

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดดมดลูกผ่านกล้องส่องช่องท้อง
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำในผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้อง

เสนอโดย

นางสาววฐิติ ภูกิตติวรานุกร

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 885)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องส่องช่องท้อง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน 2549 ถึง 8 กันยายน 2549)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.1 กายวิภาคศาสตร์ และ สรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์สตรี

ระบบสืบพันธุ์สตรี ประกอบด้วย

1. อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (external genitalia หรือ vulva) หมายถึงโครงสร้างที่สามารถมองเห็นได้จากภายนอกประกอบด้วย หัวหน่าว(mons pubis) และขนบริเวณอวัยวะเพศ(pubic hair) แคมมใหญ่(labia majora) แคมมเล็ก(labia minora) ปุ่มกระสัน(clitoris) เวสทิบูล (vestibule) ขอบเขตด้านข้างเป็นแคมมเล็ก ด้านหลังเป็นโพสทีเรีย คอมมิสซัวร์ (posterior commissure) ด้านหน้าเป็นช่องปัสสาวะ (urethra) และปุ่มกระสัน ส่วนเยื่อพรหมจารีย์(hymen) จะอยู่ตรงรอยต่อระหว่างช่องคลอดและเวสทิบูล ต่อมาต่างๆ (glandular structure) ที่เปิดเข้าสู่เวสทิบูล และช่องคลอด(vagine) ซึ่งเป็นช่องล้อมรอบด้วยกล้ามเนื้อต่อลงมาจากมดลูก กระทั่งถึงเวสทิบูล ซึ่งจะเปิดเข้าสู่ภายนอกช่องคลอดมีทิศทางซึ่งไปทางด้านหลัง ผนังช่องคลอดที่อยู่รอบปากมดลูก เรียกว่า ฟอรันิคซ์(fornix) แบ่งเป็นด้านหน้า(anterior) ด้านหลัง(posterior) และไปด้านข้าง

2. อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน(internal genital organ) หมายถึง โครงสร้างที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการตกไข่ การปฏิสนธิ การฝังตัวและการเจริญเติบโตของทารกประกอบด้วยมดลูก(uterus)ท่อนำไข่(fallopian tubes) รังไข่(ovary)

3.2 ความหมายของโรคเนื้องอกมดลูก อาการและอาการแสดง การรักษา

เนื้องอกมดลูก (myoma uteri) เป็นเนื้องอกที่พบบ่อยที่สุดทางนรีเวชกรรม อุบัติการณ์ของ myoma พบได้ประมาณร้อยละ 20-40 โดยเฉพาะในสตรีมีอายุ 40ปี ขึ้นไป เนื้องอกนี้มีชื่อเรียกต่างๆกัน เช่น myoma, fibroid, fibroma, fibromyoma, leiomyoma และ leiomyofibroma โดยเนื้องอกส่วนใหญ่ประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบ และมีเนื้อเยื่อ fibrousบ้าง โดยทั่วไปจะวินิจฉัยได้จากการตรวจภายในและอาจตรวจด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ (ultrasound) เพื่อให้ทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับขนาดและตำแหน่งของก้อนเนื้องอกมดลูก อาจจำแนก myoma ออกได้เป็น 3 ชนิดตามตำแหน่งที่สัมพันธ์กับผนังมดลูก คือ subserous โตอยู่ได้ชั้น serosa, Intramural โตอยู่ในชั้นกล้ามเนื้อมดลูก และ submucous ยื่นเข้าไปในโพรงมดลูกอยู่ได้ชั้น mucosa

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม เชื่อว่า เอสโตรเจนเป็นสาเหตุหนึ่งของเนื้องอกชนิดนี้ เนื่องจาก ส่วนใหญ่ของเนื้องอกนี้พบในวัยเจริญพันธุ์ ยิ่งกว่านั้นการให้เอสโตรเจนจะทำให้ขนาดของ เนื้องอกโตเร็วกว่าธรรมดา และเนื้องอกส่วนใหญ่ จะมีขนาดเล็กลงหลังวัยหมดระดูแล้ว

อาการและอาการแสดงของเนื้องอกมดลูก

อาการของผู้ที่เป็นเนื้องอกมดลูกได้แก่เลือดประจำเดือนออกมาก มีเลือดออกกระปริกระปรอย ปวดท้องน้อยปัสสาวะบ่อยหรือปัสสาวะไม่ออก ท้องผูกเนื่องจากก้อนเนื้องอกไปกดทับกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ หรือมีการคลำพบก้อนได้ในท้องซึ่งอาการเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างก็ได้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้องอก

3.3 แนวทางการรักษา

การรักษา

โดยทั่วไปการรักษาเนื้องอกมดลูก สำหรับผู้ป่วยรายที่ยังต้องการมีบุตร สูตินรีแพทย์มักใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อเอาเนื้องอกออก ส่วนในรายที่มีบุตรเพียงพอแล้วหรือไม่ต้องการมีบุตรอีกก็อาจตัดมดลูกทิ้ง ซึ่งการผ่าตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดที่พำก้นค่อนข้างมาก ในการผ่าตัดทางนรีเวช สามารถทำได้ 3 วิธีคือ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (total abdominal hysterectomy) การผ่าตัดมดลูกโดยใช้กล้องวิดิทัศน์ (laparoscopic assisted vaginal hysterectomy) และการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องส่องช่องท้อง (total laparoscopic hysterectomy)

ส่วนการใช้ยาอาจมีความจำเป็นในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการมากแต่มีข้อห้ามในการผ่าตัด เช่น มีโรคหัวใจ หรือซีดมากจากการเสียเลือดมาก ขณะมีประจำเดือน ทำให้ไม่สามารถดมยาสลบได้ในขณะนั้น แพทย์ก็จะให้ยากดฮอร์โมนเพศ (GnRH agonist) เพื่อหยุดการกระตุ้นเนื้องอกและทำให้เนื้องอกยุบตัวลง จนกว่าผู้ป่วยจะพร้อมที่จะรับการผ่าตัด หรือถ้าเนื้องอกมดลูกที่เกิดขึ้นมีขนาดเล็กลง และไม่ส่งผลให้เกิดปัญหาข้างเคียงที่มีผลกระทบต่อตัวของผู้ป่วย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยอายุในช่วงวัยใกล้หมดประจำเดือนแล้ว สูตินรีแพทย์อาจจะให้ปล่อยก้อนเนื้องอกที่เกิดขึ้นไว้ก็ได้

3.4 การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องส่องช่องท้อง แบ่งเป็น 3 ระยะ

3.4.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือการพยาบาลด้านจิตใจ โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติ และจากบันทึกการตรวจของแพทย์ ประเมินสภาพจิตใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ปลอดภัยให้กำลังใจและอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษาตามความเหมาะสม การพยาบาลด้านร่างกาย ตรวจสอบเครื่องประดับ ให้ผู้ป่วยถอดฝากญาติ และให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด 6 ชั่วโมง วันผ่าตัด พร้อมทั้งดูแลการเซ็นใบยินยอมผ่าตัดให้เรียบร้อย

3.4.2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะผ่าตัด โดยเตรียมเครื่องมือให้ครบ และจัดวางเครื่องมือตามขั้นตอนการใช้ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ พร้อมจัดวางสาย suction , เครื่องจี้ไฟฟ้า ในตำแหน่งที่สะดวกต่อการใช้งาน และดูแลการจัดท่าผู้ป่วยถูกต้อง และช่วยแพทย์ทำผ่าตัดตามลำดับวิธีให้ความสะดวกรวดเร็ว เพื่อให้การผ่าตัดเสร็จสิ้นโดยเร็วที่สุด มีการเสียเลือดน้อยที่สุด และป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด เช่นการเกิด injury ต่ออวัยวะใกล้เคียง การเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่อง

จี้ไฟฟ้า การบาดเจ็บ จากการจัดท่า lithotomy position เป็นต้น มีการตรวจนับอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ และผ้าซับ โลหิตทั้งก่อนและก่อนเริ่มเย็บปิดแผล เพื่อป้องกันสิ่งตกค้าง

3.4.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เมื่อการผ่าตัดสิ้นสุดดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และสังเกตอาการในห้องพักฟื้นและให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย ในเรื่องการเคลื่อนย้าย ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะขาดน้ำ ความเจ็บปวด และอาการไม่สบายต่างๆ พร้อมช่วยแก้ไขปัญหา และประเมินอาการก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

จากผลการผ่าตัดจึงพบว่าผู้ป่วยเป็นเนื้องอกมดลูกชนิด intramural myoma หลังผ่าตัด 1 วัน สัญญาณชีพอยู่ในภาวะปกติ ไม่มีไข้ $T=37.2^{\circ}C$ เย็บแผลผ่าตัดพอน ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เริ่มรับประทานอาหารเหลว ท้องไม่อืด อาสาขสวณปัสสาวะออก กระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับตัวและลุกเดินเพื่อลดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

หลังผ่าตัดได้ 2 วันสามารถลุกเดินได้ ไม่มีไข้ แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารอ่อนได้ ได้ให้ยาและการพยาบาลหลังผ่าตัด พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แผลผ่าตัดแห้ง อาการดีขึ้นมาก แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ และให้กลับมาตรวจพร้อมฟังผลการตรวจชิ้นเนื้ออีก 1 เดือน

3.5 ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาและการพยาบาลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ

เภสัชวิทยาที่ให้แก่ผู้ป่วยได้แก่ยา Air-X เป็นยาลดแก๊ส มีคุณสมบัติช่วยให้อาการแน่นและมีลมภายในท้องลดน้อยลง ลดอาการแน่น เพื่อ จุกเสียดบริเวณกระเพาะอาหารต่อลำไส้เล็ก อาการข้างเคียง ทำให้กระเพาะอาหารหลังน้ำย่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อยแม้จะให้ขนาดสูง ยา Cefazolin เป็นยาปฏิชีวนะ ที่มีผลต่อเชื้อกรัมบวก และกรัมลบ สามารถใช้รักษาโรคติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์ของสตรี อาการข้างเคียง อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ไข้ ผื่นคัน และอาจมีพิษต่อไต ยา Ibex เป็นยาปฏิชีวนะกึ่งสังเคราะห์ ซึ่งมีผลต่อเชื้อแบคทีเรียกรัมบวก และมีฤทธิ์กำจัดต่อเชื้อแบคทีเรียกรัมลบ อาการข้างเคียงที่พบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ไข้ และ ผื่นคัน ยา M. Carminative เป็นสารละลายซึ่งมีน้ำมันระเหยหอมผสมอยู่ บางชนิดมีแอลกอฮอล์ปนอยู่ ยานี้จะทำให้อาการแน่นท้อง ท้องอืดจากการมีก๊าซในกระเพาะอาหาร และลำไส้ลดลงไป ทำให้เกิดการผายลม อาการแน่นท้องอืดอัดท้องลดลง ซึ่งพิษหรืออาการข้างเคียงที่รุนแรงไม่ค่อยพบ ยา Paracetamol เป็นยาพวกอมิโนพินอล มีฤทธิ์ในการลดไข้ แก้ปวด อาการข้างเคียงผู้ที่มีความไวต่อยานี้เป็นพิเศษ อาจมีอาการแพ้ยาโดยมีผื่นขึ้น ซึ่งอาการจะหายไปเมื่อหยุดยา ยา Plasil เป็นยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นยาที่นิยมใช้มากเพราะได้ผลดีและมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่เป็นอันตรายสามารถใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาการข้างเคียง ง่วงนอน อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย อาการบวม

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่อง และขั้นตอนการดำเนินการ

เนื้องอกมดลูก (myoma uteri) เป็นเนื้องอกที่พบได้บ่อยที่สุด ของอวัยวะสืบพันธุ์ในสตรีระหว่างอายุ 30-49 ปี เป็นโรคที่รักษาให้หายได้โดยการทำการผ่าตัด เพื่อเอาเนื้องอกออกหรือตัดมดลูกทิ้ง ในปัจจุบันการผ่าตัดทางนรีเวช สามารถทำผ่าตัดได้โดยเปิดทางหน้าท้องและการผ่าตัดกล้องวิดิทัศน์ ซึ่งแนวโน้มของการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชมีมากขึ้น จากสถิติการผ่าตัดของวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์พบว่าปี 2548 ร้อยละ 30.6 และปีพ.ศ. 2549 ร้อยละ 26.4 ดังนั้นพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ของระบบต่างๆในร่างกาย รวมทั้งขั้นตอนและเทคนิคการผ่าตัดสามารถป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ทันเวลาที่และให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 43 ปี สถานภาพสมรสหม้าย อาชีพราชการ มาโรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการมีเลือดออกมากและปวดท้องเวลามีประจำเดือน เป็นมานาน 1 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน แพทย์วินิจฉัยเป็นเนื้องอกมดลูกยังไม่ได้รับการรักษาใดๆ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก ปัสสาวะบ่อย (กลางวันประมาณ 5-7 ครั้ง กลางคืนประมาณ 2-3 ครั้ง) จึงมาตรวจวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ได้รับการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasound) พบเป็นเนื้องอกมดลูกชนิด intramural myoma ขนาดประมาณ 10 สัปดาห์ ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่พบเซลล์มะเร็ง และนัดทำผ่าตัด total laparoscopic hysterectomy (TLH) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลวันที่ 5 กันยายน 2549 (HN: 21353-48 AN: 20053-49) ที่ตึกสูตินรีเวชกรรมจากการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยเป็นคนมีสุขภาพจิตดีและสุขภาพกายที่สมบูรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคประจำตัวใดๆ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับฟังและทำตามคำแนะนำการปฏิบัติตนก่อน ขณะและหลังผ่าตัดเป็นอย่างดี แต่ผู้ป่วยยังมีความกังวลเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัดซึ่งเมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดได้อธิบายถึงขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขป พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามและตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย สังเกตว่าผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวลและพร้อมให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกาย ถอดของมีค่าออก และงดน้ำงดอาหารเป็นเวลา 24.00 น. ของคืนก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเวลา 8.15 น. ของวันที่ 6 กันยายน 2549 ได้รับ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด lactated Ringer's injection ในอัตรา 120 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง จากหอผู้ป่วย ตรวจความพร้อมของเลือด (packed red cell) ที่เตรียมไว้ 2 ยูนิต สำหรับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ วิทยาลัยแพทย์และวิทยาลัยพยาบาลเริ่มให้การระงับความรู้สึก นำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจเรียบร้อยแล้ว เตรียมผู้ป่วยจัดทำ lithotomy แขนแนบลำตัวทั้งสองข้างยกขาทั้งสองข้างพร้อมกันวางบนขาหยั่ง(stirrup) ที่มีเบาะนุ่มรองรับน้ำหนักและใส่ shoulder support ทั้งสองข้างไม่ขัดตัวผู้ป่วยมากเกินไป แล้วใช้ฟองน้ำกันไว้ ดูแลติดแผ่นลือที่ต้นขาซ้ายของผู้ป่วยบริเวณที่มีกล้ามเนื้อและ

เรียบ ผิวหนังแห้งไม่เปียกชื้นมีระบบการไหลเวียนของเลือดที่ดีเพื่อลดภัยจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า เตรียมเครื่องมือให้ครบและจัดวางและต่อระบบเครื่องมืออุปกรณ์ครบวงจรพร้อมใช้งาน และช่วยแพทย์ผู้ผ่าตัดตามขั้นตอนโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ช่วยแพทย์ทำผ่าตัดตามลำดับวิธีให้ความสะดวกรวดเร็ว เพื่อให้การผ่าตัดเสร็จสิ้นโดยเร็วที่สุด มีการเสียเลือดน้อยที่สุด และป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับอวัยวะข้างเคียงที่ทำผ่าตัด ตรวจนับอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้และผ้าซับโลหิตทั้งก่อนผ่าตัดและก่อนเริ่มเย็บปิดแผล เพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องส่องช่องท้อง (Total laparoscopic hysterectomy) ใช้เวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง 25 นาที โดยการผ่าตัดเจาะหน้าท้องจำนวน 5 แผล ขณะแพทย์ทำผ่าตัดพบว่า เป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกชนิด intramural myoma ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 7 เซนติเมตร น้ำหนัก 340 กรัม ท่อนำไข่และรังไข่ปกติ หลังผ่าตัดได้พักฟื้นในห้องพักฟื้นจนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติจึงย้ายไปยังหอผู้ป่วย หลังผ่าตัดวันแรกแผลผ่าตัดดีไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีเริ่มให้ผู้ป่วยจิบน้ำ และ off Foley's catheter หลังผ่าตัดในวันที่สองแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และให้กลับมาตรวจพร้อมฟังผลการตรวจชิ้นเนื้ออีก 1 เดือน ในระหว่างที่รับไว้ในความดูแลพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาดังนี้

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับการรับรู้ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาล
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยการพูดคุย เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบปัญหาข้อซักถามตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ช่วยคลายความวิตกกังวล
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของโรค และเหตุผลในความจำเป็นของการผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อน-หลังผ่าตัด รวมทั้งสภาพร่างกายของตนเองหลังการผ่าตัดเพื่อจะได้ปฏิบัติตนได้ถูกต้อง คลายความวิตกกังวลและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การพยาบาลขณะผ่าตัด

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดท่า lithotomy position ศีรษะต่ำ 30 องศา

องศา

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากการผ่าตัด

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ injury ต่ออวัยวะต่างๆในช่องท้อง

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมีอากาศใต้ผิวหนังและเนื้อเยื่อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกตัวผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย ดูแลปรับระดับเตียงผ่าตัด และเปลนอนอยู่ในระดับเดียวกัน เพื่อป้องกันการกระแทกให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและระมัดระวัง
2. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ในการจัดทำ, เครื่องจีไฟฟ้า สายไฟ แผ่นลื่อนำไฟฟ้า เครื่องควบคุมการเป่าก๊าซ และเครื่องมือผ่าตัดทุกชิ้นให้มีประสิทธิภาพก่อนการผ่าตัด
3. จัดทำให้เหมาะสมกับการผ่าตัด โดยมีการประสานงานกันในการจัดทำระหว่างทีมผ่าตัดและกระทำด้วยความระมัดระวัง
4. ตรวจสอบการคงสภาพการปลอดเชื้อของผ้าปราศจากเชื้อ รวมทั้งเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดทุกชิ้น ตลอดจนดูแลให้บุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดปฏิบัติตามระเบียบของห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคให้กับผู้ป่วย
5. จำแนกประเภทของแผลผ่าตัดตามสภาวะที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และลงบันทึกในรายงานการผ่าตัด เพื่อส่งต่อข้อมูลการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการหนาวสั่น

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนแก๊สไม่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลควบคุมอุณหภูมิห้องพักฟื้นให้อยู่ระหว่าง 25-28 องศาเซลเซียส และให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย โดยใช้ผ้าห่มไฟฟ้า เพื่อเกิดความอบอุ่นทั่วร่างกาย
2. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนทางหน้ากาก 5-10 ลิตรต่อนาที เพราะการหนาวสั่นทำให้ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้น และเป็นการป้องกันการขาดออกซิเจนจากการที่ผู้ป่วยหายใจไม่เพียงพอ
3. สังเกตอาการและคอยซักถาม เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย
4. บันทึกอาการและอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อเป็นข้อมูลส่งต่อการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
จากปัญหาต่างๆที่พบผู้ป่วยได้รับการดูแลการป้องกันและแก้ไขจากแพทย์และได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนจนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านรวมเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 4 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน เยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 4 ครั้ง พบว่าก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ผู้ศึกษาได้อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยพอสังเขป พร้อมกับอธิบายเหตุผลและความจำเป็นของการทำผ่าตัดแนะนำให้ผู้ป่วยถามประสบการณ์จากผู้ป่วยที่เคยทำผ่าตัดด้วยวิธีนี้แล้วเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการทำผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงด้วยดี หลังผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยในห้องพักฟื้นพบว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ (ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 99 เปอร์เซ็นต์) ผู้ป่วยตื่นทำตามคำสั่งได้ดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมออกมา สังเกตอาการจนครบ 2 ชั่วโมง จึงส่งผู้ป่วยกลับไปหอรพผู้ป่วย ผู้ศึกษาเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ลูกนั่งเก้าอี้ข้างเตียงได้ พுகุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี สัญญาณชีพปกติ ก่อนกลับบ้านผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ผู้ศึกษาได้อธิบายและแนะนำการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ผู้ป่วยแสดงสีหน้าคลายความวิตกกังวลลงและพยักหน้าแสดงความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ศึกษาได้แนะนำ

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการให้การพยาบาลผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องส่องช่องท้อง ในผู้ป่วยเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน นักศึกษาพยาบาลและผู้ที่มาศึกษาดูงาน

8.2 เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการทำงานในทีมผ่าตัด เพื่อให้การช่วยเหลือและการบริการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

8.3 เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนผู้ที่ต้องร่วมทีมในการช่วยผ่าตัด

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการดำเนินงานการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องส่องช่องท้องในผู้ป่วยเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกรายนี้ ในระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายขึ้นขาหยั่งและศีรษะต่ำ (lithotomy position) เป็นท่านอนที่เกิดขึ้นจากการจัดทำของทีมผ่าตัดและศัลยแพทย์ ซึ่งต้องมีการประสานงาน และมีการสื่อสารถึงความต้องการของผู้ป่วยในทีมผ่าตัด ช่วยทำให้เกิดความปลอดภัยในการจัดทำ ในที่นี้ผลของการจัดทำที่เหมาะสมและปลอดภัย ควรประกอบด้วย การเปิดเผยบริเวณที่จะผ่าตัดได้มาก สามารถจัดการเกี่ยวกับทางเดินหายใจ การระบายอากาศ การติดตามสัญญาณชีพ โดยวิสัญญีแพทย์ หรือ วิสัญญีพยาบาล เกิดความปลอดภัยต่อสรีระของผู้ป่วย ตลอดจนคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วยโดยไม่เปิดเผยร่างกาย

ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยเคยผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อ 20 ปีที่แล้วมี adhesion บริเวณ right lower abdomen มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ injury ต่ออวัยวะต่างๆ ในช่องท้อง ทีมผ่าตัดดูแลปรับระดับเตียงให้อยู่ในแนวราบและลดระดับต่ำลงให้เหมาะสมเพื่อให้แพทย์ทำผ่าตัดได้สะดวก ตรวจสอบความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ และควบคุมเครื่องจ่ายก๊าซให้อยู่ในระดับ 15 มิลลิเมตรปรอท ตลอดระยะเวลาการผ่าตัดเพื่อให้เกิดช่องว่างระหว่างผนังหน้าท้องและอวัยวะที่อยู่ในช่องท้อง ซึ่งนับว่าเป็นภาวะวิกฤติที่ทีมผ่าตัด ทั้งแพทย์และพยาบาลในทีมต้องใช้ความรู้ ความสามารถตามหลักวิชาการ ตลอดจนการมีประสบการณ์ และทักษะที่ดีในการวางแผนและแก้ปัญหาทุกขณะ ความพร้อมของทีมที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลสำเร็จของงานลุล่วงไปได้ด้วยดี

10. ข้อเสนอแนะ

1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ เพื่อซักถามประวัติ ประเมินสภาพร่างกาย และให้ความสำคัญเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขป เตรียมทั้งร่างกายจิตใจและสังคมของผู้ป่วยติดตามความก้าวหน้าของการรักษา ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

2. ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดมดลูก ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่ายังคงเหลือรังไข่ทั้งสองข้างซึ่งยังสามารถผลิตฮอร์โมนให้แก่ร่างกาย จึงไม่จำเป็นต้องรับประทานฮอร์โมนเสริมหลังผ่าตัด เพื่อเกิดความมั่นใจในภาพลักษณ์สตรี

3. พยาบาลที่ร่วมทีมผ่าตัดให้การดูแลทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ต้องมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงานมีการวางแผนการพยาบาล การติดตามประเมินผล กำหนดแนวทางการประสานงานกับแพทย์และทีมงานที่เกี่ยวข้อง

4. ส่งเสริมและจัดให้มีการทบทวนการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤติอย่างสม่ำเสมอในแต่ละราย เพื่อสรุปและค้นหาปัญหาแนวทางในการพัฒนาให้บริการในรายต่อไป

5. การพัฒนาคุณภาพบริการ การพัฒนางาน และพัฒนาบุคลากรในทีมงาน ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ
(นางสาวฐิติ ภูกิตติวงกูร)
พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
ผู้ขอรับการประเมิน
.....14...../.....ม.ค...../.....2552.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางเพ็ญพิศ ปานสว่าง)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
(วันที่)14...../.....ม.ค...../.....2552.....

(ลงชื่อ)
(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)
(ตำแหน่ง) ผู้ตรวจราชการ 9
ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัย
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
(วันที่)15...../.....ม.ค...../.....2552.....

หมายเหตุ แก้ไขระยะเวลาดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการประเมินผลงานสายการพยาบาล
วิชาชีพ ระดับ 7 ครั้งที่ 2/2550 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ทมิฬพร. การดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่เข้ารับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง.วารสาร
พยาบาลศาสตร์ สิริราชพยาบาล.ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน,2543.
- จินดา อุไรรัตน์. การพยาบาลนรีเวช.กรุงเทพฯ:ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยมหิดล,2540.
- ชวนพิศ วงศ์สามัญและกล้าเผชญ โสคบารุง.การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล.พิมพ์
ครั้งที่ 5 ,ขอนแก่น:หจก.ขอนแก่นการพิมพ์,2547.
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ.(มปป).มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด.สืบค้นวันที่ 8 กันยายน 2549,เข้าถึง
ได้จาก www.torn.or.th/01th_meetingpage_2.htm
- มณี รัตนไชยชนนท์ และคณะ.สูตินรีเวชทันยุค.กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลีฟวิ่ง,2546.
- เรณู อาจสาดี,บรรณาธิการ.การพยาบาลทางห้องผ่าตัด.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย,2540.
- ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.คู่มือการไชยา.พิมพ์
ครั้งที่9.กรุงเทพฯ:ชนบรรณการพิมพ์,2539.
- วุฒิชัย ชนาพงศธร. ตำราการผ่าตัดช่องท้องโดยวิธีส่องกล้อง.กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์,2540.
- สมบูรณ์ คุณาธิคม,บรรณาธิการ.นรีเวชวิทยา.พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง,2544.
- เสวก วีระเกียรติ และคณะ.นรีเวชวิทยา.ฉบับเรียบเรียงครั้งที่3.นนทบุรี:บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์,
2548
- หทัย ถิ่นธารา,บรรณาธิการ.การผ่าตัดด้วยกล้องส่องช่องท้องทางนรีเวช.กรุงเทพฯ:โกลิสติก
พับลิชชิ่ง,2546.
- อุษาวดี อัครวิเศษ ,บรรณาธิการ.ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด2.กรุงเทพฯ:
คณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยมหิดล,2547
- Camran Nezhat.**Operative Gynecologic Laparoscopy(Principle and Tecnique)**. Second
edition,;Mc Graw-Hill Companies.Inc,2000.
- Cueto-Garcia,J.,and Gangner,Michel.**Laparoscopic Surgery**.Philadelphia:Current medicine,
Inc.,2003.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาววุฒิสิริ ภูกิตติวารงกูร

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ.885) ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

เรื่อง การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำในผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้อง

หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดผ่านกล้องได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เนื่องจากมีความเชื่อว่าการผ่าตัดด้วยวิธีนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบดั้งเดิม ในทางการแพทย์แม้ผลการผ่าตัดผ่านกล้องจะดีกว่าในแง่ของการปวดแผลน้อย ใช้เวลาพักฟื้นสั้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ก็พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดชนิดนี้ได้เช่นกัน แพทย์และพยาบาลทีมผ่าตัดจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงความเสี่ยง และกลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อป้องกัน ตรวจสอบ และให้การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม

ผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องทุกรายได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) อยู่ในท่านอนหงายแยกขาขวางบนขาหยั่ง (lithotomy position) และศีรษะต่ำ ก้นของผู้ป่วยอยู่บริเวณรอยต่อส่วนล่างของเตียง แขนของผู้ป่วยวางแนบลำตัว การบาดเจ็บที่เกิดจากการจัดทำได้แก่ การบาดเจ็บนิ้วมือ (finger injury) จากการวางแขนแนบลำตัวทำให้นิ้วติดอยู่ระหว่างรอยต่อของเตียง การบาดเจ็บของเส้นประสาท (nerves injury) เช่น เส้นประสาทบริเวณต้นขา (femoral nerve) บริเวณน่อง (peroneal nerve) บริเวณด้านหลังของโคนขา (posterior tibial) และการบาดเจ็บของหลอดเลือดดำบนพื้นผิวของขา (saphenous vein) ซึ่งพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยบางรายต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อ ทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดที่สำคัญอีกหน้าที่หนึ่งคือ การจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด ซึ่งการจัดทำที่เหมาะสมและปลอดภัยต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ดังนั้นแนวทางปฏิบัติในการจัดทำผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด เป็นอีกแนวทางปฏิบัติพยาบาลสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดควรทราบ เพื่อนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนวางแผนในการให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือวางแผนเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นมาตรฐานการปฏิบัติในแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องอยู่ในท่านอนที่ถูกต้อง และสะดวกในการผ่าตัดของศัลยแพทย์
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการจากการจัดทำในผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้อง

เป้าหมาย

ผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องได้รับการจัดท่านอนหงาย แยกขาวางบนขาหยั่ง(lithotomy position) ทุกรายเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำได้แก่การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injuries) และสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติในเวลาอันเหมาะสม

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่เที่ยงตรงและชัดเจน แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลในแต่ละด้าน เป็นข้อความที่อธิบายถึงการกระทำ รวมทั้งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ข้อความที่เป็นมาตรฐานนี้ ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลชนิดนั้นๆ ได้

การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพนั้น จะต้องกำหนดออกมาในรูปแบบของการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร มิใช่ผู้ปฏิบัติแต่ละคนต่างกำหนดขึ้นเองตามความสำคัญและหน้าที่ต่อวิชาชีพหรือค่านิยมที่ปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน เพราะย่อมขาดความเที่ยงตรง และชัดเจนที่จะนำไปกระทำได้ ซึ่งมาตรฐานเหล่านี้กำหนดได้ใน 3 ลักษณะคือ

1.มาตรฐานเชิงโครงสร้าง(Structure Standard) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่บอกถึงระบบของการบริการพยาบาล ได้แก่ ปรัชญาของสถาบัน หรือหน่วยงานนั้น รวมทั้งนโยบายในการปฏิบัติงาน การจัดองค์กร อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ แหล่งความรู้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบริการพยาบาลทั้งสิ้น

2.มาตรฐานเชิงกระบวนการ(Process Standard) เป็นการกำหนดรายละเอียดกิจกรรมพยาบาลที่ต้องปฏิบัติ จึงเน้นที่การบริการคือ พยาบาล เป็นหลัก ทั้งนี้เพื่อให้ผลจากการปฏิบัติเกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ

3.มาตรฐานเชิงผลลัพธ์(Outcome Standard) เป็นการกำหนดผลจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดกับผู้รับบริการ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้รับบริการควรออกมาในทางบวก เช่นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้รับบริการได้รับผลดีในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

จากกรอบแนวคิดข้างต้นทำให้เราต้องเร่งสร้างมาตรฐานในการให้การรักษาพยาบาลที่เสี่ยงต่อการเกิดความไม่ปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในห้องผ่าตัดที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในทุกขั้นตอน ในบางครั้งไม่สามารถพยากรณ์หรือวินิจฉัยได้ก่อนแต่สามารถป้องกันความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่นในผู้ป่วยทำผ่าตัดผ่านกล้องต้องได้รับการจัดทำ lithotomy ทุกรายควรได้รับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้อง แนวทางปฏิบัติในการจัดทำผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด เป็นอีกแนวทางปฏิบัติพยาบาลสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดควรทราบ การจัดทำที่เหมาะสมและปลอดภัย ควรประกอบด้วย การเปิดเผยบริเวณที่จะผ่าตัดได้มาก สามารถจัดการเกี่ยวกับทางเดินหายใจ การระบายอากาศ การติดตามสัญญาณชีพ โดยวิสัญญีแพทย์ หรือ วิสัญญีพยาบาล เกิดความปลอดภัยต่อสรีระของผู้ป่วย คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วยโดยไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น และมีการบันทึกทำที่ใช้ในการผ่าตัดตามแนวปฏิบัติ ซึ่งแนวทางในการบันทึกประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัด ชนิดและตำแหน่งของการจัดทำ โดยแบบบันทึกควรแสดงให้เห็นถึงการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และผลที่ได้จากการดูแล

หลักการจัดทำ lithotomy ผู้ป่วยนอนหงาย แยกขาวางบนขาหยั่ง(stirrup) ก้นของผู้ป่วยอยู่บริเวณรอยต่อส่วนล่างของเตียง แขนของผู้ป่วยวางแนบลำตัว ในการจัดทำนี้ให้ยกขาสองข้างพร้อมกันทั้งในขณะขึ้นและลงช้าๆ เพื่อช่วยลดการเกิดแรงบิดต่อกระดูกสันหลัง ช่วยปรับระบบไหลเวียนเลือด ป้องกันความดันโลหิตลดลงอย่างทันทีทันใด ป้องกันข้อสะโพกหลุด และภาวะกล้ามเนื้อเคล็ด(Muscle strain) บริเวณที่อาจเกิดการบาดเจ็บ ได้แก่ การบาดเจ็บนิ้วมือ (finger injury)จากการวางแขนแนบลำตัว ทำให้นิ้วติดอยู่ระหว่างรอยต่อของเตียง การบาดเจ็บของเส้นประสาท (nerves injury) เช่น เส้นประสาทบริเวณต้นขา(femoral nerve) บริเวณน่อง(peroneal nerve) บริเวณด้านหลังของโคนขา(posterior tibial) และการบาดเจ็บของหลอดเลือดดำบนพื้นผิวของขา(saphenous vein)

การป้องกันการบาดเจ็บการจัดทำ

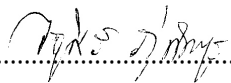
- 1.การสร้างแผนและการเตรียมการแก้ไขจะช่วยลดการบาดเจ็บได้
- 2.บุคลากรควรคุ้นเคยต่อการทำงานและการใช้อุปกรณ์ในการการจัดทำ ควรเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมและให้ผลตามต้องการมากที่สุด
- 3.การประสานงานของทีมผ่าตัดในการจัดทำผู้ป่วย โดยไม่ให้มีการยึดหรืออัดส่วนต่างๆของร่างกายมากเกินไป
- 4.หลีกเลี่ยงการผูกมัดร่างกายผู้ป่วยมากเกินไป
- 5.การดูแลโดยคำนึงถึงปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัว ภาวะโภชนาการ การได้รับยา โรคเจ็บป่วยเรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ไม่พบปริมาณการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้อง
2. ลดปริมาณการถูกฟ้องร้องในโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล
4. เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการทำงานในทีมผ่าตัด เพื่อให้การช่วยเหลือและการบริการพยาบาลมีคุณภาพประสิทธิภาพมากขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

สถิติผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัดผ่านกล้อง

ลงชื่อ.....

(นางสาววฐิติ ภูักิตติวารงกูร)

พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

....14...../....ม.ค...../....2552.....

เอกสารอ้างอิง

เบญจมาศ ปรีชาคุณ.(มปป).มาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด.สืบค้นวันที่ 8 กันยายน 2549,เข้าถึงได้จาก

www.torn.or.th/01th_meetingpage_2.htm

รัชณี ชนะวงศ์ . การป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดทำผู้ป่วยผ่าตัด. ขอนแก่น: วารสารเจาะลึกการพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2547

เรณู อางสาตี . และอรพรรณ โตสิงห์. พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรสจำกัด, 2546

สุปาณี เสนาคิสัย . การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการเคลื่อนไหว. การพยาบาลพื้นฐานแนวคิด และการปฏิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุดทองการพิมพ์, 2540

ศิริพร พูนชัย . การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการเคลื่อนไหว.

กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้นวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, 2540

อุษาวดี อัครวิเศษ ,บรรณาธิการ. ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด.กรุงเทพฯ:

คณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยมหิดล,2547