตให้เดินได้โดยไม่ต้องใส่เสื้อสำหรับพยุงหลัง ผู้ป่วยสามารถลุกเดินได้ดี วันที่ 17 กรกฎาคม 2552 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ดังนี้ หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ หลีกเลี่ยงการยกของหนักหรือการไอ จาม อย่างรุนแรง ไม่ควรก้มตัวหยิบของหรือหมุนตัวอย่างรวดเร็ว ไม่นั่งทำเดิวนานๆ ควรนั่งหลังพิงพนัก ระวังเรื่องท้องผูก แนะนำถ้ามีอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้สูง แผลผ่าตัดอักเสบ ปวดหรือชาขามากขึ้น นัดติดตามอาการที่คลินิกศัลยกรรมประสาท วันที่ 22 กรกฎาคม 2552 เวลา 9.00 น. รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน จากการติดตามข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แผลผ่าตัดแห้งดีดีไม่มีการอักเสบ ยังมีอาการปวดหลังและชาบริเวณน่องซ้ายเล็กน้อย

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทำให้เกิดการพัฒนาตัวเองในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์
2. ทราบถึงปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาท
3. นำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุง พัฒนาคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาทรายอื่นต่อไป

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ประกอบอาชีพเป็นช่างซ่อมเครื่องบินต้องยกของหนักและนั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์นานๆ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาท ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนอาชีพได้ เนื่องจากเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หารายได้หลักให้ครอบครัวและอาชีพที่ทำอยู่ปัจจุบันมีสวัสดิการดี ค่าตอบแทนสูง ผู้ป่วยกังวลเรื่องการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากยังต้องประกอบอาชีพนี้ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาในข้างต้น แม้ว่าอาการชาขาจะดีขึ้นกว่าตอนก่อนผ่าตัดแต่ก็ยังไม่หายขาด จึงกังวลเรื่องที่จะเป็นภาระให้ครอบครัวถ้าหาเงินไม่สามารรถเดินได้ ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดจึงกังวลเรื่องการได้รับการดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น กลัวความทรมานจากการปวดแผลผ่าตัด กลัวเดินไม่ได้หลังการผ่าตัด กังวลเรื่องหลังผ่าตัดแล้วร่างกายไม่แข็งแรง ทำงานไม่ได้เหมือนเดิม แต่ที่ตัดสินใจผ่าตัดเนื่องจากรักษาโดยการรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น มีอาการปวดหลังร้าวลงขาและชามากกว่าเดิม บางครั้งขาอ่อนแรงเดินไม่ได้ กลัวเกิดความพิการทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงหลังจากรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแล้วจะต้องหายเป็นปกติสามารถทำงานได้เหมือนเดิมไม่เป็นภาระให้ครอบครัว

10. ข้อเสนอแนะ

โรคหมอนรองกระดูกปลิ้นกดทับเส้นประสาท มักพบในวัยหนุ่มสาวที่เป็นวัยทำงาน ช่วงอายุ 20-40 ปี ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ป้องกันการเกิดโรคนี้

1. จัดทำแผ่นพับเรื่อง

- การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อหลัง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้รู้วิธีการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและช่วยในการพุงกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูก
- ทำในการนั่ง ยืน เดิน การยกของที่ถูกต้องเหมาะสม

2. หน่วยส่งเสริมสุขภาพจัดนิทรรศการให้ความรู้กับชุมชนต่างๆ หรือแจกแผ่นพับที่จัดทำขึ้นในข้อ 1. เพื่อเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน เป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพซึ่งค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาและการฟื้นฟู

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... *จิราพร วิไลชัย*

(นางสาวจิราพร วิไลชัย)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... *19 / ตุลาคม / 2553*

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... *[Signature]*

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

..... *19 / ต.ค. 2553*

ลงชื่อ..... *[Signature]*

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

..... *19 / ต.ค. 2553*

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวจรัสพร วิสัยสัย

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ.172)สังกัด ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักงานแพทย์

เรื่อง จัดทำภาพพลิกเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
ระดับเอว

หลักการและเหตุผล

โรคที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลัง คือภาวะที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของโครงสร้างกระดูกสันหลัง ซึ่งอาจเกิดจากอายุที่มากขึ้นหรือการเสื่อมสภาพจากการใช้งาน กระดูกสันหลังระดับบั้นเอว และระดับคอมีการใช้งานมากกว่าระดับอื่น จึงเสื่อมง่ายกว่า สำหรับการรักษานั้น ได้แก่ การนอนพัก การรับประทานยาหรือฉีดยา การทำกายภาพบำบัดและการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดนั้น จะต้องได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ดังนั้นการจัดทำภาพพลิกเรื่อง การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อประกอบการให้คำแนะนำผู้ป่วยนั้น ภาพพลิกจะมีภาพประกอบและคำอธิบายสั้นๆเข้าใจง่าย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม การได้ดูภาพ ได้อ่าน และฟังคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้นและเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จัดทำภาพพลิกเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ได้นำทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งกล่าวไว้ว่า การรับรู้เป็นพื้นฐาน

การเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคลเพราะการตอบสนองพฤติกรรมใดๆจะขึ้นอยู่กับความรู้จากสภาพแวดล้อมของต้นและความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้นๆ ดังนั้นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยการรับรู้ประกอบด้วย ประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิต คือ ความรู้เดิม ความต้องการ และเจตคติ เป็นต้น ดังนั้นการจัดทำภาพพลิกเพื่อประกอบคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวนั้นเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเกิดการรับรู้จากการมองเห็นภาพประกอบ การได้ยินจากการฟังคำแนะนำโดยจะก่อให้เกิดความเข้าใจได้ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถเกิดการเรียนรู้นำไปสู่การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

ขออนุญาตจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อจัดทำภาพพลิกและนำมาใช้ในหน่วยงาน โดยดำเนินการดังนี้

1. ค้นคว้าเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
 2. รวบรวมข้อมูล และถ่ายภาพประกอบได้แก่ ภาพแผลหลังผ่าตัด ภาพการพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง โดยใช้หมอนข้างช่วยพลิกตะแคง
 3. จัดทำภาพพลิก ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน พร้อมภาพประกอบ
 4. นำภาพพลิกที่สร้างขึ้นปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของเนื้อหา
 5. ให้บุคคลากรในหน่วยงานรับทราบถึงการนำภาพพลิกในการประกอบการให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
 6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด 1 – 2 วัน โดยใช้ภาพพลิกประกอบ
 7. จัดทำแบบประเมินการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
 8. ติดตามประเมินวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวของผู้ป่วย โดยให้พยาบาลสังเกตและบันทึกผลลงในแบบประเมินที่จัดทำขึ้น แบ่งเป็นก่อนผ่าตัด 1 วัน และหลังผ่าตัด 1 วัน
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ถูกต้อง

2. เพื่อใช้เป็นสื่อสำหรับประกอบการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง
ระดับเอว

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 90

ลงชื่อ.....*วิไลศพร วิไลชัย*.....

(นางสาววิไลศพร วิไลชัย)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....*15*...../.....*๑๕*...../.....*๒๕๖๓*.....