

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรหน่วยแพทย์ผู้ชีวิตด้านการเคลื่อนย้าย

เสนอโดย

นายปราโมทย์ ภาภักดี
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ 282)

ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 6 วัน (วันที่ 11 พฤษภาคม ถึงวันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ.2551)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ
กระดูกต้นขาหัก

คำจำกัดความ

กระดูกต้นขา (femoral shaft) หัก พบได้บ่อยมาก มีประวัติวิวัฒนาการการรักษามานานหลายศตวรรษที่ผ่านมา แต่เดิมใช้ไม้และวัตถุแข็งชนิดต่างๆตามโคนขาและผูกมัดด้วยเชือก การดัดขาจนกระดูกติด การเข้าเฝือก และพัฒนามาจนการทำผ่าตัดรักษาได้ผลดีในปัจจุบัน

กระดูกต้นขามีลักษณะเป็นกระดูกท่อนยาวกวางด้านหลังเป็นสันซึ่งเป็นที่ยึดของกล้ามเนื้อในท่ายืนตรงทอดโค้งไปทางด้านหน้าและมีแนวโค้งเข้าในที่บริเวณ greater trochanter มีกล้ามเนื้อ abductor ของตะโพกเกาะอยู่ที่ lesser trochanter จะมีกล้ามเนื้อ iliopsoas เกาะในกรณีที่มีการหักความพิการผิดรูปจะเกิดจากการดึงของกล้ามเนื้อทั้งสองกลุ่มที่จะทำให้ตะโพกอยู่ในท่า abduction, flexion และ external rotation ผิวด้านในของกระดูกต้นขาจะมีกล้ามเนื้อ adductor เกาะอยู่ กลไกที่ทำให้กระดูกหักส่วนมากเป็นภัยอันตรายที่เกิดจากแรงกระทำกับกระดูกโดยตรงเช่น จากอุบัติเหตุรถชนกัน รถคว่ำ หรืออุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ในบางครั้งเกิดจากถูกยิง ในกรณีที่เกิดจากแรงที่กระทำกับกระดูกโดยตรงเช่น ถูกรถชนกระดูกมักหักละเอียด และมีภัยอันตรายต่อเนื่องอีกกล้ามเนื้อโดยรอบซอกซุ้มมากด้วย ชนิดของกระดูกหักแบ่งออกได้หลายลักษณะด้วยกันคือ

1. กระดูกหักชนิดที่มีหรือไม่มีบาดแผล บาดแผลอาจเกิดจากกระดูกหักที่มแทงกล้ามเนื้อและผิวหนังออกมาข้างนอก จะมีการทำลายของเนื้อเยื่อไม่มากหรือเกิดจากแรงกระทำให้มีบาดแผลจากภายนอกเข้าไปทำให้กระดูกหัก จะมีภัยอันตรายต่อเนื่องอีกกล้ามเนื้อมาก มีการปนเปื้อนมาก โอกาสเนื้อเยื่อตายสูง

2. แบ่งตามลักษณะรอยหักของกระดูก ได้ดังนี้ simple fracture รอยหักจะมีลักษณะเป็น เกลียว, เฉียง หรือ ขวาง

3. จำแนกกระดูกหักตามตำแหน่งของกระดูกต้นขา

- ก. หักบริเวณส่วนกลางของกระดูกต้นขา หมายถึงช่วงกลาง 3 ใน 5 ส่วนของกระดูกต้นขา เป็นช่วงที่เส้นรอบวงกระดูกใกล้เคียงกันตลอด สะดวกในการตรึงภายในด้วย intramedullary nail หรือ plate

- ข. หักบริเวณส่วนล่าง ประมาณช่วงปลาย 1 ใน 5 ส่วนของกระดูกต้นขา กระดูกมีลักษณะกว้างขึ้น cortex บางการตรึงภายในต้องใช้ plate พิเศษ เช่น angle blade plate หรือ nail พิเศษเป็นต้น

สาเหตุของกระดูกต้นขาหัก

ส่วนมากเป็นอันตรายที่เกิดจากแรงกระทำกับกระดูกโดยตรงเช่น จากอุบัติเหตุรถชนกัน รถคว่ำ หรืออุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคทำได้ง่ายจากประวัติการได้รับอันตราย ขาช่วงบนบวม มีรอยฟกช้ำ ถ้าบวมมากแสดงว่าเสียเลือดมาก ผู้ป่วยอาจมีอาการช็อกได้ ขาที่หักสั้น บิด โกงงอ เพราะปลายกระดูกต้นก้ามเนื้อและผิวหนังนูนขึ้นมา ถ้าเป็นกระดูกหักมีแผลเปิด จะตรวจพบบาดแผล ภาพรังสีท่า AP และ lateral แสดงตำแหน่งกระดูกหักชัดเจน

การรักษา

การรักษากระดูกต้นขา หัก ปัจจุบันใช้การรักษาโดยวิธีผ่าตัดมากขึ้นเรื่อยๆ โดยอาศัยเทคโนโลยีที่ดีขึ้น วัสดุจริงภายในมั่นคงแข็งแรง ผลการรักษาดี กระดูกติดดีผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้เร็ว อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยไม่สมควรรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด หรืออาศัยหลักการอื่นทำให้กระดูกเข้าที่ดีพอสมควร และตรึงไว้จนกว่ากระดูกติด วิธีการรักษากระดูกต้นขาหัก มีดังนี้

การดึง (traction)

ก. Skin traction เป็นการดึงที่ผิวหนังและSoft tissue เป็นการใส่แรงดึงโดยอาศัยความหนืด (friction) ระหว่าง adhesive กับผิวหนังโดยใช้ adhesive tape ยึดผิวหนังและพันด้วยผ้ายึดดึงขา วิธีนี้อาจใช้ชั่วคราวเพื่อดึงกระดูกที่หักให้เข้าที่ (Reduction) บรรเทาอาการปวดและการเกร็งของกล้ามเนื้อก่อนการรักษาโดยวิธีอื่นเป็นต้น

ข. Skeletal traction การรักษากระดูกหักด้วยวิธีการดึงผ่านกระดูกโดยตรงเพื่อดึงขึ้นกระดูกหักให้เข้าที่เดิมยึดขึ้นกระดูกหักไม่ให้เคลื่อนที่ออกจากกันและให้ขึ้นกระดูกหักนั้นอยู่นิ่งๆคือทำหน้าที่ยึด immobilization ทำโดยใช้ Kirschner's wire หรือ Steinmann pin แทะผ่านกระดูก tibia บริเวณ tibial tubercle เล็งไปที่ส่วนบนของกระดูก tibia ต่ำกว่ายอด tibial tubercle ลงมาหนึ่งนิ้วและถอยไปทางด้านหลังอีกหนึ่งนิ้ว ก่อนแทง wire หรือ pin ต้องทำความสะอาดบริเวณนั้นให้ดีและฉีดยาชาเฉพาะที่ก่อน การรักษาโดยวิธี traction ต้องคอยปรับและตัดให้กระดูกเข้าที่ให้ดีขึ้นเรื่อยๆจนเป็นที่พอใจอาศัยภาพรังสีตรวจบ่อยๆ ใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังจากพอใจจึงดึงถ่วงด้วยน้ำหนักตามต้องการใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ จนกระดูกเริ่มแข็งจึงเข้าเฝือกหรือใส่ cast brace ต่อ

การตรึงด้วยแผ่นตามกระดูกแกนโลหะ (intramedullary nailing)

การตรึงกระดูกต้นขาหักที่ถ้ากระดูกด้วยแผ่นตามกระดูกแกน โลหะลักษณะเป็นแท่งโลหะสำหรับยึดกระดูกหักในโพรงกระดูก จะช่วยให้กระดูกรูปยาวที่หักอยู่ในแนวที่ถูกต้องป้องกันการโก่งหรือโค้งงอของกระดูกและผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวเองได้โดยลงน้ำหนักบางส่วนและกระดูกติดดีจึงลงได้หมดเป็นการรักษาที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง

การตรึงด้วยแผ่นตามกระดูก (plate)

การตรึงกระดูก femur หักด้วย plate ใช้ในกรณี

ก. กระดูกหักชนิดมีบาดแผลภายหลังที่ได้ทำ debridement อย่างดีแล้ว ต้องการตรึงภายในให้กระดูกอยู่นิ่งไม่ควรใช้ intramedullary nailing เพราะถ้าเกิดการติดเชื้อจะมีผลเสียมาก

ข. กระดูกหักหลายๆที่ ทำการตรึงด้วย intramedullary nailing ไม่ได้ ถ้าตรึงด้วย plate ได้อย่างมั่นคง ผู้ป่วยจะสามารถขยับเขยื้อนขาได้บ้าง

ค. กระดูกหักในส่วนบน หรือส่วนต่างๆที่ตรึงด้วย nail แล้วไม่มั่นคงพอ ตรึงด้วย plate ได้ง่ายกว่า

ง. กระดูก femur หักในเด็กที่ epiphyseal plate ยังไม่ปิดการตรึงด้วย nail จะมีภัยอันตรายต่อ epiphyseal plate ได้ ถ้ามีความจำเป็นต้องตรึงภายใน ให้ตรึงด้วย plate

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัด

การให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวขาตั้งแต่เนิ่นๆมีความจำเป็นมากในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายเพื่อกลับไปทำงานได้เร็ว ถ้าเข้าอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น ข้อเข่าติดแข็ง กล้ามเนื้อขาลีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกอาจมี osteoporosis และหักได้ ขอแนะนำดังนี้

1. ระหว่างการทำ skeletal traction ให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อ quadriceps femoris โดยการยืดหรือหดเกร็งกล้ามเนื้อบ่อยๆ เพื่อป้องกันการลีบของกล้ามเนื้อให้เคลื่อนไหวข้อเข่าโดยให้เหยียดงอตามลักษณะขาที่วางบน Thomas splint ที่มี Pearson knee attachment รวมทั้งเคลื่อนไหวข้อเท้าเสมอๆ ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้ออ่อนนุ่มไม่ลีบเมื่อกระดูกติดดีพอสมควร ภายหลังดิงขา 6-10 สัปดาห์ ให้ใส่ cast brace และให้ผู้ป่วยเดินด้วยไม้ยันรักแร้ลงน้ำหนักบ้าง แล้วค่อยๆ ลงน้ำหนักเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนกว่ากระดูกติดดี

2. ในรายที่ทำผ่าตัดใส่ nail แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อ quadriceps femoris ได้ทันที และให้งอเหยียดเข้าได้เท่าที่จะทำได้ หลังผ่าตัดหนึ่งสัปดาห์ให้ผู้ป่วยลุกเดินด้วยไม้ยันรักแร้และให้ลงน้ำหนักข้างนั้นได้บ้างจนกว่าภาพรังสีแสดงว่ากระดูกเริ่มติดดี callus เกิดขึ้นมากพอ จึงให้เดินลงน้ำหนักได้มากขึ้นประมาณ 8-10 สัปดาห์ ลงน้ำหนักได้เต็มที่ภายหลัง 3 เดือนไปแล้วผู้ป่วยจะเดินได้เป็นปกติ

3. ในรายที่ทำการตรึงภายในด้วย plate ถ้าไม่แน่ใจว่า plate ที่ตรึงไว้มีความมั่นคงแข็งแรงแนะนำให้เข้าเฝือก long leg cast โดยไม่ให้ลงน้ำหนักประมาณ 4-6 สัปดาห์ แล้วจึงถอดเฝือกออก ถ้าภาพรังสีแสดงว่ามี callus เกิดขึ้นบ้างให้ค่อยๆลงน้ำหนักบนขาข้างนั้นได้บ้างและค่อยๆลงน้ำหนักเพิ่มขึ้นจนมีลักษณะการติดของกระดูกที่เห็นจากภาพรังสีดีขึ้นประมาณ 4-5 เดือน จึงให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักข้างนั้นได้เต็มที่

การพยากรณ์โรค

กระดูก femoral shaft หัก ถ้ารักษาถูกวิธีไม่มีภาวะแทรกซ้อนกระดูกจะติดดีใน 6 เดือน และสามารถกลับไปทำงานได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากวัสดุที่ใช้ทำการตรึงภายใน ส่วนมากเกิดจากการหัก หรือออกของ plate หรือ nail

2. กระดูกหักใหม่ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่วนมากเกิดจากการถอดเฟื่อออกก่อนกำหนด ในรายที่ได้รับการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด หรือในรายที่ผ่าตัดแล้วเอาวัสดุภายในออกเร็วเกินไป
3. ภัยอันตรายที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทและหลอดเลือด (Nerve and vascular injury) พบได้บ่อยขึ้น เพราะอุบัติเหตุที่ทำให้กระดูกโคนขาหักค่อนข้างรุนแรง เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน
4. การเกิดภาวะ compartmental syndrome แรงดันที่เพิ่มขึ้นในช่องกล้ามเนื้อโคนขาภายหลังกระดูก femur หัก และอาจมีการฉีกขาดของหลอดเลือดร่วมด้วย ทำให้ปวดขามาก ถ้าวินิจฉัยได้ให้ทำ ผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่ ตรึงภายในและทำ fasciotomy เพื่อลดแรงกดดันในกล้ามเนื้อ
5. ภัยอันตรายต่อเส้นประสาทจากการทำ skin traction ใช้ผ้ายึดพันน่องบริเวณ head ของกระดูก fibula เกิดแรงกดรัดจากน้ำหนักที่ดึงอยู่นานๆจนเส้นประสาท common peroneal nerve เป็นอัมพาต
6. กระดูกติดช้า (delayed union) สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อในรายที่ทำการตรึงภายใน
7. ภาวะกระดูกไม่ติด (nonunion) จากการตรึงภายในไม่ดี แขนโลหะเล็กไป ยึดกระดูกไม่มั่นคง หลวมและตรงรอยหักมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลาจนเกิด nonunion
8. กระดูกผิดรูป (malunion) พบในรายที่ให้การรักษาโดยวิธีดึง และเข้าเฟื่อ หรือ cast brace โดยเฉพาะในรายที่ดึงไม่นานพอ กระดูกยังไม่แข็งแรงจะเข้าเฟื่อและให้ผู้ป่วยเดิน
9. เกิดการติดเชื้อส่วนมากเกิดภายหลังผ่าตัดภายในหนึ่งสัปดาห์
10. ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อที่ปกคลุมกระดูกขาดหายไป

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

กรณีศึกษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก มีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยชายไทยอายุ 39 ปี (HN:44713-39) สถานภาพสมรส โสด รูปร่างอ้วน ผิวขาว อาชีพรับราชการ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ วันที่ 11 พฤษภาคม 2551 เวลา 23.50 นาฬิกา ขับมอเตอร์ไซด์ชนกับรถสามล้อถีบ มีขาซ้ายผิดรูป บวม มีแผลเปิดยาว 10 เซนติเมตร นิ้วชี้มือซ้ายตั้งแต่ข้อที่สองขาดหลุดมีเลือดไหล นิ้วกลางมือซ้ายมีแผลฉีกขาดยาว 5 เซนติเมตร และมีบาดแผลครูดลอกตามลำตัวและแขน ขา ทั้งสองข้าง รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง Glasgow coma scale (GCS) = 15 ขนาดของรูม่านตา 3 มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 220/148 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ที่เกิดเหตุให้ออกซิเจนแคนนูล่าแก่ผู้ป่วย ปริมาณ 3 ลิตรต่อนาที ปิดบาดแผลที่ต้นขาซ้าย และนิ้วชี้มือซ้าย ตามขาซ้ายด้วยไม้ตามขา นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล แพทย์ห้องตรวจเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วินิจฉัยเป็นกระดูกต้นขาหักชนิดแผลเปิด (Open fracture of left femur) รับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย เพื่อรอรับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก เข้ารับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก วันที่ 12 พฤษภาคม 2551 บาดแผลหลังผ่าตัดที่ต้นขาซ้ายไม่มีเลือดซึม ไม่มี การติดเชื้อของกระดูก แพทย์ให้พักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษเพื่อรอทำกายภาพบำบัด รวมระยะเวลา รักษาในโรงพยาบาลถึงวันที่แพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 2 สิงหาคม 2551 เป็นระยะเวลาทั้งหมด 82 วัน

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย

1. รับแจ้งจาก.พลเมืองดีทางหมายเลขโทรศัพท์ 1554 รับผู้บาดเจ็บขับรถมอเตอร์ไซด์ชนรถสามล้อถีบที่หน้าบริษัทบูรอรวิเวอรี่ เวลา 23.50 นาฬิกา วันที่ 11 พฤษภาคม 2551 ผู้บาดเจ็บมีต้นขาซ้าย ผิดรูปบวมมีแผลเปิดยาว 10 เซนติเมตร นิ้วชี้มือซ้ายตั้งแต่ข้อที่สองขาดหลุดมีเลือดไหล นิ้วกลางมือซ้ายมีแผลลึกขาดยาว 5 เซนติเมตร และมีบาดแผลกระดูกแตกตามลำตัวและแขนขาทั้งสองข้าง
2. ขอการสนับสนุนจากอาสาสมัครหน่วยแพทย์กู้ชีวิตนำกรวยกั้นการจราจรและเครื่องส่องแสงสว่าง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อนและแสดงให้ผู้ขับขี่รถสัญจรไปมาทราบว่าบริเวณดังกล่าวมีอุบัติเหตุและเจ้าหน้าที่กำลังให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บอยู่
3. ให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บ วัดสัญญาณชีพ ปิดบาดแผล คมขาซ้ายด้วยไม้ค้ำขาชนิดยาว พลิกตะแคงตัวผู้บาดเจ็บขึ้นไม้กระดานรองหลังชนิดยาว ยกขึ้นรถพยาบาล ให้ออกซิเจนแคนนูล่า ปริมาณ 3 ลิตรต่อนาที วัดสัญญาณชีพซ้ำทุก 5 นาที นำส่งโรงพยาบาล
4. ส่งต่อผู้บาดเจ็บให้กับพยาบาลคัดกรองที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ติดต่อทำประวัติที่แผนกเวชระเบียนเนื่องจากผู้บาดเจ็บไม่มีญาติ แพทย์ห้องตรวจเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วินิจฉัยเป็นกระดูกต้นขาหักชนิดแผลเปิด รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดใส่โลหะค้ำกระดูก
5. ติดตามเยี่ยมผู้บาดเจ็บ หลังเข้ารับการรักษาผ่าตัดใส่โลหะค้ำกระดูกที่ต้นขาซ้าย

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาชายไทยอายุ 39 ปี (HN:44713-39) สถานภาพสมรสโสด รูปร่างอ้วน ผิวขาว อาชีพรับราชการ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ วันที่ 11 พฤษภาคม 2551 เวลา 23.50 นาฬิกา ได้รับแจ้งจากพลเมืองดีทางหมายเลขโทรศัพท์ 1554 พบอุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์ชนกับรถสามล้อถีบที่ถนนสามเสน มีผู้บาดเจ็บ 1 ราย นำรถพยาบาลพร้อมทีมพยาบาลไปบริเวณที่เกิดเหตุพบ เป็นที่มืด มีรถสัญจรไปมาโดยใช้ความเร็วสูงจำนวนมาก และไม่มีเจ้าหน้าที่ตำรวจอยู่ในที่เกิดเหตุ จึงขอสนับสนุนเครื่องส่องแสงสว่าง กรวยกั้นการจราจรจากอาสาสมัครหน่วยแพทย์กู้ชีวิตที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อนและเป็นการแสดงให้ผู้ขับขี่รถสัญจรไปมาทราบว่าบริเวณดังกล่าวมีอุบัติเหตุและเจ้าหน้าที่กำลังให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ที่เกิดเหตุ พบผู้บาดเจ็บชาย 1 ราย นอนหงายราบอยู่บนถนน สวมหมวกนิรภัย ต้นขาซ้าย ผิดรูป บวม มีแผลเปิดยาว 10 เซนติเมตร ไม่มีกระดูกโผล่ นิ้วชี้มือซ้ายตั้งแต่ข้อที่สองขาดหลุดมีเลือดไหล นิ้วกลางมือซ้ายมีแผลลึกขาดยาว 5 เซนติเมตร และบาดแผลกระดูกแตกทั่วไปตามลำตัวและแขน ขา ทั้งสองข้าง ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง สอบถามโรคประจำตัวผู้บาดเจ็บเป็นความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ให้ออกซิเจนแคนนูล่าแก่ผู้บาดเจ็บ ปริมาณ 3 ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

ความดันโลหิต 220/148 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที จัดให้ผู้ป่วยเจ็บนอนราบพาดปลายโยน อธิบายขั้นตอนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเจ็บคลายความกลัวและวิตกกังวล ที่จุดเกิดเหตุผู้ป่วยเจ็บมีเลือดออกจากบาดแผลและเสียเลือดประมาณ 300 มิลลิลิตร ปิดบาดแผลที่ต้นขาซ้ายผู้ป่วยเจ็บด้วย gauze sterile ปิดทับด้วยพลาสติกป้องกันการเสียเลือด ตามขาด้วยไม้ค้ำขาชนิดยาวและพันด้วย elastic bandage ตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้าป้องกันการกระดูกที่หักไปที่มเท้าเนื้อเยื่อและอวัยวะอื่นๆและช่วยลดความเจ็บปวด นิ้วชี้มือซ้ายปิดด้วย gauze sterile พันด้วย elastic bandage พร้อมทั้งเก็บนิ้วชี้มือซ้ายส่วนที่ขาดใส่ถุงพลาสติกแช่ในถุงน้ำแข็งเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อให้สูญเสียน้อยที่สุด ใส่ Hard collar ป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอ พลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุงขึ้น Long spinal board ยึดตรึงด้วยสายรัด 3 เส้น ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเจ็บขยับเขยื้อนซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเจ็บด้วยความระมัดระวังและนุ่มนวลขึ้นรถพยาบาลส่งโรงพยาบาล ขณะอยู่บนรถพยาบาลบาดแผลที่ต้นขาซ้ายและนิ้วชี้มือซ้ายไม่มีเลือดซึมเพิ่มมากขึ้น ผู้บาดเจ็บบ่นเจ็บต้นขาซ้าย ระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับ 6 ช่วยลดความเจ็บปวดด้วยการประคบประกองขาข้างซ้ายที่ตามขาด้วยไม้ค้ำขาไม่ให้ขยับเขยื้อนพร้อมทั้งพูดคุย อธิบายขั้นตอนเป็นระยะๆเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้บาดเจ็บ ดูแลผ้ายัดที่พันรัดขาไม่ให้รัดแน่นเกินไป สังเกตปลายเท้าซ้ายไม่มีซีดเขียว สัมผัสที่ปลายเท้าซ้ายไม่มีอาการเย็น ไม่มีอาการปวดแสบปวดร้อน ไม่มีอาการชาบริเวณปลายเท้าซ้าย ห่มผ้าให้ผู้ป่วยเจ็บป้องกันการสูญเสียความร้อน วัดสัญญาณชีพซ้ำทุก 5 นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 200/120 - 210/120 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 76-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที และบันทึกลงในแบบบันทึกการช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ให้การพยาบาลด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล พาดปลายโยนให้ผู้ป่วยเจ็บหายกลัวและคลายความวิตกกังวล เมื่อถึงห้องตรวจเวชศาสตร์ฉุกเฉินนำผู้ป่วยเจ็บลงจากรถด้วยความระมัดระวังนุ่มนวล ส่งต่อประวัติ อาการ การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างเคลื่อนย้ายพร้อมแบบบันทึกผู้ป่วยเจ็บแก่พยาบาลคัดกรอง ช่วยวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 200/118 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที แพทย์ห้องตรวจเวชศาสตร์ฉุกเฉินให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และงดน้ำงดอาหาร ส่งเลือดตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด และเคมีคลินิกของเลือด BUN, Creatinine, Electrolyte, Blood sugar, anti HIV ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด Hemoglobin (Hb) = 14.8 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 13-18 กรัมต่อเดซิลิตร) Hematocrit (Hct) = 44.9 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-50 เปอร์เซ็นต์) WBC Count = 22,000 cell/cumm (ค่าปกติ 5,000-10,000 cell/cumm) Neutrophil = 80 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 35-75 เปอร์เซ็นต์) ผลการตรวจเคมีคลินิก BUN = 19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 8-20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) Creatinine = 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ .8-2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) Fasting Blood Sugar (FBS) = 168 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 70-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) anti HIV = Non-Reactive เอกซเรย์หน้าอก ต้นขาซ้ายและมือซ้าย พบว่า กระดูกต้นขาหัก แพทย์วินิจฉัยเป็นกระดูกต้นขาหักชนิดแผลเปิด (Open fracture of left femur) จึงได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ แพทย์ให้รับไว้รักษาตัวใน หอผู้ป่วย

ออร์โธปิดิกส์ชาย เพื่อผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกที่ต้นขาซ้าย และผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัด วันที่ 12 พฤษภาคม 2551

วันที่ 13 พฤษภาคม 2551 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกบนหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แผลผ่าตัดที่ต้นขาซ้ายไม่มีเลือดซึม มีอาการปวดบาดแผลเล็กน้อย ระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับ 4 แนะนำให้วางขาที่ผ่าตัดไว้บนหมอน เบี่ยงเบนความสนใจโดยให้ทำกิจกรรมและอ่านหนังสือที่ชอบ นิ้วข้อมือซ้ายที่ขาดไม่สามารถถือได้เนื่องจากเนื้อเยื่อส่วนที่ขาดหายถูกทำลายแผลแห้งดีไม่มีเลือดซึม ความดันโลหิต 148/96 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ แนะนำผู้ป่วยระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ รักษาความสะอาดบริเวณรอบบาดแผล

วันที่ 17 พฤษภาคม 2551 ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการปวดบาดแผล สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 140/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ลงน้ำหนักที่เท้าข้างซ้ายก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ พุดคุยซักถามไม่พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันหลังผู้ป่วยกลับบ้าน แนะนำให้มาพบแพทย์ตามวัน เวลานั้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

หลังวันที่ 17 พฤษภาคม 2551 แผลที่ต้นขาซ้ายและนิ้วข้อมือซ้ายแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการติดเชื้อ ผู้ป่วยสามารถฝึกเดินได้จนกระทั่งเดินได้ปกติ รวมระยะเวลาการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลถึงวันที่แพทย์ให้กลับบ้านวันที่ 2 สิงหาคม 2551 เป็นระยะเวลาทั้งหมด 82 วัน ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นระยะทุกครั้งตามแพทย์นัด ไม่พบการติดเชื้อของกระดูกและบาดแผลหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆจากการรักษา สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 39 ปี (HN:44713-39) สถานภาพสมรสโสด รูปร่างอ้วน ผิวขาว อาชีพรับราชการ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ วันที่ 11 พฤษภาคม 2551 เวลา 23.50 นาฬิกา ขับมอเตอร์ไซด์ชนรถสามล้อถีบ สวมหมวกนิรภัย ไม่สลบ มีกระดูกต้นขาซ้ายหักเป็นแผลเปิดยาว 10 เซนติเมตร ไม่มีกระดูกโผล่ นิ้วข้อมือซ้ายขาดหลุดมีเลือดไหล นิ้วกลางมือซ้ายมีแผลฉีกขาดยาว 5 เซนติเมตร และบาดแผลครูดลอกตามลำตัว และแขน ขาทั้งสองข้าง รู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง สอบถามมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่องให้ออกซิเจนแคนนูล่าแก่ผู้บาดเจ็บ ปริมาณ 3 ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนวัดความดันโลหิต 220/148 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที จัดให้ผู้บาดเจ็บนอนราบพาดคอโยนให้คลายความกลัวและวิตกกังวล ที่จุดเกิดเหตุผู้บาดเจ็บมีเลือดออกจากบาดแผลและเสียเลือดประมาณ 300 มิลลิลิตร ปิดบาดแผลที่ต้นขาซ้ายเพื่อป้องกันการเสียเลือด ตามขาด้วยไม้ตามขาชนิดยาวตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้าเพื่อ

ป้องกันกระดูกที่หัก ไปที่มแท่งเนื้อเยื่อและอวัยวะอื่นๆและช่วยลดความเจ็บปวด นิ้วชี้มือซ้ายปิดด้วย gauze sterile พันด้วย elastic bandage เพื่อป้องกันการเสียนเลือด พร้อมทั้งเก็บนิ้วชี้มือซ้ายส่วนที่ขาดใส่ถุงพลาสติกแช่ใน ถู้งน้ำแข็งเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อให้สูญเสียน้อยที่สุด ใส่ Hard collar เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอ พลิกตะแคงตัวผู้บาดเจ็บแบบท่อนซุงขึ้น Long spinal board ยึดตรึงด้วยสายรัด 3 เส้น เพื่อป้องกันไม่ให้ ผู้บาดเจ็บขยับเขยื้อนซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังได้ นำผู้ป่วยขึ้นรถพยาบาลส่ง โรงพยาบาล ขณะอยู่บนรถพยาบาล บาดแผลที่ต้นขาซ้ายและนิ้วชี้มือซ้ายไม่มีเลือดซึมเพิ่มมากขึ้น ผู้บาดเจ็บบ่นเจ็บต้นขาซ้าย ระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับ 6 ช่วยลดความเจ็บปวดด้วยการประคบประครอง ขาข้างซ้ายที่ตามขาด้วยไม้ตามขาไม่ให้ขยับเขยื้อนพร้อมทั้งผูกปลอบโยนเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้บาดเจ็บ ดูแลผ้าปิดที่พันรักษาไม่ให้รัดแน่นเกินไป สังเกตปลายเท้าซ้ายไม่มีซิคเขียว สัมผัสที่ปลายเท้าซ้าย ไม่มีอาการเย็น ไม่มีอาการปวดแสบปวดร้อน ไม่มีอาการชาบริเวณปลายเท้าซ้าย ห่มผ้าให้ผู้บาดเจ็บ เพื่อ ป้องกันการสูญเสียความร้อน วัดสัญญาณชีพซ้ำทุก 5 นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 210/120 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 76-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที พูปลอบโยนให้ผู้บาดเจ็บ หายกลัวและคลายความวิตกกังวล เมื่อถึงห้องตรวจเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ส่งต่อประวัติ อาการ การพยาบาล ณ จุด เกิดเหตุ และแบบบันทึกผู้บาดเจ็บแก่พยาบาลคัดกรอง ช่วยวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 200/118 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที แพทย์ห้องตรวจเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และงดน้ำงดอาหาร ส่งเลือดตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและเคมีคลินิก ของเลือด BUN, Creatinine, Electrolyte, Blood sugar, anti HIV ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ เอกซเรย์หน้าอก ต้นขาซ้ายและมือซ้าย พบว่า กระดูกต้นขาหัก แพทย์วินิจฉัยเป็นกระดูกต้นขาหักชนิดแผลเปิด (Open fracture of left femur) จึงได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ แพทย์ให้รับไว้รักษาตัวใน หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย เพื่อรอรับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาซ้ายและผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัด วันที่ 12 พฤษภาคม 2551

วันที่ 13 พฤษภาคม 2551 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกบนหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ผู้ป่วยนอน อยู่บนเตียงมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แผลผ่าตัดที่ต้นขาซ้ายไม่มีเลือดซึม มีอาการปวดบาดแผลเล็กน้อย ระดับ ความเจ็บปวดอยู่ในระดับ 4 แนะนำให้วางขาที่ผ่าตัดไว้บนหมอน เบี่ยงเบนความสนใจโดยให้ทำกิจกรรม และอ่านหนังสือที่ชอบ นิ้วชี้มือซ้ายที่ขาดไม่สามารถต่อได้เนื่องจากเนื้อเยื่อส่วนที่ขาดหายถูกทำลายแผล แห้งดีไม่มีเลือดซึม ความดันโลหิต 148/96 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการ หายใจ 18 ครั้งต่อนาที แนะนำผู้ป่วยระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ รักษาความสะอาดบริเวณรอบบาดแผล

วันที่ 17 พฤษภาคม 2551 ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการปวดบาดแผล ความดันโลหิต 140/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 70ครั้งต่อนาที อัตรา การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ลงน้ำหนักที่เท้าข้างซ้ายก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของ ไข้ พุดคุยซักถามไม่พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีผลกระทบต่อ การใช้ชีวิตประจำวันหลังผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินกลับบ้าน

หลังวันที่ 17 พฤษภาคม 2551 แผลที่ต้นขาซ้ายและนิ้วชี้มือซ้ายแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ไม่มีการติดเชื้อ ผู้ป่วยสามารถฝึกเดินได้จนกระทั่งเดินได้ปกติ รวมระยะเวลาการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลถึงวันที่แพทย์ให้กลับบ้านวันที่ 2 สิงหาคม 2551 เป็นระยะเวลาทั้งหมด 82 วัน ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นระยะทุกครั้งตามแพทย์นัด ไม่พบการติดเชื้อของกระดูกและบาดแผลหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆจากการรักษา สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้

8. การนำไปใช้ประโยชน์

พัฒนาความรู้ทักษะของตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ณ จุดเกิดเหตุ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีรูปร่างอ้วน น้ำหนักตัวมาก มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยมีกระดูกต้นขาซ้ายหักไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพนานส่งผลให้กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ล่าช้า

10. ข้อเสนอแนะ

ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยรายนี้ ทีมออกให้การช่วยเหลือซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานขับรถ พบว่ามีอุปสรรคและความบกพร่องขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และทำให้เกิดความล่าช้า จึงควรจัดให้มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการเคลื่อนย้ายของบุคคลทุกระดับขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ


(ลงชื่อ).....

(นายปราโมทย์ ภาภักดี)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....4...../.....ส.ค...../.....2554.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางสุวสิทธิ์ แก้วนิล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

(วันที่) 4...../.....ศ.ค...../.....2554.....

(ลงชื่อ) 

(นายแพทย์ชัยวัน เจริญโชคทวี)

(ตำแหน่ง) คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

(วันที่) 4...../.....ศ.ค...../.....2554.....

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้รับการประเมินโดยตรง ไปประชุมวิชาการ

ระหว่างวันที่ 3 – 5 สิงหาคม 2554 ณ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และไปประชุมวิชาการ

ระหว่างวันที่ 8 – 10 สิงหาคม 2554 ณ จังหวัดอุบลราชธานี

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
ของ นายปราโมทย์ ภาภักดิ์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ 282) สังกัดฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรหน่วยแพทย์ผู้ชีวิตด้านการเคลื่อนย้าย

หลักการและเหตุผล

การเคลื่อนย้ายและการลำเลียงผู้ป่วย (Transportation) เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งของการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ เพราะการที่ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสมขึ้นอยู่กับ การเคลื่อนย้าย ลำเลียงที่มีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี เพื่อนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม โดยทั่วไปการเคลื่อนย้ายลำเลียง มีได้ทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ ซึ่งการพิจารณาใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยและสถานการณ์นั้นๆ และอยู่ภายใต้การพิจารณาของผู้ควบคุมระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กิจกรรมที่ต้องเกิดขึ้นเสมอในการเคลื่อนย้ายลำเลียงคือ “การยกและการเคลื่อนย้าย” ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา มีผู้ป่วย จำนวนหลายรายที่ได้รับการเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพของร่างกายไม่สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แบบเดิม ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกคนจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องและปลอดภัย ลดความพิการและความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทุกระดับในหน่วยแพทย์ผู้ชีวิตจะต้องได้รับการอบรมฟื้นฟู ทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่เสมอ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้บุคลากรทุกระดับในหน่วยแพทย์ผู้ชีวิตมีความรู้และมีทักษะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรหน่วยแพทย์ผู้ชีวิตด้านการเคลื่อนย้าย” ได้แนวคิดจาก แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะหรือขีดความสามารถในการทำงานของ David C. McClelland และทฤษฎีการเรียนรู้ของ Tylor ที่ว่า บุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานดีจะต้องมีสิ่งหนึ่งที่เรียกว่า สมรรถนะ ซึ่งหมายถึง ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะของบุคคล โดยบุคคลนั้นจะแสดงออกเป็นวิธีคิด และ พฤติกรรมในการทำงานที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มี

การฝึกทักษะในกิจกรรม และประสบการณ์บ่อยๆ เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามมาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐาน โดยมีภาระขั้นตอนและเนื้อหาที่ละเอียดในโครงการ สามารถปรับปรุงให้สอดคล้องกับเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน และเป็นการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน

กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ศึกษารวบรวมความรู้ทางวิชาการ เรื่องการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเอกสารวิชาการและ ผู้ทรงคุณวุฒิ
2. จัดทำโครงการ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เสนอหัวหน้าภาควิชา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เพื่อขออนุมัติการฝึกอบรม
3. จัดทำสื่อการสอนรูปแบบนำเสนอ โดยใช้โปรแกรม power point
4. ดำเนินการจัดการฝึกอบรมตามกำหนดการ
5. จัดทดสอบประเมินผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลังการอบรม โดยใช้แบบประเมินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
6. สรุปและรายงานผลการฝึกอบรมเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการเคลื่อนย้าย เสนอหัวหน้าภาควิชา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรทุกระดับในหน่วยแพทย์กู้ชีพมีความรู้และมีทักษะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนการประเมินภาคปฏิบัติ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....

(นายปราโมทย์ ภาภักดี)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)...4...../.....ศ.ค...../.....2554.....